

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador

Departamento de Asuntos Públicos

Convocatoria 2020-2022

Tesis para obtener el título de Maestría en Estudios Urbanos con mención en Geografía y
Procesos Territoriales

Accesibilidad espacial a la atención en salud de personas con VIH: un enfoque de métodos
mixtos

Luis Enrique Rivera Segura

Asesor: Pablo Cabrera Barona

Lectores:

José Luis Nieto Espinosa

Elizabeth Barona Terán

Quito, marzo de 2023

Dedicatoria

A las personas que han vivido, luchado y gozado con el virus en su cuerpo... ¡Hasta encontrar la cura!

Tabla de contenidos

Índice de ilustraciones y tablas.....	6
Lista de siglas y abreviaturas	7
Resumen	9
Agradecimientos.....	10
Introducción, problema de investigación y objetivos.....	11
1.1. Antecedentes del problema y conceptos generales.....	11
1.2. Justificación	13
1.3. Pregunta de investigación, objetivos y alcance	13
Capítulo 2. Marco teórico.....	15
2.1. Brechas en el acceso a la atención en salud de personas viviendo con VIH/sida (PVVS)	15
2.2. Marco de análisis del comportamiento en el acceso a la salud	16
2.2.1. Factores de predisposición	16
2.2.2. Factores habilitantes	16
2.2.3. Factores de necesidades	17
2.2.4. Otras dimensiones	17
2.3. Conceptualizando la accesibilidad geográfica.....	17
2.3.1. Accesibilidad espacial a nivel de área y efecto de distancia	17
2.3.2. Accesibilidad espacial a nivel individual	18
2.4. Dimensiones subjetivas y territoriales en el estudio de la accesibilidad en PVV19	
2.4.1. Movilidad urbana y capital espacial en procesos de inclusión social	19
2.4.2. Cuerpo, espacio urbano y vulnerabilidad social en PVV.....	20
Capítulo 3. Metodología.....	21
3.1. Área de estudio	21
3.2. Estrategia metodológica y flujograma	23
3.3. Materiales y datos	24
3.4. Métodos	26
3.4.1. Modelo gravitatorio.....	26
3.4.2. Distancia ajustada a la satisfacción	27
3.4.3. Análisis de las entrevistas caminadas.....	28
3.4.4. Observación participante.....	29
3.4.5. Marco analítico general de la investigación.....	29
Capítulo 4. Resultados.....	34
4.1. Descripción de PVV del estudio	34

4.1.1.	Situación de residencia de las PVV.....	34
4.1.2.	Identidad de género, orientación sexual e identificación étnica.....	34
4.1.3.	Nivel socioeconómico	34
4.1.4.	Factores de riesgo.....	35
4.1.5.	Factores habilitadores.....	35
4.1.6.	Factores de necesidad.....	36
4.1.7.	Utilización de servicios y movilidad.....	37
4.1.8.	Satisfacción con el establecimiento de salud	39
4.1.9.	Perfil de la persona encuestada	40
4.2.	Distancias de acceso al establecimiento de salud.....	41
4.3.	Resultados del modelo gravitatorio de la accesibilidad espacial a nivel individual	47
4.6.	Análisis de los factores de satisfacción y movilidad asociados a la accesibilidad	50
4.6.1.	Participación en grupos comunitarios	50
4.6.5.	Brechas de accesibilidad correspondientes al transporte	55
4.6.7.	Cambios en los contextos geográficos tras el diagnóstico	58
Capítulo 5.	Discusión	65
5.1.	Dinámicas del comportamiento en el uso de servicios de salud en Quito.....	65
5.2.	Movilidad y accesibilidad individual en los establecimientos de salud	67
5.3.	El lugar de la subjetividad y la reflexividad en los estudios de percepción	68
5.4.	La relación emergente entre accesibilidad espacial y la confidencialidad del diagnóstico.....	69
5.5.	El capital espacial y capital social en los procesos de inclusión social	69
5.6.	Experiencias corporalmente centradas en la accesibilidad a la salud.....	71
5.7.	Paisajes de la salud pública en la ciudad	72
5.8.	Aportes del estudio para llenar vacíos de conocimiento	74
5.9.	Potencialidades y beneficios de los métodos aplicados.....	75
5.10.	Limitaciones de la metodología.....	76
Conclusiones	77
Referencias	80
Anexos.....	85
Anexo 1:	Encuesta de accesibilidad espacial para la adquisición del tratamiento antirretroviral (TARV) en personas viviendo con VIH en Quito, Ecuador.....	85
Anexo 2:	Personas entrevistadas	92
Anexo 3:	Guía de preguntas para entrevistas	92

Anexo 4: Lista de códigos para el análisis cualitativo.....94

Índice de ilustraciones y tablas

Figuras

Figura 3.1. Localización del caso de estudio	22
Figura 3.2. Flujograma de métodos aplicados en el estudio	24
Figura 3.3.. Áreas de residencia de personas encuestadas en el área de estudio.....	25
Figura 4.1. Enfermedades reportadas por las PVV tras el diagnóstico	36
Figura 4.2. Conteo de CD4 en PVV encuestadas.....	36
Figura 4.3. Unidad de Atención Integral donde los encuestados reciben el tratamiento	37
Figura 4.4. Modo de transporte utilizado para trasladarse al servicio de salud en PVV encuestadas.....	38
Figura 4.5. Tiempo percibido de viaje de la residencia al servicio de salud en PVV encuestadas.....	39
Figura 4.6. Calificación de los indicadores de satisfacción en el servicio de salud de PVV encuestadas.....	40
Figura 4.7. Distancia percibida de una PVV migrante y extranjera.....	44
Figura 4.8. Distancia percibida de una PVV migrante nacional	45
Figura 4.9. Distancia percibida de una PVV de Quito	46
Figura 4.10. Distancia percibida de una PVV y mujer.....	47
Figura 4.11. Ruta realizada, tiempo de viaje y frecuencia del transporte	56
Figura 4.12. Red semántica de lugares acudidos tras el diagnóstico	61
Figura 4.13. Red semántica de los lugares frecuentados en la actualidad	61
Figura 4.14. Red semántica de lugares menos frecuentados en la actualidad.....	62
Figura 4.15. Distancia (en metros) de los lugares enunciados en el discurso	64

Tablas

Tabla 3.1. Objetivos, dimensiones, variables, subvariables e indicadores del estudio ...	31
Tabla 4.1. Distancia euclidiana, en la red vial y ajustada a la satisfacción de PVV encuestadas	41
Tabla 4.2. Medida de accesibilidad espacial individual de PVV encuestadas	48
Tabla 4.3. Menciones de recursos comunitarios y familiares en el discurso	50
Tabla 4.4. Calificación de la satisfacción expresada en el discurso.....	51
Tabla 4.5. Menciones a pérdida de vínculos tras el diagnóstico y recursos en el discurso	59
Tabla 4.6. Menciones a la resignificación de la enfermedad, visibilidad y encubrimiento del diagnóstico expresados en el discurso.....	60
Tabla 5.1. Resumen de hallazgos según objetivos específicos de la investigación	73

Lista de siglas y abreviaturas

ARV: Antirretrovirales

CD4: linfocitos que son parte fundamental del sistema inmunológico de toda persona

CEPVVS: Coalición Ecuatoriana de Personas que Viven con VIH/sida

CV: carga viral

IESS: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social

MSP: Ministerio de Salud Pública

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida

PVV: persona o personas que viven con VIH

PVVS: persona o personas que viven con VIH/sida

TAR: tratamiento antirretroviral

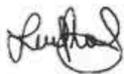
UAI: unidad de atención integral

Declaración de cesión de derecho de publicación de la tesis

Yo, Luis Enrique Rivera Segura, autor de la tesis titulada “Accesibilidad espacial a la atención en salud de personas con VIH: un enfoque de métodos mixtos” declaro que la obra es de mi exclusiva autoría, que la he elaborado para obtener el título de Maestro de Investigación en Estudios Urbanos con mención en Geografía y Procesos Territoriales concedido por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO Ecuador.

Cedo a la FLACSO Ecuador los derechos exclusivos de reproducción, comunicación pública, distribución y divulgación, bajo la licencia Creative Commons 3.0 Ecuador (CC BY-NC-ND 3.0 EC), para que esta universidad la publique en su repositorio institucional, siempre y cuando el objetivo no sea obtener un beneficio económico.

Quito, marzo de 2023



Luis Enrique Rivera Segura

Resumen

En este estudio se busca comprender los factores asociados a la accesibilidad espacial hacia los servicios de salud que tienen las personas que viven con VIH (PVV) en la ciudad de Quito, Ecuador. Para ello se recurrió al marco analítico del comportamiento de los usuarios en los servicios de salud que considera aspectos subjetivos y objetivos en la relación entre grupos sociales en riesgo y el sistema de salud pública. La aplicación de un diseño con métodos mixtos permitió explorar la problemática de la accesibilidad considerando la satisfacción del usuario, así como el enfoque de la movilidad y la geografía de la salud. Como resultado, se argumenta que el caso de las PVV refleja las desigualdades que hay entorno al acceso a los establecimientos de salud en la ciudad de Quito. Por un lado, los factores asociados a la satisfacción en el establecimiento de salud se relacionan con el tipo de seguro, posesión de recursos familiares y comunitarios, y la experiencia con la movilidad. Por otro lado, las prácticas y discursos sobre y en el espacio urbano se caracterizan por cambios drásticos tras el diagnóstico, usos diferenciado según el género y el capital social. Finalmente, en el estudio se discute los condicionamientos políticos, socioculturales y de necesidades de salud como relevantes para profundizar el conocimiento sobre el efecto de la distancia en la accesibilidad a los establecimientos de salud.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a la comunidad de FLACSO Ecuador: al profesor Pablo Cabrera-Barona por su acompañamiento durante la tesis y a los profesores del programa de Estudios Urbanos por sus enseñanzas durante mi periodo de formación en la institución. A lxs compañerxs de maestría, en especial al taller de tesis de “Geografías de la salud y calidad de vida”, quienes han sido un soporte para el proceso de desarrollo de investigación.

De igual modo, los agradecimientos a los grupos Unión Vida Positiva, Grupo de apoyo positivo para personas y familiares de personas viviendo con VIH, La Coalición Ecuatoriana de Personas Viviendo con VIH/sida por el apoyo e interés brindado a mi investigación. Resalto su actitud comprometida, inclusiva y persistente para defender el derecho a la salud.

Por otro lado, sumo a los agradecimientos a la Fundación Equidad, Diálogo Diverso y Fundación Kimirina por su apoyo en la difusión de la convocatoria para mi estudio. Su aporte fue importante para llegar a personas que por mí mismo no hubiera podido llegar.

Finalmente, agradezco a mis padres, Silvia y Luis, quienes me han apoyado y cuidado durante el periodo de mi maestría y continúan haciéndolo desde la distancia.

Introducción, problema de investigación y objetivos

1.1. Antecedentes del problema y conceptos generales

La respuesta a la epidemia del VIH es una problemática global relacionada a los contextos económicos, políticos, sociales y culturales de cada país. Aunque la epidemia del VIH/SIDA se registra oficialmente desde hace cuatro décadas, no es sino a partir de las últimas dos décadas en donde se evidenció la relación entre pobreza y los niveles de mortalidad por esta infección (Bustamante Salamanca 2010). A partir del 2002, los organismos multilaterales implementaron programas mediante un Fondo Global para cerrar las brechas de acceso a atención en salud y reducir la letalidad de esta infección. Para el acceso al Fondo, los países integrantes tienen que comprometerse en la dotación de infraestructura y establecer el diseño de políticas de salud para una adecuada atención de personas viviendo con VIH (Bustamante Salamanca 2010, 60).

En el contexto ecuatoriano, la política que establece los lineamientos para la atención integral a la población en general es la “Estrategia Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA-ITS” que tiene como objetivo disminuir la velocidad del crecimiento de la epidemia (Ministerio de Salud Pública n.d.). Asimismo, la ejecución del presupuesto de esta política es monitoreada por organizaciones de la sociedad civil conocidas como Mecanismos de Coordinación, que tienen un alcance local.

Además, los grupos de mayor prevalencia de VIH son las personas Trans (31%) y hombres que tiene relaciones sexuales con otros hombres (HSH) (11%). Mientras que las provincias que concentran mayor número de casos de manera histórica son Guayas (53,2%) y Pichincha (10,2%) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2017).

Para la atención sanitaria, los centros especializados para personas viviendo con VIH (PVV) provistos por el Estado son las Unidades de Atención Integral (UAI). En la provincia de Pichincha, las UAI's se encuentran localizadas en parroquias céntricas de la ciudad de Quito y se contabilizan hasta siete a la actualidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2017; Bustamante Salamanca 2010).

Cabe indicar que, en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), se localizan establecimientos de salud del primer nivel de atención, que corresponden a los más cercanos a la población y funcionan como puerta de entrada, mientras que el segundo nivel ofrece atención ambulatoria

especializada y servicios de hospitalización (Valdez Gomez De la Torre 2020). Por último, en el tercer nivel de atención, que corresponden a los hospitales de especialidades, se encuentran el Hospital Eugenio Espejo y el Hospital Carlos Andrés Marín.

Sin embargo, durante el contexto de pandemia por la COVID19, las organizaciones de la sociedad civil del Ecuador denunciaron falta de distribución de medicamentos antirretrovirales (ARV), entre otras deficiencias con respecto a la atención de salud de poblaciones viviendo con VIH (Kaleidos n.d.). En relación a esto, se advirtió públicamente una situación de emergencia sanitaria hacia PVV desde organismos multilaterales.

Al respecto, la problemática de la escasez de los medicamentos antirretrovirales está relacionada con la forma de gobernanza de esta epidemia. Uno de los mecanismos que explica cómo se construye la escasez es descrito como “neoliberalismo terapéutico” (Ingram 2013). En el artículo “After the Exception: HIV/AIDS, beyond salvation and scarcity”, Ingram argumenta que la forma de enfocar la problemática global del VIH/sida como una emergencia excepcional está inherentemente relacionada con un discurso que naturaliza la escasez y, en consecuencia, normaliza las desigualdades y patologiza a los individuos pobres (2013, 451). De ahí que, esta problemática global continúa siendo un asunto crítico para países de baja renta y como se ha mencionado, tiene efectos concretos en la continuidad del tratamiento antirretroviral.

Por otro lado, la adherencia al tratamiento también constituye una problemática en las investigaciones sobre el acceso a la salud en PVV. En primer lugar, en el contexto regional, la falta en la adherencia está relacionada con vulneraciones producidas en el servicio de salud. Los estudios cualitativos han indicado que los determinantes sociales de la des-adherencia están relacionados con la reproducción del estigma estructural y la violencia institucional (Muñoz Martínez 2018), y la falta de capacitación en derechos humanos del personal de salud (Herrera et al. 2008a). En ese sentido, también se discute la perspectiva asistencial en la atención de salud, en lugar de un enfoque de promoción y prevención comunitaria que involucra al personal de salud en relación a los pacientes (Margulies 2010; Lima et al. 2021).

Finalmente, si bien la problemática de la adherencia terapéutica está relacionada a la experiencia en los equipamientos públicos de salud, el rol que cumple la ciudad y el espacio urbano no debe ser subestimado (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2019). En ese sentido, estas investigaciones proponen recomponer las nociones de integralidad (Margulies 2010) y la

importancia de la vida cotidiana en la construcción de paisajes de salud (Myers 2010a; Grimberg 2003).

1.2. Justificación

La problemática de escasez de recursos en el sistema de salud ecuatoriano tiene efectos en la salud pública y puede ser estudiada en un nivel individual y subjetivo. De acuerdo al marco de análisis del comportamiento en los servicios de salud, cuando los recursos del sistema de salud se ven comprometidos, los niveles de riesgo de la población, la utilización de los servicios, y la satisfacción del paciente se ven afectados (Aday y Andersen 1974), y en el caso de las PVV, como se ha mencionado previamente, también afecta su adherencia al tratamiento.

Por otro lado, los estudios que vinculan el territorio urbano y una perspectiva de las PVV desde la geografía de la salud son en esencia cualitativos y exploratorios. En ese sentido, hay una tendencia en este ámbito disciplinar que argumenta la importancia de incorporar la perspectiva de los sujetos seropositivos en la investigación y conocer cómo experimentan su proceso de salud y enfermedad en distintos contextos espaciales (Ojikutu et al. 2018; Fachin y Borges 2019; Paul 2020).

La elección de la ciudad de Quito como caso de estudio responde en primer lugar a que es la ciudad de la segunda provincia con mayor cantidad de casos históricos de VIH en el país, por detrás de Guayaquil (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2017). Asimismo, hay evidencia de casos de estigma y discriminación en la atención de salud (Kimirina y Coalición Ecuatoriana Personas Viviendo con VIH SIDA 2010). Además, los datos a nivel del país indican que el 65% de las PVV tiene acceso al tratamiento de VIH, ubicándose en el promedio comparado a otros países de América Latina (UNAIDS 2018). Sin embargo, esta cifra es baja con respecto a las metas internacionales que establece un 90% como objetivo (ONUSIDA 2020).

Cabe indicar, que el Estado Ecuatoriano establece que las personas que viven con enfermedades complejas constituyen grupos de atención prioritaria y tienen derecho a la salud (República del Ecuador 2008). Además, de manera normativa se establece que las personas con discapacidad, enfermedades catastróficas y personas privadas de libertad son grupos vulnerables (Vicepresidencia de la República del Ecuador n.d.).

1.3. Pregunta de investigación, objetivos y alcance

Teniendo en cuenta la problemática urbana sobre el VIH/SIDA y la accesibilidad a los establecimientos de salud, la pregunta que guía esta investigación busca explorar los factores que determinan la accesibilidad espacial a la atención de salud de personas viviendo con VIH (PVV). Asimismo, de esta pregunta, se desagregan dos preguntas específicas. Por un lado, se busca conocer cuáles son los factores que explican las variaciones en la distancia percibida individualmente de la residencia a los establecimientos de salud. Por otro lado, de qué forma el contexto geográfico y la movilidad se relacionan con la accesibilidad individual de PVV en Quito.

Para responder la pregunta de investigación se propone el siguiente objetivo principal:

- Estudiar la problemática de accesibilidad espacial hacia la atención en salud de PVV desde un enfoque de métodos mixtos.

Y en base al objetivo principal se plantean los siguientes objetivos específicos:

- Comprender la accesibilidad espacial a la atención de salud desde las dimensiones objetivas y subjetivas.
- Explorar e identificar los factores habilitantes, de predisposición y de necesidad que se asocian a la accesibilidad a establecimientos de salud de las PVV,
- Comprender relaciones entre el contexto geográfico, movilidad urbana y accesibilidad espacial en el contexto de estudio de la presente investigación.

Con relación al alcance de la investigación, esta tesis considera distintas etapas que abarcan los años 2021 y 2022. Mientras que el caso de estudio corresponde a los establecimientos de salud ubicados en el Distrito Metropolitano de Quito (DMQ). Si bien el análisis del caso de estudio corresponde a una región metropolitana, el enfoque de investigación puede ofrecer miradas al contexto regional latinoamericano. Considerando que los determinantes sociales de la epidemia del VIH están relacionados a un ámbito nacional, las brechas en el acceso se pueden generalizar a un ámbito continental (Asghari et al. 2018). En ese sentido, los estudios que apliquen enfoques cualitativos y cuantitativos pueden identificar elementos comunes entre distintos países de Latinoamérica en relación con el nivel de acceso a la atención médica en PVV. Y de ese modo ofrecer recomendaciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud pública.

Capítulo 2. Marco teórico

En el presente capítulo se abordan los marcos conceptuales y analíticos que sirven de referencia para el estudio de la problemática de la accesibilidad espacial a establecimientos de salud de PVV. En primer lugar, se abordan estudios sobre el acceso a la salud en este grupo poblacional en contextos del norte y sur global. Luego se desarrolla el marco de análisis del comportamiento en el acceso a la salud y su aplicación en estudios de grupos de riesgo con enfermedades crónicas como el VIH. En la siguiente sección se define el concepto de accesibilidad espacial y se describen brevemente las formas de estudiarla. También se aborda desde qué perspectivas se entiende la dimensión subjetiva y territorial en el marco del presente estudio. Cabe indicar que, entre los estudios referidos, se encuentran investigaciones realizadas en la misma área de estudio y del contexto nacional del país.

2.1. Brechas en el acceso a la atención en salud de personas viviendo con VIH/sida (PVVS)

Esta investigación se sitúa en la problemática del acceso a la atención en salud a las personas viviendo con VIH. Por un lado, la literatura sobre barreras en el acceso a la salud, señala que la falta de transporte es la más común y extendida de estas barreras entre poblaciones vulnerables (Syed, Gerber, y Sharp 2013). Este hallazgo es coherente con el limitado acceso a la salud que experimentan personas afroamericanas e hispanas viviendo con VIH, específicamente entre quienes no poseen automóvil propio y son usuarios de transporte público (Kimmel et al. 2018).

En el contexto de países del sur global, la presencia de barreras como el transporte está asociada a menores niveles de supresión viral en personas gay y transgénero viviendo con VIH (Rich et al. 2018a). Asimismo, las barreras también pueden estar relacionadas con desigualdades de género en donde el estigma percibido, la situación experimentada con la pareja y la falta de dinero para acudir a los establecimientos de salud son dificultades que limitan el acceso (Otieno et al. 2010).

Por otro lado, se encuentran los factores que promueven el acceso a los establecimientos de salud en PVV. En un estudio con mujeres en África se señalan a la educación, consejería, la asequibilidad y la compasión como factores promotores del acceso y que pueden generar que las personas opten por más servicios en el mismo establecimiento (Otieno et al. 2010). Considerando el acceso a la salud en PVV, la evidencia señala que es una problemática

multidimensional y estructural relacionada a las desigualdades socioeconómicas y residenciales.

2.2. Marco de análisis del comportamiento en el acceso a la salud

Para el estudio del acceso a los establecimientos de salud se ha aplicado el modelo del comportamiento del uso de servicios de salud para medir el nivel de utilización, satisfacción y aceptabilidad de los servicios de salud en entornos urbanos de grupos considerados de riesgo (Aday y Andersen 1974; Cavalieri 2013). Este marco analítico considera múltiples dimensiones del acceso a la salud y desarrolla la relación entre los factores habilitadores, de predisposición y de necesidad, con las experiencias subjetivas en los establecimientos de salud y sus efectos en el acceso a la salud.

2.2.1. Factores de predisposición

Los factores de predisposición (o predisponentes), en los estudios de accesibilidad a la salud, corresponden a variables sociodemográficas que agrupan factores característicos de una población. En el modelo de comportamiento del sistema de salud los factores de predisposición actúan como determinantes individuales, del mismo modo que los factores habilitantes y de necesidad (Andersen y Newman 2005). Estos factores están muy relacionados con los grupos poblacionales con los que se investiga. En ese sentido, pueden ser generales como el sexo, nivel educativo, edad, estado civil, actividad económica que desempeña o situación laboral (Cavalieri 2013; Cabrera-Barona, Blaschke, y Kienberger 2017).

Al tomar al VIH/sida como problemática de salud, los factores de predisposición varían de acuerdo con cómo se conceptualiza la situación de riesgo en cada lugar. Es así que se han determinado como importantes los factores de contexto de migración, por un lado, y los factores de riesgo por otro, tales como el ser una persona privada de libertad, uso consciente del condón, el ser usuario de drogas inyectables u otras, y el tener múltiples parejas sexuales (López Jaramillo et al. 2014). De este modo, los factores de predisposición pueden ser más detallados al tratarse de una población más específica.

2.2.2. Factores habilitantes

Los factores habilitantes pueden considerar los recursos personales, familiares o comunitarios que pueden facilitar o impedir el uso de los establecimientos de salud (Cavalieri 2013). Los indicadores de este tipo de factores pueden ser la tenencia de seguro de salud (Cabrera-Barona, Blaschke, y Kienberger 2017), la distancia recorrida entre el lugar de residencia y el establecimiento, el uso de servicios complementarios, o la relación con el personal médico (López Jaramillo et al. 2014).

2.2.3. Factores de necesidades

Por otro lado, los factores de necesidad consideran tanto al estado de salud autoevaluado, como a la presencia de condiciones crónicas, así como la presencia de limitaciones en actividades diarias debido a problemas de salud (Cavalieri 2013). En el caso de la atención al VIH, los organismos multilaterales prescriben una “cascada de atención” como un tratamiento adecuado. Esta estrategia, conocida como 90-90-90, indica que “el 90 por ciento de personas viviendo con VIH deberían conocer su estatus, el 90 por ciento de los casos diagnosticados deberían recibir terapia antirretroviral (TAR) y el 90 por ciento de aquellos en TAR deberían lograr supresión viral (SV)” (BenBella y Ghosh 2021).

Teniendo en cuenta que los factores de necesidad varían si la persona conoce su estatus de salud, se encuentra diagnosticada, está en tratamiento o ha alcanzado temporal o permanentemente la SV, estos factores estarían determinados por el grado y etapa de la infección que se encuentra la persona, así como a la presencia de comorbilidades (López Jaramillo et al. 2014).

2.2.4. Otras dimensiones

Estos tipos de factores en conjunto proponen una aproximación al estudio del comportamiento del individuo en el acceso a la salud, considerando las dimensiones del acceso, las cuales son disponibilidad, aceptabilidad, asequibilidad, accesibilidad y comodidad (Aday y Andersen 1974). Sin embargo, de acuerdo a la revisión de la literatura, la inclusión de la perspectiva de las PVV en las investigaciones puede considerar otras dimensiones adicionales para garantizar el acceso, como la satisfacción, la comunicación, las preferencias, la equidad en el acceso, entre otras (Asghari et al. 2018).

2.3. Conceptualizando la accesibilidad geográfica

2.3.1. Accesibilidad espacial a nivel de área y efecto de distancia

Los estudios de accesibilidad geográfica a nivel de área ofrecen resultados para una escala de análisis de ciudad o región (Cabrera-Barona, Blaschke, y Kienberger 2017; Cavalieri 2013; López Jaramillo et al. 2014). Conceptualmente definen la accesibilidad como un atributo de la proximidad geográfica y la posibilidad de uso de estos establecimientos. Metodológicamente, la accesibilidad espacial se puede calcular a partir de modelos gravitatorios que buscan incorporar el tiempo de viaje en la red vial (Crooks y Schuurman 2012). De esta forma, los resultados de estas investigaciones permiten el análisis de las disparidades entre áreas periféricas y áreas de centralidad.

Las metodologías para medir el nivel de accesibilidad espacial pueden ofrecer distintos resultados de acuerdo con los parámetros sobre el comportamiento social que se introducen en los modelos. En particular, introducir el viaje del hogar al trabajo, basados en horarios diurnos, hacia centros de cuidado infantil, permite un análisis más detallado de la accesibilidad espacial (Fransen et al. 2015)

El uso de los Sistemas de Información Geográfica (SIG) y el análisis espacial para analizar la accesibilidad espacial ha sido empleado también para comprender el efecto que tiene la distancia en el acceso a la terapia antirretroviral (TAR) (Boyda et al. 2019). Los estudios señalan que, si bien la distancia no es determinante, se relaciona negativamente con la toma de TAR debido a los costos del transporte asociados por la falta de descentralización de los lugares de atención y a los efectos en el desarrollo de comorbilidades como tuberculosis y mortalidad elevada (Zachariah et al. 2006; G.S. et al. 2010; Houben et al. 2012; Johnson et al. 2013).

2.3.2. Accesibilidad espacial a nivel individual

En este estudio es de interés explorar desde una perspectiva del individuo cómo se percibe el tiempo y el espacio como elementos fundamentales para entender la accesibilidad espacial. A diferencia de la accesibilidad espacial a nivel de área que atribuye el mismo nivel de accesibilidad a un grupo de individuos en una zona, la accesibilidad espacial individual considera la facilidad con la que las personas pueden acceder a bienes y servicios considerando sus limitaciones espacio-temporales (Kwan 1998). Desde esta perspectiva, se puede abordar la separación espacial de las personas con sus lugares, considerando sus capacidades, percepciones y realidades individuales en relación al modo de transporte utilizado (van der Vlugt y Wittowsky 2019)

Estos modelos alternativos son más sensitivos a las diferencias individuales y consideran además los patrones individuales de actividad, y los niveles de satisfacción en el acceso a la salud (Kwan y Weber 2003; Hawthorne y Kwan 2012). Al mismo tiempo, los estudios de accesibilidad individual incorporan variables que buscan medir la satisfacción con respecto a los servicios de salud utilizados (Kaiser et al. 2021)

Cabe indicar que los estudios de accesibilidad que tienen como unidad de análisis al individuo desarrollan argumentos sobre la necesidad de aplicar metodologías mixtas en tanto, los resultados obtenidos pueden discutir el contexto político y socioeconómico de la accesibilidad a la salud (Deinne y Ambakederemo 2020), así como la importancia de estudiar emociones y percepciones en las medidas de accesibilidad (Cabrera Barona y Blaschke 2015).

2.4. Dimensiones subjetivas y territoriales en el estudio de la accesibilidad en PVV

El estudio de la accesibilidad desde una dimensión subjetiva y territorial entra en diálogo con distintos enfoques disciplinarios y epistemológicos. En este subcapítulo se ofrece una revisión de la literatura sobre los efectos de la exclusión social, con relación al transporte y la movilidad de los residentes. De igual manera, se busca atender a una dimensión subjetiva con relación al cuerpo y el contexto geográfico desde los estudios de la geografía de la salud. De este modo, se busca caracterizar, a partir del encuentro de distintas perspectivas disciplinarias, otros factores que se relacionan con la accesibilidad desde una mirada del individuo con relación al territorio urbano.

2.4.1. Movilidad urbana y capital espacial en procesos de inclusión social

El giro de la movilidad en las ciencias sociales busca enfatizar las relaciones sociales en los viajes y la conexión de diferentes formas de transporte con patrones complejos de experiencia social llevados a cabo a través de las comunicaciones a nivel mundial (Sheller y Urry 2006). En cuanto a sus implicancias teóricas y metodológicas, este paradigma aborda enfoques como: la compleja relación sensorial entre el medio de viaje y el viajero desde una dimensión subjetiva; la movilidad vista desde los lentes del poder en tanto no todas las personas tienen una relación igualitaria en esos términos; entre otros. De este modo, los enfoques se corresponden con métodos innovadores y la importancia del uso de internet para realizar investigación social.

Con relación a la movilidad como recurso, los estudios urbanos sobre justicia espacial también han situado el rol del transporte en procesos de exclusión social en la ciudad

posindustrial (Soja 2014). Se puede indicar del mismo modo que la situación de injusticia espacial de colectivos y grupos sociales en los espacios urbanos se corresponde con una pérdida del capital espacial. En ese sentido, el capital espacial se define como un recurso que poseen las personas que incluye un componente físico-territorial, es decir, cómo se organiza el territorio; así como por un componente subjetivo o relacionado a las prácticas de los sujetos, en donde ambos componentes se interrelacionan de manera mutua (Apaolaza et al. 2016).

De igual modo, el rol de transporte público en los procesos de inclusión y exclusión social han sido abordados desde distintos enfoques. Por un lado, se sugiere que el acceso al transporte público facilita la acumulación de capital social permitiendo la mezcla social y el acceso a oportunidades (Avellaneda y Lazo 2011; Bentlage, Müller, y Thierstein 2021). Por otro lado, García-Schilardi (2014) analiza los tiempos de viaje, tarifa y cobertura del transporte público colectivo para dar recomendaciones en procesos de inclusión social desde la movilidad. Finalmente, la percepción de la accesibilidad como expresión de qué tan fácil es vivir una vida satisfactoria usando el sistema de transporte ofrece una nueva manera de conceptualizarla y la distancia a partir de la experiencia individual en el transporte público (A. L. van der Vlugt, Curl, y Wittowsky 2019).

2.4.2. Cuerpo, espacio urbano y vulnerabilidad social en PVV

El lugar del cuerpo, como una construcción social, evidenció, desde la geografía feminista, cómo vivir con VIH es una experiencia corporalmente centrada, es decir, la corporeidad es un fenómeno evidente para aquellas personas que padecen enfermedades crónicas (McDowell 2000). De este modo, la escala del cuerpo, como primer territorio, surge como una categoría para comprender la dimensión subjetiva de enfermar. En ese sentido, la adquisición de VIH afecta la subjetividad de los individuos en la sociedad, así como los lugares de enunciación, y se tiende a experimentar una situación de marginalidad alrededor de quienes son representados como cuerpos enfermos (Myers 2010b; 2010a). De este modo, la representación del cuerpo enfermo con VIH/sida surge como un tópico tenso y de contestación en estas investigaciones. Así como, cargado de significados culturales que, en muchos casos, reproducen discursos que estigmatizan a la persona viviendo con VIH/SIDA (Sontag 2003).

Por otro lado, las relaciones entre cuerpo y espacio urbano o *corpoespacialidades* abordan al cuerpo en su sustancia social y espacial (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2017). Cuando

se estudia el rol del espacio urbano en la salud pública de PVV, en particular de los jóvenes que viven con VIH, se evidencia que los sujetos pueden romper vínculos con la ciudad y resignificar espacios de formas positivas o negativas (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2019). De este modo, el proceso de una resignificación positiva de espacios urbanos puede contribuir a generar recursos para una sociedad saludable (2019). En ese sentido, los significados sociales de los espacios en la ciudad pueden configurar nuevos paisajes que contribuyan a la salud pública.

Por ello, en el presente estudio se aborda la noción de contexto geográfico, propuesta por el geógrafo de la salud Raul Borges, que es un resultado de las prácticas espaciales de los sujetos en donde el cuerpo y sus acciones como transeúntes construyen el contexto (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2017). Asimismo, estos contextos geográficos pueden ser comprendidos en el discurso de los sujetos a través de las evocaciones a los lugares que realizan los sujetos o las espacialidades discursivas (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2019). Este concepto guarda relación con la propuesta teórica de Michel De Certeau (1999) para el análisis y explicación del hecho urbano a partir de las prácticas cotidianas.

Por último, la condición de vulnerabilidad social se puede definir como una serie de circunstancias relacionadas con determinantes biológicos y sociales. Con relación a los segundos, las imposiciones del género determinan en un grado a la vulnerabilidad social y las posibilidades y limitaciones que tienen las PVV en su vida cotidiana (Grimberg 2003). Por otro lado, la vulnerabilidad también surge en la literatura como una condición a la que están propenso un grupo social a contraer VIH debido a la pobreza, lazos de parentesco débiles y condiciones laborales complejas (Mkandawire, Luginaah, y Baxter 2014). Por lo tanto, la vulnerabilidad social emerge como una condición dinámica anclada a estructuras sociales como el género o la condición laboral de las PVV, entre otras.

Capítulo 3. Metodología

3.1. Área de estudio

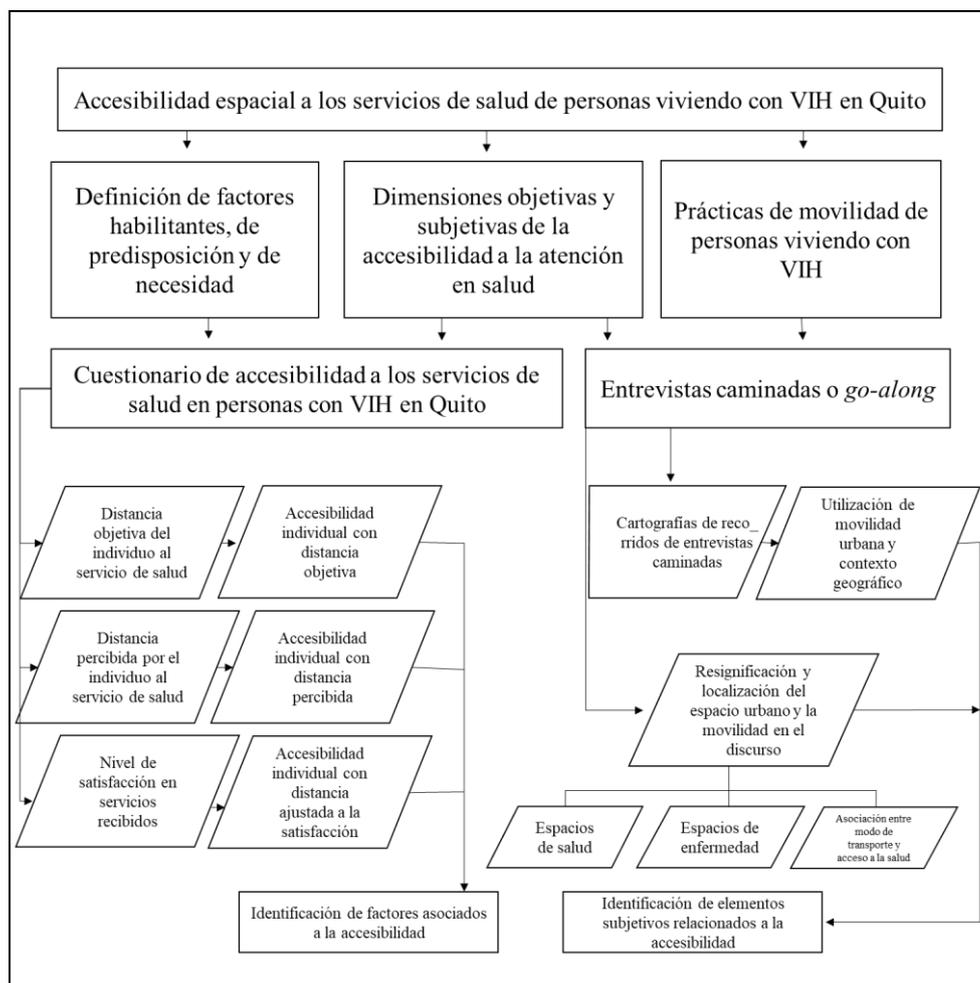
3.2. Estrategia metodológica y flujograma

El propósito del uso de métodos mixtos en el presente estudio es la triangulación, y de esta manera, evaluar la convergencia y correspondencia de resultados a partir de diferentes métodos. Asimismo, el propósito es también brindar un contexto a los métodos cuantitativos para el análisis de la accesibilidad, en combinación con métodos cualitativos. Siguiendo la tipología de métodos mixtos de Schoonenboom y Johnson (2017), el enfoque del estudio es inductivo, incorporando métodos cualitativos y cuantitativos de manera igualitaria. Además, la sincronización de los métodos mixtos es secuencial, en donde se tiene una fase donde se aplica un método cuantitativo basado en encuestas, y una fase donde se aplica un método cualitativo, basado en una entrevista semiestructurada. Los datos recopilados de ambas técnicas son independientes. Mientras la encuesta busca analizar los factores relacionados a una distancia ajustada a la satisfacción, la entrevista busca comprender el contexto geográfico, la movilidad del individuo en relación con la accesibilidad. Solo la variable de satisfacción se repite en ambos métodos, con más insistencia en el primero. Esto denota un cierto grado de complejidad en el diseño.

El punto de integración de los métodos del estudio sugiere una tipología de diseño convergente paralela (Schoonenboom y Johnson 2017), en donde los métodos cualitativos y cuantitativos son independientes y sus resultados son mezclados para una interpretación completa. Además, el enfoque del diseño es interactivo, en donde los componentes del estudio se van ajustando durante el proceso debido al contexto de pandemia experimentado al momento de hacer el trabajo de campo. Sin embargo, el diseño de métodos mixtos fue planificado desde el inicio del proceso de investigación.

Por último, con respecto al fenómeno de estudio, la Tesis aborda el mismo fenómeno desde diferentes perspectivas, una más orientada a la explicación y la otra a contextualizar. Este corresponde a un fenómeno en parte único, debido a la cultura particular del lugar, como también en cierta medida a un fenómeno más regular y predecible. Asimismo, el estudio busca testear una teoría existente, la de la accesibilidad a los establecimientos de salud en personas vulnerables a partir de un análisis individual. Como también busca contribuir a generar contribuciones teóricas sobre las desigualdades en los estudios urbanos y regionales desde un enfoque de la geografía feminista en la teoría urbana. En ese sentido, está orientado ideológicamente al feminismo. En la Figura 3.2 se distinguen las etapas y pasos de lo descrito anteriormente.

Figura 3.2. Flujoograma de métodos aplicados en el estudio

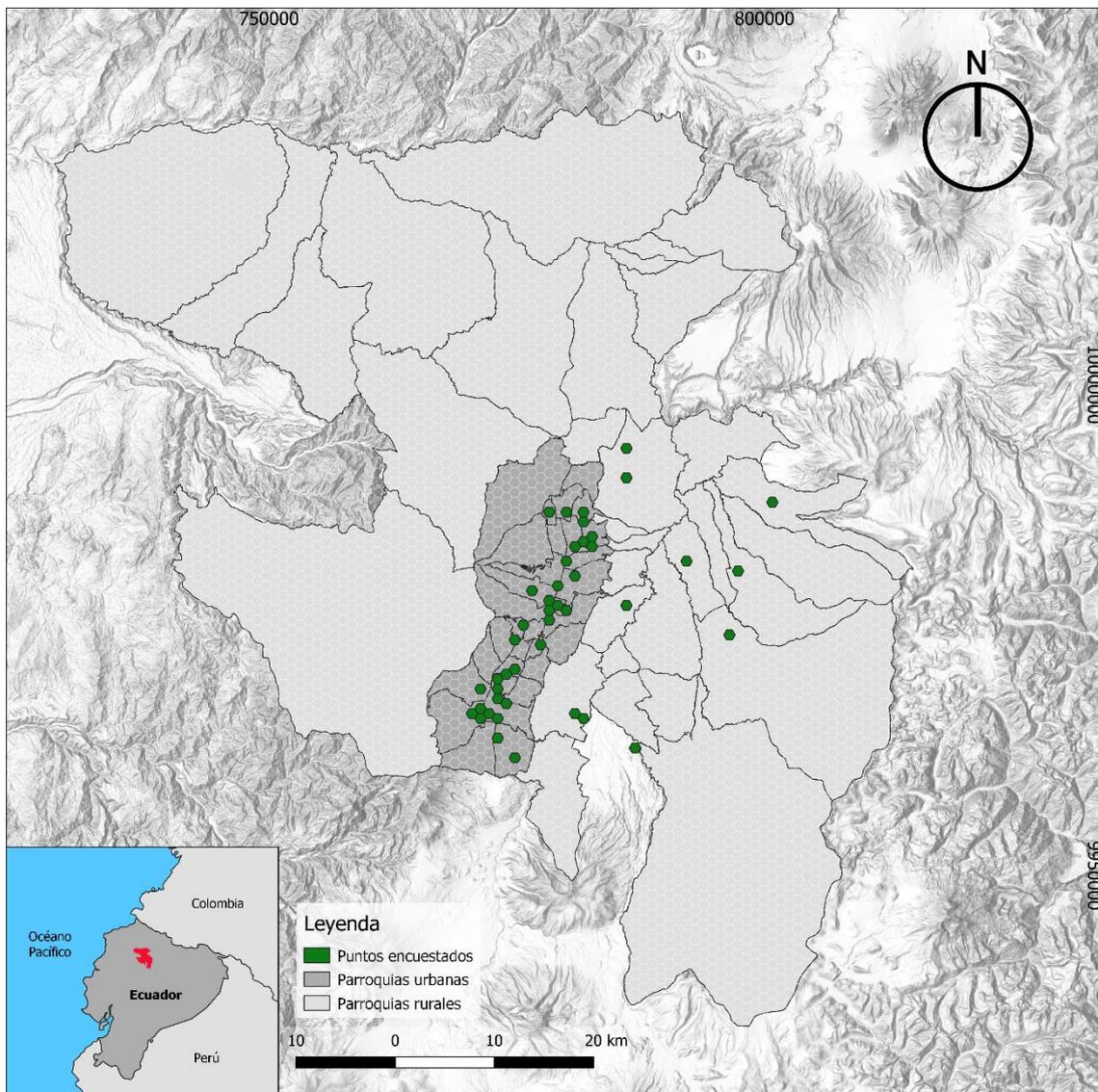


3.3. Materiales y datos

Los datos que se usaron para desarrollar los modelos de análisis y la exploración de la problemática fueron recabados siguiendo dos técnicas, la aplicación de una encuesta y de entrevistas caminadas. Para la aplicación de la encuesta se contactó previamente a organizaciones especializadas en el trabajo de prevención y acompañamiento a personas seropositivas de Quito como el Grupo de Apoyo a Personas Positivas, Unión Vida Positiva, la Coalición Ecuatoriana de Personas viviendo con VIH/sida (CEPVVS), así como organizaciones que también mantienen esta agenda: Fundación Equidad, Corporación Kimirina, Diálogo Diverso, entre otras. Dichas organizaciones y fundaciones difundieron la encuesta en sus redes sociales virtuales y bases de datos. Como resultado de esto, se obtuvieron 54 encuestas válidas. Las temáticas de la encuesta fueron características sociodemográficas de la población, condiciones de salud, prácticas de riesgo, satisfacción en

el sistema de salud y prácticas de movilidad para acceder a los establecimientos de salud. La Figura 3.3 muestra las localizaciones de la residencia de las PVV participantes de la encuesta realizada.

Figura 3.3. Áreas de residencia de personas encuestadas en el área de estudio



Elaborado por el autor a partir de trabajo de campo.

Por otro lado, se realizaron cinco entrevistas caminadas y dos entrevistas no caminadas. En el caso de las primeras, se registraron las respuestas a las preguntas y las rutas realizadas desde la residencia o parada del bus hacia el establecimiento de salud. Asimismo, en algunos casos, se continuó con la interlocución con los participantes de las entrevistas, a través de chat instantáneo, para resolver algunas cuestiones que quedaron abiertas en las entrevistas con el

objetivo de complementar sus respuestas. En el anexo 2 se puede revisar las características personales de las personas entrevistadas.

3.4. Métodos

3.4.1. Modelo gravitatorio

Se plantea un modelo gravitatorio (Huff 1963; ESRI n.d.) para conocer el grado de accesibilidad de los individuos en relación a la distancia que los separa del establecimiento de salud y del nivel de atraktividad del mismo. En este estudio siguiendo las reflexiones teóricas de Asghari et al. (2018), la atraktividad del establecimiento de salud está definida por un índice de satisfacción recibido en la atención de salud y el número de servicios utilizados en el hospital. La fórmula para calcular el índice de atraktividad es la siguiente:

$$W = 0,5 * SER_N + 0,5 * ISAT$$

En donde W es el índice de atraktividad, $ISAT$ es el índice de satisfacción normalizado y SER_N es el número de servicios utilizados normalizado. En ese sentido, para calcular el índice de satisfacción se empleó la siguiente fórmula:

$$ISAT = 0,25 * SAT1 + 0,25 * SAT2 + 0,25 * SAT3 + 0,25 * SAT4$$

En donde $SAT1$ es la calificación de la atención recibida por el personal de salud, $SAT2$ es la calificación de la comunicación recibida por el personal de salud, $SAT3$ es la calificación del trato del personal administrativo del hospital, $SAT4$ es la calificación de la higiene y limpieza del hospital.

Para poder sumar ambos índices, de satisfacción y número de servicios utilizados, estos fueron transformados en una misma escala a través de una normalización de mínimos y máximos:

$$v_i = \frac{v_i - v_{min}}{v_{max} - v_{min}} (newmax - newmin) + newmin$$

En donde v_i es el valor del índice sin normalizar, v_{min} es el valor mínimo del índice y v_{max} es el valor máximo. El resultado final es un índice con un nuevo valor máximo de 100 y un nuevo valor mínimo de 1.

En ese sentido, el modelo gravitatorio ha sido modificado para medir la accesibilidad individual en función del establecimiento de salud, y se expresa con la siguiente ecuación:

$$A_{ij} = \frac{W}{D^\beta}$$

En donde A_{ij} representa la accesibilidad de la persona, W es el índice de atractividad del establecimiento de salud, D es la distancia entre la persona y el establecimiento de salud. Adicionalmente, β es el parámetro de fricción, que para el presente estudio es equivalente a 1, que quiere decir que, si la distancia de viaje al establecimiento se duplica, la voluntad de visitar dicho establecimiento se reduce la mitad (Cabrera Barona y Blaschke 2015b; Schuurman, Bérubé, y Crooks 2010).

El modelo gravitatorio se calculó usando distintos tipos de distancia como la distancia Euclidiana, la distancia basada la red vial y la distancia ajustada a la satisfacción. En ese sentido, los resultados obtenidos corresponden a métricas de accesibilidad individual desde las perspectivas objetivas y subjetivas. Para el cálculo de las distancias Euclidiana y la basada en la red vial se utilizó un software SIG.

La distancia Euclidiana se basa en la siguiente fórmula:

$$D = \sqrt{(X_o - X_i)^2 + (Y_o - Y_i)^2}$$

En donde X_o corresponde a la coordenada x del lugar de residencia, Y_o la coordenada y del lugar de residencia. Mientras que X_i y Y_i corresponde a las coordenadas del lugar de destino, la Unidad de Atención Integral de cada hospital.

3.4.2. Distancia ajustada a la satisfacción

La distancia ajustada a la satisfacción (DAS) proviene del método aplicado por Hawthorne y Kwan (2012) para caracterizar la accesibilidad a partir de una medida subjetiva como la satisfacción. En ese sentido, los indicadores que definen la satisfacción corresponden a la calificación de la calidad en la atención recibida, del trato del personal y de la higiene y limpieza del establecimiento, en coherencia con el modelo planteado por López Jaramillo et al. (2014). Estos indicadores son obtenidos de la encuesta realizada.

Siguiendo el modelo DAS, Cabrera Barona y Blaschke (2015) establecen el parámetro del valor de ajuste a la satisfacción en 100 metros, que equivale a la longitud de una manzana en

Quito. Es decir, cuando la medida de satisfacción esté 1% fuera de la media, se añade o sustrae el valor de ajuste correspondiente. Para establecer la medida de satisfacción se optó por realizar un índice compuesto (p) a partir de los indicadores establecidos categorizados según una escala de Likert. De este modo la ecuación para el cálculo de este índice es:

$$DAS = 100 * (p - q_i) + d_i$$

En donde p es el promedio del índice de satisfacción del conjunto de personas, q_i es el valor de la medida de satisfacción y d_i es la distancia en la red vial de la residencia de la persona encuestada al establecimiento de salud. Asimismo, para obtener el valor de q_i se realizó la siguiente ecuación:

$$q_i = \frac{\sum_{n=4} SATn - v_{min}}{v_{max} - v_{min}} * (newmax - newmin) + newmin$$

En donde, la sumatoria de los cuatro puntajes de calificación de cada individuo sobre la satisfacción, es normalizada en una escala donde el valor $newmax$ corresponde a 100 y el valor $newmin$ a 1, v_{min} corresponde al valor más bajo de los puntajes de satisfacción y v_{max} , al valor más alto.

Tanto para los datos utilizados en el modelo gravitatorio, como para el modelo de distancia ajustada a la satisfacción fue necesario establecer un análisis de diferencias aplicando el test de Wilcoxon. De esta forma se puede conocer si es que existen diferencias significativas entre las distancias Euclidiana, de Manhattan o red vial y la DAS, y entre la accesibilidad individual, la distancia Euclidiana y el índice de atractividad.

3.4.3. Análisis de las entrevistas caminadas

El procesamiento de las entrevistas caminadas se dio en dos fases. En la primera, se aplicó la técnica del análisis textual utilizando los Sistemas de Información Geográfica (SIG). Para esta técnica, los puntos del Sistema de Posicionamiento Global (GPS) se marcaron cada treinta segundos durante el recorrido. En ese sentido, la transcripción de la entrevista incluyó las marcas temporales cada treinta segundos también. Luego, con una herramienta SIG (QGIS) se

procedió a unir el contenido del texto de la transcripción siguiendo la marca temporal de cada treinta segundos para que se corresponda al texto.

Una vez obtenido una capa unida se procedió a exportar el contenido a Google MyMaps debido a las bondades de uso que ofrece esta plataforma (Evans y Jones 2011). Con el apoyo de la plataforma se pudo calcular el indicador de distancia entre lugares enunciados en el discurso y la localización real de dichos lugares.

En la segunda fase se siguió el método de análisis del discurso de las entrevistas. Para realizarlo, la técnica empleada fue la codificación abierta y codificación axial (Strauss y Corbin 2002). En la práctica, la selección de estas técnicas de codificación corresponde en primer término a conceptualizar los enunciados contenidos en las entrevistas que responden al objetivo de comprender las relaciones entre el contexto geográfico, movilidad intraurbana y accesibilidad espacial. En segundo término, la codificación axial permitió acomodar los códigos siguiendo el marco analítico del modelo de comportamiento del sistema de salud (Aday y Andersen 1974) de tal forma que los códigos se vinculen directamente a dimensiones del marco de análisis escogido. En tercer término, se identificaron los patrones generales tras una lectura de los textos. Y finalmente, se construyeron redes semánticas para visualizar e interpretar las relaciones significativas. La lista completa de códigos utilizados se puede ver en el Anexo 3.

3.4.4. Observación participante

La observación participante corresponde a un método cualitativo que guarda relación con la práctica etnográfica. En el marco del presente estudio, este método de fue incorporado a la metodología debido a la compatibilidad que tiene con las entrevistas caminadas. Asimismo, una de las bondades de este método es observar las prácticas de los actores en el espacio o el reconocimiento de una microescala. Por otro lado, permite dar sustento y contrastar los discursos de los actores, con la observación de sus prácticas. Para el análisis de la información recopilada se realizaron registros de voz y fotografía, así como apuntes de campo. Dichos registros fueron sistematizados para mantener una memoria de las observaciones.

3.4.5. Marco analítico general de la investigación

En la Tabla 3.2, para cada objetivo de la Tesis, se repasan las dimensiones de estudio que corresponden a conceptos generales que se buscan operacionalizar; como también las

variables y subvariables en relación al marco conceptual para comprender el fenómeno. Por último, los indicadores se refieren a las medidas cuantitativas aplicadas en la investigación.

Tabla 3.1. Objetivos, dimensiones, variables, subvariables e indicadores del estudio

Objetivo	Dimensión	Variable	Sub-variable	Indicador	
Comprender la accesibilidad espacial a la atención de salud desde las dimensiones objetivas y subjetivas.	Sistema de entrega de salud	Oferta de servicios de salud	Atractividad del establecimiento	Calificación de la comunicación del personal de salud.	
				Nro. de servicios utilizados.	
	Accesibilidad espacial a nivel individual	Índice de accesibilidad espacial a nivel individual		Distancia al establecimiento de salud	Distancia Euclidiana de la residencia al establecimiento de salud
					Distancia en la red vial de la residencial al establecimiento de salud
		Distancia Ajustada a la Satisfacción		Nivel de satisfacción recibido en el establecimiento de salud	Calificación de la calidad en la atención recibida
					Calificación del trato del personal administrativo
					Calificación de la higiene y limpieza del establecimiento.
			Calificación de la comunicación del personal de salud.		
Explorar e identificar los factores habilitantes, de predisposición y de necesidad que se asocian a la accesibilidad al establecimiento de salud de las PVV	Comportamiento del usuario	Factores de predisposición	Sociodemográficos	Edad, género, lugar de residencia, orientación sexual, NSE, etnicidad, empleo.	
			Contextos de migración	Lugar de origen, tiempo de residencia en el lugar	

		Factores de riesgo	Factores de riesgo	Nro. de parejas sexuales, uso del condón, conocimiento de su uso.		
			Factores habilitadores	Seguro de salud	Tenencia de seguro de salud	
				Redes de apoyo	Nro. de amigos o familia con respecto a estado de salud	
		Factores de necesidad	Comorbilidades	Presencia de otras enfermedades infecciosas		
			Etapa de la infección	Estado de CD4		
			Grado de la infección	Estado de carga viral		
		Comprender relaciones entre el contexto geográfico, movilidad urbana y accesibilidad espacial en el contexto de estudio de la presente investigación.	Desigualdad en la atención en salud	Movilidad y acceso a la salud	Características de la movilidad de las PVVS	Modos de transporte utilizados
						Tiempo de viaje percibido
					Aceptabilidad de la frecuencia y disponibilidad del transporte público	-
Percepción de la influencia del transporte público en el acceso a la salud	-					
Contexto geográfico de las PVVS	Narrativas sobre el cuerpo					
	Percepción del espacio físico del establecimiento de salud			-		

			Espacios de salud	Lugares frecuentados tras el diagnóstico
			Espacios de enfermedad	Lugares más frecuentados en la actualidad
		Capital espacial		Evocaciones de lugares en el discurso
				Distancia entre lugares evocados y lugar de aplicación del método

Elaborado por el autor

Capítulo 4. Resultados

4.1. Descripción de PVV del estudio

El siguiente subcapítulo describe los principales hallazgos de la aplicación del cuestionario sobre factores en el acceso a la salud. Los factores sociodemográficos, de riesgo, habilitadores, de necesidad, utilización de servicios, transporte, satisfacción son descritos en este orden. Finalmente se concluye una síntesis del perfil de la persona encuestada para comentar el alcance de la misma en el grupo investigado.

4.1.1. Situación de residencia de las PVV

Una de las variables importantes para el estudio corresponde a la situación de residencia de las PVV. En ese sentido, de los encuestados, el 78,85% residen en Quito hace 5 años o más. Mientras que, quienes no residen en Quito durante ese tiempo provienen de ciudades de Ecuador como Ibarra, Guayaquil, Ambato, Tambillo, Esmeraldas y Santo Domingo. Asimismo, también hay quienes provienen de países del extranjero como Venezuela y Colombia. Estos dos grupos son tratados como migrantes nacionales y migrantes extranjeros en el presente estudio respectivamente.

4.1.2. Identidad de género, orientación sexual e identificación étnica

La identificación de acuerdo con la identidad de género, orientación sexual y la identificación étnica de los participantes, son variables importantes para el estudio. Con relación al género de los encuestados, 92,31% se identifica como hombre; 3,85% como personas intersexuales; 1,92% como mujer; y 1,92% como persona transgénero. Asimismo, 75% de los encuestados se identifica como homosexual; 17,31% como bisexual; 5,77% como heterosexual y 1,92% como asexual. Por otro lado, con relación a la identificación étnica de los encuestados, 88,46% se identifica como mestizo; 7,69% como blanco; y 3,85% como indígena. Asimismo, con respecto a las edades de los encuestados, 59,62% se encuentra entre los 19 y 35 años; 34,62% entre los 36 y 50; y 5,77% entre 51 y 65 años.

4.1.3. Nivel socioeconómico

El nivel socioeconómico de los encuestados se exploró a través de tres preguntas: el tipo de empleo ejercido, el rango del nivel de ingresos y el nivel estudios alcanzado. Con relación al tipo de empleo de los encuestados, 32,69% se emplea en el sector privado; 30,77% como trabajador independiente; 28,85% no cuenta con ningún tipo de empleo; 3,85% se identifica

como empleado informal; 1,92% se emplea en el sector público y 1,92% como dueño de negocio. Asimismo, con relación al nivel de ingreso, 36,54% indicó que su nivel de ingresos es de 0 a 400 dólares; 28,85% indicó que no cuenta con ningún ingreso; 15,38%, con un nivel de ingreso de 800 a 1500 dólares; 13,46%, con un nivel de ingreso de 400 a 800 dólares; y 5,77% con un nivel de ingreso mayor a 1500 dólares. Por último, con relación al nivel educativo alcanzado, 51,92% indicó que alcanzó el tercer nivel o universitario; 36,54%, el nivel secundario; 9,62%, algún posgrado; y 1,92%, el nivel primario.

4.1.4. Factores de riesgo

De acuerdo con el marco analítico empleado, los factores de riesgos comprenden condiciones biomédicas y biofísicas de los individuos o población que los posibilitan a requerir mayor atención en salud. En primer lugar, con relación al tiempo que conocen su diagnóstico, 59,62% de los encuestados lo conoce desde hace dos años; 17,31%, desde hace un año; 11,54%, desde hace tres; 5,77%, desde hace cuatro; y 5,77% desde hace cinco. Para el caso específico de la transmisión del VIH, la pregunta de con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales el último año es pertinente. A partir de la encuesta se observó que 32,69% tuvo relaciones con una; de igual manera 32,69% indicó que con más de cuatro; 30,77%, indicó entre dos y cuatro personas; y 3,85% con ninguna persona. De igual manera, al preguntarse por las personas sexuales que tiene o ha tenido en su vida, 53,85% de los encuestados indicó que han tenido más de cuatro; 28,85% de dos a cuatro; y 17,31% solo una.

De igual manera es pertinente cuestionar el uso de algún método de prevención de ITS o VIH en sus relaciones sexuales. 73,08% de los encuestados indicaron que siempre usan algún método, 25%, que lo usa a veces; y 1,92%, no usa ningún método. Además, con relación a la recepción de orientación sobre el uso adecuado del condón, 92,31% de los encuestados indicaron que sí recibieron, mientras que 7,69% no la recibieron.

4.1.5. Factores habilitadores

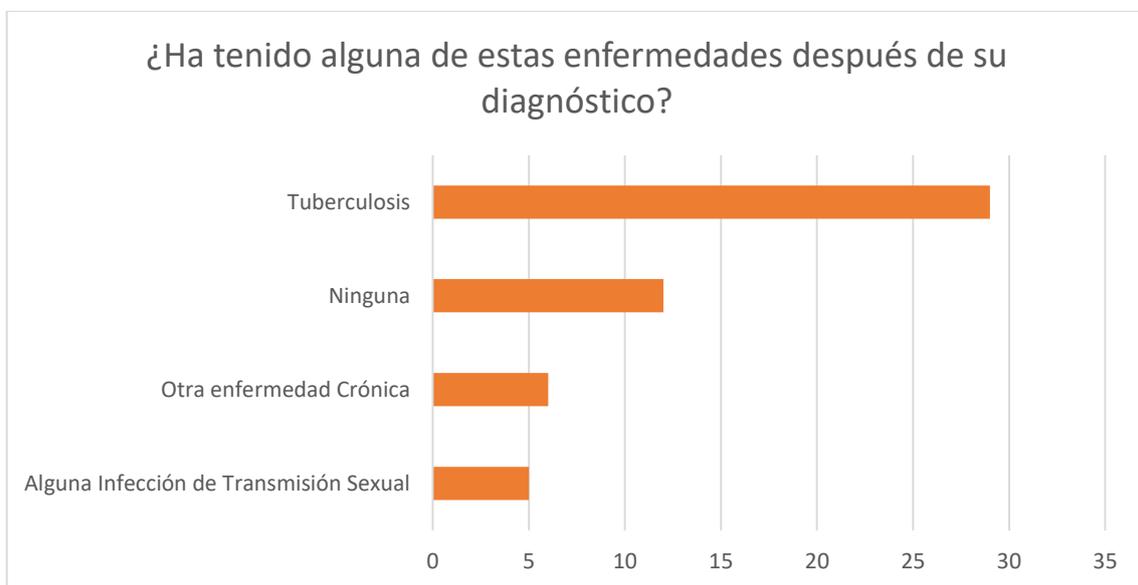
Se realizaron preguntas a los participantes del cuestionario sobre los factores habilitadores o aquellas condiciones individuales que coadyuvarían para un mayor y mejor acceso al establecimiento de salud. En primer lugar, con relación al seguro de salud ofertado por el estado, 57,69% indicaron que cuentan con uno. Mientras que 13,46% indicaron que cuentan con un seguro privado. Al tratarse de una enfermedad crónica y con un nivel alto de estigma y discriminación se preguntó si en el momento de la encuesta cuenta con apoyo de sus amigos

y/o familiares. En ese sentido, 63,46% indicó que sí cuenta con apoyo de familia o amigos. Mientras que 36,54% no cuenta con ningún tipo de apoyo. Asimismo, del grupo que sí cuenta con apoyo, 34,21% indicó que cuenta con una persona en su red de apoyo; 34,21%, con cuatro a más; y 31,58%, de dos a cuatro personas.

4.1.6. Factores de necesidad

Con relación a los factores de necesidad, referidas también a condiciones individuales y biomédicas de los sujetos para requerir atención en salud, en el caso de PVV se preguntó por la manifestación de otra enfermedad tras el diagnóstico. Se observó que la mayoría ha tenido un cuadro de transmisión por VIH y tuberculosis (figura 4.1).

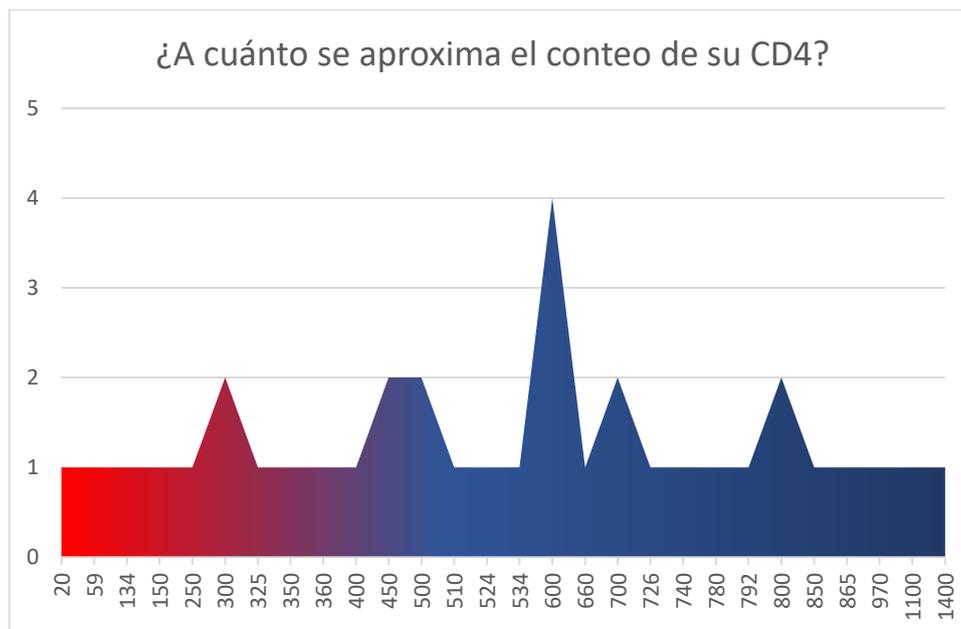
Figura 4.1. Enfermedades reportadas por las PVV tras el diagnóstico



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

Además, es pertinente preguntar sobre los resultados del conteo de linfocitos CD4, fundamentales para el monitoreo del avance del grado de la infección en el sistema inmunológico del paciente. En ese sentido, 73% de los encuestados conoce su estado de CD4. Mientras que 27% restante no lo conoce o precisa. De acuerdo con la OMS, el tratamiento antirretroviral debe iniciar cuando el conteo de CD4 esté por debajo de los 500 y de forma prioritaria en quienes tengan un conteo menor de 350. Por ello, en la figura 4 se aprecia en colores rojos y violetas quienes tienen un conteo menor que el esperado el cual corresponde a 41,67% de los encuestados que conocen su estado.

Figura 4.2. Conteo de CD4 en PVV encuestadas



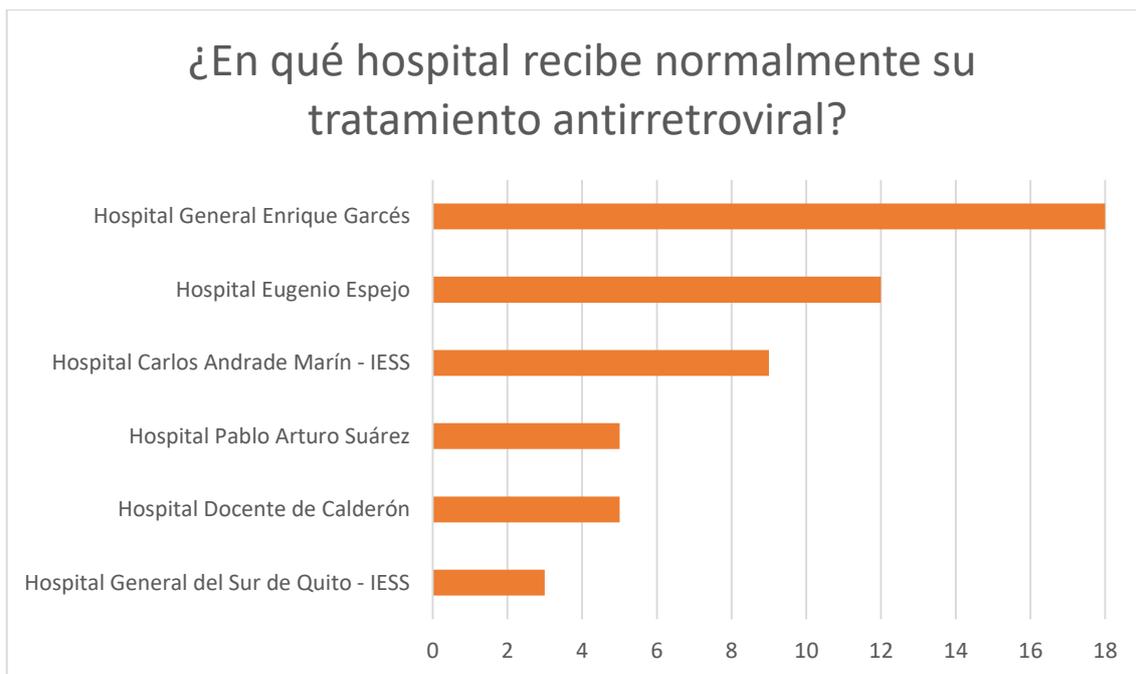
Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

Así como el conteo de CD4 es un indicador del grado de la infección ocasionada por el VIH, el estado de carga viral es fundamental para conocer la etapa de la infección del paciente. Con relación al conocimiento de su estado de carga viral, 71,15% de encuestados sí conoce su estado, mientras que 28,85% no lo conoce. Del primer grupo, 65,38% de los encuestados indicó que su estado es indetectable; 30,77% no respondió y 3,85% indicó que no es indetectable.

4.1.7. Utilización de servicios y movilidad

Los encuestados respondieron preguntas sobre la utilización de los establecimientos de salud y las condiciones de movilidad para acceder al establecimiento. En primer lugar, los encuestados indicaron cuáles son los establecimientos de salud disponibles en la ciudad de Quito en donde reciben el tratamiento antirretroviral (TAR). En la Figura 6 se observa que un importante número de encuestados recibe el TAR el hospital público del sector sur de la ciudad (Hospital Enrique Garcés e IESS del Sur), seguido de otro grupo importante que lo recibe en el sector del centro de la ciudad (Hospital Eugenio Espejo y Carlos Andrade Marín), y finalmente un grupo que lo recibe en el sector norte de la ciudad (Hospital Pablo Arturo Suárez y Docente de Calderón).

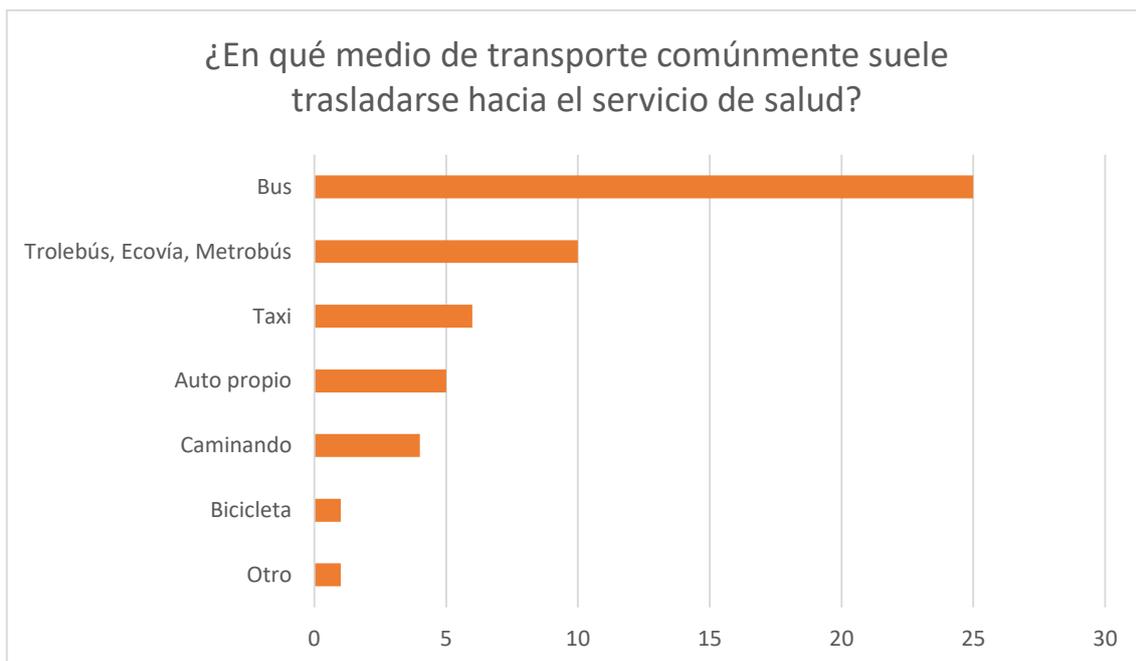
Figura 4.3. Unidad de Atención Integral donde los encuestados reciben el tratamiento



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

En segundo lugar, se consultó por el modo de transporte que utilizan con frecuencia en sus visitas al establecimiento de salud (Figura 4.4). Se evidenció que varios optan por el sistema de transporte público de la ciudad, seguido de los modos en automóvil y, por último, los de movilidad activa.

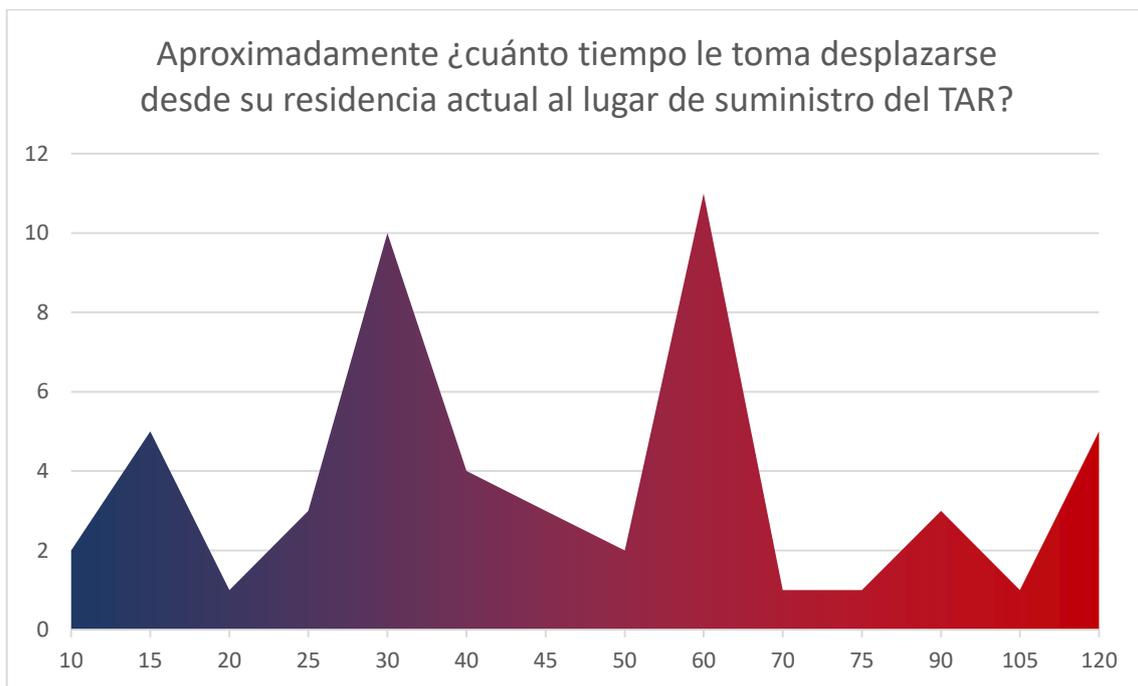
Figura 4.4. Modo de transporte utilizado para trasladarse al establecimiento de salud en PVV encuestadas



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

En tercer lugar, se consultó el tiempo aproximado que tardan las personas encuestadas en trasladarse desde su residencia al lugar donde le suministran el TAR. De acuerdo con la Figura 8 se observó mayor frecuencia en respuestas de 60 minutos y 30 minutos, seguidos de tiempos más extremos como de 15 y 120 minutos.

Figura 4.5. Tiempo percibido de viaje de la residencia al establecimiento de salud en PVV encuestadas



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

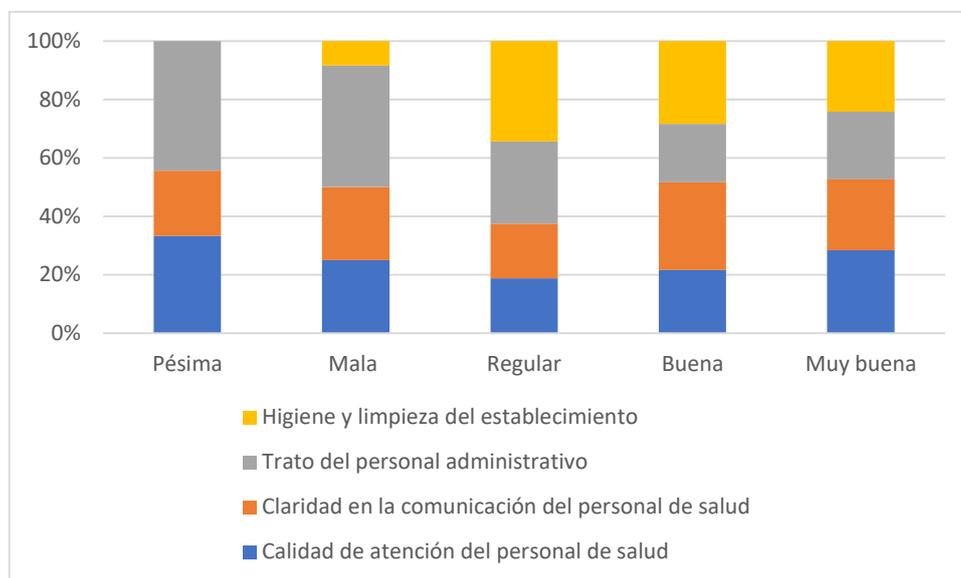
Por último, con respecto a la utilización de otros servicios, 51,92% de los encuestados han hecho uso de otro servicio. De este grupo, el servicio más solicitado es el de psicología, seguido de dermatología. Asimismo, el número más frecuente de otros servicios utilizados por los encuestados corresponde a solo un servicio.

4.1.8. Satisfacción con el establecimiento de salud

Con respecto a las preguntas sobre satisfacción con el establecimiento de salud se contemplan cuatro tipos. El primero es el de la satisfacción con respecto a la atención recibida por el personal de salud del hospital. El segundo corresponde a la comunicación recibida por el personal de salud y cómo esta se manifiesta en el grado de satisfacción individual. El tercero corresponde a la calificación del trato recibido por la persona de parte del personal

administrativo del hospital. Y finalmente, la satisfacción con respecto a la higiene del establecimiento de salud.

Figura 4.6. Calificación de los indicadores de satisfacción en el establecimiento de salud de PVV encuestadas



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

La calificación al trato recibido por el personal administrativo se evidencia como menos satisfactoria con relación a los indicadores referidos al personal de salud. Por otro lado, la calificación de la higiene y limpieza del establecimiento evidencia mayor satisfacción entre los usuarios donde se observan la calificación negativa más baja de los cuatro indicadores.

4.1.9. Perfil de la persona encuestada

A continuación, se describen las conclusiones de los resultados obtenidos en la encuesta. En primer lugar, la encuesta tuvo mayor alcance para recoger la información de un sujeto hombre, homosexual, mestizo, entre los 19 y 35 años, que se emplea en el sector privado, con un nivel de ingresos entre 0 a 400 dólares. Cabe indicar que un importante número declaró no tener ingresos. En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los encuestados indicó tener el nivel universitario.

Por otro lado, la encuesta tuvo mayor alcance en recoger información de un sujeto que conoce su tiempo de diagnóstico desde hace dos años. Además, se vincula sexualmente con una persona o cuatro a más en un año, ha tenido o tiene más de cuatro parejas sexuales en su vida, hace uso de métodos de protección, ha recibido orientación sobre el uso adecuado del condón,

cuenta con seguro de salud público y cuenta con apoyo de familiares o amigos que puede ser tanto una sola persona como cuatro personas a más.

Con relación a los factores de necesidad, la encuesta reflejó que la mayoría de PVV han presentado también tuberculosis. Asimismo, conoce su estado de CD4, encontrándose en un nivel controlado (mayor a 500), y conoce su estado de carga viral siendo esta indetectable.

Finalmente, con respecto a la utilización de servicios y movilidad, la encuesta tuvo mayor alcance en personas que se movilizan en bus o transporte público hacia hospitales del sector sur y centro de la ciudad. En donde el tiempo de viaje percibido puede ser en algunos casos 60 minutos y en otros 30 minutos aproximadamente. Además, los encuestados han hecho uso de un solo servicio, además de la atención de su enfermedad crónica, el cual corresponde a psicología mayoritariamente. Finalmente, la calificación con respecto a la comunicación y calidad de atención del personal de salud es generalmente satisfactoria, así como a la higiene y limpieza del establecimiento. Sin embargo, se evidenció que existe menor satisfacción con relación al trato del personal administrativo del establecimiento entre los usuarios.

4.2. Distancias de acceso al establecimiento de salud

Con relación a las distancias calculadas para cada participante se calculó la distancia Euclidiana, la distancia hacia la red vial y la distancia ajustada a la satisfacción (DAS). Cabe indicar que los valores negativos de la DAS se explican cuando el factor de ajuste es mayor al de la distancia recorrida en la red vial.

Tabla 4.1. Distancia euclidiana, en la red vial y ajustada a la satisfacción de PVV encuestadas

Número de cuestionario	Distancia Euclidiana	Distancia en la red vial	Distancia ajustada a la satisfacción
1	13 523,72	14 894,53	13 626,82
2	1 050,14	1 460,86	-1 221,14
3	3 414,78	4 470,29	5 324,01
4	721,68	987,44	7 498,30
5	4 476,77	4 970,75	12 188,75
6	15 723,13	3 7848,96	35 166,96
7	9 236,40	2 201,79	3 055,51
8	7 003,80	7 851,87	10 119,87

9	15 429,34	18 278,19	22 667,62
10	7 815,75	8 748,79	10 309,65
11	17 819,56	2 0717,89	25 814,46
12	6 205,70	9 049,35	7 781,64
13	1 959,95	2 503,81	7 600,38
14	7 067,72	8 017,43	5 335,43
15	2 285,33	2 798,45	116,45
16	14 882,16	2 4612,59	2 1930,59
17	14 537,09	26 298,04	2 7858,90
18	3 242,88	4 042,35	4 188,92
19	4 813,09	6 122,94	4 855,23
20	5 105,82	7 028,34	7 174,91
21	18 042,92	19 900,68	17 218,68
22	6 811,02	7 768,37	5 086,37
23	7 674,76	10 047,47	8 072,62
24	10 392,30	11 406,94	15 796,36
25	12 579,81	13 647,61	11 672,75
26	3 556,62	4 942,43	2 260,43
27	1 581,66	1 809,02	4 784,17
28	7 016,16	8 718,18	7 450,46
29	5 606,09	7 111,61	6 551,04
30	6 459,87	7 204,81	4 522,81
31	3 083,07	4 144,07	2 169,21
32	1 0561,22	15 028,25	16 589,11
33	2 531,57	2 736,01	54,01
34	649,04	639,37	-628,35
35	4 423,58	5 234,82	6 088,53
36	3 372,86	4 578,19	1 896,19
37	16 331,49	23 929,76	2 1247,76
38	2 845,49	3 858,50	4 712,22
39	7 328,40	7 966,78	5 284,78
40	15 429,34	18 278,19	17 010,48
41	4 518,07	5 289,62	3 314,76

42	8 117,66	10 274,98	1 0421,55
43	18 062,18	22 360,85	25 335,99
44	11 877,77	13 231,04	11 256,18
45	2 755,24	3 607,51	1 632,65
46	5 146,55	5 500,93	7 768,93
47	6 551,65	7 421,26	8 274,97
48	9 291,28	12 837,72	10 155,72
49	9 569,06	13 765,78	14 619,50
50	7 921,76	8 782,57	13 172,00
51	5 985,39	6 857,35	4 175,35
52	1 950,62	2 647,98	4 208,84
Media (\bar{x})	7 583,45	9 700,64	9 684,03
Intervalo de confianza al 95%	6 185,96 8 980,94	7 553,75 11 847,53	7 460,74 11 907,31

Elaborado por el autor con información de trabajo de campo

A partir de estos resultados, se observa que el valor promedio de la distancia en la red vial (9 700,64 metros) es mayor que el de la distancia Euclidiana (7 583,45 metros) y ligeramente mayor al de la distancia ajustada a la satisfacción (9 684,03). Sin embargo, el factor de ajuste de la DAS modifica los valores en dos sentidos. Para quienes obtienen un índice de satisfacción mayor al promedio, la distancia ajustada se reduce; mientras los que tienen un índice menor, la distancia ajustada aumenta.

En el análisis de diferencias con el test de Wilcoxon se evidenció que hay diferencias estadísticamente significativas entre la distancia Euclidiana y la distancia en la red vial ($p = 0,000$), y entre la distancia Euclidiana y DAS ($p = 0,000$). Es decir, los datos de la distancia entre la residencia y los establecimientos de salud son, en su conjunto, diferentes si es que se miden considerando las redes viales. Mientras que los datos de distancia que incluyen la satisfacción son, en su conjunto, diferentes de aquellos que se establecen de forma rectilínea entre dos puntos en el espacio.

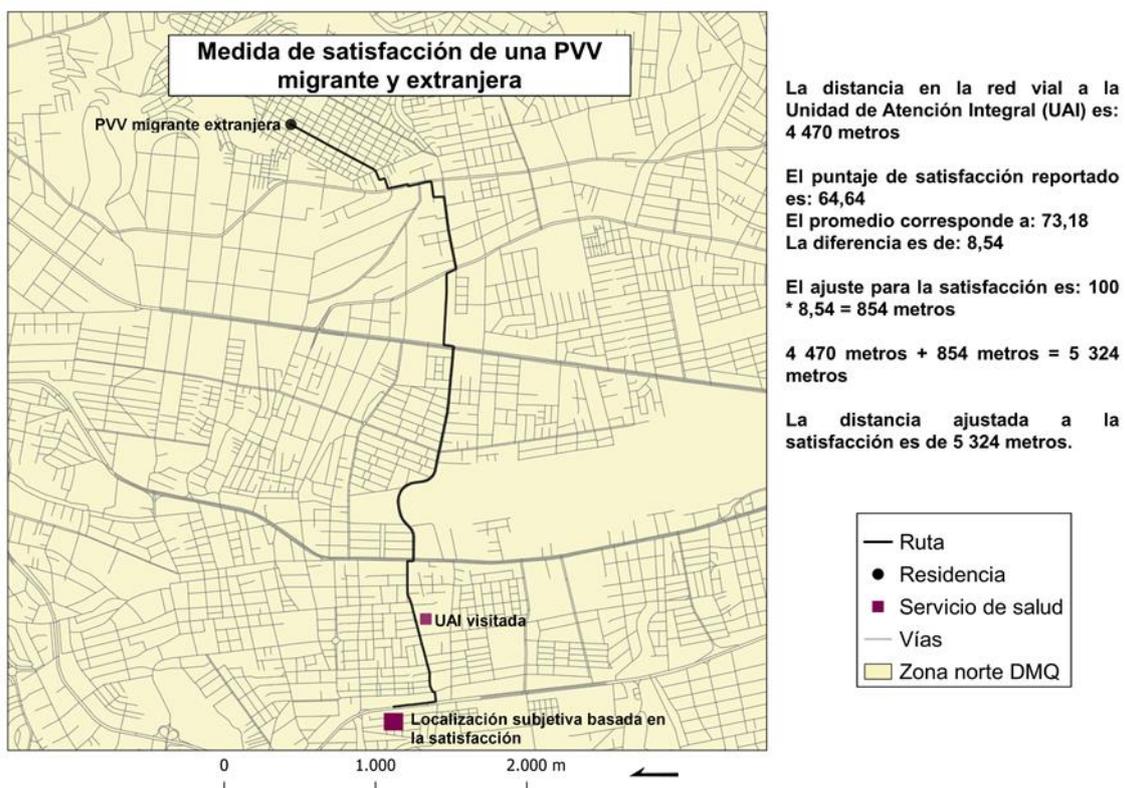
Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas entre la DAS y la distancia en la red vial ($p = 0,482$). Es decir, los datos de la distancia que considera la red vial no demuestran, en su conjunto, diferencias de los que consideran la distancia ajustada a la experiencia. Lo cual

no implica que los datos sean semejantes debido a que el modelo estadístico seguido solo funciona para evidenciar diferencias estadísticamente significativas.

Cabe indicar que, de acuerdo al análisis espacial de cercanía utilizando los SIG, se evidenció que el 40% de las PVV encuestadas que utilizan los establecimientos de salud de la red del Ministerio de Salud Públicas, acuden a establecimientos que están más lejanos de su residencia. Es decir, cuatro de cada 10 personas acude a una UAI que está más lejana de su residencia.

Con respecto a la distancia ajustada a la satisfacción, se presentan a continuación cartografías de la localización psicológica de los establecimientos de acuerdo al puntaje de satisfacción. Para la selección de estos ejemplos se buscó resaltar las diferencias en las condiciones de residencia de los encuestados, es decir, si son personas que han residido en Quito toda su vida, si han migrado de otra provincia y ahora residen en Quito, o si han migrado del extranjero y residen actualmente en la capital. De igual manera, se buscó resaltar las diferencias de género. Además, cabe indicar que en las cartografías se ha evitado colocar elementos que permitan una localización exacta, en base al principio de privacidad de las personas encuestadas.

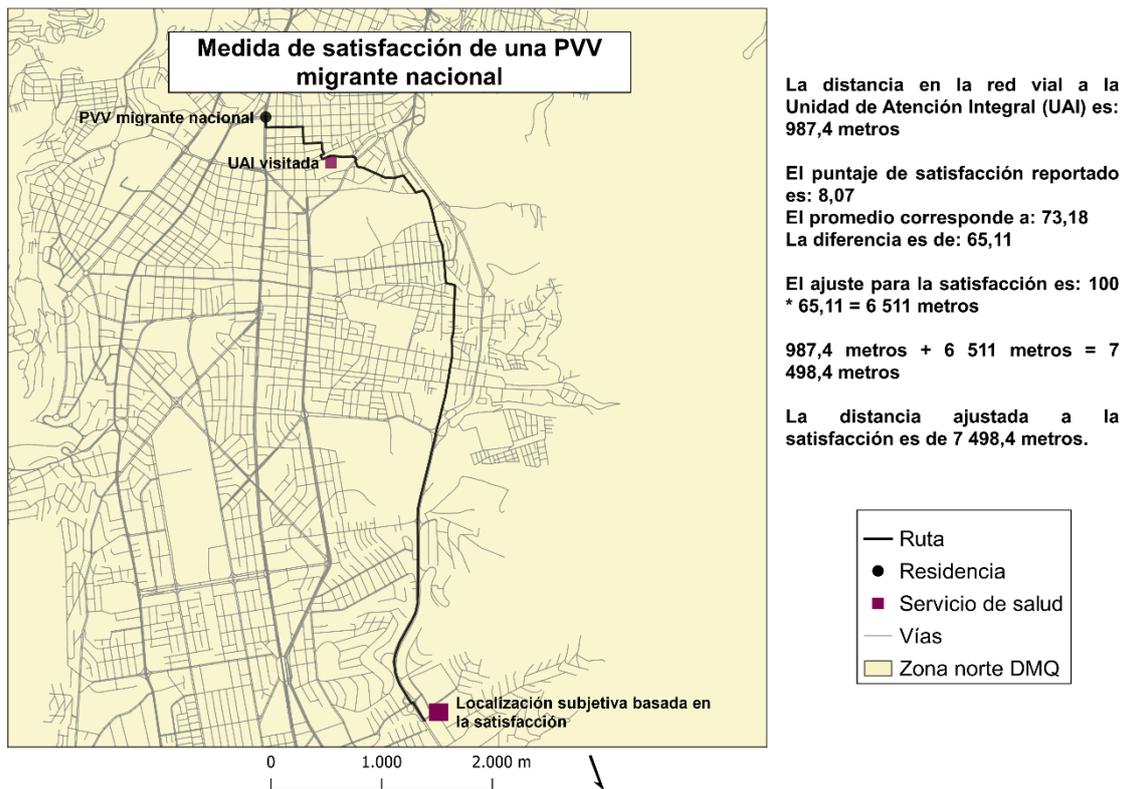
Figura 4.7. Distancia percibida de una PVV migrante y extranjera



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

El participante 3 (Figura 4.7), tiene entre 36 y 50 años, es migrante venezolano de etnia blanca, identificado como homosexual y ha vivido en el DMQ por 3 años. Posee el nivel de estudios de tercer nivel. Asimismo, tiene un trabajo como empleado independiente y sus ingresos económicos se encuentran en el rango más bajo.

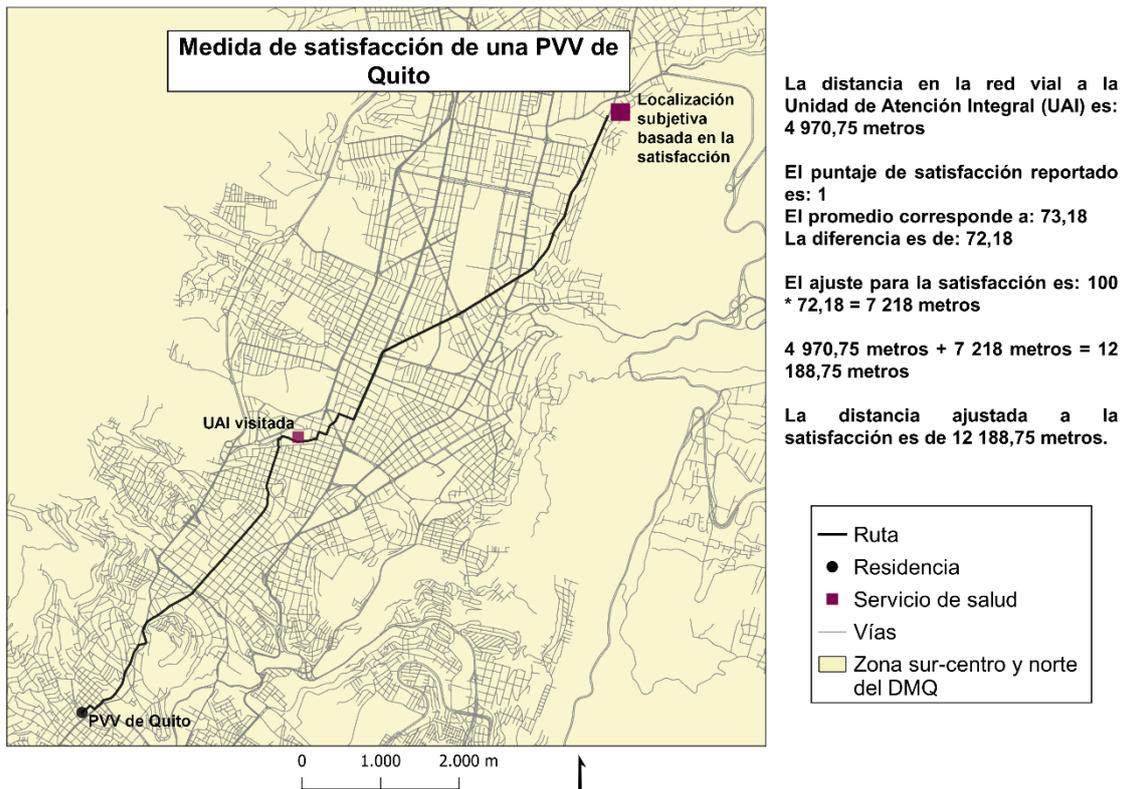
Figura 4.8. Distancia percibida de una PVV migrante nacional



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

El participante 4 (Figura 4.8) es un migrante de Yantzaza y reside actualmente en Quito. Se identifica como persona mestiza, homosexual. Tiene empleo en el sector privado, cuenta con seguro de salud y estudios de tercer nivel. Su nivel de ingresos se encuentra en el tercer rango. El modo de transporte escogido para ir al centro de salud es caminando. Sin embargo, a diferencia del caso anterior, la distancia percibida es más dramática debido al poco puntaje otorgado a su satisfacción en el servicio.

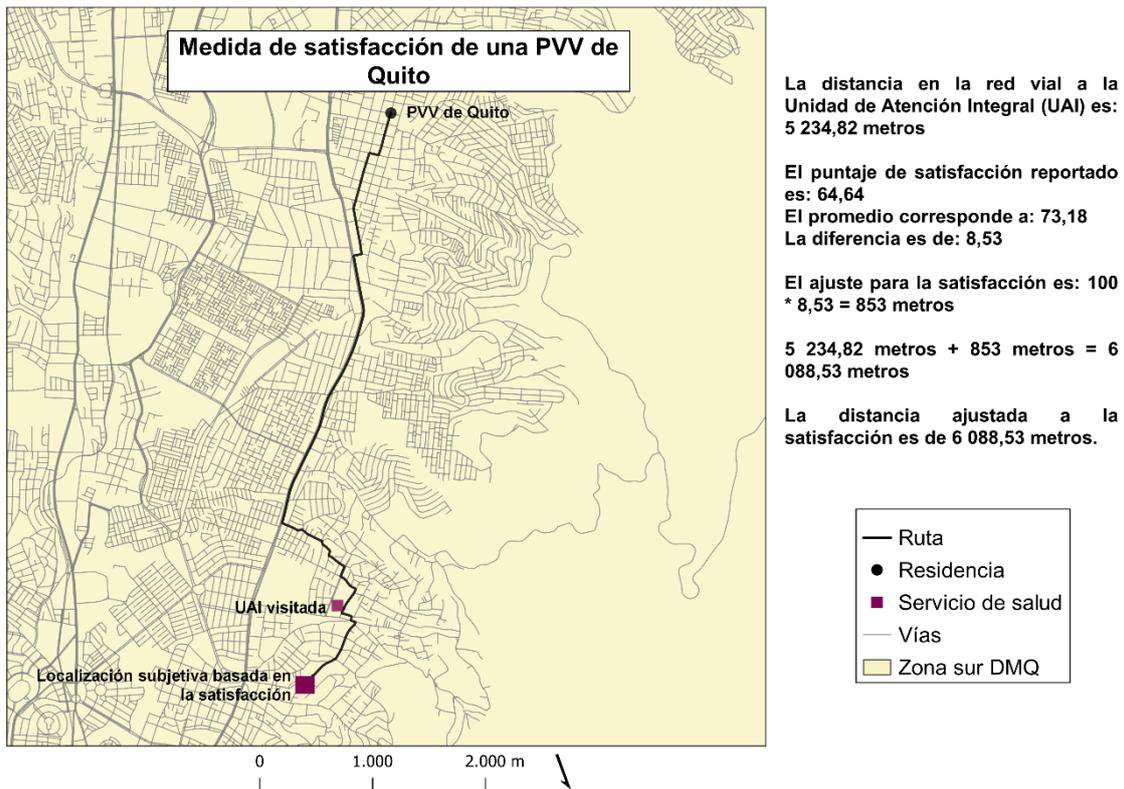
Figura 4.9. Distancia percibida de una PVV de Quito



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

El participante 5 (Figura 4.9) reside en Quito desde hace 5 años o más, se identifica como hombre homosexual y mestizo y su rango de edad está entre 36 y 50 años. Se desempeña como empleado en el sector privado y su nivel de ingresos es de 800 a 1500 USD. Además, posee grado de educación en tercer nivel. Cuenta con seguro de salud público y privado. En este caso, el puntaje de satisfacción es el más bajo.

Figura 4.10. Distancia percibida de una PVV y mujer



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

La participante 35 es una mujer originaria de Tambillo, al nororiente de Ecuador, y reside en Quito desde hace 27 años. Se identifica como heterosexual y mestiza, su rango de edad se encuentra entre 36 y 50 años. Además, no cuenta con un empleo ni con ingresos y el nivel de instrucción que posee es de tercer nivel. De acuerdo a la calificación otorgada a la satisfacción, la distancia percibida es similar al caso de la PVV migrante y extranjera (Figura 4.10).

Finalmente, a partir del puntaje de satisfacción, se observaron algunas diferencias por edad y situación de empleo entre las personas encuestadas. Por un lado, se observó que las personas en el rango de edad de 51 a 65 años tienden a estar más satisfechas con el servicio recibido en los establecimientos de salud. Por otro lado, se identificó una tendencia que asocia quienes realizan trabajo informal con una mayor satisfacción.

4.3. Resultados del modelo gravitatorio de la accesibilidad espacial a nivel individual

El modelo gravitatorio es definido como la fuerza de atracción que tiene un objeto en relación a otro considerando la fricción del espacio. Para el modelo se consideró la distancia Euclidiana o rectilínea desde la residencia al establecimiento de salud, por un lado, y un índice de atractividad o atracción por el otro. Este último está compuesto por el indicador del

número de servicios utilizados y el puntaje de satisfacción otorgado por cada participante. En la Tabla 4.2 se puede identificar, el puntaje de accesibilidad espacial individual obtenido por cada individuo encuestado.

Tabla 4.2. Medida de accesibilidad espacial individual de PVV encuestadas

Número de cuestionario	Accesibilidad Individual	Índice de atractividad	Distancia Euclidiana
1	0,0044	59,93	13 523,72
2	0,0638	67,00	1 050,14
3	0,0193	65,82	3 414,78
4	0,0063	4,54	721,68
5	0,0002	1,00	4 476,77
6	0,0032	50,50	15 723,13
7	0,0053	49,32	9 236,40
8	0,0060	42,25	7 003,80
9	0,0031	48,14	15 429,34
10	0,0059	45,79	7 815,75
11	0,0007	11,61	17 819,56
12	0,0097	59,93	6 205,70
13	0,0059	11,61	1 959,95
14	0,0095	67,00	7 067,72
15	0,0293	67,00	2 285,33
16	0,0045	67,00	14 882,16
17	0,0020	29,29	14 537,09
18	0,0112	36,36	3 242,88
19	0,0090	43,43	4 813,09
20	0,0071	36,36	5 105,82
21	0,0046	83,50	18 042,92
22	0,0074	50,50	6 811,02
23	0,0083	63,46	7 674,76
24	0,0030	31,64	10 392,30
25	0,0037	46,96	12 579,81
26	0,0142	50,50	3 556,62

27	0,0140	22,21	1 581,66
28	0,0132	92,93	7 016,16
29	0,0071	39,89	5 606,09
30	0,0078	50,50	6 459,87
31	0,0259	79,96	3 083,07
32	0,0028	29,29	10 561,22
33	0,0265	67,00	2 531,57
34	0,0669	43,43	649,04
35	0,0111	49,32	4 423,58
36	0,0199	67,00	3 372,86
37	0,0041	67,00	16 331,49
38	0,0173	49,32	2 845,49
39	0,0091	67,00	7 328,40
40	0,0039	59,93	15 429,34
41	0,0177	79,96	4 518,07
42	0,0085	69,36	8 117,66
43	0,0012	22,21	18 062,18
44	0,0040	46,96	11 877,77
45	0,0170	46,96	2 755,24
46	0,0050	25,75	5 146,55
47	0,0075	49,32	6 551,65
48	0,0054	50,50	9 291,28
49	0,0052	49,32	9 569,06
50	0,0019	15,14	7 921,76
51	0,0084	50,50	5 985,39
52	0,0235	45,79	1 950,62
Media (\bar{x})	0,0112	48,59	7 583,49
Intervalo de confianza	0,0076	42,98	6 185,96
al 95%	0,0148	54,20	8 980,94

Elaborado por el autor con información de trabajo de campo.

A partir de estos datos se establece que el valor promedio del índice de accesibilidad espacial (A_{ij}) corresponde 0,0112. En ese sentido, solo 28,85% de los encuestados tiene un valor del índice mayor al promedio. Es decir, aproximadamente 7 de cada 10 personas encuestadas se

encuentran por debajo del promedio considerando los parámetros descritos previamente: distancia euclidiana, utilización de servicios y satisfacción.

Además, siguiendo el test de Wilcoxon, se demostró que hay diferencias, al 99% de confianza, entre la accesibilidad espacial y el índice de atractividad ($p = 0,000$), y entre accesibilidad individual y distancia euclidiana ($p = 0,000$). Así como, entre la distancia euclidiana y el índice de atractividad ($p = 0,000$). Es decir, los datos utilizados para el cálculo de la accesibilidad individual se mostraron diferentes entre sí y con respecto al resultado obtenido.

4.6. Análisis de los factores de satisfacción y movilidad asociados a la accesibilidad

4.6.1. Participación en grupos comunitarios

En el análisis de las entrevistas se evidenció que la calificación individual de la satisfacción con el establecimiento de salud se relaciona con la posesión de recursos comunitarios. Los recursos comunitarios se definen como las redes de apoyo de organizaciones de pares o de amigos con los que cuenta el individuo para el cuidado de su salud en el transcurso de su tratamiento tras el diagnóstico. De igual forma, los recursos familiares cumplen este rol dentro del ámbito familiar. Ambos constituyen, según el marco de análisis de Aday y Andersen (1974), factores habilitadores para el acceso a la salud.

En la Tabla 4.3 se evidencia que dos de los entrevistados, Alejandra y Felipe, hacen mención a sus recursos comunitarios con mayor frecuencia en sus discursos. Esto guarda relación con su identificación como líderes activistas de organizaciones comunitarias de PVV en Quito, característica que comparten otros dos entrevistados, Juan y Marta. Además, en la Tabla 4.4. se aprecia que dichos entrevistados califican, en mayor medida, de manera positiva su satisfacción con la atención recibida.

Tabla 4.3. Menciones de recursos comunitarios y familiares en el discurso

Entrevistado/a	Recursos Comunitarios	Recursos Familiares
Juan	2	1
Lady	0	2

Alejandra	14	4
Felipe	16	0
Pablo	0	1
Carlos	2	7
Marta	4	2

Tabla 4.4. Calificación de la satisfacción expresada en el discurso

Entrevistado/a	Trato positivo	Trato regular	Trato negativo
Juan	3	0	0
Lady	2	0	0
Alejandra	4	0	1
Felipe	4	0	1
Pablo	0	1	1
Carlos	2	3	8
Marta	1	0	0

También se registraron cambios en la forma del discurso durante las entrevistas hechas dentro y fuera del hospital. En primer lugar, se tiene la entrevista hecha a Alejandra en donde se diferencia un sutil cambio en la forma de enunciar sus respuestas durante el transcurso de la entrevista:

Bueno, en mi unidad, tengo que decir que estoy muy contenta. Hasta el día de hoy cada vez que yo necesito, me siento enferma, me han ayudado [...] Entonces es un buen trato y yo me siento bien, no solo porque me lo hacen a mí el trato, es con todo mundo, o sea, ya como te digo, seamos nosotros de aquí de Ecuador o vengan de otro país, tenemos el mismo trato, tienen el mismo trato con todos. Entonces yo me siento contenta de mi unidad, con mis médicos, me han ayudado mucho, y como digo, mi psicólogo, mi orientadora son excelentes personas (entrevista, Quito, 14 de febrero de 2022).

Más tarde, durante la entrevista, al ingresar a la UAI del hospital, la misma entrevistada comenta:

Bueno, mi unidad sí es pequeñita y eso sí estamos en conversación con los principales del hospital a ver si nos agrandan un poco la unidad, porque como vas a ver es muy pequeña y entran exageradamente unas quince personas. Pero nos sentimos contentos y felices, porque como te digo, tú mismo puedes ver el trato desde que tenemos desde la entrada, ¿no? (entrevista, Quito, 14 de febrero de 2022).

En este caso, la entrevistada comienza a enunciar su discurso desde un “nosotros” para calificar su satisfacción con el servicio recibido. Por otro lado, en el caso de la entrevista hecha a Felipe, surge una interacción programada en donde se me pidió que comente cómo es el acceso a la salud pública en mi país Perú, por pedido de la consejera de salud, a fin de establecer una comparación y persuadir sobre la aceptabilidad del servicio de la UAI del Hospital Enrique Garcés a los usuarios. En esta intervención se expresa lo siguiente:

Como les decía, hice esa comparación de Perú con Ecuador, para que vean que nosotros estamos súper bien, estamos bien atendidos, no tenemos problemas, y a veces nos falta cumplir para los pasajes, pero es algo mínimo, ¿no? Y aquí todo tenemos, todo nos dan, entonces es muy importante que sean humildes, vengan a sus citas, retiren su medicación y tomen la medicación, y vamos a ser todos felices, y todos van a estar bien (entrevista, Quito, 23 de febrero de 2022)

De esa forma, a partir de ambos ejemplos se representa y articula un discurso de satisfacción de los usuarios con respecto al servicio de salud recibido. Por un lado, se emplea un mecanismo sutil en el lenguaje para enunciarse desde un nosotros y de otro lado, de forma más directa la exposición de un discurso orientado a persuadir sobre la aceptabilidad y la óptima satisfacción del servicio de salud. Como se expresó previamente, estas evidencias están relacionadas a la identificación de los entrevistados como activistas y miembros líderes de organizaciones comunitarias para PVV en Quito. En síntesis, a partir de la información expuesta, se puede sostener que quienes participan en una organización comunitaria expresan mayor satisfacción con respecto de quienes participan menos.

4.6.2. Percepción del espacio físico del establecimiento de salud

Por otro lado, la baja satisfacción o calificación negativa del trato recibido por el personal del hospital exterior a la UAI se corresponde, en parte, a la percepción del espacio físico del establecimiento de salud descrita como una separación entre las unidades del hospital. Tomando como ejemplo el hospital Enrique Garcés, los entrevistados afirman que el trato recibido por el personal del hospital varía drásticamente entre la UAI y el servicio de emergencias u otro servicio del hospital externo.

Tú le dices [a la seguridad] voy a la clínica y dicen sí, no hay ningún inconveniente. Pero si requieres [atención en] emergencia, te preguntan que qué tiene, que cómo está, que qué le pasa, y te limitan la entrada solo a ti más no a un familiar, entonces familiares, hay que esperar afuera. Ese es otro punto también que, de hecho, todos también sufrimos. Facturamos como usuarios de la clínica de emergencia... (entrevista a Felipe, Quito, 23 de febrero de 2022)

En contraste, el espacio de la UAI del Hospital Enrique Garcés es percibido como más cercano a sus necesidades. De acuerdo a lo observado, las PVV participantes de organizaciones comunitarias tienen un nivel de apropiación del mismo y esto se evidencia en la relación que mantienen con el personal de salud, el uso de instalaciones para actividades de acompañamiento terapéutico y las intervenciones que realizan con otros usuarios.

Cabe indicar que el hospital Enrique Garcés cuenta con una infraestructura exclusiva para la atención sanitaria de PVV. A diferencia de otros hospitales visitados durante el estudio, esto podría posibilitar la construcción de espacios de encuentro para PVV en su proceso de adherencia terapéutica y generación de vínculos significativos para los grupos de apoyo.

Además, durante la observación participante se evidenció que los usuarios de la UAI del Hospital Enrique Garcés utilizan un código conocido por el personal de seguridad para que ellos les faciliten la entrada al hospital: “Para la entrada aquí tienes que decir que vas a la clínica, ellos ya saben que, al decir clínica, vas a la clínica de infectología, sino no te permiten la entrada, motivo por el tema del COVID” (Entrevista a Alejandra, Quito, 14 de febrero de 2022). Como señala la entrevistada, esto adquiere importancia en un contexto donde la entrada al hospital estuvo restringida. Además, esta pauta es compartida entre los miembros del grupo de apoyo para facilitar el ingreso a la unidad.

4.6.3. Ruptura de la confidencialidad en el establecimiento de salud

Al ser consultados sobre su satisfacción con el servicio recibido en el establecimiento de salud, los entrevistados narran experiencias negativas en los servicios de emergencias del hospital, farmacia, entre otros. En ocasiones el trato fuera de la UAI puede resultar en una ruptura de la confidencialidad sobre el diagnóstico y, en consecuencia, en la vulneración a los derechos de las PVVS como relata la entrevistada:

En otras áreas sí se podría decir que les falta mucha educación al tratar con personas como nosotros, porque sí hemos recibido discriminación. Yo he sido parte de ella algunas veces, entonces, por decir en farmacia no hay la educación necesaria o el trato necesario que

deberíamos recibir nosotros o en el área de lo que es los rayos X tampoco. (Entrevista a Alejandra, Quito, 14 de febrero de 2022).

La ruptura de la confidencialidad sobre del diagnóstico puede suceder en las distintas unidades de atención donde acude la PVV. Como relata el entrevistado, el personal de salud juega un rol fundamental en mantener la discrecionalidad incluso con la familia:

Entonces sí es un poco de falencia ahí de los médicos. Te dicen una cosa [sobre el diagnóstico] que casi me meten en problemas con mi familia, porque mi madre sabe mi estado de salud, mi otra familia no sabe [...] Tuve suerte que mi tía fue la que estuvo ahí, y ella era a quien le preguntaban [...] y fue falencia de ellos porque quisieron contarle a mi tía las cosas. Yo dije que no. Y creo que le contaron a mi hermano. Yo tuve que cambiar la actitud con mi hermano (entrevista a Carlos, Quito, 04 de marzo de 2022).

Debido a que estos casos son difíciles de comprobar, el testimonio de las personas afectadas por estos hechos es un sustento que indica la problemática que viven. Asimismo, durante la observación participante en los grupos de apoyo, se evidenció que es una problemática común en los establecimientos de salud. En ese sentido, los grupos de apoyo generan conciencia sobre los derechos de las PVV en estos establecimientos.

4.6.4. El rol de la comunicación entre el personal de salud y paciente

Al consultar sobre su satisfacción a una persona atendida en el hospital Carlos Andrés Marín se identificó otro factor que incide en una calificación más negativa. El entrevistado refirió de este modo la comunicación que establece el médico tratante y él mismo como paciente:

Quien me atendía no era tan cortés como mi primer doctor. Ese doctor: ‘siga, pase, tome los medicamentos’ y se acabó. No conversaba contigo, no te decía: ‘oye sabes qué, estás bien, te felicito’... no. Luego de eso, empezó la pandemia y me cambiaron a otro doctor. Te hacía teleconsulta, entonces, nada, solo era: ‘tú eres Juan, sí, a ver, te hiciste los exámenes, sabes qué, tienes esto, tienes la orden, retira los medicamentos, nos vemos en tres meses’. No había mayor comunicación (entrevista a Pablo, Quito, 24 de febrero del 2022).

Los entrevistados que señalaron este problema calificaron la comunicación como poco informativa y de poca calidad con relación a sus necesidades y expectativas del servicio de salud. Esto se relaciona, a su vez, al tiempo que otorga el médico al paciente durante la consulta.

Por otro lado, mientras donde un paciente busca una comunicación interpersonal empática, donde se motive a la persona a persistir en el tratamiento, otro entrevistado espera de la comunicación, un trato más profesional:

Al principio [fue] buena gente, chévere, pero yo no le siento como psicólogo, yo le siento como amigo, y como amigo tú puedes confiar muchas cosas, pero como psicólogo es diferente, tiene que tratarte como paciente [...]. Entonces quiero buscar otro psicólogo [...] Es que cuando uno se vuelve amigo de los doctores, es muy difícil que ellos te traten como paciente, solo como amigo, se vuelven más sensibles a tus sentimientos. Entonces tú no buscas que sean compasivos contigo, sino que te den las soluciones (entrevista a Carlos, Quito, 02 de marzo de 2022).

Ambos casos ilustran cómo la comunicación interpersonal que establece el personal de salud y el paciente puede tener un efecto en la satisfacción como también en la utilización de los servicios de salud y en los resultados para su tratamiento. Si se entiende la comunicación como una necesidad no cubierta, se puede indicar que esta está relacionada con una satisfacción menor.

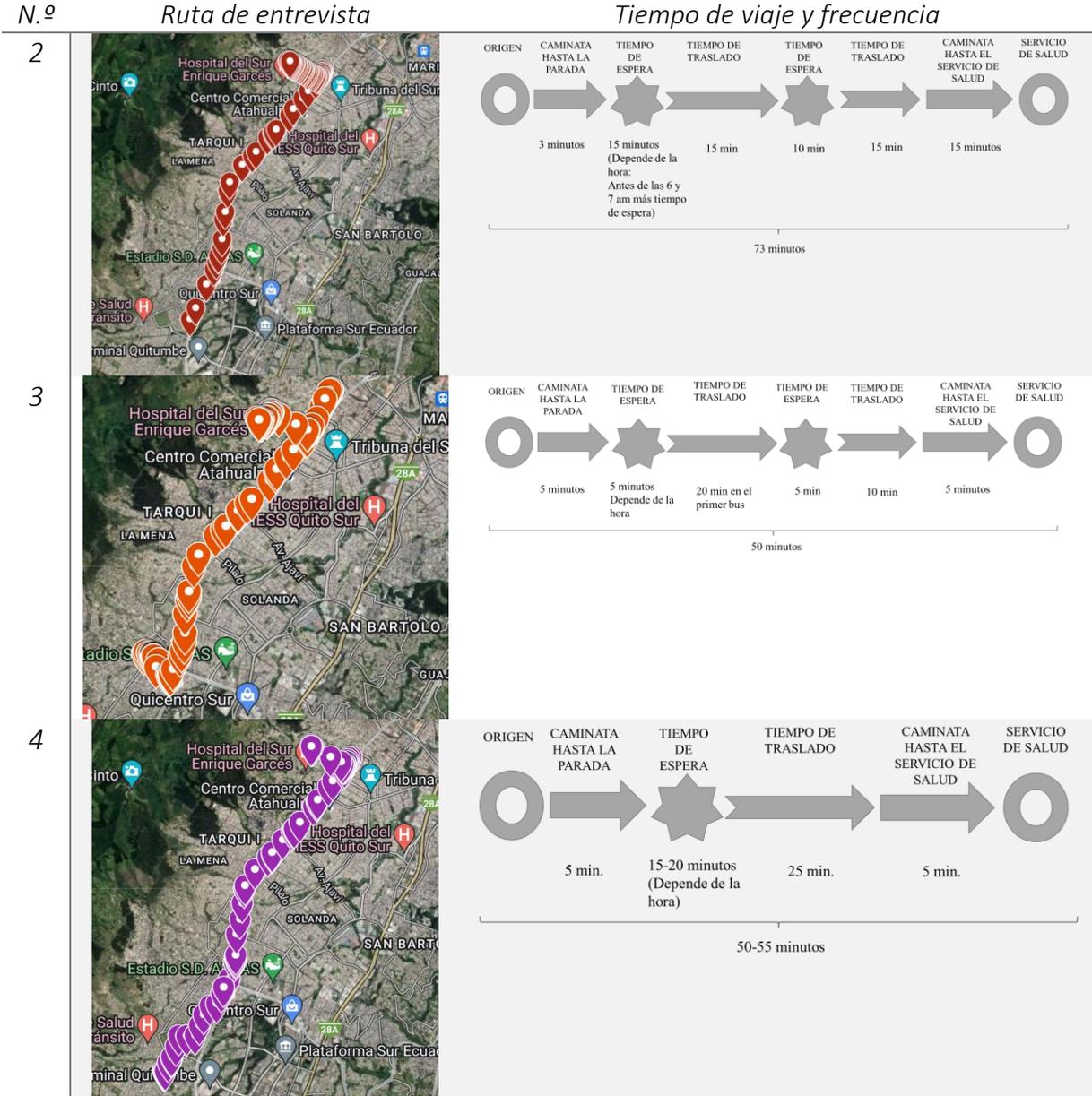
4.6.5. Brechas de accesibilidad correspondientes al transporte

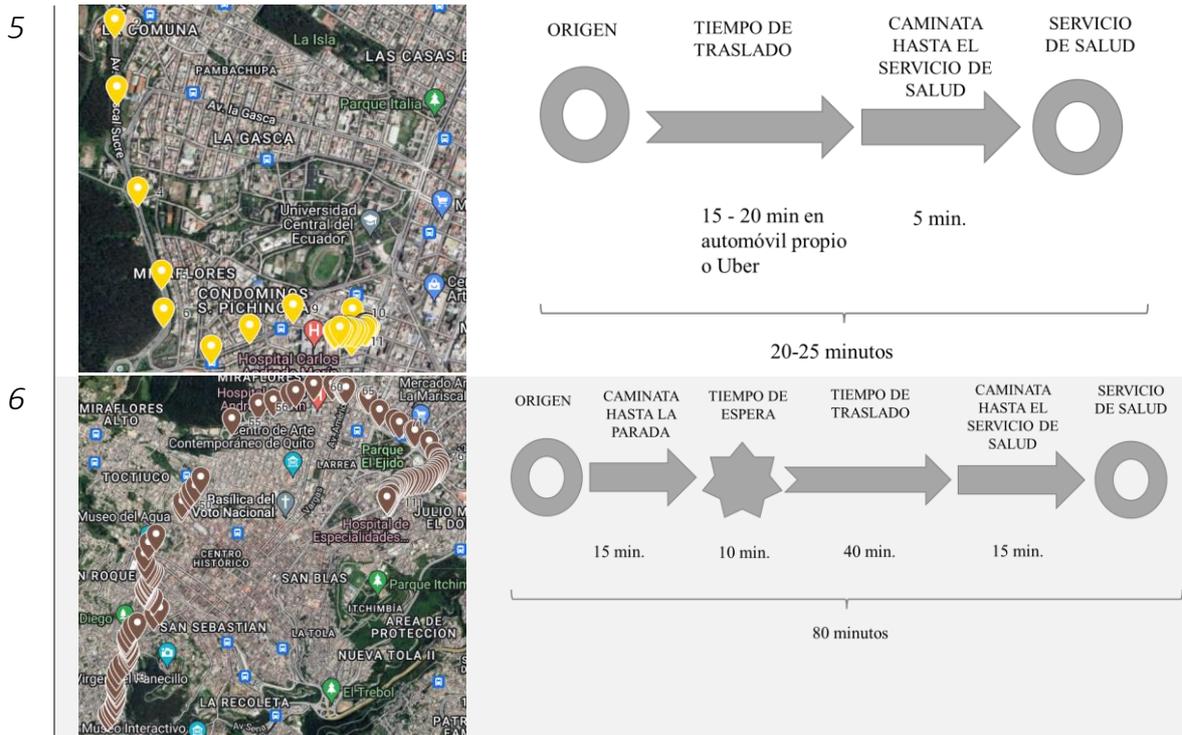
Al ser consultados sobre el transporte público para los trayectos desde su residencia al servicio de salud los entrevistados calificaron como no aceptable la disponibilidad y la frecuencia de este servicio. Particularmente en los casos donde se registró mayor tiempo de viaje o en sectores residenciales más periféricos esta distinción es más notoria. Debido a que la programación de las citas se da en horas diurnas, los pacientes deben, en algunos casos, encontrar alternativas en el transporte privado, para acudir a sus citas.

En la Figura 4.11 se muestran las rutas realizadas durante las entrevistas caminadas, acompañadas de un esquema donde se describe el modo de transporte utilizado y el tiempo de recorrido en cada parada y según cada modo de transporte. De esta información se evidenció que quienes tienen recorridos más complejos, en donde se utilizan varias unidades de transporte público e implican distintos tiempos de espera de acuerdo con el horario, consideran que el transporte público sí afecta el acceso a la salud debido a la poca disponibilidad del transporte público, la baja frecuencia en primeras horas de la mañana, entre otros factores relacionados a la movilidad. En el caso contrario, quienes tienen recorridos más simples consideran que el modo de transporte utilizado no afecta el acceso a la salud.

Asimismo, las personas que afirmaron que el transporte afecta su acceso a la salud refirieron otro tipo de factores subjetivos o basados en su experiencia tales como la percepción del riesgo de contraer la COVID19, el grado de estrés experimentado por las aglomeraciones de personas, la seguridad frente a crímenes en transporte público, como en taxis. Estas percepciones, al mismo tiempo, están relacionadas a la escala del cuerpo en el espacio del transporte público. Tema que se profundizará en el siguiente apartado.

Figura 4.11. Ruta realizada, tiempo de viaje y frecuencia del transporte





Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo.

4.6.6. El rol del cuerpo en la accesibilidad a la salud

Anteriormente se afirmó que vivir con VIH es una experiencia corporalmente centrada y la representación del cuerpo enfermo tiene efectos en la subjetividad de los individuos. A continuación, se describen los discursos relacionados al tema del cuerpo y la subjetividad expuestos por los entrevistados.

En los discursos se evidenció en primer lugar que vivir con VIH en relación con el cuerpo requiere una serie de autocuidados tras el diagnóstico. Las prácticas de autocuidado implican un cuidado en la alimentación, los horarios de sueño y limitar el consumo de sustancias como alcohol en su vida cotidiana. Por otro lado, los entrevistados enfatizan los cambios en las prácticas en su vida sexual, en donde se busca minimizar los riesgos a partir del uso de métodos de protección con sus parejas sexuales.

Para las PVV, el diagnóstico es un momento disruptivo en su historia de vida y tiene efectos en su corporalidad como en su subjetividad. Uno de los rasgos visibles del deterioro de la salud es la pérdida de peso que testimonian los entrevistados. De ahí que, indicaron el restablecimiento de su peso como un signo de su recuperación. Por otro lado, los entrevistados también relataron que experimentaron condiciones de discapacidad física temporales. Es decir, pérdida de habilidades motoras, incapacidad de moverse o

comunicarse, entre otras. Esta condición está relacionada a cuadros de salud complejos, como coinfección con tuberculosis, por ejemplo, debido a diagnósticos tardíos, en donde, además, los entrevistados relatan que el apoyo de los vínculos familiares fue fundamental para su proceso de recuperación.

En cuanto a la subjetividad, las PVV relataron que tras conocer su diagnóstico experimentaron sensaciones donde “el cuerpo me pedía auxilio” (entrevista a Lady, Quito, 07 de febrero de 2022), además de sensaciones de “acorrallamiento” (entrevista a Lady, Quito, 07 de febrero de 2022) y de “aislamiento” (entrevista a Alejandra, Quito, 14 de febrero de 2022). Además, como relata uno de los entrevistados: “mi cuerpo estaba aquí, pero mi mente estaba en otro espacio” (entrevista a Juan, Quito, 15 de noviembre de 2022). Al respecto cabe indicar que, aunque cada caso es distinto, estas reflexiones tienen en común el momento del conocimiento del diagnóstico, previo al inicio del tratamiento. Y estos momentos están vinculados a espacios como el hogar o el hospital, los cuales posibilitan un socorro para su padecimiento.

Por último, se encontró que un factor que define la accesibilidad al servicio de salud a partir del cuerpo tiene que ver con las necesidades de salud experimentadas en el momento y que son insatisfechas por el establecimiento que el usuario acude. El caso del entrevistado 6, quien, al momento de la entrevista, se encontraba en proceso de referencia de la UAI del Hospital Enrique Garcés hacia la unidad del Hospital Eugenio Espejo, indicó que el número de especialidades de este hospital es un motivo para pedir su referencia. Hecho que implica un mayor costo, en términos de distancia y el tiempo de viaje, con respecto a la localización de la unidad anterior, sin embargo, indicó que era necesario por sus necesidades de salud experimentadas en la actualidad.

4.6.7. Cambios en los contextos geográficos tras el diagnóstico

Con relación a los cambios tras el diagnóstico en el entorno social de los entrevistados, se evidenciaron pérdida de vínculos tras el diagnóstico (Tabla 4.5). En algunos casos la pérdida de vínculos se dio tiempo después del conocimiento del diagnóstico y en la actualidad. Por otro lado, los entrevistados que indicaron contar con el apoyo de algún familiar o de amigos señalaron la importancia de éstos en tanto funcionaron como sus redes de cuidado después del diagnóstico.

Tabla 4.5. Menciones a pérdida de vínculos tras el diagnóstico y recursos en el discurso

Entrevistado/a	Pérdida de vínculos	Recursos Comunitarios	Recursos familiares
Juan	0	2	1
Lady	5	0	2
Alejandra	3	14	3
Felipe	3	16	0
Pablo	2	0	1
Carlos	2	2	7
Marta	1	4	2

De acuerdo al análisis, la pérdida de vínculos está motivada por discursos estigmatizantes como el miedo al contagio mediante el contacto con la persona portadora del virus que se producen en el entorno familiar. De igual forma, estos discursos asocian adquirir VIH con la condición de sida, y, en consecuencia, con una condición mortal para la persona. En conjunto estos discursos están asociados por los entrevistados a la percepción del escrutinio de la sociedad sobre su condición de salud.

Por otro lado, en los procesos de resignificación de la enfermedad, los sujetos exponen hitos en su historia de vida que ayudan a darle un sentido a su nueva condición, así como volver a tener las prácticas y rutinas que mantenían antes:

El doctor me supo ayudar, guiarme, y sobre todo, decirme que esto no es un tema de muerte, simplemente es una experiencia más que una sobre debe llevar. Y aquí estoy luchando, guerreando, dándole sentido a la vida, yo sé que ya lo que tengo no es fácil y tampoco de la noche a la mañana eso se me va a quitar, es un proceso con medicamento, un proceso de cuidarse sobre el tema y, bueno, pues le digo que, con las pastillas, los retrovirales, se puede vivir muchos años más... (entrevista a Lady, Quito, 07 de febrero).

A medida que tú vayas adquiriendo conocimiento sabes que la vida tiene otro rumbo. Indudablemente ahora hay que cuidarse más en lo personal y sexual, y vas recuperando tu visión, después ya viene la vida completamente normal, depende de cada persona... (entrevista a Felipe, Quito, 23 de febrero de 2022)

En el análisis también se encontró que el proceso de aceptación de la condición de salud y resignificación de la enfermedad está asociado a la información que circula en los grupos comunitarios, y esto tiene efecto en cómo la persona negocia su visibilidad o encubrimiento de la condición de salud. En la Tabla 4.6., se observa que quienes mencionaron en el discurso formas en las que resignificaron la enfermedad, tienden a mencionar ya sea la visibilidad de su diagnóstico o su encubrimiento. Los casos de Felipe y Alejandra destacan debido a su liderazgo en los grupos comunitarios.

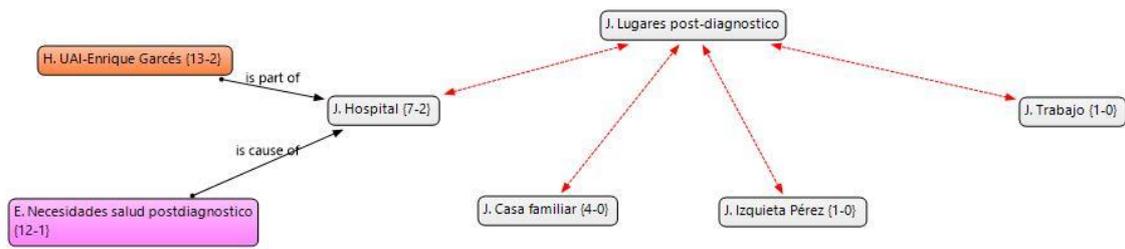
Tabla 4.6. Menciones a la resignificación de la enfermedad, visibilidad y encubrimiento del diagnóstico expresados en el discurso

Entrevistado/a	Resignificación de la enfermedad	Visibilidad del diagnóstico	Encubrimiento del diagnóstico
Juan	1	0	4
Lady	3	2	0
Alejandra	2	3	0
Felipe	1	1	1
Pablo	0	0	1
Carlos	0	0	1

En cuanto a los lugares frecuentados tras el diagnóstico (Figura 4.12) se identificó en primer lugar el hospital como el lugar más enunciado en los discursos asociados a directamente a las necesidades de salud presentadas en ese momento. Estas necesidades se caracterizan por la presencia de alguna enfermedad oportunista, una carga viral alta relacionada a un diagnóstico tardío o la presencia de otras enfermedades crónicas y/o cuadros de salud complejos. Cabe indicar que, en los casos entrevistados, las personas fueron diagnosticadas cuando la infección estaba avanzada.

En segundo lugar, los entrevistados señalaron la casa familiar como un espacio que frecuentaron tras el diagnóstico donde además pudieron completar su recuperación. Y, por último, se señaló al instituto Izquieta Pérez como un lugar visitado tras el diagnóstico debido que este instituto realiza las pruebas confirmatorias que permiten un diagnóstico certero de VIH/sida. El lugar de trabajo también fue mencionado, sin embargo, este último se presentó acompañado de problemas de salud durante la etapa de la recuperación post-diagnóstico.

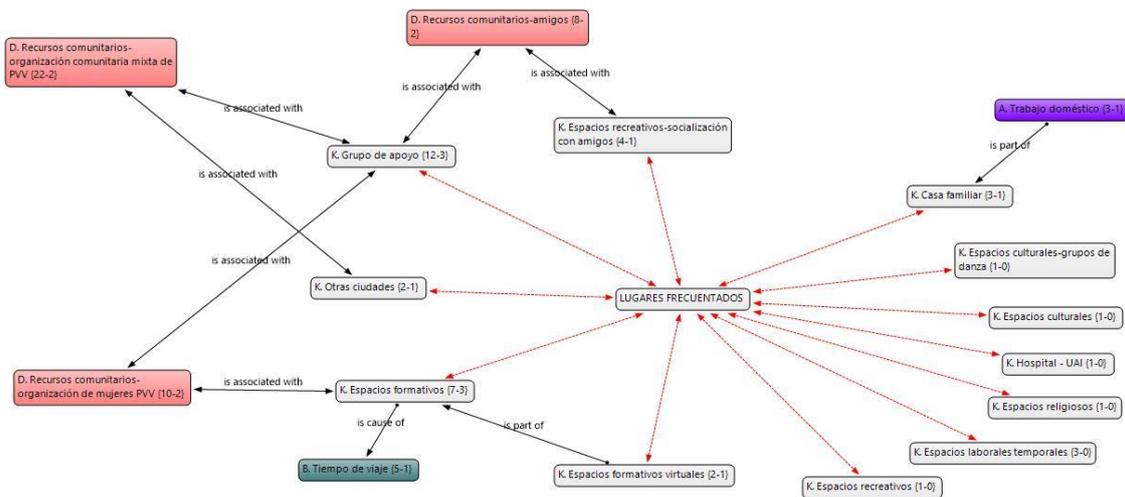
Figura 4.12. Red semántica de lugares acudidos tras el diagnóstico



Con relación a los espacios urbanos o lugares frecuentados por los entrevistados en la actualidad tras el diagnóstico (Figura 4.13), destacan el espacio del grupo de apoyo y los espacios de socialización entre pares. Estas categorías de espacios pueden llegar a tratar el mismo lugar debido a que los grupos de apoyo funcionan como espacio de socialización entre pares también. La importancia de estos espacios para los entrevistados es la información que pueden recibir para ayudar a su tratamiento y la red de apoyo ofrecida, es decir, la acumulación y mantenimiento de recursos comunitarios del individuo por parte de las organizaciones de PVVS.

Los espacios formativos, tanto presenciales como virtuales, destinados a miembros de las organizaciones comunitarias también figuran como lugares frecuentados. Estos pueden suceder en otras ciudades distintas a Quito. De otro lado se tiene a la casa familiar como un espacio más frecuentado en la actualidad. Esta se encuentra asociada al trabajo de cuidados y el trabajo doméstico y es señalada exclusivamente por las mujeres entrevistadas. Finalmente, los espacios dedicados al ocio, incluyendo los de recreación, de espiritualidad y los culturales, son otros espacios que se frecuentan más sin embargo son nombrados en menor medida.

Figura 4.13. Red semántica de los lugares frecuentados en la actualidad

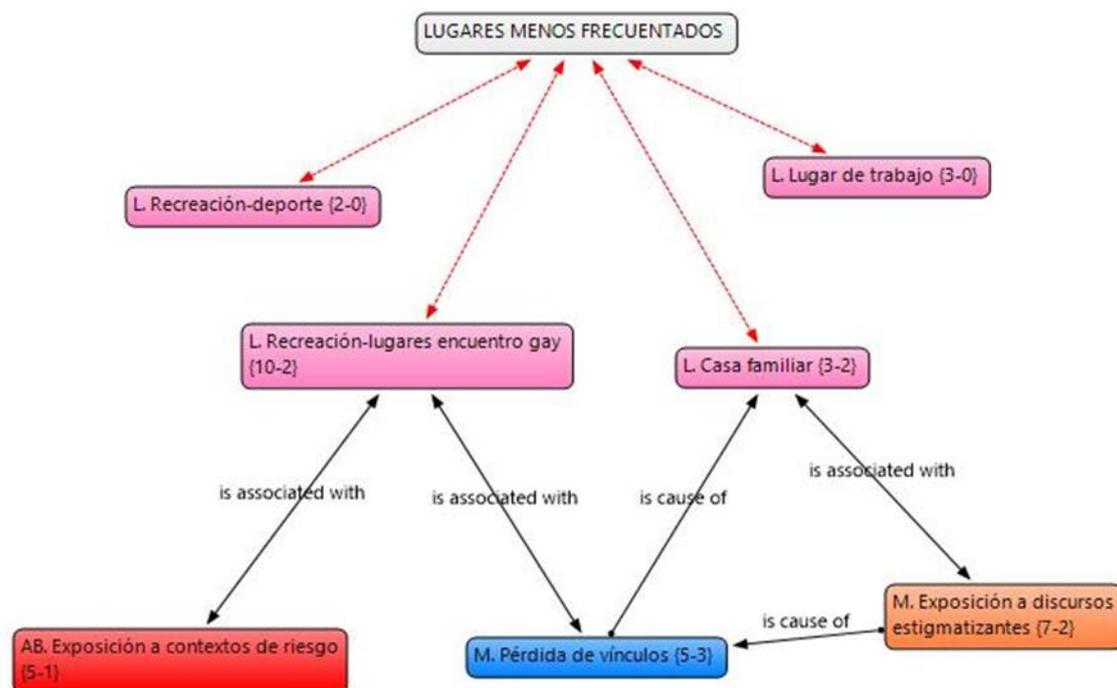


Dentro de los espacios urbanos menos visitados en la actualidad tras el diagnóstico (Figura 4.14) resalta, con mayor presencia en los discursos de los entrevistados, los lugares de encuentro y socialización gay en Quito. Estos lugares son caracterizados por los entrevistados como espacios de riesgo para su salud debido al contexto de la COVID19 como a conductas lesivas. Sin embargo, los individuos reconocen que dejar de frecuentar estos espacios conduce a la pérdida de vínculos de amistad y sexoafectivos.

De otro lado, la casa familiar surge como un lugar que es frecuentado menos debido a las prácticas discriminatorias y discursos estigmatizantes que mantiene la familia sobre la enfermedad y la identidad sexual. Por ello, la pérdida de vínculos con el entorno familiar materializa la casa familiar como un lugar menos frecuentado.

Finalmente, se señaló el lugar de trabajo como un espacio menos frecuentado. Quienes expresaron este lugar lo relacionado la pérdida de oportunidades de trabajo tras el diagnóstico y por la dificultad de conciliar las actividades laborales con las actividades para el cuidado de la salud (asistencia a citas, prácticas de autocuidado, entre otras). Lo cual estaría asociado a su vez a mantener en privacidad el estado serológico del individuo para evitar la discriminación laboral. Finalmente, los lugares de recreación, como espacios deportivos, también fueron menos visitados en comparación con la situación antes del diagnóstico.

Figura 4.14. Red semántica de lugares menos frecuentados en la actualidad

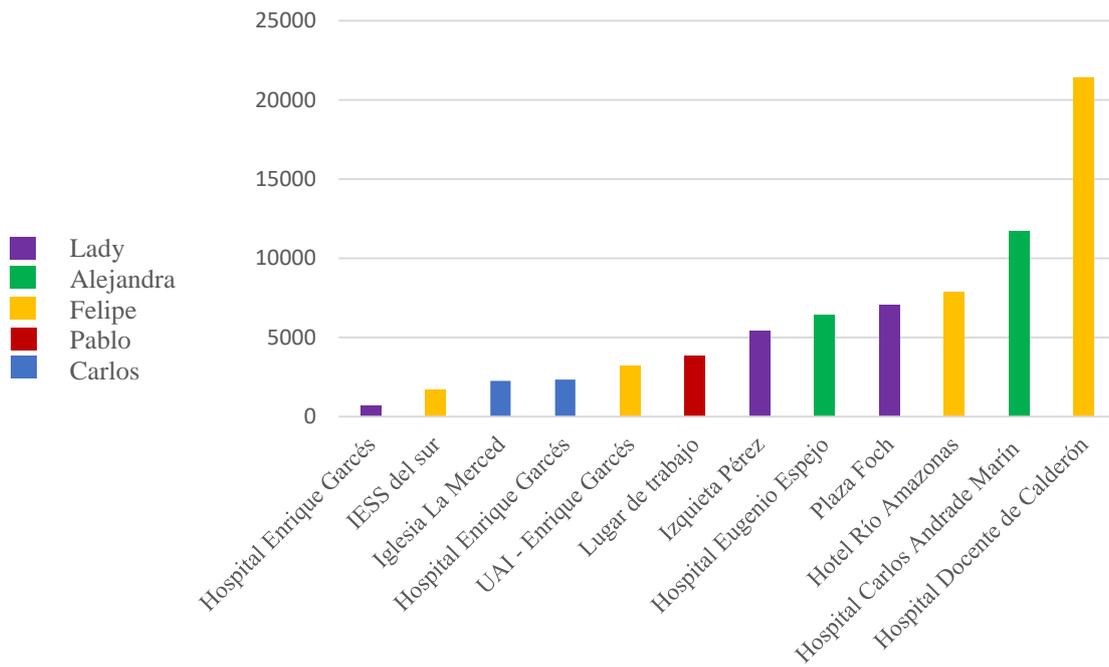


Por último, como resultado de las entrevistas caminadas se produjo una cartografía digital¹ donde se diferencian fragmentos de la entrevista distribuidos en puntos del recorrido. Con ayuda de esta cartografía se realizó una métrica para conocer el contexto geográfico de los individuos, teniendo en cuenta la distancia entre el punto donde se evocan los sitios mencionados en la Figura 4.20 y su ubicación exacta en el plano.

A partir del análisis se infiere que los recorridos de quienes mantienen su diagnóstico más visible, como Felipe y Alejandra, evocaron en su discurso lugares más distantes en comparación con quienes mantienen su diagnóstico con mayor privacidad, como Lady, Pablo o Carlos. Con relación a los lugares que evocaron quienes mantienen su diagnóstico más visible, estos se caracterizan por gestar actividades de prevención de VIH/sida y otras ITS, otorgar atención de salud y promover actividades de organizaciones comunitarias de PVVS en Quito. En el caso de quienes mantienen su diagnóstico como un asunto más privado, evocaron lugares relacionados al cuidado de su salud, al momento del diagnóstico o a lugares cotidianos como el lugar de trabajo o el lugar donde practica religión. De esta forma las personas entrevistadas “más visibles” destacan por el alcance y complejidad que tienen sus desplazamientos en la ciudad, a diferencia del resto de entrevistados que muestra un alcance y complejidad menor en sus desplazamientos.

Figura 4.15. Distancia (en metros) de los lugares enunciados en el discurso

¹ <https://www.google.com/maps/d/edit?mid=19QrnOIib3B-0U0sUZrhBgocqqD8GYT3V&usp=sharing>



Elaborado por el autor a partir de información de trabajo de campo

Capítulo 5. Discusión

En el presente capítulo se discute de manera detallada los resultados presentados en el capítulo anterior. En primer lugar, se abordan los resultados relacionados al comportamiento de los usuarios en el sistema de salud. En seguida, se discute las relaciones entre movilidad y accesibilidad en el contexto del problema de estudio. Posteriormente, se discute la diferencia de enfoques cuando se utiliza el concepto de percepción y la subjetividad en el estudio con PVVS. A la luz de esta discusión, se abordan los factores socioculturales y contextos geográficos que inciden en el acceso a la salud en la ciudad. Finalmente se detallan los aportes del estudio a vacíos de conocimientos, la potencialidad de los métodos, así como sus limitaciones.

5.1. Dinámicas del comportamiento en el uso de servicios de salud en Quito

De acuerdo con el modelo de comportamiento del uso de servicios de salud (Aday y Andersen 1974) se identificó en el estudio una relación dinámica entre factores habilitantes, de disponibilidad y la satisfacción. En primer lugar, el resultado del análisis de la Distancia Ajustada a la Satisfacción evidencia que las personas que acuden al Hospital Carlos Andrés Marín, establecimiento de salud del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), obtienen una mayor medida distancia percibida. En contraste con el estudio de Cabrera-Barona, Blaschke, y Kienberger (2017b), en donde se establece que la tenencia del seguro de salud es un factor importante para la atención en salud en Quito, en el caso de PVVS, la tenencia de un seguro de aportación mensual está asociado con una percepción negativa del servicio de salud. De esta forma, a diferencia del estudio de Hawthorne y Kwan (2012) donde las categorías de género y etnicidad explican mayores distancias percibidas, el resultado evidencia que el estatus del individuo aportante al seguro social está relacionado con una menor satisfacción con el servicio de salud.

En Ecuador, los individuos inscritos en el sistema del seguro social (IESS) comúnmente cuentan con empleo y aportan de manera mensual. Sin embargo, del IESS se tiene una percepción negativa generalizada desde la ciudadanía debido a los problemas para ofrecer un servicio de calidad. Al respecto Kaztman (2001) señala que cuando los espacios del ámbito público, como los hospitales, son desertados por las clases medias y altas debido a la percepción negativa que se tienen sobre estos, se refuerza la situación de aislamiento de los pobres urbanos. Asimismo, la evidencia confirma que la degradación de la oferta pública y la multiplicación de servicios privados de salud como consecuencia de las políticas de

liberalización de la economía, tienen efectos en el acceso a la salud y en el derecho a la ciudad (Robert 2019). Por tal motivo, la percepción negativa de las PVVS aportantes al IESS puede ser un síntoma de la problemática a nivel general del sistema de salud cuyos efectos generan situaciones de desigualdad.

En segundo lugar, poseer recursos comunitarios, como formar parte de una organización de PVVS, está asociado a una mejor percepción del establecimiento de salud y una mayor satisfacción. En ese sentido, quienes ejercen roles dentro de la organización comunitaria, colaboran con el personal de salud en dar una imagen positiva del mismo, así como ejercen un rol activo en torno a la problemática que enfrentan las PVVS. En ese sentido, los recursos comunitarios funcionan tanto como factores habilitadores (Cavaliere 2013) como factores de disponibilidad (López Jaramillo et al. 2014), en tanto facilitan la utilización a nivel individual, como amplían la oferta del servicio respectivamente.

Asimismo, el rol vigilante de las organizaciones comunitarias está relacionado con la acción colectiva frente a vulneraciones al derecho a la salud de las PVVS en los establecimientos de salud. Las vulneraciones más frecuentes incluyen hechos de discriminación y estigmatización por el diagnóstico. De acuerdo a la ruptura de la confidencialidad del diagnóstico es poco frecuente, pero se da (Kimirina y CEPVVS 2018b, 2018a). En el presente estudio, se brindaron testimonios acerca de experiencias de ruptura de la confidencialidad en distintos servicios del establecimiento de salud. De esta manera, se confirman los resultados obtenidos en el estudio sobre la persistencia de estos hechos en los establecimientos de salud de la ciudad.

En tercer lugar, se evidenciaron factores como la comunicación, la fluidez en el sistema de referencias que son percibidos como positivos para el acceso a la salud. Siguiendo lo planteado por el estudio de Asghari et al. (2018), el acceso a la información recibida por el paciente incrementa su conciencia y conocimiento sobre su propia salud. De este modo, la comunicación del personal de salud es valorada como un atributo de la satisfacción de los usuarios del servicio de salud.

En cuarto lugar, el análisis de los factores de necesidad en el presente estudio se relaciona con otros estudios sobre la situación epidemiológica de las PVVS en Quito. Por un lado, con respecto a las necesidades de salud de la población diagnosticada con VIH/SIDA partícipe en este estudio, se encontró que en la mayoría de los casos el diagnóstico fue realizado de manera tardía lo que conduce a cuadros de salud complejos. En Ecuador 37,4% de PVV

inician su tratamiento con la enfermedad avanzada (Ministerio de Salud Pública 2019). Cabe indicar que la tendencia de las necesidades de salud de PVVS del país está al aumento. De acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2019) para el año 2030 la edad media de la población con VIH será de 56 años, 73% de las personas serán mayores de 50.

5.2. Movilidad y accesibilidad individual en los establecimientos de salud

Con respecto a la movilidad y el transporte, se evidenció que la baja frecuencia y disponibilidad de transporte público afecta la accesibilidad, particularmente de quienes habitan en periferias y están en una situación de privación socioeconómica. Este resultado es coherente con el estudio de Cabrera-Barona y Blaschke (2015) en donde se encuentra una correlación entre baja accesibilidad a establecimientos de salud y alto nivel de privación socioeconómica en Quito. De forma similar a otros casos (Otieno et al. 2010), el transporte público urbano puede representar barreras económicas para el acceso a la salud relacionadas al costo del transporte, sumados a las áreas con alta concentración de desempleo, pobreza y un bajo estatus socioeconómico.

De igual manera, quienes tienen recorridos más complejos asocian el transporte público con sensaciones de riesgo, estrés y vulnerabilidad a crímenes que tienen resultados en su propia salud. De esta forma se sustenta la “existencia de una compleja relación sensorial entre el medio de viaje y el viajero” (Sheller y Urry 2006) que se establece en una dimensión más subjetiva. La noción de accesibilidad percibida o de cómo la percepción de la accesibilidad influye en las decisiones de movilidad cotidiana (van der Vlugt, Curl, y Wittowsky 2019) es importante para entender las alternativas de movilidad ante un transporte público percibido negativamente por estar asociado a afectaciones a la salud en quienes realizan recorridos más complejos.

Por otro lado, se encontró que el número de especialidades que ofrece el establecimiento de salud de la red pública es importante para los usuarios que solicitan un traslado a algún hospital de la red pública. Especialmente para aquellos que tienen cuadros complejos de salud. Por tal motivo, siguiendo la definición de atractividad (Huff 1963) se podría tomar en cuenta el número de especialidades potenciales a acceder en el establecimiento para índices sobre accesibilidad. Si bien en el presente estudio se utilizaron indicadores de servicios utilizados y evaluación de la satisfacción para calcular la atractividad, reelaborar el índice con este indicador podría predecir potenciales cambios a partir de las necesidades de salud y el número de especialidades ofrecidas entre distintos servicios de salud.

5.3. El lugar de la subjetividad y la reflexividad en los estudios de percepción

El concepto de percepción requiere una discusión a la luz de los distintos enfoques epistemológicos y metodológicos empleados en el presente estudio. Por un lado, la aproximación del estudio coincide con que los métodos de SIG ofrecen posibilidades para combinar datos cuantitativos con información de la vida cotidiana y el contexto geográfico cuando se hace investigación geográfica feminista (Kwan 2002). En ese sentido, el concepto de percepción en los estudios de acceso a la salud, puede ser complementado con una perspectiva fenomenológica de los sujetos. De esta forma, es importante considerar que las subjetividades individuales se sitúan en relaciones transpersonales, relaciones de poder e históricamente específicas (Kinkaid 2021). Por lo tanto, los métodos SIG en conjunto con la teoría crítica pueden abordar la dimensión subjetiva de los individuos considerando su experiencia sin perder el lente en las relaciones de poder por categorías sociales como el género, la etnicidad, la sexualidad y ser portador de VIH.

Siguiendo estas reflexiones, la relación entre el investigador y los sujetos investigados se estableció a partir del contacto con organizaciones comunitarias que brindan acompañamiento en el proceso terapéutico en la ciudad de Quito. Esta acción fue importante para la elección de participantes para el estudio, debido a que estas son cercanas a organizaciones encargadas de la prevención y acompañamiento en casos de VIH/sida. Además, debido al contexto de discriminación que enfrentan en su cotidiano por el diagnóstico, la representación de la información personal, como en las cartografías y extractos de las entrevistas incluidos en el estudio buscó garantizar la privacidad con el fin de evitar revelar sus identidades o localizaciones.

La reflexión y puesta en práctica del reconocimiento de las relaciones de poder entre la entre investigador y actores investigados surgió en diferentes momentos del estudio. La pregunta que motivó la reflexividad es en gran medida, quiénes son los sujetos investigados considerando su subjetividad y su contexto histórico. En particular, el hecho de ser una persona seronegativa realizando una investigación sobre esta condición requirió revisar los sesgos en mí mismo que pueden surgir en el ejercicio de investigar y representar a personas que viven con esta condición. Sin embargo, como una persona masculina y no heterosexual, la realidad de las PVVS me es cercana en un nivel personal, de igual manera a un nivel sanitario, como sujeto a las políticas públicas para prevenir la transmisión y en un nivel histórico, como una epidemia que ha impactado a las personas que salen de la norma

cisheterosexual. En ese sentido, la relación entre investigador y los actores investigados se plantea como una relación de alteridad o de identificación con el otro en donde se buscan reconocer aspectos que los asemejan tanto como los que constituyen diferencias.

5.4. La relación emergente entre accesibilidad espacial y la confidencialidad del diagnóstico

En el estudio se evidenciaron, a partir de los testimonios, hechos donde la ruptura de la confidencialidad se dio en distintos espacios de los establecimientos de salud. Al respecto, la Guía Clínica establece lineamientos para el trato de PVV sin discriminación, como el uso del código “B24” como forma de mantener la confidencialidad en las distintas instancias.

Asimismo, en el presente estudio se evidenció que, de los usuarios de la red del MSP que viven con VIH, 40% de ellos y ellas acuden a una UAI más distante a su residencia. Al respecto, un estudio de Kimirina señala que 17,2 % de personas con VIH escogen una UAI con el propósito de ocultar su diagnóstico. Esta información sugiere que la localización más próxima a la residencia no necesariamente es una situación valorada positivamente por las PVV. Incluso, en algunas entrevistas manifestaron que el personal administrativo coloca trabas para la referencia a otros establecimientos más distantes a la residencia del paciente. En ese sentido, el criterio de la distancia al centro de salud debe considerar además las condiciones socioculturales que se imponen sobre este grupo social.

5.5. El capital espacial y capital social en los procesos de inclusión social

Como se mencionó previamente, los individuos que mantienen mayor visibilidad sobre su diagnóstico manifestaron mayor satisfacción con el servicio recibido. Además, relataron un contexto geográfico en donde los lugares frecuentados estaban distribuidos en distintos puntos de la ciudad de Quito. Por el contrario, quienes manejan su diagnóstico con mayor privacidad manifestaron mayores problemas asociadas a una menor satisfacción y relataron recorridos más próximos a sus lugares de vida cotidiana.

De acuerdo a Nieto Espinosa (2019), la distinción entre visibilización y encubrimiento del diagnóstico, puede ser negociada en función del capital social que poseen los individuos que están involucrados en grupos de ayuda mutua y en procesos de empoderamiento de las PVVS. Por tal motivo, la distinción entre visibilidad y encubrimiento del diagnóstico se sitúa en una dimensión intersubjetiva y en relaciones de poder manifiestas en las interacciones de la vida cotidiana. Al respecto, se puede afirmar en conjunto con Nieto Espinosa (2019) que, además

de ser una distinción marcada en función del nivel de empoderamiento, la adopción de estrategias de visibilidad o encubrimiento de la condición de salud está asociada a la existencia de adherencia simbólica, además de terapéutica.

Por otro lado, se evidenció que el entorno social, o también conceptualizado en investigaciones como el capital social, de las PVVS tras el diagnóstico se caracteriza por pérdida de vínculos y, por otro lado, el reforzamiento de otro tipo de vínculos como redes de cuidado. En el caso de la pérdida, esta está asociada al estigma y la discriminación con relación a los roles de género, la identidad de género y orientación sexual, y al diagnóstico. Siguiendo a Nieto Espinosa (2019), el capital social es importante pues permite la cimentación de los mitos del empoderamiento colectivo y la adherencia simbólica. Es decir, que el individuo, además de ser adherente terapéutico, construya prácticas y representaciones donde se apropie del diagnóstico y desarrolle mecanismos de des-identificación frente al estigma, además de las estrategias de visibilizarían o encubrimiento de la condición de salud ya explicadas.

Retomando la relación entre visibilidad del diagnóstico y el desplazamiento a distintos lugares de la ciudad es apropiado traer el concepto de capital espacial. El capital espacial se expresa en un aprovechamiento socialmente diferenciado del territorio (Apaolaza et al. 2016). En ese sentido, la visibilidad en torno al diagnóstico, en tanto condición sociocultural subjetiva anclada a la acumulación de capital social, está asociada a una mayor posesión de este recurso.

El análisis espacial de los establecimientos de salud utilizados por las PVV encuestadas puede interpretarse como un indicador de la organización territorial inequitativa de los establecimientos de salud de la red del MSP, si es que se toma el indicador que 40% de los usuarios utilizan UAI más lejanas a su residencia. Sin embargo, como se hizo referencia antes, este hecho tiene que interpretarse dentro de condiciones socioculturales específicas que se imponen a los usuarios del sistema, en particular quienes buscan ocultar su condición del lugar donde viven.

Por otro lado, como se mencionó previamente, se encontró una asociación entre privación socioeconómica, localización residencial y una percepción de afectación a la salud a partir de las entrevistas. Siguiendo los estudios, estos individuos tienen menos capacidad para acumular capital social y son más propensos a situaciones de exclusión social. Por lo tanto, una cuestión que emerge a partir de la discusión de los resultados es comprender cómo se

articula el capital social y el capital espacial en los procesos de accesibilidad a los establecimientos de salud.

5.6. Experiencias corporalmente centradas en la accesibilidad a la salud

Retomando las ideas del marco teórico, vivir con VIH es una experiencia corporalmente centrada y la representación del cuerpo enfermo tiene efectos en la subjetividad de los individuos. En ese sentido, en el estudio se evidenció que vivir con VIH define cambios para el sujeto en relación a su corporalidad tales como: prácticas de autocuidado sobre alimentación, descanso en su vida cotidiana y mantener cuidados en su vida sexual. Además, se evidenció que, debido a que hay casos de enfermedades oportunistas que deterioran la salud con gravedad, las personas pueden adquirir condiciones de discapacidad temporal. Al respecto, se evidenció como fundamental el acompañamiento terapéutico que puede proporcionar el personal de salud y las redes de soporte como la familia.

Por otro lado, también se evidenció que el diagnóstico tiene efectos en la subjetividad y en las formas cómo se representan al cuerpo en los discursos. Al respecto, la experiencia de disociación del cuerpo es una narrativa recurrente en la autorepresentación de los procesos de enfermedad por VIH (Horne 2011). Por ello se sugiere que profundizar en los aspectos del cuerpo, a partir de metodologías apropiadas, puede contribuir a generar nuevas narrativas y facilitar procesos terapéuticos.

Por otro lado, la importancia de discutir el lugar del cuerpo y la subjetividad en un estudio de accesibilidad a los establecimientos de salud está relacionado por un lado a la idea de quiénes son los sujetos de la política pública como a la deconstrucción de la idea que el espacio es producido por sujetos neutros, es decir, sin rostro, sin sexo, sin edad, sin color de la piel (Silva y Ornat 2016). Como se mencionó previamente, la política pública del VIH/sida, a nivel mundial, considera a ciertas poblaciones objetivo (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas privadas de libertad, usuarios de drogas inyectables). Sin embargo, los testimonios recopilados en el estudio indican que las mujeres viviendo con VIH realizan trabajos de prevención comunitaria, de acompañamiento a otras mujeres y jóvenes, así como de organización de base para el empoderamiento de otras PVV. En ese sentido, se puede argumentar que los espacios de salud producido por los actores y sujetos viviendo con VIH en Quito está marcado por cuerpos marcados por el género, es decir por mujeres activistas y voluntarias involucradas en la problemática del VIH/sida.

Por otro lado, la percepción del espacio físico es una parte importante del estudio de la percepción de la experiencia de los usuarios en el sistema de salud. En el presente estudio se identificó que se percibe una separación entre la UAI y el resto de unidades del establecimiento de salud. Esta condición puede ser problemática cuando el personal del establecimiento de salud no se encuentra correctamente capacitado para el trato a las PVV según lo que establecen los lineamientos de la política pública. Sin embargo, también puede facilitar procesos de apropiación de este espacio por los activistas y voluntarios.

Al respecto, la práctica de utilizar un código o palabra clave con el personal de seguridad para facilitar la entrada al establecimiento supone una táctica en donde los actores del espacio pueden contrarrestar las dinámicas del poder mediante prácticas de resistencia (De Certeau 1999). En ese sentido, un enfoque etnográfico puede contrastar los discursos con las prácticas para comprender las experiencias de los usuarios en el sistema de salud, y de este modo, ampliar el marco de análisis propuesto por Hawthorne y Kwan (2012).

5.7. Paisajes de la salud pública en la ciudad

Con respecto al análisis del contexto geográfico desde el enfoque de la geografía de la salud aplicado por de Fachin Pedroso y Borges Guimarães (2017) se evidenció que en el proceso de enfermar se rompen vínculos con la ciudad y se resignifican espacios de forma positiva o negativa. En el presente estudio se encontró además que los espacios más frecuentados tras el diagnóstico presentan características diferenciadas de acuerdo al género. Los espacios de hombres gay y bisexuales viviendo con VIH se caracterizan por ser temporales, programados y contruidos por y desde las organizaciones comunitarias. Cabe indicar que debido a los condicionamientos espaciales y temporales que se imponen al mantener una enfermedad crónica, estos espacios tienen el potencial de constituir un espacio donde las personas LGBTI+ pueden aislarse de la discriminación (Pan y Loopmans 2021), a la vez que circula información para que los grupos sociales atiendan procesos que afectan la salud en términos reales o imaginarios sin la intervención central de curadores profesionales (Nieto Espinosa 2019). Esta perspectiva se conoce en salud pública como auto-atención, la cual devuelve la importancia a los grupos comunitarios en contextos donde se sufre el abandono del sistema de salud.

Por otro lado, el espacio más frecuentado por las mujeres es la casa familiar o el hogar debido a los roles de género que establece una carga de trabajo doméstico y de cuidados. De esta manera, siguiendo a Grimberg (2003), la asociación entre adquirir VIH, mujeres y espacio

doméstico imponen condiciones de vulnerabilidad social diferenciadas, así como posibilidades y límites diferenciados de recursos de vida.

Con respecto a los espacios de enfermedad o que son resignificados negativamente tras el diagnóstico se encontró que los sitios de socialización gay son menos frecuentados debido a la asociación con el riesgo y el estigma al VIH/sida. Al respecto Myers (2010b) ofrece una explicación al señalar que los cuerpos enfermos con VIH/sida son sujetos de examinación y escrutinio en la comunidad gay. Sin embargo, esta situación también conlleva una pérdida de vínculos con espacios con una carga simbólica para un grupo social. De esta manera, se busca aportar a la comprensión de la ciudad y los espacios frecuentados por PVVS como recursos y fuentes de una sociedad saludable (Fachin Pedroso y Borges Guimarães 2019).

Tabla 5.1. Resumen de hallazgos según objetivos específicos de la investigación

Objetivos	Principales conclusiones
Comprender la accesibilidad espacial a la atención de salud desde las dimensiones objetivas y subjetivas.	<p>Se evidenció que las medidas de la distancia ajustada a la satisfacción (DAS) son significativamente diferentes de las medidas de distancia rectilínea y la distancia en la red vial de la residencia al establecimiento de salud.</p> <p>La DAS da cuenta de aspectos de la calidad de atención en el establecimiento y la experiencia individual. A partir de ello se identificó que quienes son atendidos en un hospital del IESS tienen menor satisfacción que el grupo que se atiende en unidades de la red de establecimientos del MSP. Asimismo, quienes se encuentran en el rango de etario de 51 a 65 años (5,7 % del total de encuestados) reportaron mayor satisfacción con el servicio recibido.</p>
Explorar e identificar los factores habilitantes, de predisposición y de necesidad que se asocian a la accesibilidad al establecimiento de salud de las PVV	<p>Se evidenció que poseer recursos comunitarios y familiares está asociado a una mejor percepción del servicio de salud y satisfacción. Estos recursos funcionan como factores habilitadores y de disponibilidad.</p> <p>Los factores que explican la baja satisfacción se encuentra la comunicación interpersonal entre el médico y el paciente, tiempos de consulta limitados, la empatía y la falta de fluidez en el sistema de referencias, particularmente en los establecimientos del IESS.</p>

	<p>Entre los factores de necesidad se evidenció un patrón de diagnósticos tardíos del VIH/sida que tiene consecuencias en la salud del individuo. Asimismo, el número de servicios potenciales a acceder por un establecimiento de salud tiene importancia en la accesibilidad espacial individual.</p>
<p>Comprender relaciones entre el contexto geográfico, movilidad urbana y accesibilidad espacial en el contexto de estudio de la presente investigación.</p>	<p>La baja disponibilidad y frecuencia del transporte público afecta de manera diferenciada a quienes habitan en las periferias o tienen tiempo de traslado más altos. Así como la experiencia subjetiva en el transporte público puede afectar los procesos de salud de los individuos.</p> <p>Se evidenció en el entorno social del individuo, una pérdida de vínculos y de ligaciones con lugares de la ciudad. Por otro lado, los recursos comunitarios y familiares tienen importancia en tanto funcionan como redes de cuidado y soporte.</p> <p>Por último, en el estudio emergieron los siguientes temas. En primer lugar, las PVV que visibilizan más su diagnóstico tienen un aprovechamiento socialmente diferenciado del territorio en relación a los que encubren más su condición. En segundo lugar, el rol que cumplen las mujeres que viven con VIH en actividades de empoderamiento, prevención y acompañamiento, considerando las condiciones de vulnerabilidad diferenciadas. Finalmente, la confidencialidad, como condición sociocultural específica puede tener importancia en la elección de un establecimiento de salud más distante del sector residencial.</p>

5.8. Aportes del estudio para llenar vacíos de conocimiento

El presente estudio profundiza en los determinantes sociales relacionados al acceso a la salud en contextos urbanos, haciendo énfasis en la accesibilidad espacial utilizando medidas objetivas y subjetivas, así como la experiencia en la movilidad y en cómo los individuos la asocian a un estado de salud. De esta manera, esta investigación puede contribuir al corpus de estudio que abordan el efecto de la distancia en la implementación de servicios a pacientes de VIH, particularmente para la adherencia terapéutica.

En segundo lugar, si bien el caso de estudio analizado brinda un panorama sobre el sistema de salud y los determinantes sociales en el contexto de la ciudad de Quito, se puede obtener una

idea de contextos geográficos semejantes. Siguiendo el argumento de Asghari et al. (2018), los sistemas de salud y los determinantes sociales del VIH/SIDA difieren geográficamente y en ese sentido, las investigaciones a nivel regional pueden dar ideas de vacíos de conocimientos que requieren atención.

En tercer lugar, el caso de estudio puede brindar ideas sobre los factores que explican, influyen o están relacionados al acceso a la salud, para los casos de otras enfermedades crónicas, en donde las visitas al establecimiento de salud se encuentran programadas. En ese sentido, tanto el marco teórico como la metodología de esta Tesis, pueden dar luces sobre cómo abordar la accesibilidad a los establecimientos de salud en entornos urbanos en distintos casos donde la movilidad individual también sea problematizada.

Finalmente, a diferencia de la centralidad en los llamados “grupos de riesgo” (hombres que tienen sexo con hombres, mujeres trans, personas privadas de libertad y trabajadores sexuales) el presente estudio se aproximó, en cierta medida, a la problemática de la accesibilidad de mujeres que viven con VIH en Quito. De esta manera se ofrece un análisis y reflexión sobre los factores que influyen en la accesibilidad y en la movilidad en mujeres viviendo con VIH. Sin embargo, la problemática de las brechas en el acceso a la atención de salud de mujeres requiere mayor investigación considerando un abordaje cualitativo que pueda discutir los roles de género

5.9. Potencialidades y beneficios de los métodos aplicados

Las entrevistas caminadas o *go-along* funcionan para comprender desde una escala micro las prácticas espaciales de los sujetos. Con relación a las prácticas espaciales, se puede destacar cómo las PVV establecen tácticas para acceder a los establecimientos de salud como, por ejemplo, aquellas tácticas para mantener la discrecionalidad del diagnóstico con el personal del hospital. De este modo, las entrevistas caminadas permiten un acercamiento a la cotidianidad de cada individuo y reconocer las prácticas, así como las representaciones que realizan sobre el establecimiento de salud.

Por otro lado, a la luz de los resultados del estudio, los métodos mixtos que aplican SIG tienen el potencial de brindar un contexto a la información cuantitativa y realizar comparaciones a partir la experiencia individual (Kwan 2002; Evans y Jones 2011). De este modo, los diseños metodológicos mixtos incorporan enfoques provenientes de teoría fundamentada, el postpositivismo y la fenomenología crítica para el análisis.

Con respecto a los métodos cuantitativos empleados, la principal contribución de estos al estudio es la aproximación al perfil de las personas encuestadas seccionando distintos aspectos útiles. Las bondades de estos métodos están relacionadas a la discreción y anonimato que mantienen los participantes, cuestión que no es poco importante considerando el contexto local con respecto al VIH/sida a nivel de la población.

5.10. Limitaciones de la metodología

Como se mencionó en la sección 5.2., el modelo gravitatorio no incluyó un indicador importante, el número de servicios que ofrece el establecimiento de salud, que fue identificado como tal durante una de las entrevistas. Por tal motivo, se considera una limitación de la metodología debido a que el modelo pudo haber tenido mayor precisión para reflejar en cifras el nivel de accesibilidad espacial individual. Futuros estudios que apliquen una metodología semejante en problemáticas sobre el acceso a la salud podrían considerar el número potencial de servicios que un individuo puede acceder en un establecimiento de salud, para aproximarse a la realidad de la accesibilidad individual al establecimiento de salud. De este modo se espera que modelos más exactos y precisos puedan proyectar y predecir cambios en el comportamiento con respecto al lugar donde son atendidas personas con enfermedades crónicas y cuadros de salud complejos usuarias del sistema de salud pública.

Por último, esta investigación se enfrentó con un contexto de inexistencia de registros sobre la localización en un nivel sub-provincial de PVV en el sistema de salud e instituciones que colaboran con este. Debido a esta falta de registros del número de casos en un nivel parroquial o cantonal, la investigación se planteó desde una escala del individuo. Sin embargo, de acuerdo a estudios similares (López Jaramillo et al. 2014; Asghari et al. 2018) la generación de estas bases de datos facilita el monitoreo de los diagnósticos y la adherencia tratamiento, aspectos fundamentales para el cumplimiento de metas establecidas por el sistema de Naciones Unidas y la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Conclusiones

El presente estudio buscó aportar en comprender la problemática de accesibilidad espacial hacia la atención en salud de personas viviendo con VIH/SIDA desde un enfoque de métodos mixtos. Para ello, la aproximación a la accesibilidad espacial, en tanto es una medida útil para reconocer las disparidades entre áreas de centralidad y áreas de periferia, tuvo como unidad de análisis al individuo que es usuario del sistema de salud público y mantiene una enfermedad crónica.

Para realizar este objetivo, se buscó comprender la accesibilidad espacial a la atención de salud desde una dimensión objetiva y subjetiva. Tras la aplicación del modelo gravitatorio, se evidenció la importancia de considerar el número de especialidades potenciales a acceder por el usuario para el cálculo de la probabilidad. Es decir, el número de especialidades que cada establecimiento de salud ofrece debe ser tomado en cuenta para precisar el modelo gravitatorio.

Además, se aplicó un modelo de análisis espacial que busca dar cuenta de la calidad en la atención en el establecimiento y la experiencia individual. Como resultado se obtuvo que los usuarios del Hospital Carlos Andrés Marín del IESS presentan una percepción más negativa de la atención y una satisfacción más baja, con respecto a otras unidades de atención del DMQ.

Por otro lado, siguiendo el modelo de comportamiento en el servicio de salud, se encontró que los recursos comunitarios y familiares que posee el individuo actúan como factores habilitadores y factores de disponibilidad con relación a la atención en salud. De este modo, quienes poseen estos recursos, utilizan activamente los servicios ofrecidos y mantienen un nivel de satisfacción con el establecimiento en general. Cabe indicar que los usuarios también señalan la comunicación interpersonal con el personal de salud, el tiempo ofrecido en la consulta y la fluidez en el sistema de referencias entre especialidades como aspectos que inciden en su satisfacción.

No obstante, también se evidenció la problemática de diagnósticos tardíos como factores de necesidad. Es decir, debido a que en muchos casos los individuos conocen su diagnóstico con la manifestación de síntomas por la presencia de enfermedades oportunistas, sufren cuadros de salud complejos. De esta manera, las necesidades de salud se multiplican y tienen efectos posteriores.

Desde el aspecto de la movilidad intraurbana que realizan los individuos hacia el establecimiento de salud, se evidenció que quienes acceden a una baja disponibilidad y frecuencia en el transporte público en su sector residencial son quienes habitan las periferias y en consecuencia realizan viajes más complejos hacia el establecimiento de salud. De igual manera, se evidenció que la experiencia subjetiva en el transporte público puede afectar el proceso de salud de los individuos.

El método de observación participante permitió un acercamiento a una microescala, en donde las prácticas de los actores para garantizar su accesibilidad a los establecimientos de salud se hacen evidentes. En particular, las interacciones en el establecimiento de salud y la apropiación de estos por parte de los actores de organizaciones comunitarias. Además, atender a la escala del cuerpo y el género permite discutir las políticas públicas sobre VIH/sida en el país y quiénes son las poblaciones objetivo de tales políticas. En ese sentido, es importante mencionar que las mujeres que viven con VIH son actores que promueven el acceso a la salud desde sus comunidades.

Con relación al contexto geográfico de las PVV, los individuos señalaron que tras el diagnóstico los espacios que dejaron de frecuentar lugares que solían frecuentar en la ciudad. Asimismo, se evidenció una pérdida de vínculos debido a los discursos estigmatizantes sobre el VIH/sida. Por otro lado, se evidenció la importancia de los recursos comunitarios y familiares como redes de cuidado tras el diagnóstico. De esta manera, los espacios como el hogar o la casa familiar adquirieron importancia para la recuperación en la etapa post-diagnóstico. Sin embargo, en el caso de las mujeres viviendo con VIH, se evidenció que cumplen roles de género relacionados al trabajo doméstico y de cuidado. Por ello es pertinente considerar que se mantienen condiciones de vulnerabilidad diferenciadas por género.

Las PVV identificaron los espacios de socialización entre pares, los espacios recreativos, culturales y espirituales como lugares asociados a contribuir en su proceso de salud. Mientras que los espacios de socialización y encuentro entre personas gay son asociados con espacios de riesgo y de exclusión debido al diagnóstico.

Un tema emergente para futuras investigaciones a la luz de los resultados del presente estudio incluye la relación entre el capital espacial y el capital social en la accesibilidad espacial y su efecto en la adherencia terapéutica. Por otro lado, es de importancia considerar las condicionantes socioculturales que atraviesan las PVV, en particular la confidencialidad con

respecto a su diagnóstico. Situación que se presenta como una realidad y obliga a pensar los modelos de accesibilidad en contextos donde los individuos prefieren ser atendidos en sectores distintos a su residencia.

En cuanto a las limitaciones del estudio se identificó que los instrumentos de levantamiento de información se circunscriben al territorio del Distrito Metropolitano de Quito. Además, tanto en los cuestionarios como en las entrevistas se tienen una gran representación de pacientes del Hospital del Sur Enrique Garcés. Asimismo, las personas entrevistadas tienen una relación directa con organizaciones comunitarias. Por lo que el estudio puede presentar un sesgo hacia estos grupos, y representar la realidad en un tiempo y espacio específico.

A la luz de los resultados del estudio, se sugiere el Estado Ecuatoriano mantenga y fortalezca los servicios de salud pública con especial énfasis en la prevención mejorando sus canales de atención y atendiendo a la dimensión subjetiva de los individuos sin ningún tipo de discriminación. Una línea de acción puede considerar el rol de las mujeres en las políticas públicas sobre VIH, atendiendo a sus vulnerabilidades diferenciadas por género, como al reconocimiento del rol que realizan en sus comunidades.

Del lado de la investigación y monitoreo, es importante implementar mecanismos para el acceso y la transparencia a la información sobre los casos de VIH/SIDA en niveles sub-provinciales. Estos niveles son importantes para el análisis espacial de las problemáticas de salud en entornos urbanos. De este modo, este estudio anima a promover en las diferentes dependencias del estado e instituciones cooperantes que responden a la política pública del VIH/SIDA en Ecuador a registrar los casos en estos niveles político administrativos.

Referencias

- Aday, Lu Ann, y Ronald Andersen. 1974. "A Framework for the Study of Access to Medical Care." *Health Services Research* 9: 208–20.
<https://doi.org/10.1080/08912963.2016.1278444>.
- Andersen, Ronald, y John F. Newman. 2005. "Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States". *Health and Society* 83 (4): 1–28.
- Apaolaza, Ricardo, Jorge Blanco, Natalia Lerena, Ernesto López-Morales, Michael Lukas, y Maite Rivera. 2016. "Transporte, Desigualdad Social y Capital Espacial: Análisis Comparativo Entre Buenos Aires y Santiago de Chile". *Íconos - Revista de Ciencias Sociales*, no. 56 (September): 19. <https://doi.org/10.17141/iconos.56.2016.2148>.
- Asghari, Shabnam, Jillian Hurd, Zack Marshall, Allison Maybank, Lydia Hesselbarth, Oliver Hurley, Alison Farrell, et al. 2018. "Challenges with Access to Healthcare from the Perspective of Patients Living with HIV: A Scoping Review & Framework Synthesis". *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 30 (8): 963–72.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1435848>.
- Avellaneda, Pau, y Alejandra Lazo. 2011. "Aproximación a La Movilidad Cotidiana En La Periferia Pobre de Dos Ciudades Latinoamericanas. Los Casos de Lima y Santiago de Chile". *Revista Transporte y Territorio*, no. 4: 47–58.
www.rtt.filo.uba.ar/RTT00404047.pdf.
- BenBella, Diane, y Debarchana Ghosh. 2021. "Combining Geospatial Analysis with HIV Care Continuum to Identify Differential HIV/AIDS Treatment Indicators in Uganda". *Professional Geographer* 73 (2): 213–29.
<https://doi.org/10.1080/00330124.2020.1844573>.
- Bentlage, Michael, Christiane Müller, y Alain Thierstein. 2021. "Becoming More Polycentric: Public Transport and Location Choices in the Munich Metropolitan Area". *Urban Geography* 42 (1): 79–102. <https://doi.org/10.1080/02723638.2020.1826729>.
- Boyda, Danielle C., Samuel B. Holzman, Amanda Berman, M. Kathryn Grabowski, y Larry W. Chang. 2019. "Geographic Information Systems, Spatial Analysis, and HIV in Africa: A Scoping Review". *PLoS ONE* 14 (5): 1–22.
<https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0216388>.
- Bustamante Salamanca, Mónica. 2010. *Viviendo Con VIH Muriendo Con SIDA*. Ecuador: FLACSO.
- Cabrera Barona, Pablo, y Thomas Blaschke. 2015a. "Are Real and Satisfaction-Adjusted Distances to Health Services Related to Quality of Life? A Case Study in Lower-Income Urban Neighborhoods in Quito, Ecuador". *AGILE*.
- . 2015b. "Healthcare Accessibility and Socio-Economic Deprivation: A Case Study in Quito, Ecuador". *GI Forum* 1: 484–92. <https://doi.org/10.1553/giscience2015s484>.
- Cabrera-Barona, Pablo, Thomas Blaschke, y Stefan Kienberger. 2017. "Explaining Accessibility and Satisfaction Related to Healthcare: A Mixed-Methods Approach". *Social Indicators Research* 133 (2): 719–39. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1371-9>.
- Cavaliere, Marina. 2013. "Geographical Variation of Unmet Medical Needs in Italy: A Multivariate Logistic Regression Analysis". *International Journal of Health Geographics* 12: 1–11. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-12-27>.
- Certeau, Michel de. 1999. *La Invención de Lo Cotidiano I. Artes Del Hacer*. México D. F. : Universidad Iberoamericana.

- Crooks, Valorie A., y Nadine Schuurman. 2012. "Interpreting the Results of a Modified Gravity Model: Examining Access to Primary Health Care Physicians in Five Canadian Provinces and Territories". *BMC Health Services Research* 12 (1): 1–13. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-230>.
- Deinne, Clement Ebizimor, y Ekio Ambakederemo. 2020. "Accessibility and Patronage of Healthcare in Bayelsa State, Nigeria". *International Journal of Healthcare Management* 13 (3): 222–28. <https://doi.org/10.1080/20479700.2017.1399237>.
- ESRI. n.d. "How Original Huff Model Works". Accessed December 22, 2021. <https://desktop.arcgis.com/es/arcmap/10.3/tools/business-analyst-toolbox/how-original-huff-model-works.htm>
- Evans, James, y Phil Jones. 2011. "The Walking Interview: Methodology, Mobility and Place". *Applied Geography* 31 (2): 849–58. <https://doi.org/10.1016/j.apgeog.2010.09.005>.
- Fachin Pedroso, Mateus, y Raul Borges Guimarães. 2017. "Marcas Do HIV/AIDS Em Corpos Jovens: Rupturas e Ressignificações No Espaço Urbano". *Revista Latino-Americana de Geografia e Genero* 8 (2): 23–50. <https://doi.org/10.5212/rlagg.v.8.i2.0002>.
- . 2019. "Geografia Do HIV/AIDS Entre Falas: Análise Do Discurso de Jovens Soropositivos Em Presidente Prudente, SP". *Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e Da Saúde* 15 (31): 82–94. <https://doi.org/10.14393/hygeia153146917>.
- Fransen, Koos, Tijs Neutens, Philippe De Maeyer, y Greet Deruyter. 2015. "A Commuter-Based Two-Step Floating Catchment Area Method for Measuring Spatial Accessibility of Daycare Centers". *Health and Place* 32: 65–73. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2015.01.002>.
- García-Schilardi, María Emilia. 2014. "Transporte Público Colectivo: Su Rol En Los Procesos de Inclusión Social". *Bitácora Urbano Territorial*, no. 1: 35–42.
- Grimberg, Mabel. 2003. "Narrativas Del Cuerpo: Experiencia Cotidiana y Género En Personas Que Viven Con VIH". *Cuadernos de Antropología Social* 2003 (17): 79–99.
- G.S., Cooke, Tanser F.C., Bärnighausen T.W., y Newell M.L. 2010. "Population Uptake of Antiretroviral Treatment through Primary Care in Rural South Africa". *BMC Public Health* 10: 585.
- Hawthorne, Timothy L., y Mei Po Kwan. 2012. "Using GIS and Perceived Distance to Understand the Unequal Geographies of Healthcare in Lower-Income Urban Neighbourhoods". *Geographical Journal* 178 (1): 18–30. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4959.2011.00411.x>.
- Herrera, Cristina, Lourdes Campero, Marta Caballero, y Tamil Kendall. 2008. "Relación Entre Médicos y Pacientes Con VIH: Influencia En Apego Terapéutico y Calidad de Vida". *Revista de Saúde Pública* 42 (2): 249–55. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102008000200009>.
- Houben, Rein M.G.J., Thomas P. Van Boeckel, Venance Mwinuka, Peter Mzumara, Keith Branson, Catherine Linard, Frank Chimbwandira, Neil French, Judith R. Glynn, y Amelia C. Crampin. 2012. "Monitoring the Impact of Decentralised Chronic Care Services on Patient Travel Time in Rural Africa - Methods and Results in Northern Malawi". *International Journal of Health Geographics* 11 (1): 1. <https://doi.org/10.1186/1476-072X-11-49>.
- Horne, Felicity. 2011. "Conquering Aids through Narrative: Longlife Positive HIV Stories". *English Studies in Africa* 54 (2): 71–87. <https://doi.org/10.1080/00138398.2011.626186>.

- Huff, David L. 1963. "A Probabilistic Analysis of Shopping Center Trade Areas". Vol. 39. <https://www.jstor.org/stable/3144521>.
- Johnson, D. C., C. Feldacker, H. Tweya, S. Phiri, y M. C. Hosseinipour. 2013. "Factors Associated with Timely Initiation of Antiretroviral Therapy in Two HIV Clinics in Lilongwe, Malawi". *International Journal of STD and AIDS* 24 (1): 42–49. <https://doi.org/10.1177/0956462412472312>.
- Kaiser, Sabine, Christine Charlotte Lillevik, Karine Jakobsen, Mariann Bellika Hansen, y Monica Martinussen. 2021. "Parent Satisfaction with Child Health Centres for Children 0–5 Years Old in Norway: A Cross-Sectional Study". *Nordic Journal of Nursing Research*, August, 205715852110311. <https://doi.org/10.1177/20571585211031133>.
- Kaleidos. n.d. "Debates Emergentes: Confinamiento, COVID19 y VIH". Accessed May 9, 2021. <https://www.kaleidos.ec/debates-emergentes-confinamiento-covid19-y-vih/>.
- Kaztman, Rubén. 2001. "Seducidos y Abandonados: El Aislamiento Social de Los Pobres Urbanos". *Revista de La CEPAL*, no. 75: 171–89.
- Kimirina, y CEPVVS. 2018a. "Índice de Estigma y Discriminación En Hombres Que Tienen Sexo Con Hombres, En Los Servicios de Salud de 9 Ciudades Del Ecuador".
- . 2018b "Índice de Estigma y Discriminación a Población Clave, En Los Servicios de Salud de 9 Ciudades Del Ecuador".
- Kimirina y Coalición Ecuatoriana Personas Viviendo con VIH SIDA. 2010. "Índice De Estigma Y Discriminación En Hombres Que Tienen Sexo Con Hombres, En Los Servicios De Salud De 9 Ciudades Del Ecuador".
- Kimmel, April D., Steven P. Masiano, Rose S. Bono, Erika G. Martin, Faye Z. Belgrave, Adaora A. Adimora, Bassam Dahman, Hadiza Galadima, y Lindsay M. Sabik. 2018. "Structural Barriers to Comprehensive, Coordinated HIV Care: Geographic Accessibility in the US South". *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 30 (11): 1459–68. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1476656>.
- Kinkaid, Eden. 2021. "Is Post-Phenomenology a Critical Geography? Subjectivity and Difference in Post-Phenomenological Geographies". *Progress in Human Geography* 45 (2): 298–316. <https://doi.org/10.1177/0309132520909520>.
- Kwan, Mei-Po. 2002. "Feminist Visualization: Re-Envisioning GIS as a Method in Feminist Geographic Research". *Annals of the Association of American Geographers* 92 (4): 645–61.
- Kwan, MP, y J Weber. 2003. "Individual Accessibility Revisited: Implications for Geographical Analysis in the Twenty-First Century". *Geographical Analysis* 35 (4): 342–53.
- Lima, Morgana Cristina Lêncio de, Clarissa Mourão Pinho, Mônica Alice Santos da Silva, Cynthia Angelica Ramos de Oliveira Dourado, Brígida Maria Gonçalves de Melo Brandão, y Maria Sandra Andrade. 2021. "Percepção Dos Enfermeiros Acerca Do Processo de Descentralização Do Atendimento Ao HIV/Aids: Testagem Rápida". *Escola Anna Nery* 25 (4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0428>.
- López Jaramillo, Ana María, María Luisa Zúñiga-Denuncio, María Gudelia Rangel-Gómez, y César Mario Fuentes-Flores. 2014. "Relación Entre Adherencia a Citas Médicas de Pacientes VIH+ y La Accesibilidad Geográfica a Servicios de Salud Entre Quienes Acuden al CAPASITS de Tijuana". *Población y Salud En Mesoamérica*. <https://doi.org/10.15517/psm.v12i2.16778>.
- Margulies, Susana. 2010. "La Adherencia a Los Tratamientos: Un Desafío Para La Atención Del VIH/Sida. Una Lectura Desde La Antropología". *Actual. SIDA*, 63–69.

- McDowell, Linda. 2000. *Género, Identidad y Lugar: Un Estudio de Las Geografías Feministas*. Cátedra.
- Ministerio de Salud Pública. 2019. “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de La Infección Por El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) En Embarazadas, Niños, Adolescentes y Adultos: Guía de Práctica Clínica”.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 2017. “Monitoreo Global Del Sida”. *Informe GAM Ecuador*, 1–65.
- Mkandawire, Paul, Isaac Luginaah, y Jamie Baxter. 2014. “Growing up an Orphan: Vulnerability of Adolescent Girls to HIV in Malawi”. *Transactions of the Institute of British Geographers* 39 (1): 128–39. <https://doi.org/10.1111/tran.12002>.
- Muñoz Martínez, Rubén. 2018. “Estigma Estructural, Adherencia al Tratamiento Antirretroviral y Cultura Organizacional de Cuidados En La Atención Hospitalaria En Vih y Sida En Guayaquil, Ecuador”. *Andamios, Revista de Investigación Social* 15 (36): 311. <https://doi.org/10.29092/uacm.v15i36.612>.
- Myers, Jason. 2010a. “Health, Sexuality and Place: The Different Geographies of HIV-Positive Gay Men in Auckland, New Zealand”. *New Zealand Geographer* 66 (3): 218–27. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7939.2010.01172.x>.
- . 2010b. “Moving Methods: Constructing Emotionally Poignant Geographies of HIV in Auckland, New Zealand”. *Area* 42 (3): 328–38. <https://doi.org/10.1111/j.1475-4762.2009.00927.x>.
- Nieto Espinosa, José Luis. 2019. “Entre La Adherencia Terapéutica y La Adherencia Simbólica: Alcances y Limitaciones de La Auto-Atención En El Ámbito Del VIH”. En *Religación. Revista de Ciencias Sociales y Humanidades* 4 (13): 129–44.
- Ojikutu, Bisola O., Laura M. Bogart, David J. Klein, Frank H. Galvan, y Glenn J. Wagner. 2018. “Neighborhood Crime and Sexual Transmission Risk Behavior among Black Men Living with HIV”. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 29 (1): 383–99. <https://doi.org/10.1353/hpu.2018.0026>.
- ONUSIDA. 2020. “La Respuesta al VIH En América Latina — Actualización Mundial Sobre El Sida 2020 — Aprovechando El Momento”.
- Otieno, Phelgona A., Pamela K. Kohler, Rose K. Bosire, Elizabeth R. Brown, Steven W. MacHaria, y Grace C. John-Stewart. 2010a. “Determinants of Failure to Access Care in Mothers Referred to HIV Treatment Programs in Nairobi, Kenya”. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 22 (6): 729–36. <https://doi.org/10.1080/09540120903373565>.
- Pan, Xin, y Maarten Loopmans. 2021. “Intersectional Heterotopia: HIV and LGBTQ+ Movement in China”. *Tijdschrift Voor Economische En Sociale Geografie* 112 (2): 121–34. <https://doi.org/10.1111/tesg.12409>.
- Paul, Alak. 2020. *HIV/AIDS in Bangladesh*. Global Perspectives on Health Geography. Cham: Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-57650-9>.
- República del Ecuador. 2008. *Constitución de La República Del Ecuador*.
- Rich, Katherine M., Javier Valencia Huamaní, Sara N. Kiani, Robinson Cabello, Paul Elish, Jorge Florez Arce, Lia N. Pizzicato, et al. 2018a. “Correlates of Viral Suppression among HIV-Infected Men Who Have Sex with Men and Transgender Women in Lima, Peru”. *AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV* 30 (11): 1341–50. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1476657>.
- Robert, Jérémy. 2019. “Derecho a La Ciudad Bajo La Mirada Del Acceso a La Salud En Lima”. En *Derecho a La Ciudad: Una Evocación de Las Transformaciones Urbanas En*

- América Latina, editado por Fernando Carrión and Manuel Dammert Guardia, 301–18. FLACSO Ecuador, IFEA.
- Schoonenboom, Judith, y R. Burke Johnson. 2017. “Wie Man Ein Mixed Methods-Forschungs-Design Konstruiert”. *Kolner Zeitschrift Fur Soziologie Und Sozialpsychologie* 69 (October): 107–31. <https://doi.org/10.1007/s11577-017-0454-1>.
- Schuurman, Nadine, Myriam Bérubé, y Valorie A. Crooks. 2010. “Measuring Potential Spatial Access to Primary Health Care Physicians Using a Modified Gravity Model”. *Canadian Geographer* 54 (1): 29–45. <https://doi.org/10.1111/j.1541-0064.2009.00301.x>.
- Sheller, Mimi, y John Urry. 2006. “The New Mobilities Paradigm”. *Environment and Planning A* 38 (2): 207–26. <https://doi.org/10.1068/a37268>.
- Silva, Joseli Maria, y Marcio Jose Ornat. 2016. “Corpo Como Espaço: Um Desafio à Imagem Geográfica”. In *Plurilocalidade Dos Sujeitos: Representações e Ações No Território*, 56–75.
- Soja, Edward. 2014. *En Busca de La Justicia Espacial*. Valencia: Tirant Humanidades.
- Sontag, Susan. 2003. *La Enfermedad y Sus Metáforas. El Sida y Sus Metáforas*. Taurus. <http://visualbook.blogspot.com>.
- Strauss, A. y J. Corbin. 2002. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia: Editorial Universidad de Antioquía.
- Syed, Samina T., Ben S. Gerber, y Lisa K. Sharp. 2013. “Traveling towards Disease: Transportation Barriers to Health Care Access”. *Journal of Community Health* 38 (5): 976–93. <https://doi.org/10.1007/s10900-013-9681-1>.
- UNAIDS. 2018. “UNAIDS Data 2018”, 1–376.
- Valdez Gomez De la Torre, Felipe. 2020. “Accesibilidad Caminable a Servicios Colectivos En El Distrito Metropolitano de Quito: Una Aproximación Desde La Geografía Cuantitativa”. *Revista Científica de Arquitectura y Urbanismo*, no. 16: 133–47.
- Vicepresidencia de la República del Ecuador. n.d. “Grupos Vulnerables”. Accessed December 21, 2021. <https://www.vicepresidencia.gob.ec/funciones-atribuciones-2/>.
- Vlugt, Anna Lena van der, Angela Curl, y Dirk Wittowsky. 2019. “What about the People? Developing Measures of Perceived Accessibility from Case Studies in Germany and the UK”. *Applied Mobilities* 4 (2): 142–62. <https://doi.org/10.1080/23800127.2019.1573450>.
- Zachariah, Rony, Anthony David Harries, Marcel Manzi, Patrick Gomani, Roger Teck, Mit Phillips, y Peter Firmenich. 2006. “Acceptance of Anti-Retroviral Therapy among Patients Infected with HIV and Tuberculosis in Rural Malawi Is Low and Associated with Cost of Transport”. *PLoS ONE* 1 (1). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0000121>

Anexos

Anexo 1: Encuesta de accesibilidad espacial para la adquisición del tratamiento antirretroviral (TARV) en personas viviendo con VIH en Quito, Ecuador

Esta encuesta hace parte de la tesis de maestría de Estudios Urbanos de FLACSO Ecuador, "Accesibilidad espacial a la atención en salud de personas con VIH: un enfoque de métodos mixtos" elaborada por el estudiante Luis Enrique Rivera Segura, que busca identificar los factores que influyen en la accesibilidad para obtener el tratamiento antirretroviral en la ciudad de Quito.

Este es un cuestionario confidencial, no recopila datos personales y no habrá ningún tipo de pregunta que permita identificar a quien lo responda, por eso pedimos responder con la mayor sinceridad.

Si tiene preguntas, dudas o comentarios sobre la encuesta, sobre el manejo de los datos, métodos de análisis, canales de difusión o quiere hacer otras preguntas relacionadas, puede contactarse con nosotros a través del siguiente correo: leriverafl@flacso.edu.ec

CONSENTIMIENTO INFORMADO Y ACEPTACIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

Esta sección es muy importante porque usted decide aceptar libremente o no la participación directa en el estudio. Por lo cual declinar en la participación implica no continuar con la encuesta.

1. ¿Usted está de acuerdo en participar en esta encuesta?

- Sí estoy de acuerdo
- No estoy de acuerdo

2. ¿Usted vive con VIH?

- Sí
- No

3. ¿Hace cuánto conoce su diagnóstico?

- Menos de 1 año
- Entre 1 y 5 años
- Entre 6 y 10 años
- Entre 11 y 15 años
- Más de 15 años

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (LUGAR DE RESIDENCIA)

1. ¿Vive actualmente en Quito?
 Sí
 No
2. ¿Cuál es su barrio de residencia?

3. Calle principal y calle secundaria próxima a la residencia

4. ¿Reside usted en Quito desde hace 5 años o más?
 Sí
 No
5. En caso de no residir en Quito desde hace 5 años ¿Dónde residía antes?

6. En caso de no residir en Quito desde hace 5 años ¿Desde hace cuánto tiempo está residiendo en Quito?

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (IDENTIDAD SEXO/GÉNERO Y CULTURAL)

7. ¿Con cuál sexo/género se identifica?
 Hombre
 Mujer
 Persona con experiencia de vida trans
 Intersexual
 Otra:
8. ¿Cómo se identifica de acuerdo a su orientación sexual?
 Heterosexual
 Homosexual
 Bisexual
 Asexual
 Pansexual
 Otra:
9. ¿Con qué grupo étnico se identifica?
 Mestizo

- Índigena
- Afro-ecuatoriano
- Blanco
- Otro:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS (INFORMACIÓN GENERAL)

10. ¿Qué edad tiene? (seleccione entre los siguientes rangos)

- 18 o menos
- 19 a 35
- 36 – 50
- 51 – 65
- Más de 65

11. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

- Empleado público
- Empleado privado
- Dueño de negocio
- Trabajador/a independiente
- Trabajador/a informal
- No posee empleo

12. Su rango de ingresos se encuentra en:

- Hasta 400 USD
- De 401 a 800 USD
- De 801 a 1500 USD
- Más de 1500 USD
- No tiene ingresos

13. Su nivel de instrucción es:

- Posgrado
- Tercer nivel
- Secundaria
- Primaria

FACTORES DE RIESGO

En esta sección trataremos de abordar algunas preguntas de la vida sexoafectiva para relacionar con los factores de riesgo.

14. En relación a su vida sexual, ¿con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en el último año?

- 1
- De 2 a 4
- Más de 4
- No tiene

15. ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido/tiene usted en su vida?

- 1
- De 2 a 4
- Más de 4
- No tiene

16. ¿En sus relaciones hace uso de algún método de prevención de ITS o VIH? (condones, Prep, PEP, entre otros)

- No
- A veces
- Siempre

17. ¿Ha recibido orientación sobre el uso adecuado del condón?

- Sí
- No

FACTORES HABILITADORES

18. ¿Cuenta con seguro de salud público? (ofertado por el Estado)

- Sí
- No

19. ¿Cuenta con seguro de salud privado? (ofertado por un privado)

- Sí
- No

20. En relación a su estado de salud, ¿cuenta actualmente con apoyo de sus amigos y/o familiares?

- Sí
- No

21. En el caso de que cuenta con apoyo, ¿con cuántas personas? (puede mencionar las que están en su círculo más directo)

- 1
- De 2 a 4
- Más de 4
- No tiene/no responde

FACTORES DE NECESIDAD

En esta sección se preguntan por los factores que guardan mayor relación la necesidad que tiene la persona en relación a la atención en salud.

22. ¿Ha tenido alguna de estas enfermedades después de su diagnóstico?

- Tuberculosis
- Diabetes
- Alguna infección de transmisión sexual (ITS)
- Otra enfermedad crónica (especifique):

23. ¿Conoce su estado de CD4?

- Sí
- No

24. En caso de que sí, ¿A cuánto se aproxima el conteo de su CD4? (Puede dar el resultado de su último examen)

25. ¿Conoce su estado de carga viral?

- Sí
- No

26. En caso de que sí, ¿a cuánto se aproxima?

MOVILIZACIÓN Y UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

En esta última sección se consultará por los medios de transporte que acostumbra a desplazarse para recibir el tratamiento antirretroviral. Por otro lado, una calificación de la satisfacción que tiene sobre el servicio.

27. ¿En qué hospital o casa de salud recibe normalmente su tratamiento antirretroviral? (Unidad de Atención Integral) (UAI)

- Hospital del Sur Enrique Garces
- Hospital Eugenio Espejo

- Hospital Pablo Arturo
- Hospital Carlos Andrade Marín
- Hospital Docente Calderón
- Otro: _____

28. ¿En qué medio de transporte comúnmente suele trasladarse hacia el servicio de salud?

- Bus
- Trolebus, Ecovía, Metrobus
- Taxi
- Auto propio
- Bicicleta
- Caminando
- Otra:

29. En promedio ¿cuánto tiempo le toma desplazarse desde su residencia actual al lugar de suministro del TAR?

30. Además del suministro del tratamiento antirretroviral ¿ha usado algún otro servicio de salud en el hospital?

- Sí
- No

31. En caso de que sí ha utilizado otro servicio, ¿qué tipo de servicio fue el más importante? (consejería, atención psicológica, otra...)

32. ¿Cómo calificaría la calidad de atención del personal de salud?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Pésima

33. ¿Cómo calificaría la claridad con la que el personal de salud se comunica con usted?

- Muy buena
- Buena

Regular

Mala

Pésima

34. ¿Cómo calificaría el trato de personal administrativo del hospital?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Pésima

35. ¿Cómo calificaría la higiene y limpieza del hospital?

Muy buena

Buena

Regular

Mala

Pésima

36. Escriba su correo o número de contacto para conocer los resultados generales de la encuesta (opcional)

Anexo 2: Personas entrevistadas

Entrevistado/a	Género y edad	Tipo de entrevista
Juan	Hombre, 40 años	Entrevista presencial
Lady	Persona de género no binario, 39 años	Entrevista caminada
Alejandro	Mujer, 52 años	Entrevista caminada
Felipe	Hombre, 35 años	Entrevista caminada
Pablo	Hombre, 42 años	Entrevista caminada
Carlos	Hombre, 34 años	Entrevista caminada
Marta	Mujer, 57 años	Entrevista telefónica

Anexo 3: Guía de preguntas para entrevistas

La presente entrevista tiene como objetivo conocer la percepción sobre el transporte y el espacio urbano en personas viviendo con VIH de Quito, Ecuador. Se realiza como parte de la tesis de maestría de Estudios Urbanos de Luis Enrique Rivera Segura para FLACSO Ecuador. En ese sentido, el entrevistado tiene como derecho solicitar que sus datos sean tratados de forma confidencial. Asimismo, no tiene obligación de responder las preguntas que no considere pertinentes. Así como, puede dar por finalizada la entrevista cuando el o la entrevistada lo deseen.

¿Cuál es su nombre?

¿Cuántos años tiene?

¿Con qué género se identifica? ¿Hombre? ¿Mujeres? ¿Persona trans? ¿Intersexual?

¿Qué tipo de trabajo realiza? (Empleadx público, Empleadx privado, Dueñx de negocio, Trabajador/a independiente, Trabajador/a informal, No posee empleo).

¿Su rango de ingresos se encuentra en menos 400 USD, de 401 a 800 USD, de 801 a 1500 USD, más de 1500 USD o no tiene ingresos?

¿Su nivel de instrucción es posgrado, tercer nivel, secundaria o primaria?

¿Desearía que sus datos personales sean tratados de forma confidencial?

Esta pregunta busca conocer cuál es tu recorrido usual en tus visitas al centro de salud desde tu casa. Por ejemplo, en mi caso, cuando voy al servicio de salud, camino 5 minutos hasta la parada del bus y espero entre 5 y 10 minutos para el bus, en el que demoro unos 10 minutos en llegar a la parada cerca al centro de salud, luego camino hacia allá. ¿En tu caso?

¿Consideras que el medio de transporte influye en tu acceso a la salud? ¿En qué medida?

Con respecto a la accesibilidad al hospital o la UAI. En tu experiencia, ¿el lugar es accesible para ti? ¿Por qué?

En relación a ti, ¿desde hace cuánto conoces tu diagnóstico?

¿Qué lugares frecuentó tras conocer su diagnóstico?

¿Tuviste la oportunidad de permanecer en su casa? ¿Por cuánto tiempo?

Más recientemente, ¿qué lugares de la ciudad has visitado más a partir de tu diagnóstico? ¿Por qué? (el parque, el centro de labores, entre otros)

Más recientemente, ¿qué lugares de la ciudad has visitado menos a partir de tu diagnóstico? ¿Por qué?

¿Se considera satisfechx con la atención recibida en el servicio de salud? ¿Por qué?

Anexo 4: Lista de códigos para el análisis cualitativo

- a) Indicadores socioeconómicos
 - a. Edad
 - b. Identidad de género
 - c. Orientación Sexual
 - d. Tipo de empleo
 - i. Empleo-no cuenta con empleo asalariado
 - ii. Empleo-sector privado
 - iii. Empleo-trabajo doméstico
 - e. Rango de ingreso
 - i. Ingresos-No cuenta con ingresos
 - ii. Ingresos-quinto rango
 - f. Nivel educativo
 - i. Nivel educativo alcanzado – segundo nivel
 - ii. Nivel educativo alcanzado – tercer nivel
 - iii. Nivel educativo alcanzado – estudio técnico
- b) Disponibilidad y frecuencia del transporte
 - a. Modo de transporte utilizado-bus
 - b. Modo de transporte utilizado-ecovía,trolebús,metro
 - c. Modo de transporte utilizado-automóvil propio
 - d. Modo de transporte utilizado-taxi
 - e. Modo de transporte utilizado-caminando
 - f. Frecuencia del transporte público-poca
 - g. Frecuencia del transporte público-regular
 - h. Tiempo de desplazamiento
- c) Acceso a la salud
 - a. Indicadores de disponibilidad
 - i. Tiempo de espera a la atención médica
 - ii. Tiempo de atención en el servicio de salud
 - iii. Infraestructura-UAI
 - iv. Infraestructura-personas con discapacidad
 - v. Escasez de medicación
 - b. Factores habilitadores
 - i. Recursos comunitarios-organización comunitaria de PVV
 - ii. Recursos comunitarios-organización comunitaria de mujeres viviendo con VIH
 - iii. Recursos comunitarios-amistades
 - iv. Recursos familiares-madre
 - v. Recursos familiares-padres
 - vi. Recursos familiares-hijos
 - vii. Recursos familiares-pareja/esposx
 - viii. Recursos familiares-primxs
 - ix. Seguro de salud - IESS
 - c. Factores de necesidad

- i. Tiempo de diagnóstico
- ii. Necesidad de salud mental autopercebida
- iii. Necesidad de salud física autopercebida
- iv. Necesidades de salud post-diagnóstico VIH/SIDA
- v. Necesidades- enfermedades oportunistas
- vi. Interconsulta aprobación médica
- vii. Diagnóstico tardío
- viii. Indetectabilidad
- ix. Adherencia terapéutica
- x. Comunicación-lenguaje de señas

d. Indicadores de accesibilidad

- i. Barreras en el transporte-COVID19
- ii. Barreras en el transporte-ruralidad
- iii. Modo de transporte último km-bus
- iv. Modo de transporte último km-caminando
- v. Modo de transporte último km-automóvil
- vi. Percepción de la accesibilidad-transporte público
- vii. Atractividad del servicio de salud-especialidades

e. Indicadores de satisfacción

- i. Trato positivo-personal de salud UAI
- ii. Trato negativo-personal de salud UAI
- iii. Trato positivo-personal de salud mujeres UAI
- iv. Trato negativo-personal de salud emergencias
- v. Trato regular-personal de salud emergencias
- vi. Trato regular-personal psicología
- vii. Trato positivo-personal administrativo
- viii. Trato negativo-personal administrativo
- ix. Trato negativo-personal de seguridad
- x. Trato positivo-personal de seguridad
- xi. Comunicación poco satisfactoria-personal de salud

f. Utilización de servicios

- i. Utilización de servicios-psicología
- ii. Utilización de servicios-medicina general
- iii. Utilización de servicios-orientación

g. Indicadores de aceptabilidad

- i. Confianza con el personal de salud
- ii. Desconfianza en el personal de salud
- iii. Confianza en el personal administrativo
- iv. Percepción negativa del acceso a grupos vulnerables
- v. Percepción positiva del acceso a grupos vulnerables

d) Lugares

a. Lugares tras el diagnóstico

- i. Residencia del individuo/hogar
- ii. Casa familiar/familia
- iii. Hospital – Unidad de Atención Integral

- iv. Clínica
 - b. Lugares frecuentados
 - i. Grupo de apoyo
 - ii. Hospital – Unidad de Atención Integral
 - iii. Clínica
 - iv. Ciudades de Ecuador
 - v. Espacios formativos virtuales
 - vi. Espacios culturales-general
 - vii. Espacios culturales-grupo de danza
 - c. Lugares no frecuentados
 - i. Recreación-deporte
 - ii. Recreación-socialización con amigos
 - iii. Recreación-lugares encuentro gay
 - iv. Lugar de trabajo
 - v. Congregación religiosa
- e) Determinantes sociales en la exclusión
 - a. Vulneración de derechos-discriminación por diagnóstico
 - b. Vulneración de derechos-acción colectiva
 - c. Vulneración de derechos-acciones correctivas
 - d. Experiencia de violencia basada en género
 - e. Privacidad-diagnóstico
 - f. Visibilidad-diagnóstico
 - g. Exposición a discursos estigmatizantes
 - h. Experiencias negligencia médica