topPapeleria_2017.wmftopPapeleria_2017.wmf

**Ministerio de Salud de Nicaragua**

**MINSA**

|  |
| --- |
| **Informe del Estudio de Efectos Catastrófico de la Tuberculosis. Nicaragua 2017** |
| **Proyecto “Nicaragua articulada para una respuesta nacional sostenible en la reducción de la tuberculosis y la mortalidad, con énfasis en poblaciones vulnerables basado en el modelo de salud familiar y comunitario”. - Nicaragua** |
| **Financiado por el “Fondo Mundial de Lucha contra El SIDA, la Tuberculosis y la Malaria”** |

**Managua, Diciembre de 2017**

TABLA DE CONTENIDO

[ACRÓNIMOS 1](#_Toc506993702)

[I. Introducción 2](#_Toc506993703)

[1.1 Antecedentes 2](#_Toc506993704)

[1.2 Justificación del estudio 3](#_Toc506993705)

[1.3 Objetivo del Estudio 4](#_Toc506993706)

[Objetivo General: 4](#_Toc506993707)

[Objetivo Específicos: 4](#_Toc506993708)

[1.4 Cobertura del estudio 5](#_Toc506993709)

[II. Marco teórico referencial y metodológico del estudio 6](#_Toc506993710)

[2.1 Marco teórico referencial 6](#_Toc506993711)

[2.2 Marco Metodológico del estudio 8](#_Toc506993712)

[2.2.1 Recolección de datos 9](#_Toc506993713)

[2.2.2 Procesamiento y análisis de los datos 10](#_Toc506993714)

[III. Resultados del estudio 12](#_Toc506993715)

[3.1 Condición demográfica de pacientes con TB 12](#_Toc506993716)

[3.2. Características de la familia y vivienda 15](#_Toc506993717)

[3.3. Ingreso económico familiar en hogares con pacientes TB 17](#_Toc506993718)

[3.4. Gastos familiares realizados en hogares con pacientes TB 18](#_Toc506993719)

[3.4.1 Gasto en transporte 19](#_Toc506993720)

[3.4.2 Gasto en alimentación 19](#_Toc506993721)

[3.4.3 Gasto en medicamentos auto medicado. 20](#_Toc506993722)

[3.4.4 Gasto de Servicios Básicos y Escolar. 21](#_Toc506993723)

[3.4.5 Gasto por prestación y atención de servicio de salud 22](#_Toc506993724)

[3.4.6 Gasto de Bolsillo 22](#_Toc506993725)

[3.5. Información de Salud y Nutrición del paciente TB (Adherencia al tratamiento y prácticas alimenticias). 25](#_Toc506993726)

[4.6. Información del apoyo que recibe el paciente TB. 30](#_Toc506993727)

[4.7. Información de Gastos Catastrófico de la persona con Tuberculosis. 31](#_Toc506993728)

[IV. Conclusiones 36](#_Toc506993729)

[V. Recomendaciones 37](#_Toc506993730)

[VI. Anexos 38](#_Toc506993731)

[Anexo 01. Listado de pacientes entrevistado por zona geográfica. 39](#_Toc506993732)

[Anexo 02. Cuestionario de Encuesta de Hogar dirigido a personas con TBTF. 53](#_Toc506993733)

[Anexo 03. Guía de grupos focales dirigido a madres/padres de familia y tutores a cargo de personas afectadas con TBTF. 64](#_Toc506993734)

*"…Hay que tener una gran dosis de humanidad, una gran dosis de sentido de la justicia y de la verdad, para no caer en extremos dogmáticos, en escolasticismos fríos, en aislamiento de las masas. Todos los días hay que luchar por que ese amor a la humanidad viviente se transforme en hechos concretos, en actos que sirvan de ejemplo, de movilización y lucha de una causa."* **Frases Célebres del Comandante Ernesto Che Guevara; enero 2009.**

# ACRÓNIMOS

BAAR Bacilo Acido Alcohol Resistente (Prueba Diagnóstica de laboratorio)

BK Bacilo de Koch positivo

DGSS Dirección General de Servicios de Salud

ESAFC Equipo de Salud Familiar y Comunitario

FM Fondo Mundial

GATF Gasto de Alimentación Total Familiar

GB Gasto de Bolsillo

GBF Gasto Básico Familiar

GC Gasto catastrófico

GF Grupo Focal

GISI Grupo Integral de Salud Intercultural

IMFT Ingreso Mensual Familiar Total

MDR Multidrogoresistente

MINSA Ministerio de Salud

MOSAFC Modelo de Salud Familiar y Comunitario

ODS Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS Organización Mundial de la Salud

CTB Componente de Tuberculosis

PENTB Plan Estratégico Nacional de Tuberculosis

PNDH Plan Nacional de Desarrollo Humano

RACCS Región Autónoma de la Costa Caribe Sur

RACCN Región Autónoma de la Costa Caribe Norte

SILAIS Sistemas Locales de Atención Integral en Salud

TAES Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado

TB Tuberculosis

TB-DR Tuberculosis-Drogo resistente

TB-MDR Tuberculosis Multidrogoresistente

TBTF Tuberculosis toda forma

TB-VIH Coinfección de Tuberculosis y Virus de Inmune deficiencia Humana

TB-XDR Tuberculosis Extremadamente resistente

VIH Virus de Inmunodeficiencia humana

# Introducción

## 1.1 Antecedentes

En el ámbito internacional la Tuberculosis (TB) continúa siendo una de las 10 principales causas de mortalidad y una de las enfermedades infecciosas más mortíferas del mundo, desafío importante en salud pública a nivel mundial. En el año 2015, 10,4 millones de personas enfermaron de Tuberculosis y 1,8 millones murieron por esta enfermedad (entre ellos, 0.4 millones fueron personas con VIH). Más del 95% de las muertes por Tuberculosis se producen en países de bajos y medianos ingresos. La Tuberculosis es una de las causas principales de defunción en las personas VIH-positivas: en 2015, el 35% de las muertes asociadas al VIH se debieron a la Tuberculosis[[1]](#footnote-1).

Nicaragua, se encuentra dentro de los países que ha cumplido en la reducción de la tasa de notificación de TBTF. A pesar de los avances logrados en su control con la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), la epidemia del VIH, la drogorresistencia y otras condiciones socioeconómicas amenazan constantemente los avances logrados.

La accesibilidad a los servicios de salud es uno de los determinantes sociales más importantes, por ello, el estado garantiza el derecho a la atención de las personas afectadas por TB. En este sentido, el Ministerio de Salud (MINSA) considera la atención gratuita de los pacientes como una prioridad, debiendo garantizar en los establecimientos de salud, recursos humanos capacitados, así como medicamentos y exámenes auxiliares de manera adecuada y oportuna.

En el marco de la nueva Subvención del Fondo Mundial, el Ministerio de Salud a través del Programa de Control de la Tuberculosis se ha propuesto realizar un estudio que permita conocer el Efecto Catastrófico que genera la Tuberculosis en las Familias de una Persona afectada por esta enfermedad.

Cuando una persona padece de cualquier enfermedad, su economía se ve afectada desde el momento del diagnóstico por los gastos asociados, no sólo al tratamiento médico, sino también a otros menos evidentes, pero igualmente necesarios para obtener una calidad de vida digna durante el proceso de enfermedad. Si esto pasa con cualquier enfermedad, el efecto es todavía más evidente cuando se padece de tuberculosis[[2]](#footnote-2), a menudo, ésta causa efectos catastróficos en la economía de quienes la sufren, ya que sus gastos indirectos son muchos, que con frecuencia obligan a las familias a utilizar sus ahorros, endeudarse, vender el patrimonio familiar o sacrificar el consumo de otros bienes o servicios básicos, como la educación, quedando expuestos al riesgo de empobrecimiento.

La “Encuesta de Hogares para Medir la Pobreza en Nicaragua 2011” destaca que las principales debilidades que presentan los hogares nicaragüenses son: la dependencia económica, los servicios básicos insuficientes y el hacinamiento. El 29.9% de los hogares tiene problemas de dependencia económica, el 18.8% tiene insatisfecha su necesidad de servicios básicos y 22 de cada 100 hogares en Nicaragua, viven en condiciones de hacinamiento.[[3]](#footnote-3)

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud, desarrolla desde el 2007 el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC), quien dirige la prestación de servicios de salud, con un enfoque de atención centrada en las personas, la familia y la comunidad en un territorio definido, el cual recopila la experiencia de muchos años de trabajo en salud al servicio del pueblo nicaragüense.

Lo que constituye una ruta para alcanzar la equidad en el sector salud, un reto que obliga a garantizar el acceso a los establecimientos de salud y reducir las brechas de atención a los grupos más vulnerables; como parte de este modelo, el MINSA implementa el Componente de la Tuberculosis (CTB), orientado a ofertar servicios de atención, prevención, diagnóstico y tratamiento a las personas afectadas con Tuberculosis y sus familiares, teniendo como base la participación comunitaria a través de la estrecha coordinación con lideresas, líderes y agentes comunitarios, miembros de la promotoría solidaria e integrantes de los Gabinetes de la Familia Comunidad y Vida.

Recientemente Nicaragua ha actualizado el Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2016-2020, teniendo como objetivo general contribuir con los esfuerzos nacionales en la reducción de la endemia de la tuberculosis en articulación con la red comunitaria, organizaciones sociales, proveedores público-privado al mejoramiento de la calidad de vida de las personas con TB / TBDR / TB-VIH, en el marco del modelo salud familiar y comunitaria con enfoque de derechos humanos, equidad y género, con énfasis en poblaciones clave, con miras a una repuesta nacional sostenible, siendo el Componente de Control de la Tuberculosis del nivel central el responsable del monitoreo, supervisión y evaluación del Plan Estratégico Nacional de la TB (PENTB).

## 1.2 Justificación del estudio

En el marco de la nueva Subvención del Fondo Mundial, el Ministerio de Salud a través del Programa de Control de la Tuberculosis se ha propuesto realizar un estudio que permita conocer el *Efecto Catastrófico que Genera la Tuberculosis en las Familias de una Persona afectado por esta enfermedad*.

Es necesario conocer el gasto real que debe hacer el paciente y/o su familia cuando afronta esta enfermedad, el cual generalmente afecta los ingresos económicos del hogar. Dentro de los gastos que incurre el paciente se puede mencionar, gastos de transporte para el cumplimiento del TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado), gastos para una nutrición adecuada, gastos para exámenes complementarios, si el caso lo amerita (especialmente en caso de complicaciones), así como medicamentos que contribuyan a proteger el hígado de los efectos secundarios del tratamiento u otros tipos de gastos que se requieren ser indagados en el presente estudio.

Existen dos indicadores para medir el ***Gasto Catastrófico***[[4]](#footnote-4): *el porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud y el índice de justicia en la contribución financiera, que mide el grado de equidad en el financiamiento de la atención a la salud*. El estudio abordará el primer indicador.

En otros países de Latinoamérica, habitualmente se analiza el nivel de protección financiera en salud, para este estudio se consideró valorar la “*incidencia de gasto catastrófico*” el cual se define como: ***Porcentaje de hogares que incurre en gastos catastróficos por atender sus necesidades de salud.***

Con base a lo anterior este estudio de “Efectos Catastróficos de la Tuberculosis” tuvo el enfoque de:

***Participación:*** significa que se involucró como informantes a una muestra estadísticamente significativa de beneficiarios: Pacientes con TBTF, ambos sexos, zona urbano rural, adultos y niños) a actores locales clave y a personal de salud que atiende el componente en los diferentes niveles de atención del MINSA. Así mismo incluye presentarles los resultados a los responsables del componente de TB de los 19 SILAIS y autoridades del MINSA central para que sea retroalimentada y aceptada como válida por parte de la coordinación del Componente de TB a nivel nacional del MINSA.

***Calidad de los datos:*** de manera que, al evaluarse el proceso y sus resultados, se demuestre que tienen representatividad, precisión, confiabilidad, oportunidad, confidencialidad e integridad.

***Uso de resultados:*** la información resultante deberá ser útil para contrastar la situación actual e identificar las determinantes que las personas afectadas con TBTF y/o familiares con los resultados que se vayan obteniendo a medida que se ejecuta el Componente de TB podrá brindar información para una toma de decisiones de manera más acertada.

Por todo lo antes expuesto se hace imprescindible realizar el estudio en el ámbito nacional con el fin de conocer los efectos de la incidencia de “gasto catastrófico” definido como: ***Porcentaje de hogares que incurre en Gastos Catastróficos por atender sus necesidades de salud, al estar padeciendo un miembro de la familia de tuberculosis en cualquiera de sus formas.*** Para lo cual se aplicó una encuesta de referencia, utilizando la “fijación proporcional para la estimación de frecuencia del estudio descriptivo a través de un muestreo aleatorio estratificado”. Así mismo se abordaron directamente a los grupos e informantes claves para el estudio, a través del desarrollo de actividad cualitativa (Grupo Focal) dirigido a familiares o tutores que estén a cargo de la persona con TBTF, con el objetivo de profundizar sobre sus condiciones de vida, barreras y expectativas de vida.

***El propósito*** ***del estudio***, es establecer datos de referencia que permita conocer el efecto catastrófico que genera la Tuberculosis en las familias de un paciente afectado por esta enfermedad.

## 1.3 Objetivo del Estudio

### Objetivo General:

Conocer el efecto catastrófico que genera la tuberculosis en los pacientes y sus hogares.

### Objetivo Específicos:

* Determinar el grado de vulnerabilidad de los pacientes y los recursos monetarios invertidos por el paciente y familia, para afrontar la tuberculosis.
* Identificar el impacto económico generado en los pacientes afectados por TB durante el proceso de tratamiento de la enfermedad.
* Brindar recomendaciones que permitan mejorar la situación de vida de los pacientes con mayor impacto catastrófico causado por la TB.

## 1.4 Cobertura del estudio

La cobertura es 208 pacientes atendidos en el componente de Tuberculosis de 17 unidades de salud situados en los 10 municipios (Chinandega, Managua, Tipitapa, Cuidad Sandino, Masaya, Nindirí, Matagalpa, Sébaco, Cuidad Darío y Juigalpa) de los 05 SILIAS ubicados en los departamentos Chinandega, Managua, Masaya, Matagalpa, Chontales y 57 pacientes atendidos en las unidades de salud en dos municipios de la RACCN (Puerto Cabeza y Siuna) y en el municipio de Bluefields de la RACCS, para un total de 265 pacientes de los cuales 173 son varones y 92 mujeres fueron abordados directamente a través de la aplicación de la encuesta de hogar o de referencia, así mismo incluye a un total de 66 informantes claves denominados familiares de pacientes con tuberculosis, que apoyan a su familiar durante el proceso de atención en el programa de TB en su localidad. *Ver Tabla No. 01.*

#### Tabla 1. Número de pacientes abordados por departamento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Departamento/Región | Frecuencia | Porcentaje |
| CHINANDEGA | 21 | 7.9 |
| MANAGUA | 130 | 49.1 |
| MASAYA | 24 | 9.1 |
| MATAGALPA | 30 | 11.3 |
| CHONTALES | 3 | 1.1 |
| BILWI-RACCN | 33 | 12.5 |
| TRIANGULO MINERO-RACCN | 9 | 3.4 |
| RACCS | 15 | 5.7 |
| Total | **265** | **100** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

# Marco teórico referencial y metodológico del estudio

## 2.1 Marco teórico referencial

Los sistemas de salud son prestadores de servicios de salud, preventivos y curativos que pueden provocar diferencias importantes en la salud de las personas. Sin embargo, el acceso a estos servicios puede conducir a los individuos a gastar una proporción catastrófica de su ingreso disponible, y algunos de los hogares sean empujados a la pobreza.

***El financiamiento equitativo de la salud*** es, junto con la buena salud y la capacidad de respuesta, una de las tres metas principales de los sistemas de salud[[5]](#footnote-5). La equidad del financiamiento y la protección frente al riesgo financiero se basan en la noción de que cada hogar debe pagar una proporción equitativa de los gastos de salud. ¿Cuál puede ser una proporción equitativa? Dependerá de los criterios normativos de las personas sobre la manera de financiar los sistemas de salud. No obstante, en todos los países, la equidad del financiamiento abarca dos aspectos fundamentales: *la mancomunación de los riesgos* entre las personas sanas y las enfermas y *la distribución del riesgo entre niveles* de riqueza y de renta.

En términos prácticos, asumir esos conceptos relacionados con la equidad del financiamiento es un paso necesario para evitar que los hogares sufran gastos catastróficos cuando uno de sus miembros enferma. En Nicaragua a través de la Constitución Política de Nicaragua a través del articulo 49 y la ley 423 “Ley General de Salud”, donde se establece que *“los Nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud y que el estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación”[[6]](#footnote-6).*

En Nicaragua, el gasto gubernamental en salud por habitante se ha incrementado, de US$48.9 en el 2012 a US$60.9 en el 2014, como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) representa el 3,2% en salud. Entre los principales desafíos y retos en salud, se encuentran: Cumplimiento de las metas planteadas en los Compromisos del Buen Gobierno, que incluyen los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), como el fortalecimiento de las acciones para reducir la morbilidad y mortalidad infantil, profundizar en la reducción de la muerte materna y neonatal, enrumbar al país en el camino de la erradicación de la malaria, garantizar las acciones intersectoriales y comunitarias dirigidas a reducir la propagación del VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS), y disminuir la incidencia y garantizar la curación de personas con tuberculosis[[7]](#footnote-7).

Por lo tanto, para proteger a las personas de la posibilidad de incurrir en gastos catastróficos y del subsiguiente empobrecimiento debido a gastos en salud ha sido una preocupación constante de los tomadores de decisión.

Este estudio tratará las preguntas siguientes:

1. ¿Quién y qué tipo de servicios de salud son utilizados?
2. La condición de no laborar durante su fase de BK+, ¿Cómo afecta a la familia en la situación financiera del hogar?
3. ¿Quién asume los costos de alimentación, suplementos (vitaminas, otros medicamentos auto medicados y naturales) ?, ¿Cuánto gasta y en qué tipo de servicios los obtiene (pulperías, farmacias, otros)?
4. ¿Cómo afectan estos gastos a la situación financiera del hogar?
5. ¿Qué tipo de hogares tienen mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos?

Desde el modelo conceptual se ha utilizado el término vulnerabilidad en referencia a la identificación de “*poblaciones vulnerables*” que incluyen sectores poblacionales que reúnen condiciones de vida segregadas, referido a población como niñas/os, gestantes, ancianos, desplazados, privados de la libertad, entre otros. Bajo esta perspectiva el concepto de vulnerabilidad incluye la dimensión ética orientada al fomento de acciones de protección específica a grupos poblacionales vulnerados.

Por su parte, Watts y otros investigadores, han involucrado el concepto de *vulnerabilidad* en la interacción con las capacidades de adaptación de los individuos en contextos complejos, que superan la esfera individual e involucra las dimensiones socio-estructurales y socio-simbólicas con los niveles de trayectoria social, interacción y contexto social, las cuales pueden ser vistas desde aspectos de vida cotidiana. Dichos elementos pueden integrar diferenciadores de salud-enfermedad en los individuos y colectivos.

Desde otra perspectiva según plantea Lessick M, y otros, la vulnerabilidad se constituye en un proceso cambiante de relaciones en las dimensiones sociales, políticas, económicas, desde las cuales interactúan *variables como la edad, raza, pobreza, escolaridad, soporte social, en un individuo y colectivo* que posibilita que en cada persona se pueda identificar en un umbral de vulnerabilidad hacia el cambio de la salud a la enfermedad**.**

De acuerdo al contexto arriba señalado se realizó el estudio en un ámbito nacional para conocer los efectos de la incidencia de “*gasto catastrófico*” definido como: ***El gasto de bolsillo (GB) en salud del hogar que representa una proporción igual o superior al 30 % de su ingreso disponible (ingreso mensual total de la familia).***

***Se describe como el porcentaje de hogares que incurre en Gastos Catastróficos mayor del 30% del gasto de bolsillo en salud que incurre la familia para atender las necesidades (Pago de transporte para la movilización a la unidad de salud, pago de alimentación (0.20) y pago de medicamentos complementarios)*** ***de la persona en su familia que padece la enfermedad***, el cual tiene el propósito de establecer datos de referencias que permita conocer el efecto catastrófico que genera la Tuberculosis en las familias de una persona con TB a nivel nacional.

GB = (Pago de Alimentos x 0.20) + Pago de Transporte de paciente para traslado a la unidad de salud + Pago de medicamento complementario por automedicación + pago de servicio de atención y prestación médica\*

Gasto Catastrófico =\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ X 100%

Ingreso Mensual Total Familia

***∃ GC:*** P(x) significa: existe un gasto mayor del 30% del GB que asume la familia para atender las necesidades de salud del paciente, identificando el efecto del Gasto Catastrófico en la familia.

GC = Gasto Catastrófico

P(x)= Número de personas con TBTF, registradas en el 1er semestre del 2017 por SILAIS. Fuente: Base de datos del programa de TB a nivel nacional.

GB = La sumatoria del gasto de alimentación (0.20) + el gasto de Transporte de paciente para traslado a la unidad de salud + gasto de medicamento complementario

PSAM (\*) = Pago de Servicio de Atención Médica = cero, debido a que en Nicaragua por derecho constitucional y restitución de derecho, los servicios de atención en salud para los Nicaragüenses es gratuita.

## 2.2 Marco Metodológico del estudio

Se realizó una investigación (estudio) con un enfoque mixto que incluyó aspectos cuantitativos y cualitativos con enfoque de derecho humano, género y étnico que respondió al propósito del estudio. En el estudio se aplicaron una combinación de técnicas de investigación cuantitativa (Encuesta de hogar/Referencia) y cualitativa (Revisión documental, Grupo Focal a grupo blanco (Familiares o tutores responsables de la persona con TB).

***Universo***; De acuerdo a la cobertura del componente de TB, el universo del estudio está constituido por la población blanco (personas con TBTF ingresadas y atendidos en las unidades de salud durante el periodo del Primero y Segundo semestre del 2017) ubicadas en los 19 Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS).

* ***Personas atendidas en el componente de TBTF***: niños/as, hombres y mujeres ingresados en el primer semestre del 2017,
* ***Familiares a cargo de la persona afectada con TB,***
* ***Familiares a cargo de la persona afectada con TB (Ex pacientes o Personas de alta del CTB),***

***Unidad de análisis***; fueron las unidades de salud, donde se abordaron a las personas con TBTF de ambos sexos (paciente) ingresado y tratado en el programa de TB y se utilizó técnica de entrevista directa aplicando cuestionario de referencia (encuesta de hogar).

***Muestra***; Se definió la muestra del estudio de acuerdo al ejercicio estadístico de estratificación (40%) a través del algoritmo para cálculo de la muestra de la población de personas con TBTF ingresadas y tratadas por el componente de TB en los 8 SILAIS (Chinandega, Managua, Masaya, Matagalpa, Chontales, Bluefields – RACCS, Triángulo Minero y Bilwi – RACCN) que fueron sujetos para el estudio

La población abordada, corresponde a la base de datos de los y las pacientes ingresados durante el año 2017, registrados en el componente de TB de las unidades de salud seleccionadas por los responsables de los 08 SILAIS. De acuerdo a la metodología, el tamaño total de la muestra en las unidades de salud seleccionadas para el análisis corresponde a 265 pacientes. *Ver Tabla No. 02.*

Conforme a la metodología para cada área geográfica seleccionada el número de observaciones (encuestas) corresponde al 40% de la población registrada por los componentes de TB de cada SILAIS; cada ENCUESTA aplicada estuvo dirigida a: los y las pacientes registrados y atendidos en las unidades de salud, siendo 252 el tamaño de muestra para la unidad de análisis.

#### Tabla 2. Muestra desagregada por área geográfica.

| SILAIS | Ni | Pi | Qi | PiQi | NiPiQi | Wi | Ni |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Chontales | **10** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 2.4 | 0.013 | **3** |
| Managua | **337** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 80.88 | 0.426 | **107** |
| Masaya | **61** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 14.64 | 0.077 | **19** |
| Matagalpa | **100** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 24 | 0.126 | **32** |
| RACCN-Bilwi | **102** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 24.48 | 0.129 | **32** |
| RACCS-Bluefields | **41** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 9.84 | 0.052 | **13** |
| Chinandega | **67** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 16.08 | 0.085 | **21** |
| RACCN-Triangulo Minero | **74** | 0.4 | 0.6 | 0.24 | 17.76 | 0.093 | **24** |
|  | **792** |  |  |  | **190.08** |  | **252** |

N = 792 personas con TBTF, registradas en el 1er semestre del 2017. Fuente: Base de datos del componente de TB a nivel nacional.

Ni = Número de personas con TBTF, registradas en el 1er semestre del 2017 por SILAIS. Fuente: Base de datos del componente de TB a nivel nacional.

Pi =  Porcentaje asignado (40%) para definición de la muestra por cada SILAIS.

Ni = Número de personas con TBTF incluidos en la muestra del estudio

***Muestreo;*** La selección de las y los informantes fue de tipo probabilístico. Se obtuvo el registro y/o censo actualizado de los/as personas con TB captadas dentro del componente de TB. Por lo cual se aplicaron un total de 265 encuestas distribuidas en las zonas geográficas definidas para el estudio, una muestra mayor a la muestra calculada en la tabla No. # 2, debido a que, al momento de levantar datos en las unidades de salud, habían nuevos pacientes ingresados en el componente de TB, estos fueron incluidos en la muestra.

***Evaluación Cualitativa;*** Las referencias y ex ponencia descritas en este documento fueron obtenidas directamente del abordaje realizado a personas claves, sobre la vivencia de su familiar afectado con TBTF y la experiencia de cómo afecta a la familia esta condición de salud en su núcleo familiar. En cada grupo focal abordado se utilizó la “*Guías para la recolección de datos cualitativos”,* la cual fue preparada y aprobada considerando las siguientes preguntas de evaluación: ¿Quién y qué tipo de servicios de salud son utilizados?; ¿Quién paga, ¿cuánto y en qué tipo de servicios de salud son atendidos?, ¿Cómo afectan estos gastos a la situación financiera del hogar?; ¿Qué tipo de hogares tienen mayor probabilidad de enfrentar gastos catastróficos? Las cuales fueron aplicadas en cada actividad definida en todas las zonas geográficas. Para esto se utilizó la técnica cualitativa: Reunión grupal.

## 2.2.1 Recolección de datos

La actividad, se realizó en los siguientes procesos:

1. *Encuestas*

Para la aplicación de las encuestas de hogar para el estudio de efectos catastróficos en persona con TB y familiares dirigida a pacientes activos (registrados y atendidos) por la responsable del programa de TB en la unidad de salud seleccionada, se utilizó el mismo instrumento “C*uestionario de encuesta de hogar dirigido a personas con TBTF. Anexo 02* La recolección se realizó con un equipo de encuestadores previamente estandarizados en el uso y manejo del instrumento y técnicas de entrevista.

Durante la recolección de datos en algunas unidades de salud se encontró las siguientes situaciones:

* La situación climática no permitió el traslado de los pacientes a las unidades de salud para la toma supervisada de su tratamiento.
* Registro de pacientes no contaba con el número de pacientes definidos en la muestra, debido a que, al momento de la visita, habían concluido su ciclo de tratamiento y fueron dados de alta.
* Pacientes registrados en el segundo semestre 2016, que fueron dados de alta según criterio del componente de TB.

El número de unidades de salud que reflejaron las situaciones señaladas anteriormente fueron San Ramón – Matagalpa con 5 pacientes, en Siuna – Triangulo Minero – RACCN y del municipio de Masaya con 15 y 3 pacientes respectivamente. En estos casos, siguiendo la metodología, se ubicó a las unidades de salud de los municipios de cobertura del SILAIS de Managua y Masaya, previa autorización y coordinación con los responsables del componente de TB del nivel central y SILAIS Managua, los cuales nos refirieron a las unidades de salud en los municipios de Tipitapa y Cuidad Sandino del departamento de Managua y en el municipio de Nindirí–Masaya, para la coordinación de la búsqueda y convocatoria de los pacientes para la aplicación del cuestionario a los cuales se les realizó las respectivas encuestas previa explicación del estudio y aceptación voluntaria de los pacientes.

1. *Grupos Focal/Reunión Grupal*

Se realizó sesión de trabajo con miembros del equipo técnico de la coordinación del componente de TB a nivel del MINSA central y RP-INSS con quien se revisó la metodología de abordaje, criterios de participación de los y las familiares y el consenso de las guías de entrevista grupal que se realizó a los y las participantes de cada zona del estudio, se realizaron un total de 08 grupos focales uno por cada SILAIS.

1. *Revisión Documental*

Se hizo revisión documental: de los diferentes documentos de estudios, análisis y experiencias de los ministerios de salud de países latinoamericanos donde se identificaron modelos, metodologías que sirvieron de marco de referencia para el estudio.

## 2.2.2 Procesamiento y análisis de los datos

Para el procesamiento de los cinco ejes con sus variables de proceso obtenidos a través del C*uestionario de encuesta de hogar dirigido a personas con TBTF*, se utilizó el programa SPSS y Excel donde se hizo doble digitación y limpieza de los datos. Se obtuvieron tablas de salida de acuerdo a cada eje de resultado de acuerdo al instrumento del estudio. Para el análisis y valoración de estos ejes se hizo:

* Obtención de promedio de punto obtenido por cada actividad, desagregado por zona geográfica, sexo y grupo de edad.
* Obtención de valor relativo de los resultados consolidados por el eje de gasto catastrófico, desagregado por zona geográfica y variables identificadas (Gasto de alimento de la familia, Gasto de transporte, Gasto de medicamentos complementarios e Ingreso total familiar).
* Caracterización de variables de vulnerabilidad y Gasto catastrófico, desagregados por zona geográfica.

Para los datos cualitativos se hizo revisión de las transcripciones en Word y matrices preparadas, organizando los datos por tipo de participante y temas, específicamente en el tema de identificar el efecto catastrófico en su hogar y familia al tener una persona afectada con TBTF en su núcleo familiar (preguntas # 07 al 11 de guías de reunión grupal) que permitió identificar tendencias, semejanzas, aspectos divergentes, y que orientan a explicar y/o interpretar resultados obtenidos o factores que de alguna manera influyó en los mismos, así como prácticas y lecciones aprendidas.

El estudio sobre los efectos de Gasto Catastrófico en personas con Tuberculosis y sus familiares, realizada bajo la coordinación del componente de Tuberculosis del Ministerio de Salud (MINSA) y la colaboración del representante de país (RP) del Instituto Nicaragüense del Seguro Social (INSS), se está realizando como una primera aproximación de los pocos estudios obtenidos en la región Centro América y Sur América.

Sin embargo, es importante indicar que está medición 2017, por ser el primer esfuerzo realizado en forma institucional, tuvo algunas limitaciones tanto en acceso a la información (documentación de estudios similares en la zona). Así como en la aplicación metodológica de acuerdo a criterios y conceptos internacionales relacionados al tema de gasto catastrófico y la particularidad de la gratuidad de salud y criterios similares sobre la atención de salud gratuita como lo define Nicaragua. Por tanto, los resultados, deben entenderse como una aproximación al tema y como un indicativo general del esfuerzo del país.

# Resultados del estudio

Se describen los hallazgos encontrados en el estudio, estableciendo una descripción y relación de los resultados obtenidos en cada eje definidos en la evaluación, comprometidas y definidas por indicadores de resultados y procesos. La descripción de los resultados se acompaña de un análisis cualitativo.

La evaluación aborda y establece la caracterización de las personas con Tuberculosis y el nivel de efecto catastrófico que los pacientes y sus familiares sufren durante el periodo de atención, tratamiento y seguimiento de su enfermedad, abordando los siguientes ejes:

1. *Condición Demográfica de los pacientes con TB.*
2. *Características de la familia y vivienda.*
3. *Ingreso económico familiar en hogares con pacientes TB.*
4. *Gastos familiares realizados en hogares con pacientes TB.*
5. *Información de Salud y Nutrición del paciente TB (Adherencia al tratamiento y prácticas alimenticias).*
6. *Información del apoyo que recibe el paciente TB.*
7. *Información de Gastos Catastrófico de la persona con Tuberculosis.*

## 3.1 Condición demográfica de pacientes con TB

Existe coincidencia entre las personas abordadas e involucradas en el cuido y acompañamiento de una persona afectada con tuberculosis, que esta situación afecta a todos los integrantes de la familia y comunidad, considerando que la persona con tuberculosis se vuelve una persona inactiva laboralmente, y requiere alto cuidado e inversión de tiempo de miembros de la familia por un periodo mínimo de seis meses (183 días) determinado por las normas del MINSA en el componente de TB.

De acuerdo a lo referido por las y los informantes claves, el análisis de las condiciones de vida de la población evidencia que entre los múltiples factores vinculados a la tuberculosis se encuentra la pobreza, como un fenómeno multidimensional y dinámico, afectando a las clases menos favorecidas y ***las personas ocupan una posición en la jerarquía social de acuerdo a los descriptores socioeconómicos de su ocupación, desempleo y nivel de educación.***

Debido a las características de las relaciones laborales, la mayoría de las y los pacientes se desempeñan como trabajadores del comercio informal, donde el trabajador es quien resulta perjudicado, no realiza aportes para su jubilación, además no dispone de [seguro](https://definicion.de/seguro), vacaciones pagadas, aguinaldo, indemnización y otros derechos establecidos en la legislación nicaragüense.

***3.1.1 Tipo de TB***. El 83.8% (222) fueron diagnosticados con TB pulmonar y 16.2% (43) fueron ingresados al componente por otras formas de TB o con patología asociada, siendo las más frecuentes: TB pulmonar con VIH, TB ganglionar, TB extrapulmonar, TB Intestinal y TB extrapulmonar con VIH. *Ver Tabla No. 03.*

***3.1.2 Género y Edad de pacientes con TB.*** De las 265 personas con TB encuestados/as, el 65.3% son varones y 34.7% son mujeres, con una media de 39.8 años de edad, con un mínimo y máximo de edad entre 02 a 97 años de edad (*en el caso de niños/as, la encuesta se realizó a su mamá*). *Ver Tabla No. 03.*

***3.1.3 Escolaridad de pacientes con TB.*** El *34.3% (91)* de personas encuestadas, expresaron no haber estudiado formalmente (excluyendo a niños/as menores de 5 años), el *27.5% (73)* cursó estudios de primaria, de ellos el 10.9% logró completarlas; *el 28.7%* (76) realizo estudios a nivel de secundaria y 11.3% la finalizó y el *9.5% (25)* refirió tener estudios universitarios o técnico superior, de los cuales el 4.2% completó sus estudios universitarios y el 1.1% alcanzó técnico superior. *Ver Tabla No. 03.*

***3.1.4 Estado civil y número de hijos/as a cargo.*** El estado civil que predomina en los pacientes son los y las solteras con 56.2%; el 3.4% eran viudos/as y el 40.4% refieren mantener una relación estable: casados/as en un 25.7% y unión libre el 14.7%.

Con relación al número de hijos e hijas, un 56.2% refieren no tener hija/o a cargo; el 43.8% expresan que en la actualidad tienen hijos o hijas a cargo o que se encuentran bajo su responsabilidad, de éstos, el 36.2% refieren tener uno o dos hijos e hijas y el 7.5% tres o más. *Ver Tabla No. 03. Características de personas encuestadas*

***3.1.5 Condición laboral.***

El 72.9% (193 pacientes) expresan que no tienen ningún tipo de trabajo, de los cuales 67.2% (178) refieren permanecer de reposo en su casa además el 5.7% son 15 niños y niñas donde no aplica esta condición laboral y el 27.1% (72 pacientes) expresan contar con trabajo de tipo remunerado, el 20% (53) tienen trabajo de tipo informal (comerciante, construcción, etc.) y el 7.2% (19) refiere trabajar de formal para una institución. *Ver Tabla No. 03.*

#### Tabla 3. Caracteristicas demográficas de pacientes TB encuestados. Estudio Efectos

***Gastos Catastrófico de TB-Sep. 2017.***

| Característica | Frecuencia | Porcentaje |
| --- | --- | --- |
| Por género | | |
| Masculino | 173 | 65.3 |
| Femenino | 92 | 34.7 |
| Por escolaridad | | |
| Ninguna escolaridad | 91 | 34.3 |
| Primaria Incompleta | 44 | 16.6 |
| Primaria Completa | 29 | 10.9 |
| Secundaría Incompleta | 46 | 17.4 |
| Secundaría Completa | 30 | 11.3 |
| Técnico Superior | 3 | 1.1 |
| Universitario Incompleto | 22 | 8.4 |
| Por estado civil | | |
| Solteros/a | 149 | 56.2 |
| Casado/a | 68 | 25.7 |
| Unión libre | 39 | 14.7 |
| Viudo/a | 9 | 3.4 |
| Por número de hijos/as a cargo | | |
| Sin hijos/as | 149 | 56.3 |
| Uno-dos hijos/as | 96 | 36.2 |
| Tres o más hijos/as | 20 | 7.5 |
| Por Condición Laboral | | |
| En reposo/No trabaja | 178 | 67.2 |
| Trabajo informal | 53 | 20.0 |
| Trabajo formal | 19 | 7.1 |
| NA (Menor de edad) | 15 | 5.7 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Debido a las características de las relaciones laborales, la mayoría de las y los pacientes se desempeñan como trabajadores del sector informal, donde el trabajador es quien resulta perjudicado, ya que no realiza aportes para su jubilación, y además no dispone de [seguro](https://definicion.de/seguro), vacaciones pagas, aguinaldo, indemnización y otros derechos que le brinda la legislación nicaragüense. Si la trabajadora (or) se enferma y no puede trabajar, no cobra. Lo mismo si se toma unos días descanso. El empleador, por su parte, puede despedirlo cuando quiera sin tener que pagarle ninguna prestación social. Encontrándose las personas afectadas en una situación de vulnerabilidad y precariedad como consecuencia del empleo informal.

Actualmente la mayoría de las y los pacientes no están trabajando, lo que implica que no pueden aportar a la economía familiar, lo que genera en el entorno familiar un reajuste del presupuesto y en la mayoría de los casos existe disposición para apoyar a la persona que padece de TB y en otros de los casos (menos del 10%), existe algún reproche por miembros del núcleo familiar de que la persona con TB de la familia no aportar al ingreso familiar y sea una carga, especialmente en el gasto de la alimentación.

***3.1.6 Movilización del paciente con TB (tiempo, medio y gasto).***

Las personas encuestadas tienen en promedio 3.4 meses de haber sido ingresadas al Programa de TB y estar recibiendo tratamiento en la respectiva unidad de salud.

Una característica de la primera fase del tratamiento en pacientes con TB (dos primeros meses), es que debe recibirse de forma diaria en la unidad de salud que le corresponde; de acuerdo a esta condición se recomienda por parte del personal de salud, que él o la paciente debe ser acompañado/a por un familiar u otra persona, con el objetivo que le brinde apoyo durante la movilización que genera el viaje, todos los días, hasta la unidad de salud.

El 68.7% (182) refieren no ser acompañados a la unidad de salud, solamente el 31.3% (83) expresaron ser acompañado, de ellos el 30.1% por su pareja (esposo/a o compañera/o), el 25.3% son acompañados por sus padres (mamá/papá), el 21.7% por sus hijas/os, 10.8% por sus hermanos/as y el 12.0% es acompañado por algún amigo/a-vecino/a u otro familiar.

Al consultarles sobre el medio de transporte que normalmente utilizan a diario para su traslado a la unidad de salud para tomar su tratamiento, el 59.3% (157 pacientes) refieren utilizar algún medio de transporte remunerado entre los más frecuentes mencionados tenemos: 35.1% (93) en transporte público - bus interurbano, refieren usar caponera y taxi cada uno el 12.1% (32), y el 4.9% de ellos se moviliza en vehículo propio (dos y/o cuatro ruedas), por lo tanto este grupo refiere incurrir diariamente en un gasto de transporte. El 35.8% (95 pacientes), expresaron que se movilizan a la unidad de salud que le corresponde caminando el 33.2% (88) y el 2.6% (7) en bicicleta por lo tanto este grupo no incurrir en gastos de movilización. *Ver Gráfico No. 1.*

El tiempo promedio que invierten en llegar a la unidad de salud desde su casa, para la toma de su tratamiento, es 28 minutos, tiempo que considera que la mayoría se movilizan caminando y en transporte público. En este aspecto es importante mencionar que los pacientes prefieren ser atendidos directamente en el centro de salud y no en sus ESAFC.

*“Acompañamos (a la unidad de salud para tomar el tratamiento) siempre nosotros, sus hijos, cualquiera. Hacemos una rotación, por lo menos hoy me tocó a mí, mañana al otro. En el caso de ella somos varios hijos, vivimos cerca de ella, entonces ella viene todos los días con un hijo, cada hijo ya sabe su día”.* (GF Masaya)

*“El mío (familiar con TB) venía conmigo (a la unidad de salud). Si no podía venir yo, venía una prima a acompañarlo. Vino acompañado hasta como los tres primeros meses (de tratamiento). Ya tiene un mes que él se viene (al centro de salud) a pie. Ellos (paciente con TB y familiar), se dilataban de 15 a 20 minutos, dependiendo de cómo estaba el paso (familiar con TB)”,* (GF Matagalpa).

### 3.2. Características de la familia y vivienda

En este capítulo se describe variables relacionadas a la ***condición familiar, de la vivienda, accesibilidad de servicios básicos.***

Al consultar a los pacientes si viven con su familia, el 89.8% (238) respondieron positivamente; el 10.2% (27p) respondieron no vivir con su familia, de este último grupo 20 pacientes expresaron que actualmente viven solos y/o alquilan un cuarto y siete pacientes expusieron vivir con un amigo u otro lugar (hospital y 3er regimiento militar en Matagalpa).

En promedio, 4.5 personas conviven en la vivienda donde habitan las personas con TB, encontrando un mínimo de una persona y un máximo de 20.

En relación a la persona que toma las decisiones en el hogar, el 28.3% (75p) expresan que ellos son los tomadores de decisiones en el hogar, el 17.4% (46p) refieren que lo hacen de forma conjunta con su pareja, el 7.5% (20p) expresan que las decisiones son tomadas por su pareja, y el 46.8% (124p) exponen que las decisiones son tomadas por otra persona en su hogar (abuelos/as, hermanos/as, hijas/os, suegra, dueña de casa y vecina), *Ver Gráfico No. 2.*

Con relación a la vivienda donde habitan los pacientes, el 44.2% respondieron que la casa es propia, 11.7% que es alquilada, el 21.1% es de sus padres, el 17.4% de un familiar y 5.7% la casa pertenece a otras personas (suegra, amigo/a, vecina).

Al consultarles a los pacientes sobre los servicios básicos con que cuentan la vivienda donde habitan, una gran mayoría de ellos y ellas refieren contar con los servicios básicos y otros servicios, entre los servicios básicos más mencionados tenemos: 95.5% (253 hogares) con energía eléctrica, 76.2% (202 hogares) con agua potable dentro de la vivienda, el 72.1% (191 hogares) con drenaje de aguas servidas; Entre los otros servicios mencionados con que cuentan los hogares tenemos: El 60.0% (159 hogares) teléfono convencional, 50.0% (133 hogares) con radio y/o televisión y un 40.0% (106 hogares) tiene servicio de cable/internet. *Ver Tabla No. 04.*

#### Tabla 04. Condición de servicios básicos en viviendas que habitan pacientescon TB.

***MINSA. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB-Sep. 2017***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Servicio Básico | n | frecuencia | % |
| Luz eléctrica | 265 | 253 | 95.5 |
| Agua potable | 265 | 202 | 76.2 |
| Drenaje agua de desecho | 265 | 191 | 72.1 |
| Telefonía | 265 | 159 | 60.0 |
| Cable/Internet | 265 | 106 | 40.0 |
| Radio/TV | 265 | 133 | 50.2 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Los y las pacientes fueron abordadas sobre qué tipo de material de construcción tienen las viviendas donde habitan y el acceso al agua potable en sus viviendas; Se construyó una variable condicional denominada ***vivienda adecuada***, la cual debe cumplir adecuadamente con cuatro variables: ***Techo (zinc o teja), Piso (ladrillo, cerámica, o embaldosado), Pared (concreto, madera o mixta) y agua potable***, deben disponer de estas características para ser ***considera como vivienda adecuada***. Esta condición permite estimar un valor aproximado de vulnerabilidad del paciente.

En general los pacientes refieren que sus viviendas cuentan con el material adecuado. Entre los más señalados tenemos: El 97.7% (259 viviendas) sus techos son de zinc, el 86.8% (230 viviendas) de las paredes están construidas por bloque, madera y mixta (mini falda), el 76.2% (202 viviendas) sus pisos son de cerámica/ladrillos o embaldosadas y 76.2% (202 viviendas) cuentan con servicio de agua potable adecuada los cuales refieren pagar este servicio mensualmente. Ver Gráfico No. 3.

Por lo antes descrito podemos definir que el 54.3% (144 viviendas) cumplen con las cuatro condiciones: Por lo tanto, podemos referir que 144 pacientes (54.3%) habitan en una ***vivienda son adecuada***, y el 45.7% (121 viviendas) no cumple al menos una de las cuatro condiciones. ***Por lo que podemos describir que 121 pacientes (46%) no habitan en viviendas adecuadas***, por lo tanto, podemos referir que tienen una condición de vulnerabilidad.

### 3.3. Ingreso económico familiar en hogares con pacientes TB

En este capítulo se describirá la información obtenida de los y las pacientes entrevistadas a las cuales se les consulto sobre el conocimiento del ingreso económico familiar total que obtiene la familia a través del aporte monetario mensual que se obtiene entre los miembros de la familia. Para conocer el ingreso económico familiar, se les preguntó si tenían conocimiento del ingreso mensual por el o Jefe (a) de familia y del ingreso total mensual de todas las personas que laboraban en el hogar.

El 80.8% (214p) refieren conocer el ingreso mensual del jefe(a) de la familia, la cual tiene una media de C$ 5,615.35 córdobas mensuales. No obstante, el 90.9% (241p) refieren conocer el ingreso total mensual del núcleo familiar, donde la media es C$ 8,918.30 córdobas mensuales. Identificando que el ingreso mensual total de la familia señalado se encuentra entre un rango de C$ 700.00 como mínimo y un máximo de C$ 50,000.00. Para nuestro estudio se tomará como referencia la media del ingreso mensual total familiar, dado que el presupuesto familiar es el afectado y ajustado cuando una familia cuenta con una persona (familiar) afectada con TB.

Al categorizar el ingreso mensual total de la familia, con lo cual se logra mejor identificación de los grupos de hogares donde habitan personas diagnosticadas con TB, y que tienen alta vulnerabilidad en relación al ingreso económico de la familia. Considerando la media obtenida y el costo oficial de la Canasta Básica por alimento en Nicaragua anda por C$ 8,480.0[[8]](#footnote-8), considerando que un ingreso mensual menor de C$5,000 (cinco mil córdobas) representa mayor vulnerabilidad de tener un gasto catastrófico. De acuerdo a las categorías establecidas, el 39.8% tienen un ingreso menor de C$ 5,000.00, 29.1% entre C$ 5,001 a 10 mil córdobas, 15.4% refieren un ingreso es entre 10,001 a 15 mil córdobas y el 15.3% tienen un ingreso mayor de 15 mil córdobas. *Ver Tabla No. 05.*

#### Tabla 05. Ingreso Mensual Total Familia (IMTF) Estratificado. Estudio Efectos Gastos Catastrófico

***de TB. Final. Sept. 2017.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
| Menor de C$2,000.00 | 14 | 5.8 |
| Entre C$2,001-5,000.00 | 82 | 34.0 |
| Entre C$5,001-10,000.00 | 71 | 29.5 |
| Entre C$10,001-15,000.00 | 37 | 15.4 |
| Mayor de C$15,000.00 | 37 | 15.3 |
| Total de pacientes que conocen IMTF | **241** | **90.9** |
| No conoce ingreso (NA) | 24 | 9.1 |
| Total | **265** | **100** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Actualmente la mayoría de pacientes no están trabajando, lo que implica que no pueden aportar a la economía familiar, lo que genera diferentes situaciones en el entorno de las familias: en algunos casos la buena disposición de las y los familiares en brindarles total apoyo a sus familiares afectados con TB; Sin embargo, en otros casos referidos se identificó que se genera reproche de algunos miembros de las familias por la condición de la persona con TB en la familia que no brinda ningún aporte a la economía familiar, sobre todo para la alimentación.

*“Mi marido antes cuando trabajaba ganaba 4,000 pesos, (ahora) nos las estamos arreglando, chambeando (trabajando), y no es mucho…, son como 250-300 córdobas lo que ganamos. Y como él está enfermo, puede que haya chambas de albañil, pero él no puede, no se puede esforzar”.* (GF Puerto Cabeza).

*“Mi mamá antes de enfermarse trabajaba en la agricultura, tiene como un año de no trabajar; ella aportaba por cosecha como diez a doce quintales de frijoles y eso dura toda la temporada, como unos cinco meses”* (GF Siuna).

*“La enfermedad afecta en varias formas, porque uno se dedica a estar viniendo (a visitar al enfermo), uno deja de trabajar, pierde averaje (ritmo) de trabajo. Porque, aunque uno no quiera tiene que venir, quedarse aquí, se trabaja un promedio del 10 por ciento, esto implica pasaje y tiempo”. (GF Siuna).*

*“En mi caso (familiar de paciente con TB), mi hijo estaba trabajando de ayudante de camión y el ingreso de él era de C$1,500, él ahora no está trabajando, entonces no tiene ingreso. Nosotros le ayudamos porque él tiene una niña y tiene su esposa”.GF Managua)*

*“Yo diría que (familiar de paciente con TB), bueno…, no solo yo aporto, porque yo sola no podría. Porque lo que yo recibo son C$6,400, pero si mi hijo me colabora con C$3,500, cuando gana poco que me da C$2,000 y así”. (GF Bluefields).*

### 3.4. Gastos familiares realizados en hogares con pacientes TB

Durante el abordaje a los pacientes con TB, se les consulto el nivel de conocimiento actual de los gastos incurridos por la familia durante el periodo que él está siendo tratado por su condición de persona con TB.

***Definiendo gasto familiar:*** Es todo aquel costo monetario mensualmente asumido por la familia para responder o amortiguar las necesidades de una persona o familiar afectadas con TB.

Entre los principales gastos mensuales señalados son:

1. ***Gasto de Transporte*** para la movilización diaria a la unidad de salud para recibir su tratamiento.
2. ***Gasto de alimento,*** corresponde al 10% del gasto total de alimentos mensuales de la familia destinado a la persona o familiar afectada con TB y un 10% adicional del gasto extraordinario de la dieta especial para su paciente.
3. **Gasto por la compra de medicamentos auto medicado**, son los pagos asumidos por la compra de medicamento auto medicados por la familia o el paciente los cuales son comprados sin prescripción o receta médica.
4. ***Gasto de servicios básicos,*** son los pagos mensuales por los servicios básicos consumidos por la familia en el hogar durante un periodo de 30 días.
5. ***Gasto por atención y prestación de servicio de salud,*** son los pagos asumidospor la familia por la prestación de servicio y atención de la persona afectada con TB y su tratamiento durante el periodo de la enfermedad.
6. **Gasto de Bolsillo,** en salud del hogar, son todos los gastos referidos (***A, B, C, y E***) que asume la familia para atender las necesidades básicas de las personas con TB en el hogar.

Los siguientes acápites describen los resultados obtenidos a través de la información referida por los/as entrevistados/as con relación al conocimiento del gasto que asume la familia al momento de la entrevista.

### 3.4.1 Gasto en transporte

En el caso de pacientes (170p) que expresaron realizar un gasto de movilización para recibir su tratamiento en las unidades de salud, en promedio el monto diario de este gasto es de C$17.00 (diez y siete córdobas), con un rango entre C$5.00 (cinco córdobas) a C$80.00 (ochenta córdobas). Los familiares que apoyan y asumen este gasto de movilización para que los pacientes se movilicen a la unidad de salud diariamente para recibir el tratamiento, expresaron que este gasto es asumido por el jefe de familia o se distribuye entre todos los miembros de la familia.

*“Porque me queda lejos (familiar del paciente con TB), normalmente viene solo (familiar con TB), ya se siente mejor, “Mi paciente (sobrino) se viene solo, porque como las muchachas estudian, yo tengo 2 niñas chiquitas, por eso, el viene solo en taxi y se gasta C$ 24.00 de ida y vuelta”.* (GF Bluefields).

*“Nosotros igual, nos estamos rotando los hermanos (hijos de afectada) porque no se puede asumirlo solo. A veces no se gasta porque aquí en el hospital le dan el medicamento, no son de paso los gastos, pero a veces hay que buscar otras cosas. La traíamos a la clínica y gastábamos al mes entre C$ 3,000.00 a 4,000.00”.* (GF Siuna).

### 3.4.2 Gasto en alimentación

Al ser abordados los y las pacientes sobre el nivel de conocimiento del gasto de alimentación que asumen mensualmente su familia, para proveer de la alimentación de la dieta de todos los miembros de la familia. El 91.7% (243p) expresaron conocer el monto mensual aproximado del gasto de alimento de acuerdo con la dinámica gastronómica de la familia nicaragüense, la mayoría de los consultados refieren que la compra de los alimentos básicos para el hogar se realiza de forma semanal. El 8.3% (22 pacientes) refieren no conocer el gasto de alimentación que incurre la familia, en este grupo se excluyen de la muestra a los pacientes que tienen condiciones particulares como los que presentan la condición de estar hospitalizado y en unidad militar.

De acuerdo a los datos obtenidos sobre el gasto de alimentos, se identificó que la media del gasto en alimentos, que tienen las familias corresponde a C$ 4,057.16 córdobas mensuales, estando un gasto mínimo C$ 350.00 y el máximo de C$ 18,000.00 al mes. En consideración al estudio se estableció como referencia que el gasto de alimento para persona afectada con TB (familiar), corresponde al 10% que asume la familia del total del gasto de alimento familiar y un 10% adicional a la compra de los alimentos especiales que asume la familia para apoyar la dieta especial para el paciente; Esta condición del incremento del gasto alimenticio, se debe a la cultura y practicas alimenticias de las familias, se debe al incremento de los gastos por la compra de alimentos diferenciados para su familiar con TB, considerando que las familias asumen que la persona con TB no puede comer la misma dieta de la familia.

*“Yo, como gano quincenal y mi comida la compro quincenal, yo gasto C$8.000 solo en comida y después viene el resto: la luz, gas, agua no compramos, pago de cable (más o menos unos C$2.000 en estas cosas)”. (GF Bluefields).*

*“En este caso, en Puerto Cabezas no hay un trabajo fijo, donde el centro de la familia es el hombre, cuando el hombre no tiene trabajo fijo no es igual, el gasto de la casa se va bajando. Ahora, este problema (TB) es un problema grande para la familia, es doloroso; y aunque uno no quiera, el presupuesto se va disminuyendo para el alimento en la casa, por ejemplo, yo ya lo estoy sintiendo y eso que mi hija está comenzando el tratamiento”. (GF Puerto Cabeza)*

*“Los gastos de comida se aumentan, porque tal vez no quieren comer algo y tenemos que buscar para darles de comer, buscar cosas especiales para que se anime a comer. Se aumentó el gasto de comida en toda la familia”. (GF Puerto Cabeza).*

*“Ahorita son los chavalos los que están garantizando la comida en la casa (hijos de participante y señora afectada), que después de esta cosecha dejaron como 20 quintales de frijoles para el consumo de la casa. Hay un poco más de gasto de alimentos porque hay que estar trayendo de la finca para acá”. (GF Siuna).*

### 3.4.3 Gasto en medicamentos auto medicado.

Los 139 (52.4%) pacientes que refirieron consumir un medicamento complementario a su tratamiento antifímico al momento de la entrevista; se les consultó si ellos incurren en algún gasto económico por la compra del medicamento complementario que consumen al momento del estudio. El 48.2% (67 pacientes) refieren consumir algún medicamento complementario, pero confirmaron no asumir ningún costo para obtener este medicamento, esta condición se debe a que ellos y ellas obtienen su medicamento complementario son prescritos y facilitados por su unidad de salud, de los cuales el 54.0% (36p) expusieron obtenerlo en su centro de salud y/o policlínico municipal, el 22.7% (15p) lo obtienen a través del hospital donde es atendido, el 22.3% (15p) a través del ESAFC que atiene de cobertura en salud de su localidad y el 1.0% (1p) a través del TAES comunitario asignado por el personal de salud del componente de TB.

A sí mismo el 51.8% (72 pacientes) que refirieron consumir un medicamento complementario exponen asumir un costo mensual por la compra de **medicamentos no prescritos** que consumen bajo la condición de **Automedicación**, éstos pacientes indicaron obtener los medicamentos sin receta médica y su fuente principal es a través de la compra en farmacias, venta de medicamentos, pulperías o mercados.

Los 72 pacientes que refieren asumir un gasto por la compra de medicamentos auto medicados, refieren que 15.3% (11p) tiene un gasto menor de los cien córdobas mensuales, el 51.4% (37p) refieren tener un gasto entre los C$ 101.00 a C$ 499.00 mensuales, el 23.6% (17p) expresan tener un gasto entre los C$ 500.00 a unos mil córdobas y el 9.7% (7p) refirieron asumir un costo mayor de unos mil córdobas al mes por la compra de los medicamentos auto medicados. *Ver Gráfico No. 4.*

### 3.4.4 Gasto de Servicios Básicos y Escolar.

***Gasto por Servicios básicos;*** En este acápite se describe los resultados obtenidos al consultarle a los entrevistados sobre el nivel de conocimiento de los gastos asumidos por la familia en concepto de servicios básicos; Entre los servicios tomados como referencia tenemos el pago de: agua potable, luz eléctrica, teléfono (convencional/celular), servicio de cable/internet. El 90.6% (240) de encuestados refirieron tener conocimiento del gasto aproximado del gasto de los servicios básicos y solamente 9.6%% (25p) refieren no conocer cuáles son los gastos básicos que asume la familia en su hogar.

La media obtenida del gasto de los servicios básico por la familia al mes es C$ 1,344.30, con un gasto máximo mensual de C$ 7,000.00. El 46.0% (122p) refieren asumir un costo menor de unos mil córdobas relacionados a este tipo de gasto, el 30.9% (82p) refieren un gasto entre un mil y dos mil quinientos córdobas al mes y 13.2% (36p) refieren un gasto mayor de dos mil quinientos córdobas en concepto de pago por servicios básico que asume la familia. *Ver Tabla No. 06.*

#### Tabla 06. Gasto en servicios básicos mensual estratificado. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

| Categoría | Frecuencia | Porcentaje |
| --- | --- | --- |
| Menor C$ 1,000.00 | 122 | 46.0 |
| Entre C$ 1,000.00 a C$ 2,500 | 82 | 30.9 |
| Entre C$ 2,501.00 a C$ 5,000.00 | 32 | 11.7 |
| Mayor de C$ 5,000.00 | 4 | 1.5 |
| No conoce Gasto Familiar | 25 | 9.8 |
| Total | **265** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

***Gasto Escolar;*** En el presente estudio, se valoró la oportunidad de consultarles a los y las pacientes, si conocían cual era el gasto escolar que asumían actualmente dentro del núcleo familiar. Encontrando que el 46.8% de los pacientes expresaron conocer los gastos escolares que incurre la familia, con una media de C$ 1,561.68 de gastos escolar incurre mensualmente. Y 53.2% de los entrevistados refieren no conocer el gasto escolar dentro de la familia. Por lo tanto, esta variable no fue concebida como determinante en el gasto de bolsillo, debido a que más del 50% de los pacientes conocían de esta condición en la familia.

**No obstante, ambos gastos por servicios básicos y escolar, no fueron asumido o incluido entre las condicionantes que son conforman el gasto de bolsillo en salud definido para el estudio.**

### 3.4.5 Gasto por prestación y atención de servicio de salud

Para efectos del estudio, el Gasto de atención y prestación de servicio en salud en las personas con TB, fue considerado debido a que el Ministerio de salud en Nicaragua, brinda una atención y servicios de salud gratuitamente y en especial a todos y todas las personas afectadas a esta enfermedad a través del modelo de salud familiar y comunitario, las familias de estos pacientes ***NO asumen ningún costo*** durante todo el periodo del manejo, control y tratamiento para la TB y cualquier patología asociada en este tipo de paciente.

### 3.4.6 Gasto de Bolsillo

Para efectos del estudio, el Gasto de bolsillo en salud en personas afectadas con TB, corresponde a todo el egreso (pago) que asume el paciente o miembros de la familia para responder a las necesidades de salud que requiere el paciente durante su proceso de recuperación y curación de la enfermedad.

Al valorar la relación entre las cuatro condiciones tomadas del ***gasto de bolsillo en salud*** que asumen las familias con una persona con TB, se ha identificado las siguientes condicionantes:

1. Gasto de transporte para la movilización del paciente a la unidad de salud asumido por la familia.
2. Gasto de alimentos
3. Gasto por la compra de medicamentos auto medicado
4. Gasto por atención y prestación de servicio de salud

De acuerdo a la definición y construcción del gasto de bolsillo que asumen las familias o personas afectadas con TB, podemos describir que es la sumatoria de todos los gastos señalados o incurridos para resolver las necesidades en salud de las personas con TB.

GB = (Pago de Alimentos x 0.20) + Pago de Transporte de paciente para traslado a la unidad de salud + Pago de medicamento complementario por automedicación + pago de servicio de atención y prestación médica\*

Por lo tanto, se considera que esta condición del gasto de bolsillo fue valorada en el 100% (265p) de las personas entrevistadas. Identificando que la media del gasto de bolsillo reflejado por las familias corresponde a C$ 4,873.86 al mes; así mismo se puede describir que los “**G*astos de alimentos y gastos de transporte***” son condicionantes promedio con mayor relación proporcional al gasto de bolsillo identificado.

Por lo tanto, se puede describir que, del total de gasto de bolsillo referido de los pacientes consultados, el ***64.0% (170p) corresponde al gasto de alimentos, el 29.3% (78p) corresponde a gasto de transporte para su movilización***, el 6.7% corresponde al gasto de medicamentos auto medicados y que hay *cero gastos (No pago) por la prestación de atención médica, la cual reciben gratuitamente*. Ver tabla *No. 07.*

#### Tabla 07. Relación porcentual del promedio de las condicionantes del Gasto de bolsillo que asume a la familia. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Condicionante del Gasto de Bolsillo | n | Frecuencia | Porcentaje |
| Gasto de alimentos | **265** | 170 | 64.0 |
| Gasto de Transporte | **265** | 78 | 29.3 |
| Gasto de medicamentos | **265** | 18 | 6.7 |
| Gasto de atención y prestación médica | **265** | 0 | 0.0 |
| Total | **265** | **265** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

La realizar la estratificación de los gasto de alimentos y de transporte podemos señalar que con relación al total de consultados el 32.1% (85p) refieren asumir un gasto de alimento mayor de cinco mil córdobas mensuales, el 26.8% (71p) refieren tener un gasto de alimento referido entre C$ 2,501 a C$ 5,000.00, el 25.7% (68p) refieren asumir un gasto entre un mil a dos mil quinientos córdobas mensuales, el 7.5% (20p) refieren tener un gasto menor de un mil córdobas y el 7.9% de ellos refieren no conocer cuánto es el gasto de alimentos en la familia.

Con relación al gasto de transporte referido en general los pacientes consultados tenemos que el 48.7% (129p) refieren asumir un gasto menor de unos mil córdobas al mes, el 18.5% (49p) refiere tener un gasto entre los un mil a dos mil quinientos córdobas mensual, un paciente (0.4%) refiere tener un gasto mayor de los dos mil quinientos córdobas mensuales y 32.5% (86p) refirieron no tener ningún gasto con relación al transporte. *Ver Tabla No. 08.*

#### Tabla 08. Relación del Gasto Alimentos Total Mensual y Gasto Transporte Total Mensual que asume a la familia, Estratificado. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Monto de gasto estratificado | Gasto Mensual de la Familia, desagregado por tipo de gasto | | | |
| **Alimento** | | **Transporte** | |
| # familias | Porcentaje | # familias | Porcentaje |
| Menor C$ 1,000.00 | 20 | 7.5 | **129** | **48.7** |
| Entre C$ 1,000.00 a C$ 2,500 | **68** | **25.7** | **49** | **18.5** |
| Entre C$ 2,501.00 a C$ 5,000.00 | 71 | 26.8 | 1 | 0.4 |
| Mayor C$ 5,000.00 | 85 | 32.1 | 0 | 0.0 |
| No Gasto | 21 | 7.9 | 86 | 32.5 |
| Total | **265** | **100.0** | **265** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Al estratificar el gasto de bolsillo en salud, se identificó que la mayor concentración del gasto de bolsillo está en el 39.2% (104p) reflejan un gasto mayor de cinco mil córdobas, el 37.8% (100p) está entre los dos mil un córdoba y cinco mil córdobas, 23.0% (61p) su gasto de bolsillo es menor de dos mil córdobas. *Ver Tabla No. 09.*

#### Tabla 09. Frecuencia del Gasto de Bolsillo estratificado referidos por los pacientes.

#### Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gasto de Bolsillo estratificado | Frecuencia | | Porcentaje |
| Menos de C$1,000.00 | 26 | 9.8 | |
| Entre C$1,001.00 a C$ 2,000.00 | 35 | 13.2 | |
| Entre C$2,001.00 a C$ 3,000.00 | 38 | 14.3 | |
| Entre C$3,001.00 a C$ 4,000.00 | 37 | 14.1 | |
| Entre C$4,001.00 a C$ 5,000.00 | 25 | 9.4 | |
| Mayor C$,5000.00 | 104 | 39.2 | |
| Total | 265 | 100.0 | |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Al consultarles a los y las participantes de los grupos focales, sobre cómo afectan estos gastos de alimentación y la situación financiera del hogar cuando un familiar está afectado con TB, expresaron las y los informantes claves que sin duda alguna los afecta. El presupuesto se les viene abajo y tienen que disponer en algunos casos de los ahorros, en otros casos de dependencia familiar, se endeudan y en el peor de los casos sacrifican la alimentación diaria, haciendo un tiempo de comida al día las personas sanas de la familia.

*“Es muy difícil, es algo inesperado para la familia. Uno ya tiene presupuestado para la familia lo que se va a hacer, ahora en este caso, es muy especial porque hay que gastar en él o en ella, a veces tener que dejar de cocinar lo de siempre”. (GF Puerto Cabeza” (GF Puerto Cabeza).*

*“Claro que me afecta porque uno tiene que hacer gastos, ya los trabajos se paran. Yo tenía un fondito guardado allí y al venir esta cosa (enfermedad de su esposa, TB), lo estamos gastando para pasaje, alguna cosita para la comida. A uno lo afecta en el tiempo del trabajo y en los gastos”. (GF Siuna).*

### 3.5. Información de Salud y Nutrición del paciente TB (Adherencia al tratamiento y prácticas alimenticias).

En este capítulo, se identifica diferentes condiciones con relación a la salud, práctica nutricional, adherencia al tratamiento y la variable del gasto de bolsillo “gasto de medicamento complementario” que toman los pacientes entrevistados. Al consultarles a los familiares con una persona en su familia con TB, cual había sido su experiencia en el trato, información y consejería del manejo que recibiría su familiar al ser ingresado al componente de TB. En los 08 grupos focales el 100% de los participantes externaron sentirse satisfechas/os en el trato e información y consejería recibida por el personal a cargo del componente de salud.

*“Explicaron además sobre el tratamiento y la alimentación del paciente, como iba a ser tratado y como podíamos protegernos nosotros, también de evitar contagiarnos y bueno, tener ventilación en la casa, lugar fresco. Hay que dormir aparte, los trastes aparte, No tienen que asolearse. No tienen que tomar cosas heladas, No tienen que hacer trabajo de mucho esfuerzo”. (GF Managua).*

*“También como apartar su cuchara, su vasito, su platito para evitar el contacto de uno enfermo con los demás familiares en la casa, estar ventilado donde uno duerme Todas las recomendaciones que uno debe tener”. (GF Matagalpa).*

Se constató que el 100% de los pacientes entrevistados están actualmente recibiendo el tratamiento, Los cuales el 78.9% (209 pacientes), lo recibe en la unidad de salud municipal de su elección, a través del área del componente de Tuberculosis y un 21.1% (56 pacientes) lo reciben en otra lugar consensuado entre el personal de salud, paciente y familiar, los lugares señalados fueron: en su ESAFC (45 pacientes), en el Hospital (10 pacientes) y un paciente refiere recibirlo a través de un brigadista de salud (TAES comunitario)[[9]](#footnote-9).

El cumplimiento para ir y tomar su tratamiento por parte de las personas con TB, se ve rodeado de muchos factores predisponentes para su cumplimiento (abordados anteriormente), sin embargo la mayoría de estas personas realizan ajustes día a día en sus ingresos y costumbres dentro del núcleo familiar, con el propósito que su paciente pueda acudir a la unidad de salud a retirar el medicamento, contando con el apoyo del personal de salud en caso de no poder ir a retirarlo seguidamente diferentes factores como: ríos, cruces, distancias, costos de transporte público, etc.; buscan otras alternativas como los TAES comunitarios especialmente en las zonas de la costa caribe sur.

Con relación al tiempo que les toma llegar a la unidad de salud, el 53.2% refiere ser entre 11 a 30 minutos, 29% menos de 10 minutos y 17.8% más de 30 minutos para llegar a la unidad de salud a la toma de su tratamiento antifímico. Esta condición es debido a que la mayoría de pacientes prefieren retirar e ir a tomarse el tratamiento a la unidad de salud más alejada a su domicilio, dado que tienen alguna resistencia y falta de confianza de asistir al ESAFC que le corresponde.

Tomando en cuenta que la discriminación genera un estigma en el paciente y una depresión que muchas veces impide que éste tenga la disposición adecuada para asistir de forma continua a recibir el tratamiento gratuito que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA) y curarse totalmente. Es muy importante retomar este tema en la Consejería inicial ya que se aprecia una percepción tanto del paciente y familiares en el tema de discriminación por parte de la población en general como a nivel interno de las familias.

Se consultó a los pacientes si toman medicamento complementario al tratamiento antifímico. Se identifica dos grupos con las siguientes condiciones, al responder esta consulta:

1. Toman medicamento complementario **por prescripción médica,** de acuerdo a la patología concomitante o de base (crónica) que padecen al momento de la entrevista.
2. Toman medicamento complementario, por auto **medicación**, este grupo expone que ellos o sus familiares compran medicamento sin prescripción médica y por historial o por referencia de los familiares, los cuales brindan medicamento o suplementos nutricionales por consideración o decisión propia.

Del total de entrevistados el 47.5% (126p) refiere no consumir ningún tipo de fármaco o tratamiento complementario, confirmando que solamente están tomando su tratamiento anti tuberculoso; el 52.5% (139p) expusieron y confirmaron estar consumiendo algún tipo de medicamento complementario además de su tratamiento antifímico. *Ver Tabla No. 10*

#### Tabla 10. Pacientes que refieren consumir medicamento por prescripción médica y automedicación al momento del estudio. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Condición | n | Frecuencia | Porcentaje |
| No consumen medicamento complementario | **265** | **126** | **47.5** |
| Si consume medicamento complementario | **265** | **139** | **52.5** |
| Consume por prescripción médica | **139** | **67** | **48.2** |
| Consume medicamento complementario por auto medicación | **139** | **72** | **51.8** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Con relación a las causas o motivos referido de los 139 pacientes que refieren consumir algún tipo medicamento complementario a su tratamiento antifímico; el 48.2% (67p) tienen la condición de tomar medicamento por prescripción médica y el 51.8% (72p) es por auto medicación; Las principales causas o motivos para el consumo de medicamento complementario, fueron:

* El 39.6% (55p) por auto medicación por una enfermedad crónica,
* El 32.4% (23p) toman suplemento vitamínico que consumen por disposición de algún familiar.
* El 10.0% (14p) refieren gasto de medicamentos por auto medicación, por la compra de antibiótico y jarabe para la tos cada una con el 5.0% (7p).
* El 37.4% (52p) refieren consumir otros medicamentos como: Analgésicos, Anti inflamatorios, protectores gástricos, entre otros. *Ver Tabla No. 11*

#### Tabla 11. Pacientes que consumen medicamento por automedicación al momento del estudio. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicamento | n | Se auto medica | |
| **Frecuencia** | **Porcentaje** |
| Jarabes para la Tos | 139 | 7 | 5.0 |
| Tratamiento para enfermedad crónica | 139 | 55 | 39.6 |
| Complementos vitamínicos | 139 | 45 | 32.4 |
| Antibiótico | 139 | 7 | 5.0 |
| Otro medicamento | 139 | 52 | 37.4 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 139.

Con relación al grupo de pacientes que refieren tomar medicamentos complementarios, se identificó que el mayor grupo (51.8% - 72p), son aquellos que se auto medican; Entre las principales circunstancias por la cuales ellos y ellas refieren auto medicarse refieren en su mayoría por conocer su tratamiento de enfermedades crónicas o de base, entre las patologías descritas:

* Diabetes Mellitus tipo II,
* Hipertensión,
* Enfermedades gástricas y
* *Enfermedades hormonales.*

*Abonando a esta conducta la cultura de comprar suplementos nutricionales que le brindan a la persona afectada por TB, dado que son recomendadas por un familiar o persona conocida.*

A los 139 pacientes que refieren consumir medicamento complementario, se les consultó si incurrían en algún gasto económico por la compra del medicamento que consumen al momento del estudio. **67 Pacientes (48.2%) expresaron No asumir ningún costo, dado que ellos y ellas obtienen todo su medicamento por prescripción médica y son facilitados en su unidad de salud** y 72 pacientes (51.8%) refieren asumir un costo mensual por la compra de los medicamentos que consumen por la condición de **Automedicación**, ellos y ellas indicaron obtener este medicamento a través de una farmacia o venta de medicamentos particular o mercados sin receta médica.

Al consultar a los 139 pacientes sobre el monto promedio del gasto mensual asumido por el medicamento complementario auto medicado; el 66.7% (93p) refieren asumir un monto menor a los quinientos córdobas mensuales, el 23.6% (33p) refieren tener un gasto entre los C$ 500.00 a unos mil córdobas al mes y un 9.7% (13p) refieren asumir un costo mayor de unos mil córdobas al mes. *Ver Gráfico No. 5.*

Con relación a los hábitos alimenticios de los pacientes, al consultarles ¿Cuánto de ellos ingerían alimento antes de tomar el tratamiento?, *el 61.5% (162p) expresaron consumir algún tipo de alimento antes de salir de su casa*. Describen consumir de forma variada sus alimentos entre semana; La mayoría expresa que consumen uno o dos alternativas alimenticias entre sólido, líquido y frutas. Al consultarles cueles era el alimento más frecuente que ellos consumían entre semana;

El 80.2% (130p) expresaron consumir alimentos sólidos combinado con líquido (café o leche), 35.8% (58p) consume solamente café con pan, 16.7% (27p) ingiere líquidos entre refresco natural o leche y solamente 3.7% (6p) consumen frutas. *Así mismo el 38.5% (103 Pacientes) refieren no consumir ningún tipo de alimento antes de tomar el tratamiento*, al preguntarles ¿Por qué no lo hacían? el 77.7% (80p) expresaron que era por indicación del personal de salud, 8.7% (9p) por no tener dinero para alimentarse, 4.9% (5p) por no tener hambre en la mañana y 2.9% (3p) expreso no tener tempo para ingerir algún tipo de tratamiento, explicando que trabajaban y la unidad de salud les quedaba largo y 5.8% (6p) expresaron otro condición (por nauseas, decisión propia, medicamento no tiene efecto) *Ver Tabla No. 12*

#### Tabla 12. Frecuencia de los pacientes que ingieren algún tipo de alimentos y los motivos por lo cual no ingieren ningun tipo de alimentos antes de tomar el tratamiento. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Que Consume | n | Frec | % | Condición referida | n | Frec | % |
| Alimentos Solidos | 162 | 130 | 80.2 | **Indicación del personal de salud** | 103 | 80 | 77.7 |
| Café y Pan | 162 | 58 | 35.8 | **No me da hambre** | 103 | 5 | 4.9 |
| Frutas | 162 | 6 | 3.7 | **No tengo dinero para desayunar** | 103 | 9 | 8.7 |
| Liquido (refrescos natural/otros) | 162 | 27 | 16.7 | **No me da tiempo para hacerlo** | 103 | 3 | 2.9 |
| Otro alimento |  | 19 | 11.7 | **Otra condición** | 103 | 6 | 5.8 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Al preguntarle a los pacientes ¿Qué tiempo demoraban para ingerir algún tipo de alimentos después de tomar el tratamiento?, La media corresponde a 86 minutos, la mayoría expresó que esta práctica es de acuerdo a las orientaciones del personal de salud donde van a retirar y tomar el medicamento anti TB. Al consultarles sobre las siguientes practicas alimenticias: número de veces come en el día, cantidad de alimento que consume, nivel de satisfacción que ellos/as tienen en el día. Se encontró que:

* El 81.9% (217p) come tres o más veces en el día
* El 18.1% (48p) refiere que se alimenta de 1 a 2 veces en el día.

Con relación a la cantidad de alimentos que consume al momento de ingerir alimentos el 65.3% (173p) expreso que es suficiente y 32.1% (85p) refiere que es poca la cantidad que consume, así mismo el 69.8% (185p) expone quedar lleno luego de ingerir sus alimentos, el 14.0% (37p) expresa quedar sin hambre, 4.2% (11p) queda muy lleno y el 12.1% (32p) expresan quedar con hambre luego de alimentarse. *Ver Tabla No. 13*

#### Tabla 13. Frecuencia de las prácticas alimenticias durante el día de los pacientes . Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. Veces come al día | Frec | % | Cantidad | Frec | % | Satisfacción | Frec | % |
| Una Vez | 3 | 1.1 | Poco | 85 | 32.1 | Muy lleno | 11 | 4.2 |
| Dos veces | 45 | 17.0 | Suficiente | 173 | 65.3 | Lleno | 185 | 69.8 |
| Tres o más | 217 | 81.9 | Mucho | 6 | 2.3 | Sin Hambre | 37 | 14.0 |
|  |  |  | No Responde | 1 | 0.4 | Con Hambre | 32 | 12.1 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

A los pacientes, se les preguntó *¿Qué beneficio reciben al consumir alimentos durante el periodo de su tratamiento antifímico?*, el 14.7% (39p) expusieron no conocer o saber cuál es el beneficio que reciben al ingerir alimentos, y el 85.3% (226p) expresaron conocer cuáles son los beneficios que reciben al consumir sus alimentos, entre los beneficios más mencionados fueron: 57.1% (129p) un mejor estado general de salud, 42.5% (96p) más Energía, 36.7% (83p) Mejora su salud, 26.5% (60p) Tolerar los medicamentos y 6.2% (14p) No enfermarse. *Ver Tabla No. 14*

#### Tabla 14. Frecuencia de los beneficios referidos por los pacientes al ingerir sus alimentos. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tipo de Beneficio al recibir alimentos | n | Frecuencia | Porcentaje |
| Más Energía | 226 | 96 | 42.5 |
| Mejor estado General de salud | 226 | 129 | 57.1 |
| Mejora su salud | 226 | 83 | 36.7 |
| Tolerar los medicamentos antifímico | 226 | 60 | 26.5 |
| No enfermarse | 226 | 14 | 6.2 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Sobre los alimentos que consumen los pacientes durante la semana, ellos/as expusieron que su alimentación diaria es de acuerdo a la dieta del nicaragüense a base de carbohidratos, frijoles, azucares y la principal proteína consumida es el huevo. El 97.4% (258p) consumen algún tipo de cereal principalmente arroz, el 91.3% (242p) consume frijoles, 61.1% (162p) huevo, 55.5% (147p) derivados lácteos y 53.2% (141p) carne roja/pescado, 43.4% (115p) pollo, 38.5% (102p) consume algún tipo de Vegetal/Legumbre/Raíces/Tubérculos y menos del 20.0% (53p) consume algún tipo de frutas. *Ver Gráfico No. 06*

Al consultarle a los pacientes sobre *¿Cuáles son las limitantes o barreras que ellos o su familia tienen para obtener alimentos en el hogar?*, en su mayoría consideraron que es por falta de dinero (el 83.7% - 180p), el 38.6% (83p) opina que es por falta de trabajo en todas las regiones, 11.6% (25p) no trabaja nadie en el hogar, el 8.8% - 19p) consideran que la falta de alimentos en sus territorios y 4.2% (9p) expone que no tiene apoyo de nadie. Ver Tabla No. 15

#### Tabla 15. Frecuencia de los pacientes que consideran como limitante / Barrera para obtener alimentos en el hogar. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Consideraciones** | **n** | **Frecuencia** | **%** |
| **Falta de alimentos** | 215 | 19 | 8.8 |
| **Falta de dinero** | 215 | 180 | 83.7 |
| **Nadie trabaja** | 215 | 25 | 11.6 |
| **No tengo apoyo de nadie** | 215 | 9 | 4.2 |
| **Otras limitante (falta de trabajo)** | 215 | 83 | 38.6 |
| **Total entrevistados** | **215** |  | **100** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

### 4.6. Información del apoyo que recibe el paciente TB.

Indagando con los y las pacientes entrevistados y la consulta a sus familiares, si ha o han recibido ayuda de alguna entidad gubernamental o no gubernamental o alguna persona en particular para apoyarlo en su condición de persona afectada con TB. Se le pregunto *¿Quien recibió ayuda y que tipo de ayuda recibió y por cuánto tiempo?* El 35.5% (94p) de los pacientes refieren recibir ayuda actualmente en su condición de paciente de TB; A sí mismo los familiares contestaron afirmativamente, solamente en Bluefields refieren recibir ayuda de una iglesia. En los otros territorios como Managua, Matagalpa y Chinandega manifestaron que reciben un paquete cada dos meses de parte de la Fundación Damián, pero no todos los pacientes reciben ese apoyo.

Los 94 pacientes que afirman recibir o haber recibido alguna ayuda al estar siendo tratados en el componente de TB en su unidad de salud. Un 46.8% (44p) refiere recibir apoyo de parte del MINSA, el 40.4% (38p) por un organismo no gubernamental (principalmente Fundación Damián), así como el 19.1% (18p) por un familiar, el 3.2% (3p) recibe ayuda por MIFAM y el 8.5% (8p) refiere recibir ayuda por otros, entre los mencionados tenemos: Amigos/as, Gobierno/Presidente, dueño de acopio (hacienda) e Iglesia. *Ver Tabla No. 16.*

#### Tabla 16. Frecuencia y Porcentaje de quienes reciben ayuda y que tipo refieren los pacientes. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

| Recibe ayuda de | n | Frec | % | Tipo de ayuda que ha recibido | n | Frec | % |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MINSA | 94 | 44 | 46.8 | Alimentos (Granos básicos) | 94 | 82 | 87.2 |
| ONGs | 94 | 38 | 40.4 | Fondos Económico | 94 | 25 | 26.6 |
| Un Familiar | 94 | 18 | 19.1 | Alimentos cocinados | 94 | 2 | 2.1 |
| MIFAM | 94 | 3 | 3.2 | Material de construcción | 94 | 0 | 0 |
| Otro | 94 | 8 | 8.5 | No sabe | 94 | 6 | 6.4 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 94.

A los entrevistados/as, se les preguntó *¿Si durante su período de ser tratado con antifímico había faltado algún día a la unidad de salud para recibir su tratamiento y la causa de no haber asistido?*; El 85.7% (227p) expuso que no ha faltado a su medicación en la unidad de salud asignada, no obstante existe un 14.3% (38p) que afirman haber faltado al menos una vez a la unidad de salud y no tomar su tratamiento, al consultarles cuales han sido las causas principales; Hacen referencia que la causa más frecuente es por enfermedad (36.8% - 14p), el 21.1% (8p) no tenía dinero para movilizarse, el 21.1% (8p) tener que trabajar fuera de su casa. Un 10.5% (4p) los pacientes expresaron no asistir por ayudar en casa y el 10.5% (4p) por otro tipo de causa, siendo el motivo más fuerte, es el no deseo de continuar con el tratamiento y la lluvia, no permitiendo su movilización. *Ver Gráfico No. 07.*

### 4.7. Información de Gastos Catastrófico de la persona con Tuberculosis.

Cualquier ***hogar puede llegar a enfrentar la enfermedad de alguno de sus miembros***. Si la familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de la atención, afecta directamente *su capacidad para cubrir otras necesidades básicas – alimentación, educación, transporte o vivienda, lo que* puede verse súbitamente mermada.

Entre las referencias y experiencias internacionales podemos retomar las siguientes:

* *En México:* Las familias de altos ingresos pueden tener que vender sus bienes o hacer uso de sus ahorros. Los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda una vida. Lo más lamentable es que estas situaciones por lo general se presentan en casos de enfermedad que podrían atenderse con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con un seguro de salud, especialmente cuando éste se financia con recursos públicos. Las familias mexicanas continúan pagando con sus recursos los servicios médicos y los medicamentos en el momento en que los necesitan: más del 50% del gasto en salud es gasto de bolsillo[[10]](#footnote-10).
* *En Costa Rica:* Un hogar con gastos catastróficos por motivos de salud se ***define como todo aquel que está destinando más del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de sus miembros***. En el gasto en salud se incluyen: *el gasto de bolsillo*, *las contribuciones a la seguridad social* y *el gasto gubernamental en salud transferido a los hogares*. La capacidad de pago se define como el excedente de recursos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares, el gasto de subsistencia, medido a través del gasto en alimentación o una línea de pobreza, y el gasto en salud financiado por impuestos[[11]](#footnote-11).
* De esta forma el nivel de gasto catastrófico en personas con TB; Se estima a través de la contribución financiera de los hogares (CFH), que mide el porcentaje de la capacidad de pago de las familias que se destinan al gasto en salud. Por otra parte, la capacidad de pago o ingreso disponible se define como el remanente del gasto total del hogar una vez descontado el gasto de bolsillo con relación a: los alimentos, transporte, medicamentos o el nivel de gasto que define una línea de pobreza. *El establecimiento del umbral a partir del cual se define si un hogar enfrenta o no gastos catastróficos es sujeto de debate*. ***La OMS en su informe de la salud mundial del año 2000, definió este umbral en una cifra del 30% de la capacidad de pago. Otros estudios definen diversos umbrales, que incluyen cifras desde el 15% hasta el 40% de la capacidad de pago***[[12]](#footnote-12).
* La OMS propone que se construya el indicador llamado Contribución Financiera de los Hogares. Este indicador incluye variables de gasto en salud tales como: gasto de bolsillo, gasto por contribuciones sociales obligatorias y gasto por concepto de impuestos que se destina al financiamiento del sector salud[[13]](#footnote-13).

Por todo lo antes expuesto se hace imprescindible aclarar que, en Nicaragua, el presente estudio dirigido a un ámbito nacional con el fin de conocer los efectos de la incidencia de “gasto catastrófico” en personas afectadas con Tuberculosis.

Definiendo como ***el porcentaje de hogares que incurre en Gastos Catastróficos por atender las necesidades de salud de un miembro de la familia con diagnóstico de tuberculosis en cualquiera de sus formas.*** Para conocer este gasto se aplicó la encuesta de referencia, utilizando la “fijación proporcional para la estimación de frecuencia del estudio descriptivo a través de un muestreo aleatorio estratificado”. Para el estudio se abordó directamente a informantes claves (pacientes con TB y familiares), a través de técnicas cuantitativas y cualitativas, identificando variables sobre condición de vida, barreras y expectativas de vida. Para el estudio se definieron los siguientes términos:

***Gasto de bolsillo en salud,*** *se considera t*odo gasto que corresponde a todo el egreso (pago) que asume el paciente o miembros de la familia para responder a las necesidades de salud que requiere el paciente durante su proceso de recuperación y curación de la enfermedad. De acuerdo a la definición y construcción del gasto de bolsillo en salud que asumen las familias o personas afectadas con TB, podemos describir que es la sumatoria de todos los gastos señalados o incurridos para resolver las necesidades en salud de las personas con TB.

GB = (Pago de Alimentos x 0.20) + Pago de Transporte de paciente para traslado a la unidad de salud + Pago de medicamento complementario por automedicación + pago de servicio de atención y prestación médica\*

*Índice del gasto catastrófico para este estudio*, se define como *todo aquel gasto de bolsillo en salud que está destinando la familia mayor del 30% de su capacidad de pago al financiamiento de la salud de su familiar con TB*. El gasto en salud transferido a los hogares. Es considerado como la capacidad de pago excedente de recursos efectivos del hogar (Ingreso Mensual Total de la Familia), el cual se mide descontando del gasto total del hogar durante un periodo de 30 días.

El gasto catastrófico se mide con el fin de establecer datos de referencia que permita conocer el efecto catastrófico que genera la Tuberculosis en las familias de un familiar (paciente) afectado por esta enfermedad.

El **gasto de bolsillo en salud** se construye con las siguientes categorías de gasto: Gasto de alimentación por 20% (10% del gasto directo de alimentación del paciente y 10% del gasto de alimentos complementario de la dieta del paciente); Gasto de transporte para la movilización de los pacientes, y el Gasto de la compra de medicamentos complementarios por automedicación por los pacientes, gasto por la atención y prestación médica. *Ver Tabla No. 17.*

#### Tabla 17. Frecuencia y Porcentaje de la referencia de las condicionantes del gasto de bolsillo identificados por los pacientes. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Componentes del Gasto de bolsillo en salud | n | Hogares que refieren Gasto | | | |
| **SI** | | **NO** | |
| f | % | f | % |
| Transporte | 265 | 179 | 67.5 | 86 | 32.5 |
| Alimento | 265 | 243 | 91.7 | 22 | 8.3 |
| Medicamento por Auto medicación | 139 | 72 | 51.8 | 67 | 48.2 |
| Atención y prestación médica | 265 | 0 | 0.0 | 265 | 100.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265

Al realizar el cruce de las variables gasto de bolsillo entre el ingreso mensual total familiar, se obtuvo que 241 pacientes (90.9%) cumplían con ambas condiciones y 24 pacientes (9.1%) no cumplían con una o dos condiciones, por lo tanto, no se incluyeron en el análisis del gasto catastrófico en la familia. *Ver Tabla No. 18.*

#### Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de los pacientes que presentan un gasto catastrófico mayor del 30%. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gasto Catastrófico | n | Frecuencia | Porcentaje |
| Pacientes no evaluado para Gasto Catastrófico (NA) | 265 | 24 | 9.1 |
| Pacientes evaluado para Gasto Catastrófico | 265 | 241 | 90.9 |
| NO GASTO CATASTROFICO | 241 | 167 | 69.3 |
| SI GASTO CATASTROFICO | 241 | 74 | 30.7 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

Al realizar la estratificación del gasto catastrófico, encontramos que el 69.3% (167p) de los pacientes están por debajo del 30% de la proporción del gasto catastrófico en la familia (No Gasto Catastrófico), por lo tanto el 30.7% (74p) de los entrevistados reflejan una proporción mayor del 30% (Pacientes con Gasto Catastrófico); Con relación a este grupo el 25.3% (61p) reflejan un gasto catastrófico entre el 31 al 60% y 5.4% (13p) presentan un gasto catastrófico mayor del 61% que afecta la familia. *Ver Tabla No. 19.*

#### Tabla 19. Proporción estratificada de Gasto catastrófico que asume la Familia.

#### Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

| Porcentaje estratificado | Frecuencia | Porcentaje |
| --- | --- | --- |
| Menor o igual a 30% | 167 | 69.3 |
| Entre 31 a 40% | 29 | 12.0 |
| Entre 41 a 50% | 19 | 7.9 |
| Entre 51 a 60% | 13 | 5.4 |
| Entre 61 a 70% | 3 | 1.2 |
| Entre 71 a 80% | 4 | 1.7 |
| Mayor del 80% | 6 | 2.5 |
| Total | 241 | 100.0 |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 241.

La tabulación cruzada entre el gasto catastrófico en las familias con personas con TB y las variables de sexo, se identifica que no existe predominio entre ambos sexos, dado que ambos reflejan un 30.0% de ellos y ellas tienen gasto catastrófico mayor del 30% el cual es asumido por las familias. *Ver Tabla No. 20.*

#### Tabla 20. Proporción estratificada de Gasto Catastrófico según sexo de los pacientes. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Proporción estratificada | Masculino | | Femenino | | Total | |
| **Frecuencia** | **%** | **Frecuencia** | **%** | **Frecuencia** | **%** |
| Menor o igual a 30% | 105 | 69.1 | 62 | 69.7 | 167 | 69.3 |
| Entre 31 a 40% | 22 | 14.5 | 8 | 9.0 | 30 | 12.4 |
| Entre 41 a 50% | 10 | 6.6 | 9 | 10.1 | 19 | 7.9 |
| Entre 51 a 60% | 7 | 4.6 | 6 | 6.7 | 13 | 5.4 |
| Entre 61 a 70% | 2 | 1.3 | 1 | 1.1 | 3 | 1.2 |
| Entre 71 a 80% | 2 | 1.3 | 2 | 2.2 | 4 | 1.7 |
| Mayor del 80% | 4 | 2.6 | 1 | 1.1 | 5 | 2.1 |
| Total | **152** | **100.0** | **89** | **100.0** | **241** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 241

Al realizar la tabulación cruzada entre el gasto catastrófico y la condición laboral (No Trabaja/Trabaja) el paciente, podemos decir que no existe una relación proporcional entre ambas condiciones, debido a que de los 175 pacientes que no laboran, el 30.3% (53p) reflejan un gasto catastrófico y de los 66 pacientes que están laborando al momento de ser entrevistados, el 31.7% (21p) reflejan un gasto catastrófico. *Ver Tabla No. 21.*

#### Tabla 21. Proporción estratificada de Gasto Catastrófico según condición laboral de los pacientes. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

| Proporción estratificada | No Trabaja | | Trabaja | | Total | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Menor al 30% (No Gasto Catastrófico) | 122 | 69.7 | 45 | 68.2 | 167 | 69.3 |
| Mayor o igual al 30% (Con Gasto Catastrófico) | 53 | 30.3 | 21 | 31.8 | 74 | 30.7 |
| Total | **175** | **100.0** | **66** | **100.0** | **241** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 241.

Con relación a la frecuencia de pacientes con gasto catastrófico mayor del 30% por zona geográfica, se logró identificar que el departamento de Masaya y las regiones de la costa caribe norte y sur, la relación de pacientes con gasto catastrófico es mayor del 80.0% de las familias entrevistadas en cada zona geográfico. En los departamentos de Managua, Matagalpa y Chontales reflejan una relación de pacientes con gasto catastrófico del 65.8% de familias entrevistadas y en el departamento de Chinandega tiene una relación del 50% de pacientes con gasto catastrófico de las familias entrevistadas. *Ver Tabla No. 22.*

#### Tabla 22. Descripción del Gasto Catastrófico de los pacientes por zona geográfica. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

| Zona geográfica | NO Gasto Catastrófico | | SI Gasto Catastrófico | | Total | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Frecuencia | % | Frecuencia | % | Frecuencia | % |
| Chinandega | 10 | 14.5 | 10 | 5.8 | 20 | 8.3 |
| Managua | 40 | 58.0 | 75 | 43.6 | 115 | 47.7 |
| Masaya | 1 | 1.4 | 23 | 13.4 | 24 | 10.0 |
| Matagalpa | 10 | 14.5 | 19 | 11.0 | 29 | 12.0 |
| Chontales | 1 | 1.4 | 2 | 1.2 | 3 | 1.2 |
| Bilwi-RACCN | 5 | 7.2 | 25 | 14.5 | 30 | 12.4 |
| Triangulo Minero -RACCN | 1 | 1.4 | 8 | 4.7 | 9 | 3.7 |
| Bluefields - RACCS | 1 | 1.4 | 10 | 5.8 | 11 | 4.6 |
| Total | **69** | **100.0** | **172** | **100.0** | **241** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 241

Con el propósito de poder identificar, cual es la relación especifica del gasto de bolsillo en los 74 pacientes que se identificaron tener un gasto catastrófico mayor del 30%, se realizó un ejercicio aplicando un filtro permitiendo valorar el promedio de la condicionante del gasto de bolsillo en salud de los pacientes tienen mayor y menor proporción en el gasto de bolsillo referidos por estos pacientes. Como resultado se determinó que la condición que tuvo mayor proporción fue el gasto de transporte correspondiendo al 45.6% (34p), el 43.8% (32p) le corresponde al gasto de alimentos y el 10.6% (08p) corresponde al gasto de medicamentos auto medicados por los pacientes y familiares. *Ver Tabla No. 23.*

#### Tabla 23. Relación porcentual del promedio de las condicionantes del Gasto de bolsillo con relación al Gasto Catastrófico que afecta a la familia. Estudio Efectos Gastos Catastrófico de TB. Final. Sept. 2017.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Condicionante del Gasto de Bolsillo | n | Frecuencia | Porcentaje |
| Gasto de alimentos | **74** | 32 | 43.8 |
| Gasto de Transporte | **74** | 34 | 45.6 |
| Gasto de medicamentos auto medicados | **74** | 08 | 10.6 |
| Gasto de atención y prestación médica | **74** | 0 | 0.0 |
| Total |  | **74** | **100.0** |

Fuente: Encuesta a pacientes. Estudio Efecto Catastrófico n= 265.

# Conclusiones

* En los ocho municipios de la muestra existe similitud sobre la dinámica de asistencia para la toma del medicamento antifimicos, evidenciando que la administración de los esquemas de tratamiento anti TB es responsabilidad del personal de salud, cumpliendo con el 100% de los y las pacientes abordados con el esquema de tratamiento estrictamente supervisado. Solamente un paciente es manejado (supervisado) a través de la estrategia del TAES comunitario, debido a la lejanía de su comunidad a la unidad de salud que lo atiende.
* De manera general los y las pacientes fueron orientadas en el tiempo de duración del tratamiento de la enfermedad (tiempo promedio de seis meses). Se encontró buena práctica implementada por el personal de salud, teniendo una buena relación y comunicación asertiva con las y los pacientes, la cual ha sido forjada sobre la base de la confianza y el vínculo de apoyo en la visita inicial y de seguimiento al núcleo familiar.
* A pesar de las buenas condiciones de los servicios de salud, que favorecen la atención de estos pacientes, la mayoría presenta un alto grado de vulnerabilidad, evidenciada por las siguientes condiciones:
* No están insertos en el mercado laboral o debido a la enfermedad, han abandonado su práctica laboral. Esta condición, en la cual se disminuye el ingreso familiar, incrementa su vulnerabilidad y la de su núcleo familiar.
* Las viviendas donde habitan no reúnen las mínimas condiciones para su atención y recuperación.
* Incremento del gasto de bolsillo en salud, producto del incremento de gastos que genera la atención directa del familiar con diagnóstico de TB.
* El tipo de gasto de bolsillo que los hogares destinan para la atención de su familiar que ha sido diagnosticado con TB, son: Gasto en alimentos (64%), Gasto en transporte (29.3%) y Gasto en automedicación (6.7%). Se confirmó que los hogares no tienen gasto por la atención médica, la cual se recibe gratuitamente por los servicios de salud pública.
* Los gastos de bolsillo en salud y la falta laboral son las condicionantes principales para que las personas con la enfermedad de TB y sus familiares, sean afectadas y tengan un gasto catastrófico al momento de estar paciendo la enfermedad
* Un tercio de hogares presentan un gasto catastrófico (gasto mayor del 30% de su capacidad de pago) para apoyar la recuperación de la salud de su familiar con TB. De acuerdo a los resultados, el gasto catastrófico no discrimina sexo, condición laboral. Los departamentos que tienen mayor porcentaje de hogares con gasto catastrófico son Managua, Chinandega, Triangulo Minero - RACCN y Bluefields - RACCS.
* El gasto de transporte es el que mayor aporta (45.6%) para el gasto catastrófico, el 43.8% le corresponde al gasto de alimentos y el 10.6% corresponde al gasto de medicamentos auto medicados.

# Recomendaciones

1. Mantener la buena práctica en el acompañamiento a pacientes a través de los ESAFC/GISI, brindando mayor información a familiares y miembros de la comunidad sobre la importancia que pacientes sean atendidos directamente por el ESAFC/GISI, lo que incidiría directamente en disminuir el gasto de transporte y reducir el tiempo que invierten para asistir a la unidad de salud municipal a retirar su tratamiento.
2. Desarrollar estrategias de apoyo a los pacientes, en busca de alternativas alimentarias con recursos locales y emocionales para los y las pacientes durante este en el periodo de su tratamiento. Algunas ideas que se podrían retomar son:
   * ¿Un programa de nutrición para pacientes con TB a través de los clubes de pacientes implementados en los municipios de alto y mediano riesgo de Tuberculosis?
   * ¿Desarrollar una guía de aprendizaje técnico dirigido a personal de salud de los ESAFC para la consejería y apoyo emocional (Estigma y discriminación) para los y las pacientes de TB y sus familiares?
3. La interacción social con los miembros de la familia y organizaciones de la comunidad constituye una potencial de fuente de apoyo para las y los pacientes. A partir de estas relaciones se pueden obtener importantes recursos, información, ayuda psicológica y de apoyo familiar:
4. Para análisis en el futuro, se recomienda:
   * Implementar un sistema de registro del paciente, con información relativa a los gastos que realiza él y su familia, para atender su recuperación de la TB. Este puede ser un formato sencillo que sea procesado en formato Excel y que sea viable para el análisis por parte del componente de TB en los SILAIS.
5. El involucramiento de la familia debe de ser parte vital para el proceso de recuperación del paciente, por lo que se debe brindar información clara, sencilla y oportuna sobre la enfermedad. Creando espacios entre familiares y personal de salud que permitan aclarar dudas y fortalecer el vínculo familiar: paciente- familiares.
6. Documentar historia de vida de éxito que permita evidenciar el éxito del tratamiento eficaz del paciente TB y divulgarlo en las unidades de salud, radio y comunidades.

.

# Anexos

**Anexo 01. Listado de pacientes entrevistado por zona geográfica.**

**Anexo 02. Cuestionario de Encuesta de Hogar dirigido a personas con TBTF.**

**Anexo 03. Guía de grupos focales dirigido a madres/padres de familia y tutores a cargo de personas afectadas con TBTF.**

### Anexo 01. Listado de pacientes entrevistado por zona geográfica.

| **N°** | **Municipio** | **Unidad de Salud** | **Datos del Paciente** | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido** | **Procedencia** | **Edad** | **Diagnóstico** |
| 1 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Silvio Moisés Barrera Mejía | B° Florida | 37 | TB Pulmonar |
| 2 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | José Luis Moreno Rivera | Col. Roberto | 25 | TB Pulmonar |
| 3 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Marlon Antonio Aguirre | B° El Rosario | 42 | TB Pulmonar |
| 4 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Esperanza Baldelomar Soza | B° Florida | 69 | TB Pulmonar |
| 5 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Jackeline Dinora Cajina Delgado | Col. Roberto | 24 | TB Extra pulmonar |
| 6 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Levy Antonio Guzmán | B° La Florida | 19 | TB Pulmonar |
| 7 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Gladys Nohemí Valle Centeno | Col. Roberto | 19 | TB Pulmonar |
| 8 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Francisco Antonio Tercero | B° Camilo Ortega | 55 | TB Pulmonar |
| 9 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Silvio Antonio Correa Hernández | B° La Florida | 52 | TB Pulmonar |
| 10 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | José Abraham Meza Ubau | B° Florida | 17 | TB Pulmonar |
| 11 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Moisés Domingo Espinoza | Col. Roberto | 24 | TB Pulmonar |
| 12 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Ramón Humberto Martínez | B° El Rosario | 61 | TB Pulmonar |
| 13 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Concepción Salazar Rodríguez | B° Camilo Ortega | 76 | TB Pulmonar |
| 14 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Francisco José Alegría Pérez | B° El Rosario | 68 | TB Pulmonar |
| 15 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Byron Rodolfo Morales | B° Camilo Ortega | 20 | TB Pulmonar |
| 16 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Eusebio Martín Canales | B° Camilo Ortega | 57 | TB Pulmonar |
| 17 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Francisco José López Ramírez | B° Rosario | 23 | TB Pulmonar |
| 18 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Francisco Calderón Narváez | B° Rosario | 68 | TB Pulmonar |
| 19 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Fátima del Carmen Briceño Jarquín | B° Florida | 27 | TB Pulmonar |
| 20 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Moisés Domingo Espinoza Rocha | B° Florida | 24 | TB Pulmonar |
| 21 | Chinandega | C/S Roberto Cortéz | Juan José Espinal Romero | B° Roberto | 75 | TB Pulmonar |
| 22 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Enrique José Sánchez Lara | B° Ariel Darce | 24 | TB Pulmonar |
| 23 | Managua | C/S Pedro Altamirano | José Luis Flores Arauz | B° Ariel Darce | 56 | TB Pulmonar |
| 24 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Kaleh Abiú Espinoza Hala | B° Ariel Darce | 48 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 25 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Gloria del Socorro Torrez Castillo | B° Carlos Fonseca | 57 | TB Pulmonar |
| 26 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Adrián Soza Rivera | Carretera Masaya | 2 | TB Pulmonar |
| 27 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Jeaneth del Socorro González | B° 18 de Mayo | 59 | TB Pulmonar |
| 28 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Nelson Iván Pacheco | B° Omar Torrijos | 50 | TB Pulmonar |
| 29 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Olga Esther Ríos Cabrera | B° Ariel Darce | 27 | TB Pulmonar |
| 30 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Russel Miranda Rodríguez | B° Carlos Fonseca | 35 | TB Pulmonar |
| 31 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Kirlen Rivera Dávila | B° 18 de Mayo | 31 | TB Pulmonar |
| 32 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Amaru Manuel Chamorro Cruz | B° Santos López | 44 | TB Extra pulmonar |
| 33 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Jorge De Jesús López | B° Omar Torrijos | 20 | TB Ganglionar |
| 34 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Ismael Antonio Artola Loásiga | Esquipulas | 73 | TB Pulmonar |
| 35 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Germán Antonio Mendoza Hernández | B° Santos López | 54 | TB Pulmonar |
| 36 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Dora María Ruíz Lara | Esquipulas | 72 | TB Pulmonar |
| 37 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Ingrid Eunice González Roa | B° Ariel Darce | 18 | TB Pulmonar |
| 38 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Aracely del Socorro Pérez | B° Omar Torrijos | 35 | TB Pulmonar |
| 39 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Rosa Patricia Torrez Torrez | B° Ariel Darce | 43 | TB Pulmonar |
| 40 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Wilmer Antonio Carballo Zamora | Carretera Masaya | 31 | TB Pulmonar |
| 41 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Cristopher Steven Castro Hernández | B° 18 de Mayo | 18 | TB Pulmonar |
| 42 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Martha del Socorro Valle Téllez | B° 25 de Febrero | 48 | TB Pulmonar |
| 43 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Marlon Eugenio Urbina Ruíz | B° Carlos Fonseca | 48 | TB Pulmonar |
| 44 | Managua | C/S Pedro Altamirano | Enrique Antonio Mendoza González | B° Ariel Darce | 29 | TB Pulmonar |
| 45 | Managua | C/S Villa Libertad | María Yolanda Rojas | B° Laureles | 65 | TB Pulmonar |
| 46 | Managua | C/S Villa Libertad | Danelia Francisca Martínez Castellón | B° 25 de febrero | 48 | TB Pulmonar |
| 47 | Managua | C/S Villa Libertad | Neftalí Herrera Blandón | B° 25 de febrero | 46 | TB Pulmonar |
| 48 | Managua | C/S Villa Libertad | Oscar Danilo Cárdenas Vega | B° Lomas de Guadalupe | 48 | TB Pulmonar |
| 49 | Managua | C/S Villa Libertad | Marcos Gerardo Parrales Caballero | B° Laureles | 19 | TB Pulmonar |
| 50 | Managua | C/S Villa Libertad | Alfredo de Jesús Vásquez Moraga | B° 25 de febrero | 59 | TB Pulmonar |
| 51 | Managua | C/S Villa Libertad | Juan Ramón Monzón Talavera | B° Anexo Villa Libertad | 30 | TB Pulmonar |
| 52 | Managua | C/S Villa Libertad | Juan José Padilla Morales | B° Villa Libertad | 58 | TB Pulmonar |
| 53 | Managua | C/S Villa Libertad | Carlos Casimiro Arosteguí | B° Anexo Villa Libertad | 49 | TB MDR |
| 54 | Managua | C/S Villa Libertad | Lucía de los Ángeles Maltez Bendaña | B° Lomas de Guadalupe | 37 | TB Pulmonar |
| 55 | Managua | C/S Villa Libertad | Lenín Roberto Bermúdez Martínez | B° Sol de Libertad | 39 | TB Pulmonar |
| 56 | Managua | C/S Villa Libertad | Domingo Andrés Meneses Cuadra | B° Lomas de Guadalupe | 68 | TB Pulmonar |
| 57 | Managua | C/S Villa Libertad | Rolando José Chavarría González | B° Villa Libertad | 42 | TB Pulmonar |
| 58 | Managua | C/S Villa Libertad | Wascar Iván Elizondo López | B° Villa Libertad | 28 | TB MDR |
| 59 | Managua | C/S Villa Libertad | Edwin Walter Carrillo Cruz | B° Lomas de Guadalupe | 37 | TB Pulmonar |
| 60 | Managua | C/S Villa Libertad | Adilsa del Socorro Sequeira Ramírez | B° Laureles | 63 | TB Pulmonar |
| 61 | Managua | C/S Villa Libertad | Jennifer Liseth Roque Hernández | B° Laureles | 23 | TB Pulmonar |
| 62 | Managua | C/S Villa Libertad | Elton Antonio Robles Mairena | B° Anexo Villa Libertad | 17 | TB Pulmonar |
| 63 | Managua | C/S Villa Libertad | Marling Daniela Cubas Martínez | B° Villa Libertad | 25 | TB Pulmonar |
| 64 | Managua | C/S Villa Libertad | Adriana Marcela Zelaya Alfaro | B° Villa Libertad | 20 | TB Pulmonar |
| 65 | Managua | C/S Villa Libertad | Abel Arbizú Rostrán | B° Lomas de Guadalupe | 72 | TB Extra pulmonar |
| 66 | Managua | C/S Villa Libertad | Steven José Madrigal | B° Sol de Libertad | 22 | TB Pulmonar |
| 67 | Managua | C/S Villa Libertad | Roger Antonio Blandón Martínez | B° Villa Libertad | 35 | TB Pulmonar |
| 68 | Managua | C/S Villa Libertad | Jhon Agustín Tenorio Hebbet | B° Anexo Villa Libertad | 39 | TB Pulmonar |
| 69 | Managua | C/S Villa Libertad | Ángela del Rosario Montoya Reyes | B° Manuel Fernández | 17 | TB Extra pulmonar |
| 70 | Managua | C/S Villa Libertad | Juan Bautista Herrera Galindo | B° Villa Flor | 33 | TB Pulmonar |
| 71 | Managua | C/S Villa Libertad | Sara Novisar López Moraga | B° Georgino Andrade | 15 | TB Pulmonar |
| 72 | Managua | C/S Edgard Land | José Trinidad Espinoza | Camilo Ortega | 49 | TB Pulmonar |
| 73 | Managua | C/S Edgard Land | Luis Alberto Sotelo | San Judas | 49 | TB Pulmonar |
| 74 | Managua | C/S Edgard Land | Jairo Humberto Delgado Espinoza | Camilo Ortega | 41 | TB Extra pulmonar |
| 75 | Managua | C/S Edgard Land | Ruth del Socorro Morales Bermúdez | San Judas | 61 | TB Pulmonar |
| 76 | Managua | C/S Edgard Land | Jader Francisco Castro Calderón | Camilo Ortega | 31 | TB MDR |
| 77 | Managua | C/S Edgard Land | Esmeralda del Socorro Ramos Alvarado | Arges Sequeira | 59 | TB Pulmonar |
| 78 | Managua | C/S Edgard Land | Rosa Argentina Hernández Palma | Bartilde Obregario | 52 | TB Pulmonar |
| 79 | Managua | C/S Edgard Land | Rolando de Jesús Hernández Ríos | Omar Torrijos | 49 | TB Pulmonar |
| 80 | Managua | C/S Edgard Land | Cristian Isabel González Navarrete | Pochocuape | 22 | TB Extra pulmonar |
| 81 | Managua | C/S Edgard Land | Martha Marileth Jiménez | Zacatera | 51 | TB Pulmonar |
| 82 | Managua | C/S Edgard Land | Carlos Manuel Salinas | Chiquilistagua | 30 | TB Pulmonar |
| 83 | Managua | C/S Edgard Land | Francisco Arias | San Isidro de Bolas | 66 | TB Pulmonar |
| 84 | Managua | C/S Edgard Land | María Cristina Ruíz Álvarez | San José de las Cañadas | 58 | TB Pulmonar |
| 85 | Managua | C/S Edgard Land | Francisco Salvador Carrión Morales | Camilo Ortega | 75 | TB Pulmonar |
| 86 | Managua | C/S Edgard Land | Miguel de Jesús Cárdenas Díaz | Camilo Ortega | 35 | TB Pulmonar |
| 87 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Juan Bautista Ruíz | B° El Carmen | 68 | TB Pulmonar |
| 88 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Ericka del Carmen Picado Reyes | Carretera Las Flores | 37 | TB Pulmonar |
| 89 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | José Ruíz Hernández | B° El Repliegue | 58 | TB Extra pulmonar + Coinfección VIH |
| 90 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Sorayda del Socorro Acuña Pavón | B° El Carmen | 45 | TB Pulmonar |
| 91 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | José Cristóbal López Guevara | B° El Carmen | 45 | TB Pulmonar |
| 92 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Miguel Jerónimo Urbina | B° Calvarito San Jerónimo | 49 | TB Pulmonar |
| 93 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Alejandro César Calder Mena | Quinta Las Flores | 36 | TB Extra pulmonar |
| 94 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Nery del Carmen López Sánchez | Villa Guadalupe | 85 | TB Pulmonar |
| 95 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Rosa María López | B° La Reforma # 1 | 62 | TB Pulmonar |
| 96 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Jonathan García Calero | Comarca Los Cocos | 82 | TB Pulmonar |
| 97 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Manuela del Carmen Mendieta | B° Llano Grande | 62 | TB Pulmonar |
| 98 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Diana Elizabeth Dávila Vanegas | El Chilamate /Reforma rural | 23 | TB Pulmonar |
| 99 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Eliezer Samuel Gaitán Téllez | B° Santa Rosa | 5 | TB Pulmonar |
| 100 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Pedro Joaquín Balistán Membreño | B° Benjamín Zeledón | 93 | TB Pulmonar |
| 101 | Masaya | Alejandro Dávila Bolaños | Meylin Páramo Flores | B° Los López | 31 | TB Pulmonar |
| 102 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Ismael Josué Obando Balmaceda | B° San Pedro | 13 | TB Pulmonar |
| 103 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | José Manuel Téllez Treminio | B° San José | 52 | TB Pulmonar |
| 104 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Pedro Pablo Urbina Hernández | B° Valle Laguna | 78 | TB Pulmonar |
| 105 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Nicolasa Martínez Orozco | B° Valle San Juan | 66 | TB Pulmonar |
| 106 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Teófilo Mercedes Gómez Sánchez | B° Nuevo | 74 | TB Pulmonar |
| 107 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Alicia Rugama Figueroa | B° Conchita | 60 | TB Pulmonar |
| 108 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | José René Torrejo Gutiérrez | B° Hielera | 31 | TB Pulmonar |
| 109 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Adilia Treminio Rivera | B° Sébaco Viejo | 38 | TB Pulmonar |
| 110 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Zayda Sugey González | B° Sébaco Viejo | 20 | TB Ganglionar |
| 111 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Emilio Antonio Ruíz Castro | B° San Pedro | 36 | TB Pulmonar |
| 112 | Matagalpa | C/S Ciudad Darío | Anielka Mendoza Castillo | B° Reconciliación | 18 | TB Pulmonar |
| 113 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Melvin José Guillén Quintero | B° Laguna Seca | 18 | TB Intestinal |
| 114 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | José Adolfo Guillén Díaz | B° Laguna Seca | 28 | TB Pulmonar |
| 115 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Jorge Blandón Rivas | B° Carlos Roque | 24 | TB MDR |
| 116 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Kevin Isaac Hernández Gutiérrez | B° Santa Teresa | 25 | TB Pulmonar |
| 117 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Adilia Flores Laguna | B° Sor María | 62 | TB Pulmonar |
| 118 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Natividad Rosario Martínez Blandón | B° Tule | 62 | TB Pulmonar |
| 119 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Aura María Salinas Mairena | B° Guanuca | 58 | TB Pulmonar |
| 120 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Ana Julia Siles | B° Tejas | 48 | TB Pulmonar |
| 121 | Matagalpa | Policlínico Trinidad Guevara | Ana María González Hernández | B° Fanor H | 57 | TB Pulmonar |
| 122 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Eveling del Socorro | B° Lucía M | 24 | TB Pulmonar |
| 123 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Fidelia García Hernández | Com. Yaulet | 82 | TB Pulmonar |
| 124 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Adán Roa Zeledón | B° Santa Teresa | 81 | TB Pulmonar |
| 125 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Ignacia Antonia Roque González | B° Santa Teresita | 97 | TB Pulmonar |
| 126 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Marvin Luis Martínez | 5to Comando Militar | 24 | TB Pulmonar |
| 127 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Alberto Tinoco López | B° Guanuca | 47 | TB Pulmonar |
| 128 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Juan David Chavarría | B° Roberto Centeno | 17 | TB Pulmonar |
| 129 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | José Ángel Blandón | B° Carlos Rugama | 23 | TB Pulmonar |
| 130 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Juan Pablo Guido Ramos | B° Alto Alegre | 66 | TB Pulmonar |
| 131 | Matagalpa | Policlínico - Trinidad Guevara | Dawing José Mendoza Chavarría | B° 25 de Abril | 21 | TB Pulmonar |
| 132 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Roy Balderrama Olisco | B° San Judas | 45 | TB Pulmonar |
| 133 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Lilliam Cruz O | B° Aeropuerto | 30 | TB Pulmonar |
| 134 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Janeth Silvestre Cisneros | B° La Bocana | 31 | TB Pulmonar |
| 135 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Jenny Ignacio Sebastián | B° El Muelle | 4 | TB Pulmonar |
| 136 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Mery Zúniga Ruíz | B° Nueva Jerusalén | 34 | TB Pulmonar |
| 137 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Norma Waldan Carmelato | B° Aeropuerto | 44 | TB Pulmonar |
| 138 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Gabriel Ftih Rugama | B° Rosario Murillo | 28 | TB Pulmonar |
| 139 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Jairo Yader Mena Carlos | B° Sandino | 21 | TB Pulmonar |
| 140 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Joisy Francisco Nelson | B° Filemón Rivera | 22 | TB Pulmonar |
| 141 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Salomón Rivera Espinoza | B° Krukira | 52 | TB Pulmonar |
| 142 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Jobita Daniel Pablo | B° Kolavo | 52 | TB Pulmonar |
| 143 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Juan Allen Pinner | B° Peter Ferrera | 33 | TB Pulmonar |
| 144 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Kemy Cruz Martínez | B° Nueva Jerusalén | 2 | TB Ganglionar |
| 145 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Ocampo Cariffing Velázquez | B° San Judas | 48 | TB Pulmonar |
| 146 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Jenny Cooper Joseph | B° Libertad | 24 | TB Pulmonar |
| 147 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Aseka Solano Fúnez | B° Aeropuerto | 20 | TB Pulmonar |
| 148 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Elvita Omier | B° El Muelle | 57 | TB Pulmonar |
| 149 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Michel Rodríguez Kingsman | B° El Muelle | 21 | TB Pulmonar |
| 150 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Santo Daniel Martínez Guzmán | B° El Muelle | 45 | TB Pulmonar |
| 151 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Bladimir Absobin Lisario | B° Alemán | 28 | TB Pulmonar |
| 152 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Ricardo Lacayo Pablo | B° Muelle | 43 | TB Pulmonar |
| 153 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / P/S El Muelle | Fraicelas Makenly Iglee | B° Muelle | 31 | TB Pulmonar |
| 154 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / PS El Muelle | Jimmy Morris Alvarado | B° Muelle | 26 | TB Pulmonar |
| 155 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / GISI El Verbo | Jaime Ceferino Chow | B° El Caminante | 41 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 156 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite /GISI El Verbo | Misael López Salomón | B° Teodoro Morales | 26 | TB Pulmonar + coinfección VIH |
| 157 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite /GISI El Verbo | Freddy Zacaría Rafael | B° Loma Verde | 53 | TB Pulmonar |
| 158 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite /GISI El Verbo | Leo Wilfred Wilson | B° Loma Verde | 43 | TB Pulmonar |
| 159 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite /GISI El Verbo | Severiano Castillo | B° Sandino | 26 | TB Pulmonar |
| 160 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite | Ruth Lorío Guido | B° Loma Verde | 39 | TB Pulmonar |
| 161 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite /GISI El Verbo | Imara Raquel Martínez | B° Loma Verde | 36 | TB Pulmonar |
| 162 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / GISI El Verbo | Marciano Hernández Flores | B° Telma Morales | 52 | TB Pulmonar |
| 163 | RACCN | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / GISI El Verbo | Roger Rodríguez Flores | B° Telma Morales | 35 | TB Pulmonar Miliar |
| 164 | Bilwi | Policlínico - Ernesto Hogdson Whrite / GISI El Verbo | Starling Teófilo Hammet | B° Nueva Jerusalén | 5 | TB Pulmonar Miliar |
| 165 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Julia Gaitán Medina | B° Villanueva | 58 | TB Pulmonar |
| 166 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Elixi Joel Álvarez Martínez | B° Las Aguas | 24 | TB Pulmonar |
| 167 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Marling Suyen Castellón Duarte | B° El Inocente | 18 | TB Pulmonar |
| 168 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Rosalía Sánchez | B° Luis Alfonso Velázquez | 40 | TB Pulmonar |
| 169 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Cristian Flores López | Cmca La Pimienta #1 | 42 | TB Pulmonar |
| 170 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Eglis Eliezer Rodríguez Ramos | B° Manses 3 | 28 | TB Pulmonar |
| 171 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Jesica Cubas González | Cmca. Waspuko | 25 | TB Pulmonar |
| 172 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Ramona del Socorro Castro López | Cmca. Yuluwas | 62 | TB Pulmonar |
| 173 | Siuna | Hospital Primario Carlos Centeno | Jubel Lacayo mercado | Cmca Sikilta | 3 | TB Pulmonar |
| 174 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Gladys Gutiérrez Flores | B° Pancasán | 55 | TB Pulmonar |
| 175 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Manuel Antonio Vega Urbina | B° Pta fría | 53 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 176 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Rafael Sánchez | B° Fátima | 47 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 177 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Luis Mario Sánchez Calderón | B° Sta. Rosa | 2 | TB Pulmonar por BPPD |
| 178 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Benesser Gilberto Talavera Bent | B° San Mateo | 60 | TB Pulmonar |
| 179 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Melba Tomasa González Calero | B° Fátima | 32 | TB Pulmonar |
| 180 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Gerald Josué Domínguez Calero | B° San Mateo | 16 | TB Pulmonar |
| 181 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Sito Augusto Casanova | B° Beholdeen | 54 | TB Pulmonar |
| 182 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Israel Dominicio Gómez González | B° Fátima | 24 | TB Pulmonar |
| 183 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Jennifer Brook Dixon | B° Fátima | 20 | TB Pulmonar |
| 184 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Juan Francisco Jarquín Ruíz | B° 19 de Julio | 78 | TB Pulmonar retratamiento |
| 185 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Oscar Pérez Morales | B° Punta Fría | 13 | TB Pulmonar |
| 186 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Denis Antonio Medina | B° las Nubes | 17 | TB Pulmonar |
| 187 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Axel José López Pantoja | B° 19 de Julio | 19 | TB Pulmonar |
| 188 | Bluefields | C/S Juan Manuel Morales | Juan Pablo Vargas Sánchez | Comc. Cara de Mono | 39 | TB Pulmonar |
| 189 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Karina Eliette Jarquín Leiva | Hilario Sánchez | 29 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 190 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Leónidas Alfredo Medrano | B° Quinta Nina | 35 | TB Pulmonar |
| 191 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Brayan Antonio Espinoza | B° San Cristóbal | 20 | TB Pulmonar |
| 192 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Bladimir de los Ángeles Rocha | B° Santa Rosa | 49 | TB Pulmonar |
| 193 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Reynaldo Reyes Juárez | B° Hilario Sánchez | 40 | TB Pulmonar |
| 194 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Daniel Antonio Rueda Orozco | B° Venezuela | 62 | TB Pulmonar |
| 195 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Ramón Antonio Espinoza | B° Venezuela | 34 | TB Pulmonar |
| 16 | Managua | C/S Francisco Buitrago | José Andrés Vega Reyes | B° Las Torres | 28 | TB MDR |
| 197 | Juigalpa | C/S Adán Barillas Huete | Rafaela López Sandino | B° Héctor Ugarte | 79 | TB Pulmonar |
| 198 | Juigalpa | C/S Adán Barillas Huete | Abnes Francisco López | B° El Santuario | 21 | TB Pulmonar |
| 199 | Juigalpa | C/S Adán Barillas Huete | Eliezer Domingo Chavarría | B° Las Canoas | 37 | TB Pulmonar |
| 200 | Managua | C/S Villa Libertad | Matilde Nicolás Velázquez Samayoa | B° Villa Libertad | 57 | TB Pulmonar |
| 201 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | Carmen Velia Rivas | B° Gaspar García | 48 | TB Pulmonar |
| 202 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | Sara Bernarda López | B° 19 de Julio | 45 | TB MDR |
| 203 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | Francis Karelia Ortiz Méndez | Cmca El Rosario | 5 | TB Pulmonar |
| 204 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | Junieth Moreno González | B° Santiago | 20 | TB Pulmonar |
| 205 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | Olman Baltodano Silva | B° Anexo Juan Danilo | 51 | TB Pulmonar |
| 206 | Concepción | C/S Gonzalo López Córdobas | María Luisa Mercado Hernández | B° Sandino | 60 | TB Pulmonar |
| 207 | Nindirí | C/S Enrique Cisne | Reyna Valentina Martínez Canales | Rpto Unión | 20 | TB Pulmonar |
| 208 | Nindirí | C/S Enrique Cisne | Ana Rita García | B° Roberto Lira | 95 | TB Pulmonar |
| 209 | Masaya | C/S Alejandro Dávila Bolaños | José Luis Gutiérrez Taleno | B° Pochotillo | 32 | TB Pulmonar |
| 210 | Managua | C/S Roberto Herrera | Eneyda Herrera Chily | B° Rubén Darío | 20 | TB Pulmonar |
| 211 | Managua | C/S Roberto Herrera | Berman José Peña Rojas | B° San José Oriental | 26 | TB Pulmonar |
| 212 | Managua | C/S Roberto Herrera | José Luis Chavarría López | B° Jonathan González | 56 | TB Pulmonar |
| 213 | Managua | C/S Roberto Herrera | Bryan Steven Hernández Castro | B° Jardínes de Veracruz | 19 | TB Pulmonar |
| 214 | Managua | C/S Roberto Herrera | Guadalupe Saballos | B° René Cisneros | 55 | TB Pulmonar |
| 215 | Managua | C/S Roberto Herrera | Martiza Aracelys | B° Jonathan González | 3 | TB Pulmonar |
| 216 | Managua | C/S Roberto Herrera | Rosa María Guevara Ruíz | B° Jorge Dimitrov | 30 | TB Pulmonar |
| 217 | Managua | C/S Roberto Herrera | Roberto José Mojica | B° Isaías Gómez | 52 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 218 | Managua | C/S Roberto Herrera | Juana Mercedes Mendoza | B° Hialeah | 56 | TB Pulmonar |
| 219 | Managua | C/S Roberto Herrera | Gelmar Antonio Salgado Cáceres | B° Memorial Sandino | 33 | TB Pulmonar |
| 220 | Managua | C/S Roberto Herrera | Francisca Tijerino López | B° Colonial Los Robles | 64 | TB Pulmonar |
| 221 | Managua | C/S Roberto Herrera | Mario de Jesús García | B° Las Piedrecitas | 43 | TB Pulmonar |
| 222 | Managua | C/S Roberto Herrera | Jairo de Jesús Gadea Vega | B° Jorge Dimitrov | 41 | TB Pulmonar |
| 223 | Managua | C/S Roberto Herrera | Juan Pablo Álvarez | B° Jorge Dimitrov | 35 | TB Pulmonar |
| 224 | Managua | C/S Roberto Herrera | Ramón Antonio Barrera Guillén | B° 19 de julio | 52 | TB Pulmonar |
| 225 | Managua | C/S Roberto Herrera | Larry Giovani Toruño | B° 19 de julio | 44 | TB Pulmonar |
| 226 | Managua | C/S Roberto Herrera | Rosa Emilia Pérez Jarquín | B° Isaía Gómez | 56 | TB Pulmonar |
| 227 | Managua | C/S Roberto Herrera | Silvio Antonio Leiva González | B° Jonathan González | 57 | TB Pulmonar |
| 228 | Managua | C/S Roberto Herrera | Tiburcio Medal Cruz | B° Los Ángeles | 58 | TB Pulmonar |
| 229 | Managua | C/S Roberto Herrera | Rosario Zeledón Gutiérrez | B° Enrique Bermúdez | 45 | TB Pulmonar |
| 230 | Managua | C/S Roberto Herrera | Axel Canales Arraiza | B° Jonathán González | 20 | TB Pulmonar |
| 231 | Managua | C/S Roberto Herrera | Ercilia Antonia Rivas | B° Las Colinas del Memorial | 68 | TB Pulmonar |
| 232 | Managua | C/S Roberto Herrera | Katherine Petrona Pavón López | B°19 de julio | 21 | TB Extra pulmonar |
| 233 | Managua | C/S Roberto Herrera | Yessari Tatiana Morales | B° Las Colinas | 23 | TB Pulmonar |
| 234 | Managua | C/S Roberto Herrera | Erick Raúl Sánchez Medrano | B° Santos López | 36 | TB Pulmonar |
| 235 | Managua | C/S Roberto Herrera | Juan Carlos Calderón Pérez | B° Jonathan Gonzalez | 28 | TB Pulmonar retratamiento |
| 236 | Ciudad Sandino | Hospital Nilda Patricia de Sevilla | Ruddy Saúl Guido Romero | Zona 9 | 26 | TB Extra pulmonar |
| 237 | Ciudad Sandino | Hospital Nilda Patricia de Sevilla | José Luis García Solórzano | Zona 5 | 36 | TB MDR |
| 238 | Ciudad Sandino | Hospital Nilda Patricia de Sevilla | Douglas Baestra Tórrez Urroz | Zona 9 | 17 | TB Pulmonar |
| 239 | Ciudad Sandino | Hospital Nilda Patricia de Sevilla | Marvin José Blandón | Xiloá | 22 | TB Pulmonar |
| 240 | Ciudad Sandino | Hospital Nilda Patricia de Sevilla | Orlando José Obando Sequeira | B° Nueva Vida | 23 | TB MDR |
| 241 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Denzel Javier González Ramírez | B° Tangará | 2 | TB Ganglionar |
| 242 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Mireya del Socorro Urbina Martínez | Rpto. Orestes Centeno | 31 | TB Pulmonar |
| 243 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Roger Vicente Gómez | B° Ana Virginia III | 63 | TB MDR |
| 244 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Juan Manuel López Espinoza | B° Jorge Navarro | 60 | TB MDR |
| 245 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Valerio Alexis Silva Lebrón | B° La Mocuana | 42 | TB Ganglionar |
| 246 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | José Andrés Urbina Gutiérrez | B° Antonio Mendoza | 63 | TB Pulmonar |
| 247 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Emilia Esmeralda Avilés | B° Rodolfo Vargas | 32 | TB Pulmonar |
| 248 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Esmeralda Leticia Salinas Avilés | B° Roberto Vargas | 4 | TB Pulmonar |
| 249 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Luis Enrique Bonilla Espinoza | B° Orontes Centeno | 32 | TB Pulmonar |
| 250 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Juan Carlos Vargas | B° San Rafael | 31 | TB MDR |
| 251 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Luis Antonio Castillo | B° Francisco Rojas | 42 | TB Pulmonar |
| 252 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Yamil Antonio Moreno Henriquez | B° Cristo Rey | 24 | TB Pulmonar |
| 253 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Felipe Nery Canales | B° Nueva Jerusalén | 32 | TB Pulmonar |
| 254 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Cornelio Martínez Llanez | B° San Juan de la Plywood | 47 | TB MDR |
| 255 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Keyla Collado Morales | B° Roberto Vargas | 4 | TB Pulmonar |
| 256 | Tipitapa | C/S Yolanda Mayorga | Adolfo Collado Morales | B° Roberto Vargas | 3 | TB Pulmonar |
| 257 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Roberto Rafael Corea Jiménez | Bo. Pablo Corea | 67 | TB Pulmonar |
| 258 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Osmar Daniel Medina Reyes | Bo. Pedro Joaquín Chamarro | 19 | TB Pulmonar |
| 259 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Axel López | Bo. Enrique Smith | 19 | TB Pulmonar |
| 260 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Ronald Pravia Soza | Bo. santa Rosa | 28 | TB Pulmonar |
| 261 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Manuel Villareal | Bo. Quintanina | 46 | TB Pulmonar |
| 262 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Mario David Rodríguez | Bo. Tenderí | 42 | TB Pulmonar + Coinfección VIH |
| 263 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Pascal Enrique Castañeda Valerio | Bo. San Luis | 65 | TB Pulmonar |
| 264 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Douglas Antonio Hernández | Bo. Rigoberto López Pérez | 52 | TB MDR |
| 265 | Managua | C/S Francisco Buitrago | Fabiola del Carmen Talavera Bermúdez | Bo. Ángeles | 28 | TB MDR |

### Anexo 02. Cuestionario de Encuesta de Hogar dirigido a personas con TBTF.























NOTA: LAS RESPUESTA SEÑALADAS EN AMARILLO, SON LAS POSIBLES RESPUESTA CORRECTA DE CADA VARIABLE CONSULTADA.

### Anexo 03. Guía de grupos focales dirigido a madres/padres de familia y tutores a cargo de personas afectadas con TBTF.

|  |
| --- |
| **GUÍA DE GRUPO FOCAL**  **DIRIGIDO A MADRES / PADRES DE FAMILIA / TUTORES A CARGO DE PERSONAS AFECTADAS CON TB Y FAMILIARES** |
| **I. DATOS GENERALES** |
| Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Hora de inicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Departamento/Región: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  No. de Participantes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Moderadora / Facilitador/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anotador/a y apoyo logístico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Hora de finalización: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **II.INTRODUCCIÓN** |
| Buenos días/tardes. Mi nombre es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y estamos realizando un proceso de Consulta para Facilitar la Elaboración del estudio de Gasto Catastróficos de Tuberculosis. Hoy estamos aquí para realizar una Entrevista grupal en el marco de la consulta de campo a informantes claves que están a cargo de las personas que son atendidas en el componente de TB en este SILAIS.  La idea es poder conocer sus distintas opiniones para colaborar con este proceso. En este sentido, siéntanse libres de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es su opinión sincera.  Aclaráramos que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.  Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano demora mucho tiempo y se pueden perder información importante. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es con fines de Transcripción para su análisis.  El propósito es conocer de Ustedes su opinión, experiencia y/o participación que han tenido en el proceso de acompañamiento y apoyo de su familiar que está padeciendo de Tuberculosis e identificar los efectos de los Gastos Catastróficos y como le afecta en su hogar y familia.  **Muchas gracias.** |
| **III.ACTIVIDADES INICIALES** |
| 1. Presentarse y dar la bienvenida nuevamente, agradeciendo la presencia de las y los participantes; y presentar el objetivo del Grupo Focal. 2. Explicar las reglas y procedimientos a seguir durante la entrevista grupal: Cada una de ustedes está aquí de manera voluntaria. Ninguna está obligada a responder las preguntas que no quiera responder. Si alguien quiere salirse de la reunión puede hacerlo en cualquier momento. 3. Realizar dinámica de presentación y/o rompe hielo con las personas participantes, se les pide que se presenten cada uno detallando, Su Nombre, su procedencia y Rol que desempeñan en la comunidad. 4. Coloque una tarjeta con el nombre que la y el participante seleccione ser llamado, para facilitar la comunicación personalizada, también debe estar identificado el equipo que facilita la Entrevista grupal. 5. Dé a conocer el objetivo: Conocer el efecto catastrófico que genera la tuberculosis en los pacientes y sus hogares. 6. Explique cómo se desarrollará la actividad, dé a conocer los temas o contenidos que se estarán abordando. Dígales que se estarán haciendo preguntas abiertas en cada tema y que a través de estas preguntas generadoras que Usted hará, se irá desarrollando la discusión grupal. 7. Tener presente las características de conformación del grupo focal. 8. La discusión se organizará en 15 preguntas; cada persona puede opinar en el momento que desee, pero se insta a que todas y todos participen de forma activa. |
| **IV.DESARROLLO DE LA ENTREVISTA GRUPAL** |
| 1. **Objetivo Grupo Focal**: Conocer el efecto catastrófico que genera la tuberculosis en los pacientes y sus hogares. |
| 1. **PREGUNTAS** |
| 1. ¿Cuándo fue ingresado al CTB, su familiar? el personal de salud le explico ¿cómo sería atendido y que dinámica de asistencia deben asumir para la toma de tratamiento? 2. Su Familiar o pariente que es atendido en el componente de TB, ¿Asiste solo o usted lo acompaña todos los días a la unidad de salud? 3. ¿Conocen el tiempo de administración de los medicamentos para curarse de la enfermedad y lean realizado pruebas de sensibilidad a los medicamentos? 4. El personal de salud, le da el medicamento a su familiar con TB, para que se lo tome. ¿Dónde se lo entregan? ¿Dónde es atendido su familiar? (para recibir tratamiento, seguimiento y control), ¿A qué hora lo hacen, que distancia promedio recorren para tomar el tratamiento y por qué medio se trasladan a la unidad de salud? **(conocer opinión por participante).** 5. Ustedes ¿Asumen algún costo, para trasladarse a la unidad de salud y quien lo asume? ¿Cuál es el promedio de dinero que gastan al día (promediar a la semana), para ir a tomar el tratamiento? 6. Antes de ser ingresado al CTB, ¿Su familiar estaba trabajando y cuanto aportaba al ingreso familiar?; Actualmente está trabajando y tiene algún ingreso y cuanto aportaba al ingreso del hogar. ¿Cómo afecta esto en la familia en estos momentos? 7. En la familia ¿Quién paga los servicios de salud y medicamentos que necesita su pariente con TB, ¿cuánto asume al mes?, y en qué tipo de servicios de salud paga? 8. ¿Cómo afectan estos gastos a la situación financiera del hogar? 9. En su hogar ¿Quién asume los costos de la canasta básica de la familia? ¿Se ha incrementado el consumo de alimentos con la condición de su pariente tratado con TB actualmente? 10. Alguna vez su familiar con TB, ha recibido ayuda de alguna organización o alguna persona particular para apoyarlo en su condición de persona afectada con TB. ¿Por parte de quien recibió ayuda y que tipo de ayuda recibió y por cuánto tiempo? 11. ¿Cuál es su opinión y/o valoración del nivel de afectación que asume su familia por apoyar a su familiar que padece de TB? 12. ¿Qué sugerencias pueden darnos para mejorar los estilos de vida (Psicológico y Nutrición) de las y los personas afectadas con TB, Por ejemplo: ¿Sobre la nutrición como parte integral del tratamiento de una persona afectada de TB?   …**Muchas Gracias.** |

1. Según Nota Descriptiva octubre 2016. Centro de Prensa de la OMS. [↑](#footnote-ref-1)
2. Patologías tradicionalmente más asociadas a la pobreza [↑](#footnote-ref-2)
3. Encuesta de Hogares Sobre Medición de Nivel de Vida 2009. Nicaragua. 2013. [↑](#footnote-ref-3)
4. OMS [↑](#footnote-ref-4)
5. Murray CJL and Frank Julio. A WHO Framework for Health System Performance Assessment. GPE, documento de trabajo Nº 6, noviembre de 1999. OMS, Ginebra [↑](#footnote-ref-5)
6. Constitución Política de Nicaragua, Arto. 59 Capítulo III, Derechos Sociales, Nicaragua [↑](#footnote-ref-6)
7. Plan Nacional de Desarrollo Humano. 2012-2016. Gobierno de Unidad y Reconciliación Nacional. Nicaragua. 2013. Pág. 143 [↑](#footnote-ref-7)
8. http://www.inide.gob.ni/CanastaB/CanastaB.htm [↑](#footnote-ref-8)
9. Paciente que habita en una localidad peri urbana en la cuidad de Bluefields. [↑](#footnote-ref-9)
10. Gasto Catastróficos por motivos de salud. Desempeño de los sistemas de salud. México, 2002 [↑](#footnote-ref-10)
11. La protección financiera y el gasto catastrófico en salud: el caso de Costa Rica. Rodrigo Briceño. © Sanigest 2006 [↑](#footnote-ref-11)
12. La protección financiera y el gasto catastrófico en salud: el caso de Costa Rica. Rodrigo Briceño. © Sanigest 2006 [↑](#footnote-ref-12)
13. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos Metodología por Ke Xu. WORLD HEALTH ORGANIZATION. GENEVA, 2005 [↑](#footnote-ref-13)