

Universidad Andina Simón Bolívar

Sede Ecuador

Área de Salud

Maestría en Epidemiología y Salud Colectiva

Segregación social de la tuberculosis multidrogorresistente en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016

Carla Alexandra Ayala Reyes

Tutor: Hugo Marcelo Aguilar Velasco

Quito, 2020



Cesión de derechos de publicación de tesis

Yo, Carla Alexandra Ayala Reyes, autora de la tesis titulada “Segregación social de la tuberculosis multidrogorresistente en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016”, mediante el presente documento dejo constancia de que la obra es de mi exclusiva autoría y producción, que la he elaborado para cumplir con uno de los requisitos previos para la obtención del título de Magíster en Epidemiología y Salud Colectiva en la Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador.

Al presentar esta tesis como uno de los requisitos previos para la obtención del grado de magíster de la Universidad Andina Simón Bolívar, autorizo al centro de información o a la biblioteca de la universidad para que haga de esta tesis un documento disponible para su lectura según las normas de la universidad.

Estoy de acuerdo en que se realice cualquier copia de esta tesis dentro de las regulaciones de la universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica potencial.

Sin perjuicio de ejercer mi derecho de autor, autorizo a la Universidad Andina Simón Bolívar la publicación de esta tesis, o de parte de ella por una sola vez dentro de los treinta meses después de su aprobación.

Fecha: 5 de junio de 2020

Firma:

Resumen

Esta investigación estudia la segregación social de la tuberculosis multidrogorresistente en la ciudad de Santo Domingo durante el período 2013-2016, y lo hace con el objetivo de analizar la incidencia de esta enfermedad de cariz endémico del uso inadecuado de drogas. La tuberculosis ha desarrollado resistencia a las drogas que la combaten. De este modo, se justifica la elección del tema en el hecho de que la tuberculosis es una enfermedad endémica para el tercer mundo, en que ha sufrido un repunte de casos en los últimos tiempos y en que el incremento de la resistencia a los medicamentos que la tratan se acentúa, lo que dejaría a los sistemas de salud de los países sin recursos para enfrentar una dolencia que causaba muchas muertes en el pasado y que continúa ocasionando fallecimientos en este tiempo.

Esta tesis usa dos metodologías de recolección de información, por un lado, revisa toda la información bibliográfica disponible, la que contiene los datos geográficos, históricos, sociológicos, ambientales, etc., así como la parte de teorización necesaria para sustentar los conceptos que se usarán a lo largo de la misma; por otro lado, hace una segregación de información específica obtenida de fuentes primarias, directamente de pacientes que han padecido o padecen la enfermedad que se estudia, para -con esos datos- proceder a realizar la discusión y llegar a conclusiones.

Como resultado de esta investigación se ha llevado a cabo una discusión en el sentido de que es preciso que el sistema de salud analice los factores que ocasionan la multidrogorresistencia. Entre las varias conclusiones a las que se arriba en esta tesis se hallan el que sí se pudo responder a la pregunta de investigación, que se identificaron los factores generales que influyen en la salud, así como los individuales. También se encontró que hay una relación directa y evidente entre el acceso a los servicios de salud de primer nivel y el desarrollo de la multidrogorresistencia en pacientes con tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis; drogorresistencia; salud pública rutas; planes; instrumentos;

Tabla de contenido

Introducción.....	17
Capítulo primero.....	19
Planteamiento del problema	19
1. Delimitación del problema	19
2. Pregunta central de la investigación	22
3. Objetivos.....	22
3.1. Objetivo general	22
3.2. Objetivos específicos.....	23
4. Justificación	23
5. Posicionamiento de la autora	24
Capítulo segundo	25
El marco teórico.....	25
1. La resistencia a los antibióticos	25
2. La determinación de la multidrogorresistencia de la tuberculosis.....	31
Capítulo tercero	37
Metodología.....	37
1. Las fases de la investigación.....	37
1.1. Fase 1	37
1.2. Fase 2.....	39
1.3. Fase 3.....	42
2. Modelo analítico y operacional del estudio	44
3. Ética	45
Capítulo cuarto	47
Resultados.....	47
1. Análisis de dominio estructural de la sociedad general de los patrones sociales ...	47
1.1. Análisis de los modos de vida históricos.....	47
1.2. Procesos protectores	68
1.3. Procesos destructivos.....	69
2. El dominio particular relacionado con el grupo social de estudio.....	71

2.1. Exposición a procesos, peligrosos / destructivos / no saludables que favorecen el desarrollo de tuberculosis y la multifármacorresistencia.....	71
2.2. Exposición a procesos protectores / saludables que favorecen la protección contra la tuberculosis y la multifármacorresistencia	75
3. Ámbito individual.....	78
3.1. Itinerario típico personal.....	78
3.2. Relación de las personas con la enfermedad	79
3.3. Relación de las personas con el sistema de salud pública	81
3.4. Adherencia a tratamientos previos	82
3.5. Procesos protectores de la vulnerabilidad diferencial de las personas	83
3.6. Procesos peligrosos de la vulnerabilidad diferencial de las personas	83
4. Análisis de resultados	85
Discusión	93
Limitantes	97
Conclusiones.....	99
Bibliografía.....	103
Anexos.....	109

Índice de ilustraciones

Tabla 1. Operacionalización del dominio estructural, global, de la sociedad en general	38
Tabla 2. Variables analizadas	39
Tabla 3. Relación interno /externo	44
Tabla 4. Tabla de análisis de los resultados.....	85
Figura 1. La salud un objeto multidimensional	33
Figura 2. Las 4 eses de la vida saludable.....	35
Figura 3. Eficacia y ética social de la epidemiología crítica	36
Figura 4. Los procesos.....	95

Abreviaturas

ALC:	América latina y el Caribe
DM:	Diabetes Mellitus
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
RPIS:	Red Pública Integral de Salud
RC:	Red Complementaria
SNS:	Sistema Nacional de Salud
TB:	Tuberculosis
TB-MDR:	Tuberculosis Multidrogorresistente
TB-RR:	Tuberculosis resistentes a la rifampicina
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Agradecimiento

Por sus relatos de vida, por cada historia personal y familiar, por abrir sus corazones limpios y generosos frente a un mundo de tanta inequidad, gracias a todas las personas que han tenido que vivir con la gran enmascaradora y que aportaron para esta breve descripción.

Dedicatoria

Por todas las horas robadas, por todos los días “ausentes”, solo para decirles que se debe luchar por lo que en realidad hace latir tu corazón más fuerte.

Para: Alejo, Pablito y Galo.

Introducción

Esta tesis se ocupa del estudio de la segregación social de la tuberculosis multidrogorresistente en la ciudad de Santo Domingo durante el período 2013-2016. Se eligió este tema para analizar la incidencia de una enfermedad de característica endémica que ha experimentado un repunte de casos en los últimos tiempos. Se considera que estudiar la resistencia a los fármacos que tratan la tuberculosis se constituye en un aporte social para la comunidad en la que se vive y, en este caso en particular, para la sociedad ecuatoriana en general.

La sustentación teórica de la tesis se hizo consultando la bibliografía existente, en formato físico y electrónico. La recolección de los datos para el estudio de campo se obtuvo de fuentes directas, es decir, consultando a pacientes que padecen tuberculosis, algunos de los cuales han desarrollado resistencia a los fármacos. Se estudió concienzudamente cada uno de los factores que se considera pueden incidir en el apareamiento de la enfermedad, por un lado, y en la creación de la multidrogorresistencia, por el otro.

Se ha dividido el trabajo en cuatro capítulos. En el primero se hace el planteamiento del problema, el que delimita el lugar, el tiempo y se plantea la pregunta de investigación, los objetivos y la justificación. En el segundo capítulo se procede a hacer el marco teórico, desarrollando temas como la resistencia a los antibióticos y la determinación de la multidrogorresistencia de la tuberculosis. Lo primero es un mecanismo mediante el cual una bacteria disminuye la acción de los antimicrobianos. La resistencia a los antibióticos es un problema complejo, que requiere de enfoques que vayan más allá de lo ortodoxo para entender lo que ocurre. En cuanto a las causas de multidrogorresistencia de la tuberculosis, estas se enmarcan en una parte de la realidad: mutaciones genéticas, mala adherencia a los tratamientos, fracaso terapéutico, etc., pero un enfoque integrado, basado en la determinación de la salud y la epidemiología crítica sería más eficiente para establecer las causas y sus posibles soluciones.

El capítulo tercero trata de la metodología, que sustenta que al tratarse de un estudio sobre la segregación social de la tuberculosis multidrogorresistente en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, el trabajo es descriptivo-cualitativo. Y con la intención de mantener la integralidad de los procesos, se dividió el presente estudio en tres fases. En cuanto al cuarto capítulo, en este se hace el

procesamiento de los resultados de la investigación, en esta sección se analizan los modos de vida históricos de la sociedad objeto de estudio para llegar a establecer los factores determinantes de la adquisición de la enfermedad y, además, los factores que han dado lugar al desarrollo de la resistencia a los fármacos que tratan la tuberculosis.

Asimismo, se presenta una discusión informada en la penúltima sección para llegar a entender las dinámicas y los procesos que estructuran la sociedad y la relación de estos con la enfermedad y con la resistencia a las drogas que los combaten. Entre las varias conclusiones a las que se arribó al finalizar esta investigación, se encuentran que se cumplió con el objetivo de encontrar las causas que en el medio analizado permiten el desarrollo de la multidrogorresistencia, así como que se hallaron los factores culturales y socioeconómicos que propician el apareamiento de la enfermedad en este entorno.

Capítulo primero

Planteamiento del problema

1. Delimitación del problema

La tuberculosis (TB) es la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas, por encima del VIH/SIDA. La Organización Mundial de la Salud propone poner fin para el 2030 a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles como parte de “Objetivos de desarrollo sostenible” (ODS) (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2019).

Sin embargo, alcanzar este reto no es tarea fácil. La tuberculosis es un flagelo de la salud pública, una amenaza a la seguridad sanitaria y un reto para el desarrollo. En el 2013, en todo el mundo 9 millones de personas enfermaron de tuberculosis, y se calcula que, ese mismo año 1,5 millón de hombres, mujeres y niños murieron por esta enfermedad; 1,1 millón de personas infectadas por el VIH tuvieron tuberculosis, de las cuales 360 000 fallecieron y 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), de las cuales 210 000 murieron (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2019).

Para el año 2014 la OMS estimó que habría 9,6 millones de casos nuevos en el mundo: 5,4 millones afectaron a hombres, 3,2 millones a mujeres y 1 millón a niños. En 2016 la cifra estimada de personas que contrajeron la TB fue de 10,4 millones: el 90% eran adultos y el 65% del sexo masculino, el 10% eran personas infectadas por el VIH (74% en África) y el 56% vivían en cinco países: India, Indonesia, China, Filipinas y Pakistán. La cifra estimada de muertes por TB fue de 1,3 millones (frente a los 1,7 millones de 2000) en personas VIH-negativas, y de 374 000 en personas VIH-positivas.

Como se puede observar, a pesar de los avances en la lucha contra la tuberculosis, que ha redundado en reducciones significativas en la morbilidad y mortalidad, este ha sido limitado en lo relacionado a la tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR). El número de personas diagnosticadas con TB-MDR se ha triplicado, lo que se ha considerado como una crisis por la brecha creciente entre las personas diagnosticadas con TB-MDR y aquellas que inician tratamiento (Organización Mundial de la Salud 2015).

Se estima que aproximadamente el 3,3% de todos los nuevos casos de TB son TB-MDR (Gómez-Ayerbe, Vivancos y Moreno 2016). Así, en el 2009 la OMS hace un

llamamiento a los países para que se aborde el tema de la tuberculosis multidrogorresistente (Organization World Health 2019), que ya venían manejando medidas de control y seguimiento en los países donde había mayor incidencia, pero que en vista de la expansión de la misma deciden lanzar una nueva iniciativa. Este abordaje se torna lento y complicado de implementarse, ya que requiere de personal técnico fuertemente capacitado, esquemas de tratamiento más complejos y con altos costos, métodos diagnósticos más sofisticados y que requieren infraestructura y medidas de bioseguridad específicas.

En este contexto, la OMS estimó que para el año 2014 habría 480 000 casos resistentes a nivel mundial y 190 000 fallecidos por esta causa, y según consta en su página web, con datos aún no publicados solo “mitad de los enfermos de TB-MDR han completado exitosamente su tratamiento” y que las “tasas de abandono y fracaso del tratamiento son altas” (Organización Mundial de la Salud 2012).

En 2015 se estimó que unas 480 000 personas desarrollaron tuberculosis multidrogorresistente en todo el mundo, y que otras 100 000 de tuberculosis resistente a la rifampicina se sumaron a los candidatos al tratamiento contra la tuberculosis multidrogorresistente. En la India, China y en la Federación de Rusia se acumulaba un 45% de los casos, de los que un 9,5% se estimaba que eran de tuberculosis ultrarresistente (Organización Mundial de la Salud 2016).

En 2016 hubo 600 000 nuevos casos resistentes a la rifampicina (TB-RR), el fármaco de primera línea más eficaz; 490 000 de ellos tenían TB multidrogorresistente (TB-MDR). Cerca de la mitad (47%) de estos casos se produjeron en la India, China y la Federación de Rusia (Organización Mundial de la Salud 2017).

La región de América Latina y el Caribe (ALC), según la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta serios problemas para enfrentar la TB debido a que ha habido un relajamiento en los programas de control, la enfermedad ha progresado hacia formas más agresivas -como la TB multifármacorresistente o multidrogorresistente (TB-MFR/TB-MDR) y la TB extremadamente resistente (TB-XDR)-, además del aumento de la morbilidad entre TB y diabetes mellitus (DM), y de la coinfección TB y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (Muñoz del Carpio Toia, y otros 2018). En este contexto, pese a que en la región de las Américas se han reducido considerablemente los nuevos casos y las muertes por tuberculosis (TB) en los últimos 25 años, todavía 270 000 personas contrajeron la enfermedad en 2015 y casi 50 000 no sabían que la tenían. En este mismo año se estimaron en las Américas 7 700 casos de tuberculosis

multidrogorresistente, el 59% fueron diagnosticados y solo el 74,8% de estos enfermos reciben actualmente un tratamiento eficaz (Organización Panamericana de la Salud 2018).

En Ecuador se registra una reducción en la mortalidad de esta enfermedad del 6.11 por cada 100 mil habitantes en 2005 a 2,7 por 100 mil habitantes en 2012. El presupuesto asignado para diagnóstico y tratamiento de la enfermedad se incrementó a 4,3 millones de dólares en 2013, mientras que en 2006 alcanzaba solo un millón de dólares. Según la cohorte de 2014, el tratamiento exitoso en el país para los casos nuevos y recaídas fue del 76,87%. La tasa de mortalidad reportada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) fue de 2,59/100 mil habitantes (Ministerio de Salud Pública 2018).

A pesar de estos resultados, en 2015 el estimado por la Organización Mundial de la Salud para Ecuador fue de 8 400 casos nuevos de TB (51,6/100 mil habitantes), incluyendo aquellos con coinfección TB/VIH. Sin embargo, el Sistema Nacional de Salud (SNS)m que comprende la Red Pública Integral de Salud (RPIS) y la Red Complementaria (RC) diagnosticó y notificó 5 215 casos (32,03/100 mil habitantes) cumpliendo el 62,08% de lo estimado. De los casos notificados, 5 097 corresponden a casos nuevos y recaídas, y 118 casos previamente tratados. En coinfección TB/VIH se notificaron 545 casos, que representan el 10,45 % de los casos TB. En relación a la TB MDR/RR se estimaron 370 casos, pero solamente iniciaron el tratamiento 135 casos, lo que representan el 36,48% del estimado (Ministerio de Salud Pública 2018).

Este panorama sería el resultado de complejos procesos sociales que lo estarían determinando, en donde los diferentes colectivos que conforman los sistemas sociales, caracterizados por variados esquemas de patrones sociales y niveles de vulnerabilidad, se exponen a riesgos de diferente forma e intensidad, con lo cual su análisis se vuelve complejo y requiere de un enfoque como el de la determinación de la salud para entenderlo (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva) 2013).

En este análisis deben incluirse problemáticas como la desigualdad, la inequidad, la concentración de la riqueza y extensión de la pobreza, que dificultan o impiden a grandes núcleos de la población el acceso en calidad y cantidad a los servicios de salud. Problemáticas muchas veces generadas por la implantación de políticas socioeconómicas y ambientales, así como de procesos de globalización y migración, entre otras, que conllevan, por una parte, débiles y poco eficaces sistemas de salud y, por otra, poblaciones

con elevada vulnerabilidad a la TB por hacinamiento, malnutrición, DM y VIH (Muñoz del Carpio Toia, y otros 2018).

Además de lo descrito se debe considerar que la multidrogorresistencia también es “el resultado final de un buen número de errores diferentes” (Caminero 2017), de un mal manejo de la tuberculosis a todo nivel, que ha llevado al crecimiento de la resistencia bacteriana al arsenal de medicamentos disponibles en la actualidad.

Es así que para el año 2008, desde la inclusión de las *determinantes sociales* enunciadas por la OMS (2008), ciertos estudios han abordado temas ligados al hacinamiento, pobreza, nivel de educación; pero no hay estudios en los cuales se hayan determinado: que produjeron las muertes, los abandonos, así como la relación de la enfermedad con el “conglomerado social” (Breilh 2013); e incluso ya hay intervenciones con este enfoque de... “respuesta social institucionalizada” (Salcedo Ríos 2014), tal como lo apoya la OPS como ejemplo para la región de América Latina y el Caribe, implementado por el vecino país peruano, donde promueven “prevención y promoción de la salud, con objetivos para mejorar el barrio, promover nuevos estilos de vida, reducir la TB con la participación comunitaria, y la reducción de la contaminación ambiental” (Salcedo Ríos 2014).

Desde esta perspectiva, la determinación social de la multidrogorresistencia de la tuberculosis en el país es un tema importante en la salud pública, el análisis, desde este enfoque, de pacientes observados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, durante los años 2013-2015 con seguridad aportará significativamente al estudio y comprensión del tema.

2. Pregunta central de la investigación

¿Cuál es la determinación social, analizada desde los patrones sociales, la exposición y vulnerabilidad, de la tuberculosis multidrogorresistente en los casos notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016?

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Analizar la determinación social de la multidrogorresistencia de la tuberculosis desarrollada en los casos notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, explicados a través de la investigación de procesos sociales que

se desarrollan en colectivos que tienen patrones de sociales, exposición y vulnerabilidad, en las dimensiones general, grupal e individual.

3.2. Objetivos específicos

1. Analizar los patrones sociales de las personas diagnosticadas de tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, y su relación con las dimensiones generales, grupales e individuales.
2. Analizar las características de exposición a procesos peligrosos de las personas diagnosticadas de tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, y su relación con las dimensiones generales, grupales e individuales.
3. Analizar la vulnerabilidad diferencial de las personas diagnosticadas de tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, y su relación con las dimensiones generales, grupales e individuales.

4. Justificación

El presente estudio resulta pertinente por el creciente número de casos de TB MDR, por su gravedad e impacto económico y social en el bienestar de los ciudadanos, sus familias y a la economía del país; para lo cual se pretende aportar con un análisis crítico del estado actual de la determinación social de la tuberculosis multidrogorresistente en los casos diagnosticados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016, en los ámbitos particular y singular del metabolismo de sociedad-naturaleza del “paradigma de la epidemiología crítica” (Breilh 2014); y de esta forma poder determinar cómo las grandes potencias acumuladoras de poder y de capital inmersas en Santo Domingo de los Tsáchilas han influenciado en los ámbitos particular y singular, exponiendo a las personas a este proceso destructivo.

En el ámbito general se analizarán los contextos socio-históricos que ha tenido este territorio y cómo el poder económico-acumulativo se ha hecho presente a través de los años, su impacto en la naturaleza y en productividad en esta población.

En el ámbito particular se estudiarán los modos de vida de las personas diagnosticadas con tuberculosis MDR, se hará una reflexión crítica de cómo estos grupos sociales son impuestos, apresados y manipulados por dos grandes fuerzas hegemónicas: los grandes acumuladores de poder y de capital, representados con la inserción de empresas de monocultivos, fábricas y transnacionales; y el gran poder de la salud a través de la yatrogenesis clínica y estructural (Illich 1975), que enferman a la población desde el nivel macro y tratando de recuperar la salud siguen generando mayor afectación en la salud, dejando secuelas irreversibles, como dice Illich “la triple yatrogenesis ha llegado a un punto medicamente irreversible” (1975, 30). Con lo cual al final de esta investigación se busca aportar desde una mirada crítica con elementos diferentes y complementarios al estado de discusión de este problema de salud pública del país.

5. Posicionamiento de la autora

El presente estudio nace del interés personal, ya que desde hace quince años trabajo de manera muy cercana en temas relacionados con la gestión, asistencia técnica y trabajo directo con las personas que han estado enfermas por tuberculosis, desde varios frentes, ya sea como sociedad civil en la mayoría de las oportunidades y, en los últimos años, desde el Estado.

Una de las preguntas que siempre ha rondado mi cabeza es ¿por qué en Santo Domingo de los Colorados, antes de ser provincia, siempre se han reportado más casos de tuberculosis, en relación a los otros cantones de la provincia de Pichincha? Y en la actualidad, una vez que fue provincia, sigue teniendo una alta prevalencia de casos de tuberculosis MDR; mi interés siempre fue conocer cuál es la realidad social y -a la vez- las diferencias que hacen que los individuos enfermen más o menos de tuberculosis.

Estoy convencida de que la tuberculosis no es una enfermedad de la pobreza, y no es producto de que las personas no se cuidan, que no depende de la alimentación, pero sigue enfermando a la humanidad desde las épocas remotas hasta la actualidad y, sobre todo, la tuberculosis multidrogorresistente se lleva a hombres y mujeres jóvenes, sus tratamientos rompen hogares, familias, dejan secuelas físicas irreversibles, aún más pobreza y -lamentablemente- pérdidas humanas. Los hallazgos de esta investigación, espero, me permitan conocer la realidad social del territorio estudiado y poder ver la posibilidad de que los resultados puedan ser comparables a otros territorios con características similares a las de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Capítulo segundo

El marco teórico

1. La resistencia a los antibióticos

Se entiende por resistencia el mecanismo mediante el cual la bacteria puede disminuir la acción de los agentes antimicrobianos. Desde el punto de vista clínico se considera que una bacteria es sensible a un antibacteriano cuando la concentración de este en el lugar de la infección es al menos cuatro veces superior a la concentración inhibitoria mínima (CIM). Una concentración por debajo de la CIM califica a la bacteria de resistente y los valores intermedios como de moderadamente sensibles. Los conceptos de sensibilidad y resistencia son absolutamente relativos y dependen tanto del valor de la localización de la infección como de la dosis y vías de administración del antibiótico (Fernández Riverón, y otros 2003); (Medeiros 1977); (Cordiés Jackson, Looney y Hamilton Cordiés 1998).

La resistencia a los antibióticos es un problema complejo, el análisis de las causas ha contemplado enfoques ortodoxos que solo ven una parte de la realidad, un proceso delimitado desde la prescripción hasta las conductas de los consumidores. A decir de este enfoque, han sido los antimicrobianos los componentes clave para el tratamiento de las enfermedades infecciosas, que, sin la atención pública y la acción urgente, la resistencia a los antimicrobianos amenaza con hacer que el mundo retroceda a la era pre-antimicrobiana, cuando no existía tratamiento eficaz para la neumonía, la meningitis, la malaria o la tuberculosis.

Que, con la ayuda de los antimicrobianos se han producido importantes avances en salud pública en la Región, como el descenso de la morbilidad por tuberculosis, malaria y sífilis congénita; la disminución de la mortalidad por el VIH/sida, y la reducción de la mortalidad infantil y materna debida a causas infecciosas; y que como cada vez más los microorganismos se vuelven más resistentes a los antimicrobianos, entonces, todos estos avances en salud pública están seriamente amenazados (Periago 2011, 508).

En parte este análisis es cierto, en vista de que todos los agentes patógenos, sin excepción, tienen la capacidad de desarrollar mecanismos de resistencia a los antimicrobianos, sin embargo, a pesar de que el grado de conocimiento sobre dichos mecanismos ha aumentado de manera vertiginosa en los últimos años, gracias a los

avances en automatización, investigación clínico-epidemiológica y biología molecular, la resistencia a los antimicrobianos continúa siendo un serio problema médico, económico y social.

Frente a este escenario se observa abundante producción de artículos que ofrecen una perspectiva más amplia que consideran las diferentes facetas y los mecanismos específicos que se manifiestan en la región de las Américas, como se observa en: frecuencia de enzimas asociadas a sensibilidad disminuida a betalactámicos en aislados de enterobacterias, en Caracas, Venezuela; Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* DNA electrophoretic pattern: temporal changes in an endemic hospital environment; Detección de cepas de *Neisseria meningitidis* resistentes a rifampicina en el Uruguay; resistencia a carbapenemes en aislamientos de *Pseudomonas aeruginosa*: un ejemplo de interacción entre distintos mecanismos; susceptibilidad antimicrobiana y bases genéticas de la resistencia de cepas de *Enterococcus* causantes de infecciones en Cuba, y estudio comparativo de clones de aislamientos de *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina prevalentes en la Argentina, entre otros (Ramón Pardo, Schmunis y Espinal Fuentes 2011).

Asimismo, se ha observado que los microorganismos circulan a través de las diferentes especies, documentándose la existencia de agentes patógenos humanos con patrones de resistencia preocupantes en otras especies animales, lo que ha motivado complementar estas observaciones, con análisis del contexto de un ecosistema único, en el que las especies están interrelacionadas, pero, a pesar de ser aproximaciones más amplias, todavía se omiten factores insospechados.

Basado en estas consideraciones, en el estudio “Ecosystem approach to promoting appropriate antibiotic use for children in indigenous communities in Ecuador”, se propone un sistema para promover el uso adecuado de antimicrobianos en los niños menores de 5 años. En otros estudios, como “Physicians’ responsibility for antibiotic use in infants from periurban Lima, Perú” y “Motivos de la prescripción inadecuada de antibióticos en un hospital pediátrico de alta complejidad”, se consideraron los aspectos de prescripción. Por otra parte, en el artículo, “Restricción de la venta de antibióticos en farmacias de Bogotá, Colombia: estudio descriptivo”, y en “Regulación de la dispensación de medicamentos y su efecto en el consumo de antibióticos en Venezuela”, se analizaron factores relacionados con aspectos reguladores: La evaluación del impacto de los programas de control de la prescripción de los antibióticos se muestra en los artículos como, “Impacto de un programa de control de la calidad de la prescripción de antibióticos

en un hospital de La Habana, Cuba”, y “Antimicrobial stewardship program in a developing country: the epidemiological barrier”. Siguiendo esta descripción, el estudio “Ceftriazone and ciprofloxacin restriction in an intensive care unit: less incidence of *Acinetobacter* spp. and improved susceptibility of *Pseudomonas aeruginosa*” desvela ejemplos específicos del impacto de la restricción del uso de antimicrobianos en los perfiles de resistencia de organismos patógenos característicos en dichos entornos (Ramón Pardo, Schmunis y Espinal Fuentes 2011).

Como se puede observar, a pesar de haberse ampliado el enfoque del análisis de la resistencia a los antibióticos, mostrado en multiplicidad de investigaciones publicadas en Latinoamérica y en el resto del mundo, estas continúan manteniendo un enfoque fragmentado de la realidad, centrado en el paradigma positivista, una visión poco realista de la complejidad que engloba esta problemática.

La resistencia a los fármacos antituberculosos¹ no es un fenómeno nuevo, sino un proceso paralelo al desarrollo de la quimioterapia frente a la tuberculosis. En 1948, poco tiempo después de iniciar el uso de la estreptomina, el Medical Research Council ya reportaba la demostración clínica del desarrollo de resistencia a los fármacos antituberculosos.

El éxito del tratamiento antituberculoso tuvo una importante reducción en la morbilidad y la mortalidad de la tuberculosis en las décadas de los años sesenta y setenta del siglo XX. Los fracasos terapéuticos eran proporcionalmente escasos y la tuberculosis multirresistente un problema cuantitativamente menor, en general asociado a mala adherencia, siendo la multirresistencia primaria muy infrecuente; sin embargo, la irrupción del VIH/SIDA en la década de los ochenta avivó dramáticamente la llama de la tuberculosis, sobre todo en los países con menos recursos y, especialmente, en el África subsahariana (primero) y en el sudeste asiático (varios años después).

Muchos factores se han asociado a la resistencia bacteriana en la tuberculosis, entre los que se pueden mencionar: uso de pautas inadecuadas, errores de prescripción, toxicidad, mala adherencia a los tratamientos, fracaso terapéutico, la selección de aislados resistentes que pueden ser transmitidos a la comunidad, produciendo resistencias primarias con disminución de las tasas de curación de los regímenes de primera línea; la pobreza, la sobrepoblación, la falta de programas adecuados para el tratamiento de la tuberculosis, la aparición del VIH, entre otras, han sido mencionadas como causas de la

¹ Se define la resistencia como el crecimiento de al menos el 1% del inóculo bacteriano que crece en presencia de una concentración “crítica” del antimicrobiano.

aparición y diseminación de cepas de tuberculosis multirresistente para las que apenas hay opciones terapéuticas.

En este contexto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara en el año 1993 a la tuberculosis como una emergencia sanitaria mundial. En 1994 la OMS inicia, junto con la Unión Internacional contra la Tuberculosis (IUATLD) el “Programa Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Fármacos Antituberculosos” (“Global Project on Antituberculosis Drug Resistance Surveillance”).

Es precisamente en la primera mitad de la década de los noventa cuando se describen las primeras epidemias de tuberculosis multirresistente en Estados Unidos y Europa, afectando mayoritariamente a pacientes infectados por VIH, con patrones de transmisión explosivos, con altas tasas de ataque y cortos períodos de incubación motivados por el estado de inmunodepresión de los pacientes y la ausencia de medidas adecuadas de prevención de la transmisión aérea de la tuberculosis en las unidades hospitalarias, albergues e instituciones penitenciarias afectadas por estos brotes.

En España una cepa de *Mycobacterium bovis* resistente a todas las drogas de primera línea, quinolonas, inyectables y a la totalidad de los fármacos de segunda línea disponibles causó un importante brote epidémico que afectó a 49 pacientes de la Unidad de VIH de un hospital madrileño durante los años 1991 a 1995 (Navas Elorza y Moreno Guillen 2010). El brote se extendió afectando finalmente a al menos 114 pacientes de 22 hospitales españoles y a dos contactos que posteriormente desarrollaron la enfermedad en Holanda y Canadá, respetivamente.

Los primeros datos globales sobre resistencia a los fármacos antituberculosos obtenidos por la OMS y la IUATLD se publicaron en el informe de 1997, y correspondían a la vigilancia de la resistencia realizada en los laboratorios centinela de 35 países de los cinco continentes durante los años 1994-1997. Se demostró multirresistencia² primaria³ en los 35 países estudiados; la mediana de la tasa de multirresistencia primaria fue de 1,4%, pero alcanzaba cifras de hasta el 14,4% en Letonia.

² Multirresistencia (MR): cepa resistente a isoniacida y rifampicina con o sin otra droga. Poliresistencia resistencia a dos o más drogas que no son isoniacida y rifampicina asociadas, ejemplo: S+E+H+S.

³ Multiresistencia primaria: Se refiere a la resistencia natural a los antibióticos por que el microorganismo no tiene el elemento diana de la acción del antibiótico o el antibiótico no puede acceder a la diana (en una propiedad específica de especie y género), en el enfermo se manifiesta como un paciente con tuberculosis que no ha recibido tratamiento previo o que nunca ha recibido tratamiento. La multiresistencia secundaria al contrario se presenta cuando el microorganismo adquiere información genética para conseguir la resistencia, se producen mutaciones que confieren resistencia (es una propiedad de casa cepa)

En un tercio de los países la tasa de multirresistencia primaria superaba el 2%. No fue una sorpresa que los países con programas de tuberculosis más deficientes fueran los más afectados por la multirresistencia. Las cifras de las resistencias globales proporcionadas en el informe reflejaron con claridad la magnitud de este problema sanitario en algunas zonas del planeta: en Letonia, el 30% de los pacientes en tratamiento antituberculoso estaban infectados por cepas multirresistentes; en Rusia el 5%; en República Dominicana el 10%; y en Delhi (India) el 13%. Posteriores informes de vigilancia correspondientes a los años 2000, 2004, 2008 y 2010 ampliaron el número de países estudiados a 109, demostrando que, si bien en la mayoría de los países con poca incidencia de tuberculosis las tasas de resistencia permanecen estables, estas adquieren proporciones dramáticas en ciertas regiones, como las repúblicas bálticas, Rusia, algunas de las repúblicas de la antigua Unión Soviética (Moldavia, Azerbaián, Kazajistán, Uzbekistán), Corea del Sur, Perú y algunas provincias de China y la India (Casellas 2011).

En la edición número 36 de la “World Conference on Lung Health”, de octubre de 2005, se presentaron los datos de un proyecto mundial de vigilancia de resistencia a fármacos de segunda línea realizado por los Laboratorios de Referencia de la OMS, en colaboración con el Centro de control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, utilizando por primera vez el término de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR).⁴

En la Conferencia de Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI), de febrero de 2006, se comunica el brote de tuberculosis XDR en la región de KwaZulu-Natal de Sudáfrica. La alerta epidemiológica sobre la emergencia de la tuberculosis multirresistente y la definición de TB-XDR se publican conjuntamente por el CDC en la revista *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, y por la OMS en el *Weekly Epidemiologic Record* de marzo de 2006. La definición inicial incluye los casos de TB en los que se aísla una cepa resistente a Isoniazida y Rifampicina, y al menos a tres de las seis clases de fármacos de segunda línea: aminoglucósidos, polipéptidos (capreomicina), fluoroquinolonas, tioamidas, cicloserina y PAS. Se estudiaron 17 690 aislados de los años 2000 a 2004, de los cuales 11 939 procedían de Corea del Sur (11% de ellos MDR); del resto de los aislados de otros países, 2 222 de 5 751 (39%) eran MDR. Del total de 3 520 aislados MDR, 347 (10%) eran XDR (15% de las cepas MDR coreanas y 7% de las cepas MDR de otros países). Las cepas XDR eran más frecuentes en Corea del Sur y en ciertos

⁴ Tuberculosis extremadamente resistente (XDR), es la MR más una droga inyectable más quinolona.

países de Europa del Este y Asia Occidental. El número total y la proporción de cepas XDR (excluyendo las de Corea) había aumentado significativamente durante el período de estudio (14 cepas -5%- en el año 2000, 34 cepas -7%- en el año 2004). En esta publicación se informaba además de la evolución y respuesta al tratamiento de 490 casos de TB-MDR y 115 casos de TB-XDR tratados en Letonia durante los años 2000 a 2002; la tasa de fracaso o muerte ascendió al 17% de los casos MDR y el 26% de los XDR (riesgo relativo 1.5; IC95%: 1.1-2.2).

En octubre de 2006 tiene lugar en Ginebra la primera reunión de la “Global XDR TB Task Force”, organizada por la OMS, en la que se revisa la definición de TB-XDR: se propone incluir como XDR a las cepas resistentes a rifampicina, isoniazida, a fluoroquinolonas, y al menos a uno de los tres fármacos inyectables de segunda línea (amikacina, kanamicina, o capreomicina). El motivo de este cambio en la definición es doble: en primer lugar, las dificultades técnicas y de reproducibilidad de los estudios de sensibilidad a algunas drogas de segunda línea disminuyen la precisión de la primera definición de TB-XDR; en segundo lugar, las series demuestran que son tanto la resistencia a quinolonas e inyectables, como la utilización de regímenes sin estos fármacos en el tratamiento de la tuberculosis multirresistente los factores determinantes de una mala respuesta terapéutica.

Los últimos datos oficiales de multirresistencia corresponden al cuarto informe de la OMS; la estimación realizada para el año 2008 es de entre 390 000 y 510 000 nuevos casos de TB-MDR en el mundo, lo que corresponde con el 3,6% de todos los casos (IC 95%: 3.0-4.4). La mitad de los pacientes fueron diagnosticados en India y China. La TB-MDR fue responsable en el año 2008 de alrededor de 150 000 fallecimientos. El informe incluye datos representativos de resistencia a segunda línea de 46 países; en estos países 5,4% de los casos de TB-MDR fueron XDR. Hasta la fecha del informe 58 países han declarado casos de TB-XDR.

Recientemente se han publicado los últimos datos de vigilancia de TB-MDR en los 25 países de la Unión Europea y el área económica europea correspondientes al año 2008; se presentan los datos de 28 295 aislados, lo que representa solo el 34,4% de los 82 611 casos de tuberculosis notificados en el año 2008. La proporción de TB-MDR fue del 6%; el 7,3% de los casos de TB-MDR fueron XDR; 13 de los 25 países declararon algún caso de TB-XDR. La situación de algunos países del Este es alarmante, con tasas de multirresistencia primaria en Estonia, Letonia, Lituania y Rumania -respectivamente- del 15,4%, 12,1%, 9% y 4,3%.

La situación actual de Sudáfrica es alarmante, con una población de 48 millones de personas, una prevalencia de infección por VIH del 11% en el año 2008 y tasas de tuberculosis notificada de más de 900 casos por 100 000 habitantes. Los laboratorios del sistema nacional de salud sudafricano notificaron en 2008, 388 802 nuevos casos de TB, de los cuales 576 casos eran XDR, y 6 219 MDR. La OMS estimaba para el año 2008, 10 000 casos de TB-MDR (intervalo de confianza al 95%: 7 500-13 000) entre los nuevos episodios y las recaídas de tuberculosis en Sudáfrica (Navas Elorza y Moreno Guillén, Tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente 2010).

En Cuba se determinó la prevalencia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en el decenio 2000-2009 en Cuba. La determinación de la resistencia de 2 285 cepas de *M. tuberculosis* correspondientes al período del estudio permitió evidenciar que, en el grupo de nuevos casos, 91,5% fueron sensibles, mientras que 7,1% fueron resistentes a un solo medicamento. La estreptomina fue el fármaco para el cual se encontró el mayor número de cepas resistentes (6,3%), y 0,4% presentaron resistencia a múltiples medicamentos. Por otra parte, en los casos con tratamiento anterior, 62,7% fueron sensibles. Se detectó monorresistencia en 21,2% de estas cepas. El fármaco al cual hubo un mayor número de cepas resistentes (42 cepas) fue estreptomina. Se encontraron 20 cepas multirresistentes (9,2%), con un predominio del patrón INH-STR-RMP que se presentó en 11 de esas cepas. Los aislados resistentes a los cuatro fármacos constituyeron el 3,2%.

Hasta el presente se han realizado cuatro estudios mundiales de vigilancia de la resistencia a los medicamentos antituberculosos. Cuba participó en todos los estudios, informó una de las tasas más bajas de multirresistencia en la región de las Américas. Esa tasa fue, entre los casos nuevos, de 0,7%, 0%, 0,3% y 0%, mientras que en pacientes con antecedente de tratamiento fue de 13,0%, 7,0%, 2,6% y 5,3%, en cada uno de los estudios, respectivamente. La situación en otros países de América Latina es compleja, y los estudios mundiales han demostrado la presencia de cepas multirresistentes en todas las regiones y en prácticamente todos los países estudiados (Montoro, y otros 2011).

2. La determinación de la multidrogorresistencia de la tuberculosis

Si bien es cierto se ha discutido y publicado mucho sobre las causas de la multidrogorresistencia de la tuberculosis, y más recientemente de tuberculosis extremadamente resistente, estos análisis han considerado fragmentos de una realidad

compleja, como las mutaciones genéticas, pautas inadecuadas, errores de prescripción, toxicidad, la mala adherencia a los tratamientos, fracaso terapéutico, la pobreza, la sobrepoblación, la falta de programas adecuados para el tratamiento de la tuberculosis, la aparición del VIH, entre otras (Navas Elorza y Moreno Guillén 2010). Un análisis crítico e integrado, basado en enfoques heterodoxos como el de la determinación de la salud o la epidemiología crítica está en pleno desarrollo.

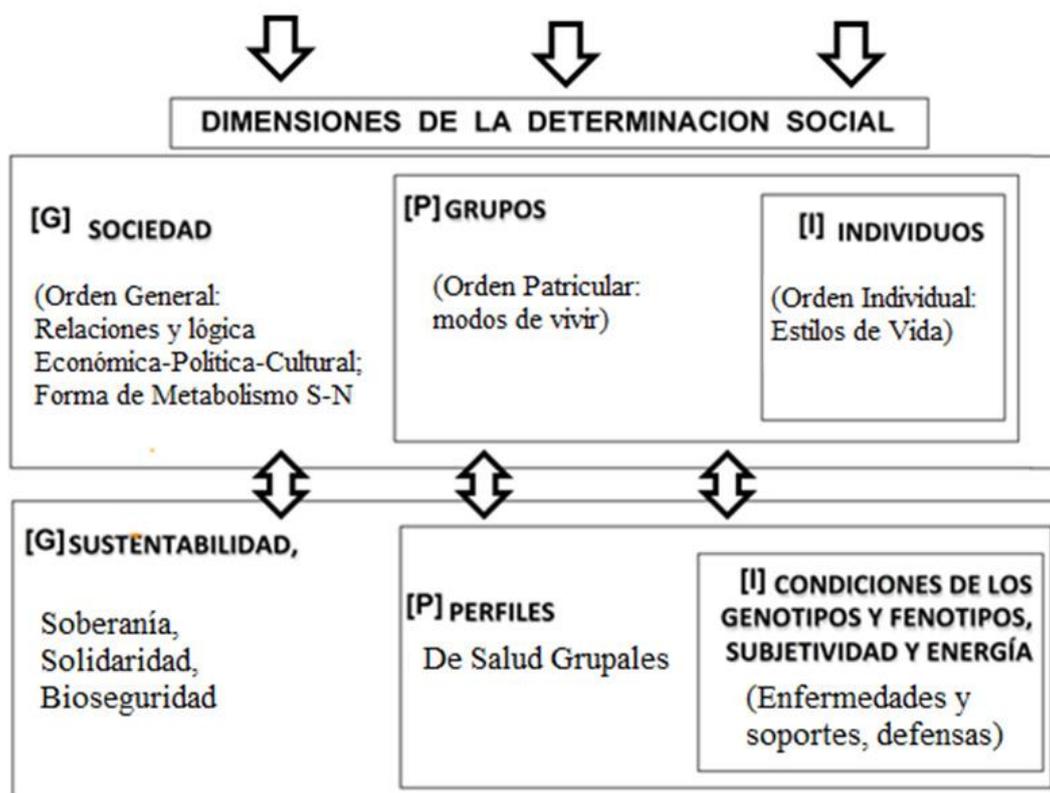
Sin embargo, lo cierto es que existe una movilización mundial, así, para el Día Mundial de la Salud 2011, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó una campaña mundial destinada a proteger estos medicamentos para las futuras generaciones. La OMS hizo un llamado a los gobiernos, a los profesionales de la salud, a la industria, a la sociedad civil y a los pacientes para que actúen de manera urgente y coordinada a fin de atenuar la propagación de la resistencia, limitar sus repercusiones actuales y preservar los adelantos médicos para las generaciones futuras. Para enmarcar las estrategias y planes de acción sobre este tema, lanzó una política que comprende seis puntos:

- 1) Desarrollar planes nacionales, integrales y financiados, con responsabilidad y participación de la sociedad civil.
- 2) Fortalecer la vigilancia y la capacidad de laboratorio.
- 3) Asegurar el acceso continuo a los medicamentos esenciales, con garantía de calidad.
- 4) Regular y promover el uso racional de los medicamentos, incluyendo la producción animal.
- 5) Fortalecer la prevención y el control de las infecciones.
- 6) Propiciar la innovación, la investigación y el desarrollo de nuevas herramientas para el diagnóstico y tratamiento (Periago 2011, 509).

Pero, como se observa, las acciones distan de ser soluciones que atiendan la compleja realidad social de determinar este fenómeno, donde el derecho a la salud, la participación ciudadana, el acceso a los servicios de salud, el estilo de vida, las políticas de Estado, el compromiso y lucha social, así como el impacto ambiental son componentes determinantes que no han sido tomados en cuenta de forma articulada.

En este contexto, la salud o los problemas de salud, como la multirresistencia de la tuberculosis, son hechos no solamente biológicos, sino sobre todo sociales, las causas fundamentales de la “mala salud” están en la sociedad, las mismas que deben ser estructuradas, en este sentido se ha desarrollado el modelo de la determinación de la salud.

Figura 1
La salud un objeto multidimensional



Fuente: Breilh 2013

Para lo cual debe considerarse que los seres humanos, tanto a nivel individual como colectivo, son el resultado de dos procesos: uno biológico: la vida, el otro social: la sociedad. Estos procesos tienen vida propia, pero están articulados. Entonces, precisamente la multirresistencia de la tuberculosis está determinada por esa interacción y es expresión de la forma cómo se vive y trabaja: modo de vida, o también denominados patrones sociales, donde la sociedad capitalista y sus formas de producir y consumir tienen una presencia relevante.

Frente a este escenario, en Latinoamérica se desarrolla el movimiento de la medicina social y la salud colectiva desde finales de los años sesenta y comienzos de los setenta del siglo XX, bajo la influencia del pensamiento marxista, la revolución cubana, las luchas antiimperialistas y la búsqueda de un desarrollo propio garante de la soberanía de los pueblos. La idea central que orienta el accionar de dicho movimiento es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las

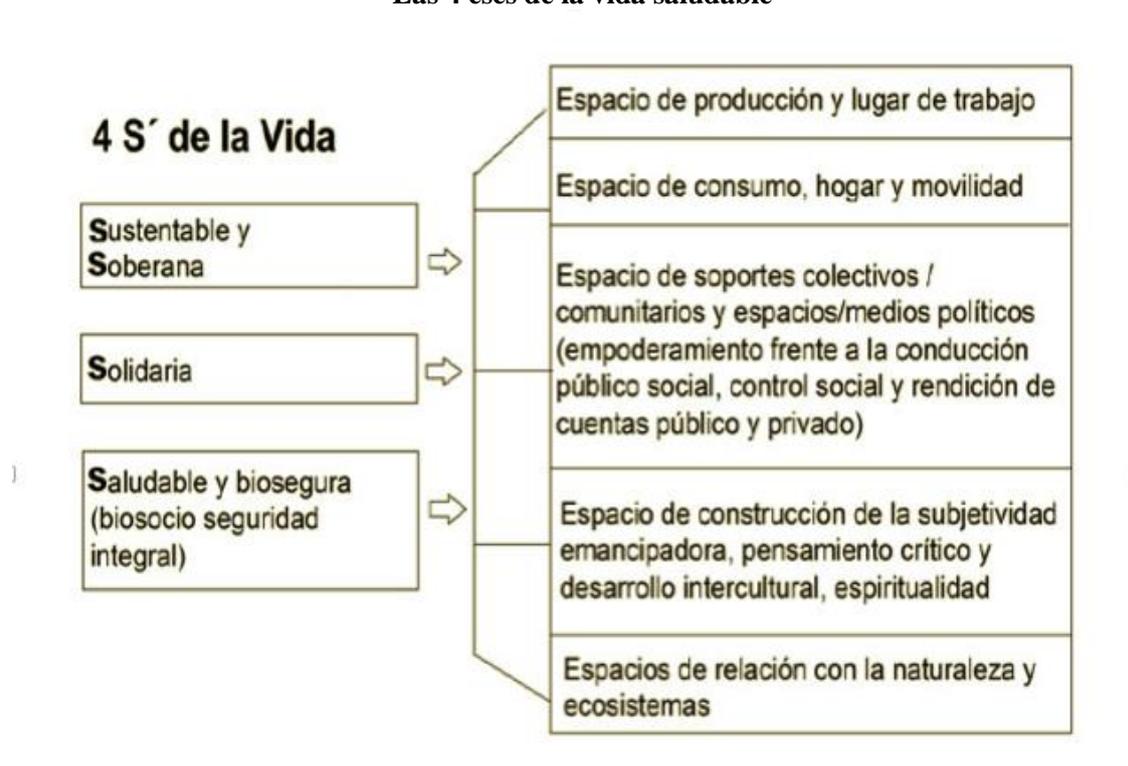
determina. Por ello la insistencia en la determinación social del proceso salud-enfermedad.

En la región cabe resaltar el papel de Juan César García, María Isabel Rodríguez y Miguel Márquez en la consolidación del movimiento de la medicina social; así como los trabajos de Sergio Arouca, Jaime Breilh, Asa Cristina Laurell, Edmundo Granda, Saúl Franco y Mario Testa, entre otros. Este enfoque cuestiona el núcleo del positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo. Sus fundamentos se anclan en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales. Sostiene una perspectiva conflictual de la sociedad que implica una relación dialéctica entre lo biológico y lo social, en una estructura jerárquica donde lo biológico queda subsumido en lo social, mediante procesos de producción y reproducción social (Morales-Borrero, y otros 2013).

En este contexto, el análisis de la determinación social de la tuberculosis multidrogoresistente debe considerar la relación entre el sistema social, los modos de vivir y la salud; entender la distribución por clases de las formas e intensidades de exposición humana a procesos peligrosos; la vulnerabilidad diferencial de los colectivos situados en inserciones sociales distintas; comprender en profundidad el metabolismo sociedad-naturaleza y su impacto social, en concreto, la determinación social de la tuberculosis multidrogoresistente necesita “conocer la sociedad para transformarla” (Morales-Borrero, y otros 2013) hacia una salud profunda, y que permita intervenir este problema con acciones de una nueva salud pública, con un nuevo modelo civilizatorio saludable.

En este sentido, la producción de conocimientos críticos, instrumentos técnicos y herramientas para la rendición de cuentas y control social debe sustentarse sobre los grandes dominios de la determinación social general que se expresan en las 4 “S” de la vida: civilización sustentable, soberana, solidaria, saludable/biosegura.

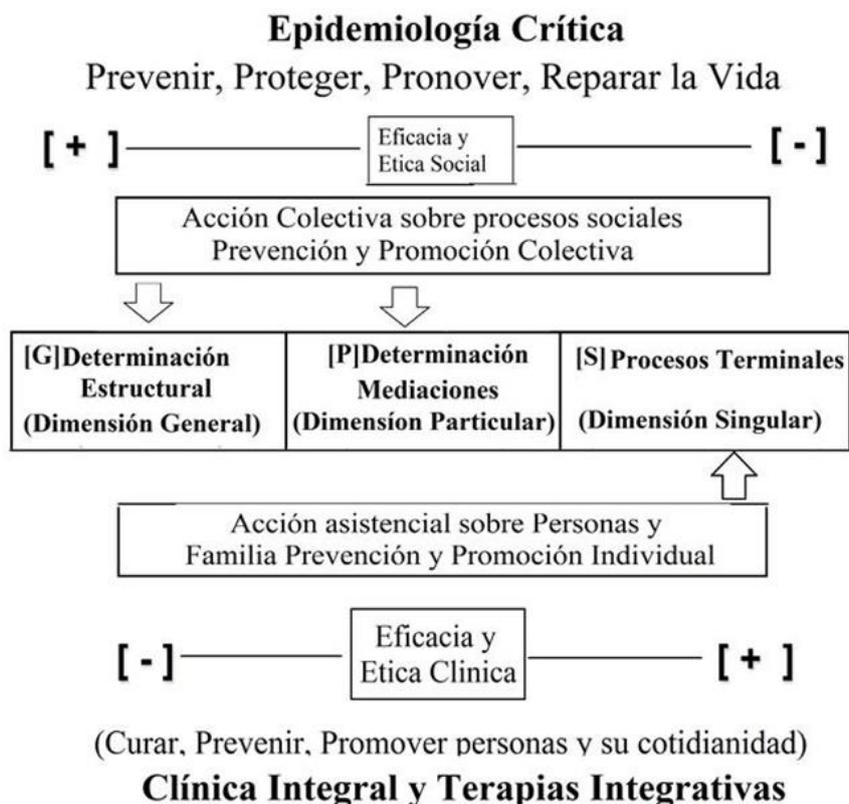
Figura 2
Las 4 eses de la vida saludable



Fuente: Breilh 2013

Determinación social, de la tuberculosis multidrogoresistente, integrada en las tres distintas facetas de la salud, o dimensiones de la determinación social de la salud, en tanto objeto, concepto y campo de acción.

Figura 3
Eficacia y ética social de la epidemiología crítica



Fuente: Breilh 2013

En cada una de estas dimensiones (general, particular y singular), la tuberculosis multidrogoresistente debe analizar integrativamente factores como: los intereses estratégicos de su inserción estructural, filiación cultural y de género, es decir, en su condición individual junto con su núcleo familiar, para desentrañar las raíces socio-ambientales de los problemas de salud que genera y reproduce la acumulación, para pensar sobre estas con un sentido crítico y para actuar en una línea de emancipación respecto a los procesos malsanos que provoca en los órdenes general, particular y singular, que se traduzcan en la generación de líneas de acción que aporten al mismo tiempo a una ruptura hacia una sociedad sustentable, soberana, solidaria y saludable/biosegura en todos sus espacios, que hagan posible la preeminencia de procesos protectores y soportes, colectivos, familiares e individuales, que posibiliten un manejo integrativo sustentable de la tuberculosis multidrogoresistente (Breilh 2013).

Capítulo tercero

Metodología

Por tratarse de la investigación de un hecho, “Segregación social de la tuberculosis multidrogoresistente en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016”, a través, de la cual se llegó al análisis e interpretación, lo más cercana a la realidad, de su determinación social, entonces, el presente trabajo es descriptivo de tipo cualitativo.

Mi experiencia personal de más de una década trabajando para y con las personas afectadas por tuberculosis, ha facilitado la investigación sobre todo por la cercanía con los servicios de salud del territorio elegido y con las personas que accedieron a particular libre y voluntariamente a este estudio.

Con el objetivo de no “perder de vista la integralidad de los procesos que los ocasionan o *procesos determinantes* como también se los conoce”, y se pueda realizar aportes al campo preventivo, donde están los modos y estilos de vida y sus determinantes, a través de la búsqueda de evidencias sociales de la enfermedad (Breilh 2019), la investigación se dividió en tres fases, que corresponden a los componentes interrelacionados de los dominios de la realidad determinada social e históricamente en cada una de ellas la investigación se desarrolló en lugares y momentos adecuados, donde se aplicaron técnicas de investigación cualitativa apropiadas para recabar información de variables de los objetivos específicos, que posteriormente fue analizada de manera integrada para llegar a conclusiones (Cardona Arias 2016).

1. Las fases de la investigación

1.1. Fase 1

En relación con el dominio estructural, global, de la sociedad en general, donde se encuentran los patrones sociales que requieren análisis de los modos de vida, determinados por dimensiones política, económica, cultural, ambiental, así como de procesos protectores como la cooperación y complementación, y procesos destructivos como la acumulación y alienación. Complementariamente, incluyó el análisis de la lógica de producción, consumo y el rol del Estado.

La unidad de análisis fue la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Este trabajo se lo realizó en la ciudad de Quito, entre noviembre de 2018 y enero de 2019. Se

utilizó un enfoque colectivo, a través de la técnica de investigación social basada en documentos o investigación basada en fuentes secundarias, para lo cual se reunió, seleccionó y analizó un conjunto de datos que estaban en forma de documentos, publicados sobre temáticas de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas. Con este material, a través del estudio de variables se buscó llegar a la determinación del patrón social, que en este estudio se lo entiende como comportamiento humano que tiene patrones universales comunes que ocurren mayoritariamente en el subconsciente de una población, y es el resultado de un conjunto interrelacionado de normas sociales y complejos culturales sustentados por los miembros del grupo social. Igualmente, resulta de estructuras interrelacionadas que se originan en el comportamiento y la interacción de las personas con sus pares. Por lo que los patrones sociales no solo son escenarios de vida, sino que expresan significado y -a la vez- participa en el desarrollo del mismo a medida que los usuarios lo recorren. En otras palabras, el patrón social se compone de modos de vida interrelacionados que se desarrollan a lo largo de la vida de las sociedades (López Rueda y Vaca Proaño 2018); (Suriá 2018).

Tabla 1
Operacionalización del dominio estructural, global, de la sociedad en general

Variable / Parámetro de análisis	Definición	Dimensiones	Componente de análisis	Fuente de información
Modo de vida	Son las condiciones políticas, económicas, culturales y ambientales de un grupo de individuos o de una determinada población, donde los miembros de ella utilizan y desarrollan sus condiciones de vida.	Política	Identificación de actores sociales	GAD provincial
			Descripción de relaciones y conflictos entre actores	Ventura Barsky Borja Núñez León
		Histórica	Descripción histórica cronológica	Gómez Rendón Página oficial del gobierno Cantonal de Santo Domingo
			Descripción histórica geográfica	Centro de investigaciones 1992 Ventura
			Descripción histórica etnográfica	Espinosa Gómez Rendón
		Económica	Descripción del desarrollo económico de Santo Domingo de los Tsáchilas	MAGAP INEC
		Cultural		
		Social	Factores de cohesión social	

			Efectos de crecimiento demográfico	
			La migración	
			Acceso a servicios públicos	
			Acceso a servicios de salud	
			Estado de la tuberculosis en la población	
		Ambiental		
Procesos protectores		Cooperación		
		Complementación		
Procesos destructivos		Acumulación		
		Alienación		

1.2. Fase 2

En el dominio particular, relacionado con grupos sociales, se analizó la exposición a procesos peligrosos y procesos saludables, conociendo los modos de vida del grupo de estudio, a través de la investigación de las dimensiones propias las condiciones de vida, como, patrones de trabajo, consumo de bienes y servicios, creación y reproducción de valores culturales e identidad, cosmovisión y perfil de subjetividad, formas de organización de acciones para beneficio del grupo, relaciones ecológicas y disfrute del ambiente, así como la vida.

La unidad de análisis sobre la que se trabajó para alcanzar los objetivos de la investigación fueron los casos confirmados de tuberculosis multidrogoresistente, notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período comprendido entre 2013 y 2016.

Se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de levantamiento de información. El lugar de trabajo fue en las residencias de los casos en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, entre marzo y junio 2018. Se analizaron las siguientes variables.

Tabla 2
Variables analizadas

Variable / Parámetro de análisis	Definición	Dimensiones	Componente de análisis	Fuente de información
Exposición a procesos peligrosos – destructivos	Son aquellos procesos expresados en condiciones de vida no saludables de los modos	Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad	Trabajo remunerado. no Desempleo	Encuesta semiestructurada, modificada del

– no saludables	de vida que favorecen el desarrollo de tuberculosis y la multifármacorresistencia	relacionados con la fuente de trabajo		instrumento INSOC Breilh, Jaime. Breve recopilación sobre operacionalización de la clase social para encuestas en la investigación social. Quito: CEAS, (1989).
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con las condiciones de la vivienda	Propiedad de la vivienda Condiciones de la vivienda Hacinamiento	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la asistencia sanitaria	Lejanía a servicios de salud No asegurados sociales	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la reproducción social	Jefatura del hogar Autoidentificación étnica Responsabilidad económica de la familia Instrucción Acceso a telefonía celular Acceso a internet en la casa Uso de redes sociales Usos de vienen como refrigeradora, cocina a gas, lavadora, secadora, Vehículos Seguro social	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con el entorno donde vive	Lugar de residencia urbano – no urbano Cercanía a lugares riesgosos de exposición: Mercados, ríos, quebrada, fábricas, centros educativos, ruido, botadero, granjas, monocultivos	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la capacidad adquisitiva	Ingreso individual, ingreso familiar, origen del ingreso, ingreso diario por persona	

Exposición a procesos protectores saludables	Son aquellos procesos expresados en condiciones de vida saludables de los modos de vida que favorecen la protección contra la tuberculosis y la multifármacorresistencia	Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la fuente de trabajo	Casos trabajando Casos jubilados	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con las condiciones de vivienda	Propiedad de la vivienda Condiciones de la vivienda	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la asistencia sanitaria	Cercanía a servicios de salud	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la reproducción social	Jefatura del hogar Autoidentificación étnica Responsabilidad económica de la familia Instrucción Acceso a telefonía celular Acceso a internet en la casa Uso de redes sociales Usos de vienen como refrigeradora, cocina a gas, lavadora, secadora, Vehículos Seguro social	
		Modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con el entorno donde vive	Lugar de residencia urbano – no urbano Cercanía a lugares riesgosos de exposición: Mercados, ríos, quebrada, fábricas, centros educativos, ruido, botadero, granjas, monocultivos	
		Modos de vida que tiene el individuo en la	Ingreso individual, ingreso familiar, origen del ingreso,	

		sociedad relacionados con la capacidad adquisitiva	ingreso diario por persona	
--	--	--	-------------------------------	--

1.3. Fase 3

En el ámbito individual o singular se estudiaron la vulnerabilidad diferencial de las personas, a través del análisis de los estilos de vida, los cuales se reflejan en el fenotipo y el genotipo, como el itinerario típico personal, el patrón individual y familiar de consumo, las concepciones y valores personales-familiares, la capacidad de organizar acciones en defensa de la salud y el itinerario ecológico personal y familiar, los que determinarán la vulnerabilidad diferencial de las personas.

La unidad de análisis consistió en casos seleccionados que fueron considerados por su disponibilidad y riqueza de información aportada, se aplicó un diseño secuencial, en el cual prevaleció el principio de selección gradual, según el cual los casos se fueron integrando sobre la marcha de la investigación, conforme fueron emergiendo conceptos al ir recabando la información, para lo cual se utilizó la técnica de bola de nieve o cadena, en donde se identificaron los casos de interés a partir de alguien que conozca a alguien que puede resultar un buen candidato para participar. El acceso a los individuos se facilitó por el trabajo realizado antes de esta investigación, lo que permitió contactar sin mayor dificultad a las personas que habían presentado los casos, y de esta manera se inició con el primer contacto. Posteriormente, se coordinó con el primer caso para ubicar a los demás casos, tomando en cuenta su disponibilidad y predisposición. Una vez contactados los casos se fue recabando información hasta cuando se produjo la saturación, lo que sucedió cuando los casos ya no aportaron con ideas nuevas y se observaron repeticiones, lo que determinó que se tenga la totalidad de diversidad de ideas (Martínez-Salgado 2012). Ninguno de los casos que participó en la investigación tienen relación de parentesco o amistad, la única similitud entre ellos es vivir en Santo Domingo, así como tomar el tratamiento antifímico en los establecimientos de salud de la provincia. Dos o tres sujetos de estudio se conocían por haber coincidido durante la estancia hospitalaria de la fase intensiva del tratamiento, o en las reuniones de la Asociación de Personas Afectadas por TB, en las que se compartían frecuentemente.

En ellos que aplicó la técnica historia de vida, realizadas el conjunto de estas entre mayo y junio del 2018, en la ciudad de Santo Domingo. Esta técnica aplica el método conversacional con las personas que han sido diagnosticadas con TBMDR; adicionalmente, se analizará la relación de las personas con esta enfermedad con el sistema de salud, para conocer qué grado de responsabilidad tuvieron en las vidas de las personas objeto del estudio para que finalmente tuvieran este diagnóstico. Se pretende caracterizar posibles relaciones entre la adherencia a tratamientos previos, la oferta sanitaria y el rol del personal sanitario. En este contexto, se investigaron los siguientes parámetros:

Itinerario típico personal, donde se indagaron aspectos como:

- Cómo llegaron a vivir los casos a Santo Domingo
- Cómo ha sido la actividad laboral de los casos
- Actividades económicas a las que se dedicaban padres y abuelos
- Actividad laboral actual

Relación de las personas con la enfermedad, se indagaron los siguientes aspectos:

- Cómo afrontó la familia la enfermedad
 - Cómo afectó esa noticia al paciente y su familia
 - Cómo se siente ahora
- Relación de las personas con el sistema de salud
- Trato del personal de salud hacia el paciente
 - Relación con el personal de salud cuando se realizó el diagnóstico, el tratamiento, en el centro de salud
 - Experiencia personal de la hospitalizada
 - Experiencia personal sobre la realización con el personal de salud durante el tratamiento
 - Adherencia a tratamientos previos
 - Experiencia personal sobre la toma de medicinas en el centro de salud
 - Cambios en la familia o en el paciente (hábitos) antes y después del tratamiento
 - Tratamientos de tuberculosis realizados
 - Cuál fue la etapa más dura en los tratamientos

2. Modelo analítico y operacional del estudio

Una vez recolectada la información, esta fue analizada a través de una reflexión crítica de cómo los grupos sociales son impuestos, apresados y manipulados por dos grandes fuerzas hegemónicas: los grandes acumuladores de poder y de capital representados con la inserción de empresas de monocultivos, fábricas y transnacionales; y el gran poder de la salud a través de la yatrogenesis clínica y estructural (Illich 1975), que enferman a la población desde el nivel macro y tratando de recuperar o restaurar la salud siguen generando mayor afectación en la salud, dejando secuelas irreversibles, como dice Illich “la triple yatrogenesis ha llegado a un punto medicamente irreversible” (1975, 30), para facilitar el análisis se utilizó la siguiente tabla de relación:

Tabla 3
Relación interno /externo

Externo		Interno	Ámbito individual o singular	
			Procesos protectores Estilos de vida saludables	Procesos destructivos Estilos de vida no saludables
Ámbito estructural, global o general	Procesos protectores como la cooperación y complementación	Fortalecer la cooperación para mantener estilos de vida saludable	Utilizar la cooperación y complementación para reducir o evitar estilos de vida no saludables	
	Procesos destructivos como la acumulación, alienación	Aplicar los estilos de vida saludable para manejar la acumulación la alienación	Evitar la acumulación y alienación para evitar estilos de vida no saludables	
Ámbito particular	Procesos protectores saludables de modo de vida	Considerar modos de vida saludable para adoptar estilos de vida de vida saludables	Considerar modos de vida saludable para evitar estilos de vida no saludable	
	Proceso destructivos exposición a procesos peligrosos	Aplicar los estilos de vida saludable para evitar la exposición a procesos peligrosos	Evitar estilos de vida no saludables para reducir la exposición a procesos peligrosos	

3. Ética

En cumplimiento de las disposiciones reglamentarias para este tipo de actividades académicas, se aplicó el consentimiento libre e informado, aplicación de los principios básicos de bioética.

La tuberculosis es un tema que produce estigma en la población y en los individuos, miles de años atrás y aún en la actualidad, pero para el trabajo de investigación no fue un obstáculo, ya que los participantes y la investigadora tienen un largo recorrido de trabajo mancomunado, por todo el trabajo previamente desarrollado con ellos y sus familias. Siempre se ha mantenido una relación de respeto, igualdad y no discriminación; en ningún momento se divulgó públicamente su condición previa de enfermedad a otras personas, ni los motivos por los cuales se frecuentaba al grupo, siempre se ha mantenido la confidencialidad.

Capítulo cuarto

Resultados

1. Análisis de dominio estructural de la sociedad general de los patrones sociales

En las siguientes páginas se van a analizar los patrones sociales de la sociedad que determinan la estructura de sus hábitos y las dolencias que desarrollan a lo largo de sus vidas.

1.1. Análisis de los modos de vida históricos

La historia de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas empezó desde mucho antes de que empezara la colonia, sus habitantes se conocían ya desde entonces como Colorados por el hábito de pintarse con una preparación de grasa y achiote la cara y el cuerpo. Pero desde entonces hasta la actualidad los modos de vida han cambiado de formas notables, lo que determina muchas de las dolencias, así como también, las resistencias a las enfermedades de la gente.

1.1.1. Descripción histórica cronológica

El territorio de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas estuvo habitado desde mucho antes de los tiempos de la colonia, Salomón, en la segunda edición de su magna obra *Los señores étnicos de Quito en la época de los incas*, refiere que el apodo Colorados, data desde el siglo XVII, cuando se menciona a los “indios colorados de la provincia de los niguas y el asentamiento de Santo Domingo de los Colorados” (2011, 81), aunque se sospecha que su uso puede ser incluso anterior, tal y como lo sostiene Gómez Rendón:

Por otro lado, el rastreo de fuentes sugiere además que el término “colorados” no se aplicaba de manera uniforme a un grupo geográfica y lingüísticamente diferenciado, sino a varios grupos asentados en diferentes zonas y, posiblemente, a hablantes de diferentes dialectos, a los cuales se agrupaba exclusivamente en virtud de su práctica de pintarse el rostro y el cuerpo con Bixa orellana, cuyo pigmento rojo dio origen al nombre desde las primeras décadas de colonización española. En efecto, cuando en 1592 el jesuita Onofre Esteban entró en la zona baja de Angamarca a evangelizar a sus habitantes, ya se les conocía como “colorados” debido a su uso del achiote (2015, 9).

Más tarde, “en el plano del insigne ecuatoriano Pedro Vicente Maldonado, 1750, consta Santo Domingo de los Colorados y San Miguel de los Colorados” (Gobierno de Santo Domingo 2019); como se describe en la página oficial de la Municipalidad de Santo Domingo, donde entre otros datos, se detalla, que, “la orden de los Dominicos evangelizó esta zona, de donde se origina el nombre Domingo, y por los indios pintados su cabello de color rojo, Colorados” (Gobierno de Santo Domingo 2019).

Más adelante se detalla que para el 29 de mayo de 1861, en la presidencia de García Moreno, la Asamblea Nacional del Ecuador decreta la Ley de División Territorial, dividiendo al país en 13 provincias, constando la de Pichincha, entre cuyos cantones se halla el de Quito, y como parte de este la parroquia de Santo Domingo de los Colorados. En 1880 se producen las primeras migraciones de franceses y alemanes hacia esta parroquia, en este año se contabilizaron 1 814 colonos, quienes en pequeñas extensiones explotaban plantaciones de caucho (Gobierno de Santo Domingo 2019).

El 23 de julio de 1883 se crea el cantón Mejía y se anexa a este la parroquia Santo Domingo de los Colorados. El 6 de noviembre de 1899 es fundado institucionalmente el pueblo de Santo Domingo de los Colorados, a través de la Gobernación de Pichincha que, en 1944, regresa nuevamente a la dependencia de la jurisdicción del cantón Quito (Gobierno de Santo Domingo 2019).

El 3 de julio de 1967 Santo Domingo fue elevado a cantón de la provincia de Pichincha, según Decreto. 079, dictado por la Asamblea Constituyente de ese año, publicado en el Registro oficial 161, de 3 de julio de 1967, constituyéndose en Municipio.

Casi por la misma época, el 30 de octubre de 1966, se constituyó el Primer Comité de Provincialización, siendo todavía una parroquia rural con una población que sobrepasaba los 35 mil habitantes. Pero mientras Santo Domingo pedía ser provincia, la Asamblea Nacional Constituyente oficializó la cantonización el 3 de julio de 1967. Sin embargo, las aspiraciones de ser provincia no terminaron con la cantonización. El Segundo Comité de Provincialización se formó el 29 de diciembre de 1984. El Proyecto de Ley de Creación de la nueva provincia fue presentado al Congreso Nacional el 19 de septiembre de 1985, pero no fue tratado por los legisladores. El Tercer Comité de Provincialización fue conformado a principios de 1990 y este consiguió que el Congreso Nacional, el 27 de mayo de 1992, apruebe en primer debate el proyecto, pero el segundo y definitivo debate nunca se dio. El cuarto y último Comité de Provincialización fue estructurado el 4 de mayo del 2006, el cual logró que el 9 de noviembre del 2006 el Tribunal Provincial Electoral de Pichincha convoque al pueblo de Santo Domingo a

consulta popular para el 26 de noviembre, donde se consultó a la ciudadanía si estaba de acuerdo con la provincialización. El 83,61% dijo que sí. Con esos resultados, el 7 de junio del 2007, El Presidente de la República firmó el proyecto, que fue enviado al Congreso Nacional. El 16 de agosto y el 2 de octubre del 2007 el Congreso Nacional aprobó en primer y segundo debates el proyecto de creación de la nueva provincia. El 6 de noviembre del 2007 se publicó en el Registro Oficial 205 la Ley de Creación de la provincia Santo Domingo de los Tsáchilas (Gobierno de Santo Domingo 2019).

Mientras esto sucedía con la historia cronológica de la creación de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, según cuenta Ventura:

A partir del año 1964 el Instituto Ecuatoriano de Reforma Agraria y Colonización - IERAC- promovió la colonización dirigida en esta región, especialmente con colonos de la sierra, considerando las tierras Tsáchila como baldías por el hecho de no ser cultivadas de manera permanente. Los núcleos Tsáchila se organizaron en comunas entre los años 1954 y 1963 (1997, 7).

Este proyecto de colonización agrícola dirigida y semidirigida inicia en abril de 1957, durante la presidencia de Camilo Ponce Enríquez:

Es cuando se aprueba y comienza a aplicarse el "Plan Piloto", que preveía la incorporación de 5.322 hectáreas, organizando "fincas familiares" para la producción de plátano, Banano, Café, cacao. Pastos, palma africana, y otros cultivos de subsistencia. Junto al "Plan Piloto", el estatal Instituto Nacional de Colonización impulsó hasta 1962 programas de colonización semidirigida. de iniciativa particular y espontáneas, algunas agrupadas ya en cooperativas agrícolas (Centro de Investigaciones 1992, 14).

Este plan piloto repartió un total de 16 200 hectáreas entre un número indeterminado de familias de agricultores, quienes se comprometían a cultivar la tierra obtenida, muchos de ellos para vender los productos obtenidos de la tierra, pero también hubo un porcentaje considerable de colonos que hicieron agricultura de subsistencia.

1.1.2. Descripción histórica etnográfica

Sin duda la nacionalidad Tsáchila no era la única población que usaba el achiote como pigmento corporal, Lippi sostiene que “cuando los españoles se referían a los Colorados no se puede concluir automáticamente que hablaban de la nacionalidad Tsáchila [por lo que] es más prudente considerar Colorado como un nombre descriptivo genérico más que una designación étnica precisa” (1998, 60). Ventura asevera que en el

año 1971 “el Estado ecuatoriano les otorgó el entonces llamado ‘Estatuto de la Tribu de los Indios Colorados’, actualmente en proceso de reforma, que introdujo una figura unificadora de la etnia, el Gobernador” (1997, 2).

El uso del achiote de esta nacionalidad se debió a un incidente relacionado con la salud, Kalazacón, un reconocido miembro, recuerda que hace 450 años se propagó en la tribu una epidemia de viruela que no se curaba con las infusiones y preparados varios de hierbas que hacían: “Los curanderos (‘ponés’, en tsa’fiki) hicieron infusiones con hierbas, pero la fiebre no desaparecía. Por ello decidieron consultar a los espíritus de la naturaleza. Estos los guiaron hasta los árboles de achiote” (Espinosa 2015). Se colocaron achiote en todo el cuerpo y se curaron, por ello desde entonces se siguen untando con la misma mezcla de grasa animal y el fruto de la planta achiote, en la creencia de que los mantiene sanos.

Epidemias como la viruela, a la que Kalazacón atribuye el origen de la costumbre de pintarse con achiote, atacaba a todos los grupos, por tanto, todos los habitantes de esa zona en ese tiempo pudieron pintarse con achiote por los mismos motivos que entonces los tsáchilas. Gómez Rendón ha localizado, en una revisión bibliográfica, a un amplio conjunto de tribus que se ponían achiote en todo el cuerpo y la cabeza, “entre ellos los Chachis (conocidos como los cayapas), los Awa (conocidos como los Coaiqueres, los Chocoanos, los Yumbos y los Malabas” (2015, 10). Por lo que puede decirse, sin lugar a dudas, que no fueron los únicos en usar el achiote para pintarse cuerpo y cara, pero sí son los únicos que han llegado hasta la actualidad a ser conocidos con ese apelativo. “Por las características antropológicas y lingüísticas en relación al idioma Barbacoa, del cual se derivan varios vocablos, entre ellos el Tsáfiqui, se ha ubicado el origen de los Tsáchilas en Centroamérica y el caribe” (Tsáchilas del Bua 2014). La lengua nativa es el tsáfiqui.

Pertencen a la familia lingüística macro-chibcha, al igual que los idiomas de los Cayapas. Los cronistas españoles de la época de la colonia y los investigadores están de acuerdo en que a lo largo de las estribaciones de la cordillera occidental de los Andes a partir del río Santiago por el norte y hasta Angamarca por el sur, existían poblaciones habitadas por los yumbos colorados (Tsáchilas del Bua 2014).

Están considerados como uno de los grupos étnicos ecuatorianos que conservan la pureza de su raza a pesar del transcurso del tiempo y de las dificultades que para ello le plantean la coexistencia con la población mestiza y blanca, circunstancia que se atribuye “principalmente a la procreación entre miembros de una misma familia, lo que

por desgracia ha producido la esterilidad de muchas de sus mujeres, razón por la cual es un grupo en vías de extinción” (Avilés Pino 2018).⁵ La nacionalidad Tsa’chila no se emparejan, generalmente, con individuos de fuera de su grupo étnico.

Complementariamente, la sociedad mestiza con la que están en permanente contacto no les ha desposeído de los elementos culturales que les dan cohesión cultural, tales como la lengua tsafiqui, la endogamia como una característica de las relaciones de pareja y los rituales y ceremonias tradicionales. La población de la provincia de Santo Domingo, en la actualidad, mayoritariamente se considera mestiza, a pesar de que el pueblo originario de estas zonas es la nacionalidad Tsa’chila.

1.1.3. Descripción histórica y geográfica

Se sabe que los límites de los dominios y características sociales del grupo que en la actualidad es conocido como los Colorados, pero en realidad el termino adecuado para referirse es: nacionalidad Tsa’chila, aunque no se hallan fuentes que corroboren con exactitud más allá de unos pocos rasgos distintivos, se desconoce, sin embargo, la extensión exacta en la que habitaban es imposible precisarla, incluso los límites geográficos son difusos en el país. Este grupo étnico no es autóctono del Ecuador, tiene su origen en otra parte del continente. En esos tiempos los límites geográficos no se parecían a los actuales, tribus enteras abandonaban un paraje que por cualquier motivo había dejado de parecerles adecuado y se iban en busca de un mejor lugar. En el país hubo nacionalidad Tsa’chila en varias provincias, pero son los que habitaron en las inmediaciones de Santo Domingo, quienes continuaron pintándose el cuerpo y la cara con achiote como una marca distintiva de su identidad, y que han llegado a ser conocidos en la actualidad con esa denominación.

En este contexto, habitaban en un área geográfica no delimitada, cuando se realizó la primera reforma agraria en el país, que se llevó a cabo en un ambiente social y económico de gran convulsión, cuando hacía pocos años de la Revolución cubana y

⁵ El apareamiento entre miembros de una misma familia es lo que la biología define como endogamia: “Cruzamiento entre individuos de una raza, comunidad o población aislada genéticamente” (Real Academia Española de la Lengua 2014). Y sus consecuencias, según Ceballos y Álvarez, son que: “Un individuo descendiente de una unión consanguínea tiene una mayor probabilidad de ser homocigoto (portador de alelos idénticos en el mismo gen) en comparación con otro cuyos padres no estén emparentados” (Ceballos y Álvarez 2010, 166). En esta costumbre puede hallarse la respuesta al peligro de extinción en el que se halla este grupo étnico.

Estados Unidos agitaba sin cesar el fantasma del comunismo en el continente.⁶ Este proyecto de repartición de tierras incultivadas no se logró completar por el gobierno militar, que gobernó el país desde 1963 hasta 1966. Así como a la cesión y legalización de la posesión de la tierra no le siguió un programa crediticio de la banca estatal, que permitiera obtener a los nuevos propietarios de las tierras los recursos para cultivarlas.

Esta reforma tuvo para nacionalidad Tsáchila varias importantes consecuencias, la principal fue la desposesión de un porcentaje de sus tierras de dominio ancestral y la imposibilidad de continuar viviendo apartados del resto de la población de la zona; pero también esta reforma les dejó como resultado la propiedad legal de una tierra de la que hasta entonces habían usufructuado:

Las comunas proporcionaron básicamente la obtención de los títulos de propiedad de la tierra, de forma comunal, con un doble corolario: por un lado, el territorio tsáchila quedaba protegido de las invasiones de los colonos; por el otro, este tenía que ser forzosamente limitado y, como consecuencia, fijaba para siempre el hábitat del grupo en un área. Las familias tsáchila solo podrían disponer del usufructo de la tierra que ya trabajaban en el momento de la legalización, con lo cual su movilidad tradicional -que permitía, además de una estrategia económica, resolver conflictos internos mediante desplazamientos dentro del territorio, quedaba eliminada (Ventura 1997, 2).

A través de esta acción la nacionalidad Tsáchila obtuvo la legalización de su posesión y fueron integrados a la vida nacional, con innegable éxito, pues en la actualidad participan de la economía de mercado con la venta de plátano, café y cacao; además de que son conocidos practicantes de su medicina tradicional, que comercializan con excelentes resultados: desde todos los rincones del país acuden a consultarlos. A pesar de lo cual, y en aras de conservar su identidad, continúan teniendo como principal actividad de subsistencia la pesca y la caza, en ese orden. A pesar de ello, este grupo con el tiempo ha sufrido una paulatina reducción de su población, debido a factores como la epidemia de difteria a principios del siglo XX, “que habría provocado la última de las grandes migraciones desde la zona de Cocaniguas al norte de Santo Domingo hasta las actuales ubicaciones” (Ventura 1997, 2).

⁶ “La primera ley de reforma agraria de Ecuador se promulgó en 1964 en medio de un contexto de convulsión social –en los años cincuenta y sesenta– en el que el telón de fondo era la revolución cubana y el peligro que esta representaba para los intereses de las grandes potencias en las poblaciones sudamericanas. La Alianza para el Progreso propone medidas distributivas entre las cuales se destacan las reformas agrarias como acciones preventivas para evitar mayores procesos revolucionarios” (Albornoz y Machado 2016, 4-5).

De todas maneras, sobre la demografía de la nacionalidad Tsa'chila no se recopilaron datos oficiales hasta 1974, pues los primeros censos hechos en el país no consideraron a las agrupaciones étnicas de manera diferenciada, razón por la que no se pueden hallar datos demográficos de este grupo; pero en este año el Ministerio de Agricultura y Ganadería realizó un censo que tomó en cuenta las ocho comunas existentes, estos eran 915 personas.

En 1986, Robalino reporta una población de 1.403, distribuidos de la siguiente manera: Bua (282), Tahuaza (28), Otongo-Mapalí (96), Congoma (343), Naranjos (98), Chigüilpe (247), Poste (180) y Peripa (129) (Robalino 1989). Aún sin concluir un censo en proceso de elaboración, se puede calcular la actual población tsáchila en cerca de 2.000 personas, residentes en las ocho comunas, que mantienen la proporción establecida en 1986 (Ventura 1997, 3).

Cada nacionalidad Tsa'chila tiene su propio nombre, por tanto, conforma un subgrupo o una tribu, que es la forma de organización social mínima que antes adquirirían los habitantes de un lugar, pues una tribu es como una familia multigeneracional, y la reunión de muchas tribus constituía una etnia.

En lo que se refiere al territorio que ocupan en la actualidad, los datos no son exactos debido a que sufrieron hasta la reforma agraria sucesivas invasiones de parte de colonos; sin embargo, después de 1964 pasaron a ser propietarios legalmente reconocidos por las leyes nacionales, y hacia 1995 se consideraba que este comprendía un total de 8 000 hectáreas (Ventura 1997, 4).

Los 644 kilómetros de nuevas carreteras, que se terminaron de construir en 1964, unieron a la Costa y la Sierra a través de Santo Domingo, lo que convirtió a la vía de integración interregional y a la ciudad de ubicación estratégica que es Santo Domingo en una de las más dinámicas en su actividad comercial y de composición étnico cultural más diversa del país.

Al mismo tiempo que se terminan de construir las carreteras, en el mismo año de 1964, el Estado pone en marcha un programa de ayuda a la colonización, en esta ocasión se trataba de orientar y canalizar la actividad del colono espontáneo del sector del triángulo Santo Domingo de los Colorados-Chone-Quinindé, una prioridad nacional que se conoció como Plan BID y benefició a 5 000 familias con las 150 000 nuevas hectáreas incorporadas a las labores agrícolas.

El proceso colonizador emprendido y controlado en gran medida por el Estado explica el posicionamiento de Santo Domingo como un polo de atracción de la migración económica de todo el país, y también de la foránea, lo que determinó que desde principio de los sesenta “se asista a su gran despegue demográfico, donde el principal eje de crecimiento será el área rural paralelo al crecimiento relativamente importante de la ciudad” (Centro de Investigaciones 1992, 15). En el área rural estaba entonces el mayor número de empleos, situación que fue cambiando paulatinamente a favor del sector urbano.

Pero este despegue demográfico no se hizo de forma ordenada y planificada, más bien fue descontrolado y sin ley:

La década de los sesenta es definitiva en la conformación de lo que hoy es la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas que, debido a los procesos de Reforma Agraria en el país, se ve marcada por la migración interna de carácter agrícola. La expansión territorial y la demanda de vivienda transformaron las tierras rurales en urbanas, sin control municipal ni estatal. Esta situación, acompañada de las ventajas económicas de la zona, favoreció su crecimiento demográfico (Quintana 2012, 14).

La presión demográfica urbana restó amplias extensiones al área rural para convertirlas en parte de la ciudad, pero ese crecimiento no estuvo acompañado de una ampliación de la capacidad de los servicios básicos como alcantarillado y agua entubada. En el Ecuador el Estado se ha mostrado repetidamente incompetente para satisfacer las necesidades de infraestructura de sus ciudadanos, la gestión pública pendula entre la inoperancia y la corrupción. En Santo Domingo aún se arrastran los problemas de falta de infraestructura de salubridad de aquella época.

1.1.4. Descripción política

La mayor parte de los actores sociales de la provincia están vinculados con el cantón Santo Domingo, lo que evidencia su nivel de influencia política, entre los actores identificados por el GAD provincial, se mencionan:

- Cámara de industrias, su misión es fortalecer un trabajo conjunto que permita ampliar el mercado de pequeños y medianos emprendedores y productores de la provincia.

- Cámara de Comercio, su misión es representar, promover y defender los intereses de los comerciantes de la zona, mediante el desarrollo de programas y proyectos que contribuyan al incremento de la competitividad comercial y empresarial.
- Cámara de turismo, su misión es liderar y representar a sus socios ofreciendo beneficios mediante la prestación de servicios especializados en asesoría, apoyo gremial, promoción, capacitación, certificación, entre otros que contribuyan a la mejora permanente de la calidad de los servicios que prestan los aliados para el desarrollo y la promoción del sector, la provincia y el país.
- Consejo Cantonal para la Protección de Derechos, es un organismo colegiado integrado de forma paritaria por representantes del Estado y de la sociedad civil, y tiene como misión la formulación, transversalización, observancia, seguimiento y evaluación de las políticas públicas locales de protección integral a las personas y grupos de atención prioritaria, colectivos, pueblos y nacionalidades, bajo los enfoques de igualdad definidos en la Constitución de la República del Ecuador y en los instrumentos internacionales de derechos humanos.
- CONAGOPARE, su misión es incentivar el trabajo coordinado y mancomunado entre los gobiernos parroquiales rurales.
- FEDEFARO, Promueve los derechos del pueblo afrodescendiente.
- GAD municipal, ejerce el gobierno local y provee muchos de los servicios públicos que precisa la ciudadanía, como agua potable, alcantarillado, energía eléctrica, etc.
- GAD provincial, su jurisdicción se amplía a toda la provincia y entre sus competencias se encuentran el mantenimiento de las carreteras y los caminos.
- Gobernación de Santo Domingo, depende el Ministerio del Interior, y sus funciones se limitan a las que esta entidad le otorgue.
- HIAS, rescata a las personas cuyas vidas están en peligro por ser quienes son. Protegen a los refugiados más vulnerables, ayudándoles a construir nuevas vidas y reuniéndolos con sus familias en libertad y seguridad. Abogan por la protección de los refugiados y aseguran que las personas desplazadas sean tratadas con la dignidad que merecen.

Un actor político importante en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, es precisamente los miembros de la nacionalidad Tsá'chila, este se estructura por una

asamblea general, consejo de gobernación cabildos y comisiones comunales; influye de diferentes formas en el ambiente social y político, así, por ejemplo, sus chamanes tienen un importante reconocimiento, de tal magnitud que incluso acuden políticos desde varios lugares del país para consultar quién será el próximo presidente del Ecuador.

Su organización social se centraba en torno a la familia extensa, el hábitat disperso y la ausencia de estructura de poder formal; había sin embargo agrupaciones de familias que podían coincidir con el área de influencia de un pone (chamán), que representaba la figura de autoridad y de prestigio junto con el miya (jefe, gobernador) (Ventura 1997, 1).

La nacionalidad tiene entre sus varias expresiones políticas al Partido Alianza Tsáchila, fundado hace diez años. Esta agrupación política generalmente realiza alianzas con otros partidos para alcanzar puestos de elección popular.

La provincialización de Santo Domingo fue un largo proceso en el que participaron muchos actores, principalmente políticos y empresarios, pero también la sociedad civil, que veía en ella una manera de adquirir cierta autonomía administrativa, de poder realizar muchos trámites en su ciudad y dejar de ir a Quito, que se encuentra a 133 kilómetros de distancia, para un trámite burocrático que requería su presencia varias veces.

La ley se publicó en el Registro Oficial 205 del 6 de noviembre de 2007. Santo Domingo de los Tsáchilas ya era provincia, habían culminado con éxito cuatro décadas de lucha de un pueblo que se organizó para cumplir con ese objetivo. Al año siguiente se llevarían a cabo las primeras elecciones, en las que se elegirían autoridades provinciales, aquel histórico 16 de marzo de 2008 se eligieron por primera vez prefecto y consejeros.

Santo Domingo, en cuanto al desarrollo social, ha tenido desde cuando era cantón hasta convertirse en una de las provincias de la Sierra ecuatoriana y rol importante en desarrollo nacional hasta convertirse en la cuarta ciudad en importancia después de Quito, Guayaquil y Cuenca (GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas 2018).

En la década de los sesenta Santo Domingo empezó a experimentar un crecimiento acelerado y desordenado, pues como en muchas otras ciudades del país los políticos no han sido los gestores impulsores del orden y el progreso de sus ciudades, el planeamiento urbanístico ha estado ausente y los regidores se han limitado a legalizar los asentamientos populosos que les generaban apoyo en las urnas y cierta recaudación para el cabildo. Y ese crecimiento demográfico ha sido casi exclusivamente de carácter urbano.

Este fenómeno ha sido el resultado de importantes movimientos migratorios que desde los años sesenta, llevó a gente de tantos sitios, incluidos extranjeros, a asentarse en el territorio de la actual provincia de los Tsáchilas, que huía del desempleo y las condiciones de vida (Borja Núñez 2011, 16). Según Barsky, el flujo de colonización del cantón Santo Domingo de los Colorados empieza hacia finales de la década de 1940, y el de las ciudades aledañas de El Carmen y Quinindé a inicios de la década de 1960.

En cuanto a movilidad humana, “Santo Domingo de los Tsáchilas es una provincia altamente receptora de inmigración, con una gran variedad de expresiones, como la del movimiento de la barriada de San Camilo, que fue el prelude de una ola de invasiones de haciendas periféricas en esa ciudad y en otras de la costa” (Borja Núñez 2011, 15-6).

Esto se halla relacionado con las actividades productoras de las fértiles tierras de una zona que cuenta con un clima que o posee las inclemencias del frío de la sierra ni las del calor de la costa.

Este proceso último está ligado a la caída de la producción bananera, lo que originó una alta desocupación en los trabajadores ligados a esta producción y a actividades conexas. De ahí que el origen de muchos colonos es de provincias de la costa. Se trata esencialmente de colonos que ya eran agricultores o trabajadores agrícolas en sus lugares de origen, lo que junto con el proceso de aprendizaje y transferencia de conocimientos que se ha producido durante el tiempo de permanencia en el área ha generado una "cultura agrícola" bastante uniforme en la zona, que constituye una base adecuada para la introducción de nuevas tecnologías y prácticas productivas (Barsky 1984, 382).

Esta primera oleada migratoria que se asentó en la zona fue espontánea, y el Estado se limitó, años después, a hacer una legalización de esa ocupación, enmarcada - eso sí- dentro de la Ley de Reforma Agraria de 1964, que fijaba un límite de cincuenta hectáreas por familia. Pero las condiciones de vida eran penosas, pues no existía infraestructura de servicios básicos como alcantarillado, agua entubada o fluido eléctrico. Los colonos se dedicaban al cultivo de distintos productos, para la subsistencia y para el mercado.

Se dice que llegaron a poblar amplias zonas despobladas, pero no es exactamente así, en algunas de estas zonas los colonos encuentran habitantes autóctonos, en Esmeraldas, por ejemplo, están los Cayapas, y en Santo Domingo los Colorados o Tsáchilas. Son distintos los recién llegados de los que ya estaban allí, los colonos son gente más organizada y al establecerse en el lugar tienen intenciones de permanencia y

deseos de prosperar, razón por la que modifican de manera positiva el lugar al que llegan, pero no llegaban solos, otras formas de organización social arribaban casi a la vez:

Junto a ellos también aparecen otras formas y agentes productivos: plantaciones de palma africana, explotaciones de concesiones forestales, ganaderos. Son sujetos sociales que escapan a nuestro análisis, pero que compiten con los colonos en la apropiación del recurso tierra, aunque las políticas estatales más recientes han tendido a mejorar las posibilidades de asentamiento de las explotaciones familiares, haciendo cumplir más efectivamente las leyes de colonización y proporcionando crecientes servicios y obras de infraestructura, lo que permite garantizar un peso decisivo de estas unidades en la región con una expansión creciente sobre las tierras libres en los restantes cantones aledaños a este espacio geográfico (Barsky 1984, 383).

En estas empresas van a trabajar muchos de los colonos, que al no contar con capital propio y no tener acceso a créditos para maquinaria e insumos agrícolas no consiguen que su parcela produzca lo suficiente para mantener a toda la familia. Las empresas que se van asentado se constituyen en el reclamo que atraerá a lo largo de esos años y hasta la actualidad a muchos inmigrantes que buscan en muchos casos ya no la prosperidad, apenas una vida sin hambre y sin demasiadas carencias.

Pero la migración hacia esta zona no disminuyó con los años, de hecho, Portais apunta que: “En el último período intercensal, 1974-82, las zonas de progresión demográfica parecen realmente ‘atomizadas’. En la Costa, tres sectores notables Quinindé-Santo Domingo, el litoral sur (de Naranjal a Machala) y la Península de Santa Elena tienen un fuerte crecimiento” (1990, 66). Y ya van cuatro décadas ininterrumpidas de crecimiento para Santo Domingo.:

En las localidades costeñas (en el sentido altitudinal del término) de Machala, Santo Domingo de los Colorados y Quevedo el peso del elemento migratorio fue espectacular durante el primer intervalo censal; motor de tan importante flujo no puede haber sido otro que el incremento de los cultivos bananeros en las áreas circundantes de estos centros de urbanización explosiva. Sin embargo, si se suman los saldos migratorios de estas y otras ciudades que estuvieron directamente involucradas en el denominado boom bananero (Esmeraldas, Babahoyo, Sta. Rosa, Pasaje y Balzar), el total no alcanza ni a la mitad del saldo migratorio del que se benefició Guayaquil en el periodo, lo que plantea la inquietud de saber cómo la misma vertiente del boom bananero generó flujos migratorios diferenciados y/o hubo, simultáneamente, otras razones para migrar (León 1990, 124).

Como Santo Domingo no había dejado de crecer en extensión y en lo económico, el BID había desarrollado en la zona un plan de colonización ordenada muy importante, pues hasta 1969 se habían legalizado aproximadamente 150 000 hectáreas, beneficiado a

más de cuatro mil familias, cada una -en promedio- de cinco miembros. “Ello significó el 76.0% del total de las tierras entregadas y el 72% de familias adjudicadas” (Borja y Cortes 2001, 6). En la década que va de 1964 a 1970, periodo de las dos únicas reformas agrarias, se asignaron poco más de 200 000 hectáreas. La forma de organización de los nuevos campesinos fue el de Cooperativas Agrícolas de Producción.

Se hacía cada vez más grande y, como dato importante, casi todos los asentamientos rurales eran legales. Santo Domingo se transformaba simultáneamente en una zona de comercio de todo el país y en una potencia agrícola que producía para el consumo nacional y para la exportación, para lo que precisa de una infraestructura que solo el Estado puede crear:

Pero este proceso colonizador, será simultáneamente complementado, desde 1957, con la construcción de las nuevas carreteras de primer orden que conecta la zona de Santo Domingo con Quito y las provincias de Esmeraldas, Manabí, los Ríos y Guayas. Entre 1962- 1965 eran transitables las carreteras: Santo Domingo -Alóag-Quito, Santo Domingo-Chone-Portoviejo, Santo Domingo-Quevedo. En cambio, desde 1967 se transitaba entre Santo Domingo-Quevedo-Guayaquil. Ese nuevo nudo vial del occidente ecuatoriano permitió al Estado construir 644 km de vías que en corto tiempo unió sierra y costa a través de Santo Domingo (Borja y Cortes 2001, 6).

Estos tramos de carretera facilitaron las comunicaciones por vía terrestre, lo que permitió un largo intercambio microrregional e interregional, trayendo como consecuencia el gran despegue demográfico de la que es actualmente la cuarta ciudad del país.

1.1.5. Descripción económica

Hasta la primera mitad del siglo XX, como otras sociedades de las tierras bajas sudamericanas, la nacionalidad Tsá'chila estaba muy débilmente integrada a la economía de mercado, en este contexto, su economía se basaba en la agricultura itinerante, la caza, la pesca y la recolección.

Sin embargo, Santo Domingo es una tierra fértil en la que se da toda clase de cultivos, y que cuenta con un clima benigno, sin las inclemencias del calor del trópico y sin los temibles fríos de la parte andina, por ello el éxodo de la gente hacia allá empezó pronto, según Barsky, el flujo de colonización del cantón Santo Domingo de los Colorados empieza hacia finales de la década de 1940; ligado a la caída de la producción bananera, lo que originó una alta desocupación en los trabajadores. De ahí que el origen

de muchos colonos es de provincias de la costa, agricultores o trabajadores agrícolas en sus lugares de origen (1984, 382).

Mientras que en la década de los 1960 las ciudades aledañas de El Carmen y Quinindé, presentaban flujos migratorios, en la década de los setenta Santo Domingo era un cantón más de la provincia de Pichincha, por lo que el devenir político de la capital se hacía sentir también allí. Pero este cantón tenía algunas de características que lo hacían destacar, la primera era que a pesar de pertenecer a una provincia serrana estaba en la parte costeña del país, en la zona limítrofe con la Sierra, la otra es su condición de zona fronteriza, y su localización de paso estratégica, pues por allí pasaba la carretera Panamericana. En Santo Domingo ya había un movimiento que exigía tierras y vivienda para el pueblo en Santo Domingo, como sostiene un entrevistado de Borja Núñez⁷ (2011, 16).

Esta oleada migratoria fue espontánea y el Estado se limitó, años después, a hacer una legalización de esa ocupación, enmarcada -eso sí- dentro de la Ley de Reforma Agraria de 1964, que fijaba un límite de cincuenta hectáreas por familia. La forma de organización de los nuevos campesinos fue el de Cooperativas Agrícolas de Producción. Pero las condiciones de vida eran penosas, los colonos se dedicaban al cultivo de distintos productos, para la subsistencia y para el mercado.

La migración hacia esta zona no disminuyó con los años, de hecho, Portais apunta que: “En el último período intercensal, 1974-82, las zonas de progresión demográfica parecen realmente ‘atomizadas’. En la Costa, tres sectores notables Quinindé-Santo Domingo, el litoral sur (de Naranjal a Machala) y la Península de Santa Elena tienen un fuerte crecimiento” (1990, 66). Y ya van cuatro décadas ininterrumpidas de crecimiento para Santo Domingo (León 1990, 124).

En estas empresas van a trabajar muchos de los colonos, que al no contar con capital propio y no tener acceso a créditos para maquinaria e insumos agrícolas, no consiguen que su parcela produzca lo suficiente para mantener a toda la familia. Las empresas que se van asentando, se constituyen en el reclamo que atraerá a lo largo de esos años y hasta la actualidad a muchos inmigrantes que buscan en muchos casos ya no la prosperidad, apenas una vida sin hambre y demasiadas carencias.

Barsky menciona estudios que cifran el tamaño de la familia promedio en cinco miembros, lo que implica un exceso de mano de obra, teniendo en cuenta que los cultivos

⁷ Antonio Corazón, entrevistado por Borja Núñez el 22 de octubre de 2009.

son estacionales, por lo que algunos meses se usa toda la mano de obra y la mayoría del tiempo no hace falta.

Esta situación es variable de acuerdo a los cultivos y tecnología usada, pero también a la antigüedad del asentamiento que determina la cantidad de hectáreas desmontadas y sembradas. Si bien las explotaciones de los colonos se asientan en el trabajo familiar decisivamente, es evidente que ello puede variar en función del avance en la siembra, particularmente de café y cacao, cuyos precios garantizan importantes beneficios. De ahí que en estos términos, dada la disponibilidad de tierras y el tipo de cultivos que requieren alta cantidad de mano de obra por hectárea, se puede avizorar una situación de organización de la unidad productiva no necesariamente definitiva, en el sentido de preverse una creciente incorporación de trabajo asalariado (Barsky 1984, 383).

En lo que se refiere a la relación entre población económica activa rural y general, “los índices parecen mostrar también un proceso ligado a la antigüedad en la ocupación. Santo Domingo de los Colorados, con el vertiginoso desarrollo de la ciudad del mismo nombre, muestra el porcentaje más bajo” (Barsky 1984, 383), por su transformación en una ciudad de comercio de todo el país y en una potencia agrícola que producía para el consumo nacional y para la exportación, para lo que precisa de una infraestructura que solo el Estado puede crear.

Hasta antes de 1975 Santo Domingo no contaba como una región de importancia en la producción agrícola del país, fue a partir de ese año, una vez concluidos y cimentados los procesos migratorios y de colonización que despegó la producción agrícola en la región, para cubrir la demanda nacional y adaptarse a las exigencias de la exportación, gracias a la riqueza de sus suelos, la existencia de un contingente alto de mano de obra disponible y barata y la localización estratégica atravesada por la Panamericana.

Sin embargo, la paulatina concentración de la tierra en grandes propiedades, el fenómeno antes desconocido de la región, como la introducción de cultivos de gran inversión (palma africana, ganadería, abacá, palmito) y la falta de crédito estatal para pequeños y mediados campesinos, han ido limitando las posibilidades de dinamizar la economía rural de la región. Además, es evidente que se han ido reduciendo los niveles de empleo de la calidad de vida de más de un centenar de poblados de corte agrícola, pese a la implementación de Programas de Desarrollo Rural (UDRI, 1983 y Proyecto BID 674, desde 1992), que se limitaron a la construcción de infraestructura vial y educativa, sin impulsar un verdadero impacto a nivel productivo y de comercialización e introducción de nuevas tecnologías agropecuarias (Borja y Cortes 2001, 7).

En este contexto, fueron muchos los campesinos que vendieron a grandes compradores porque no obtuvieron créditos, simplemente el Estado nunca se ocupó de ellos, les permitieron tener sus hectáreas, pero los dejaron a merced del capital -nacional y extranjero-, que les ofertaban empleo y ofrecían comprarles las tierras que ellos no podían hacer producir. El Estado ecuatoriano nunca desarrollo una política pública que amparase al pequeño agricultor, mientras Santo Domingo ciudad crecía imparable, es así que pronto reforzó su parte comercial con actividades, agrícolas y comerciales, bancarias y financieras, de transporte urbano, rural, intercantonal e interprovincial, empezaron a emerger pequeñas fábricas de manufacturas y centros educativos de oferta pública y privada.

La producción de la zona se iría volcando paulatinamente al mercado interno: ganadería. palma africana. plátano, banano, frutas, etc. Sin embargo, ello no la excluye de una vinculación permanente con los mercados de exportación a través del café, el cacao, el banano y el abacá. En fin, una asociación de cultivos y policultivos tropicales diversificados que la hacen distinta de otras áreas costeñas (Centro de Investigaciones 1992, 16).

En las últimas dos décadas la ciudad de Santo Domingo ha vivido un proceso de urbanización muy acelerado, que ha tenido como consecuencia una alta concentración de población y de actividades de gestión pública en administración y servicios básicos, así como del comercio, el transporte y la producción agrícola de su tierra feraz.

La ciudad cumple un importante papel en el abastecimiento y comercialización de productos agrícolas tropicales, de preferencia hacia la Sierra, y en particular hacia Quito. Esta función se ha visto facilitada por su ubicación, en el punto de convergencia de tres vías principales de la Costa, y su relativa cercanía a la capital (Centro de Investigaciones 1992, 13).

En la década de 1980 las cosas empiezan a cambiar, en el área rural “se detecta la existencia de un proceso de concentración de la tierra en favor de la ampliación de cultivos extensivos y de mayor inversión (palma africana. ganadería. banano), afectando negativamente a la dinámica del mercado regional” (Centro de Investigaciones 1992, 16). Esto ocurre en detrimento de la explotación agrícola de subsistencia y de pequeño comercio que hace el agricultor sin capital y que usa como mano de obra la familiar.

El censo de 2010 arroja datos que reflejan que las actividades económicas de mayor preponderancia son: el comercio, la industria manufacturera, la enseñanza y la

agricultura y sus derivados; además, divide por géneros la estadística de la población económicamente activa y de la población en edad de trabajar. El INEC aclara que la edad para trabajar se calcula en diez años y más. Lo que quiere decir que en el país se acepta el trabajo infantil y se lo normaliza. En los hombres, la población económicamente activa es las dos terceras partes del total de la población masculina; pero en lo relativo a las mujeres es exactamente al revés (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2011).

1.1.6. Descripción cultural

Por las características productivas de su suelo en Santo Domingo se asentaron colonos agricultores y empresas dedicadas a varias actividades relacionadas con la siembra y la cosecha, la cría de animales comestibles y el faenamiento y empaquetado de los mismos, lo que atrajo al lugar gran número de obreros jornaleros y de empresas que vendían productos químicos, entre otros.

Para nacionalidad Tsáchila, sean hombres o mujeres, pintarse el cuerpo de rojo con tintes naturales como el fruto de la planta achiote es un aspecto muy importante de su identidad. Igual que lo es fabricar sus viviendas con caña guadua y alimentarse principalmente con los productos que cazan o pescan, sin recurrir a los productos procesados que se expenden como alimentos.

El vestido tradicional del hombre consiste en una faldilla de rayas horizontales azul y blanco (manpe tsanpá), un gran pañuelo a la espalda anudado al cuello (nanun panu), una faja roja alrededor de la cintura (sendori) lo que complementan con el arreglo del cabello a manera de casco o visera modelada con achiote y aceite. Las mujeres visten una faldilla multicolor (tunám) y llevan el torso desnudo (Avilés Pino 2018).

Los que han logrado prosperidad económica son aquellos que están más cerca de los centros poblados y se dedican a la medicina tradicional tsáchila muy conocida por los sectores aledaños.

1.1.7. Descripción social

Para la fecha del censo de población que se llevó a cabo en el país en 2001, Santo Domingo era un cantón de la provincia de Pichincha, para el de 2010 ya era una provincia; para efectos comparativos se consignan los datos de 2001, teniendo en cuenta que la provincia de los tsáchilas comprende en ese momento un solo cantón con sus parroquias,

las cifras se refieren entonces a la misma unidad geográfica que en 2010 tenía otro estatus político-territorial, el de provincia, y que en 2013 se anexó un cantón, el segundo.

En 2 001 eran 287 081 habitantes los del cantón Santo Domingo, incluyendo los de sus parroquias rurales, una década después, en el V Censo de Población y IV de Vivienda se estableció que la población de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas es de 368 013, de lo que puede ver que el crecimiento poblacional fue, en cifras absolutas, de 80 995.

En 2012, cuando mediante consulta popular la ciudad de La Concordia decide que se convierte en cantón de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, agrega 42 924 pobladores de este nuevo cantón, aumentando la población provincial a 410 937 habitantes.

En el caso de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas la densidad poblacional es de 107 habitantes por kilómetro cuadrado. La provincia tiene una extensión de 3446,65 km² y la cantidad de habitantes es de 368 013. Para contextualizar este aspecto del dato poblacional es preciso hacer varias comparaciones: en la provincia

Hay que señalar que actualmente los tsáchila no constituyen un grupo compacto, y que existen variaciones en el modo de vida entre las diferentes comunas, así como en su interior. La distancia al centro poblado de Santo Domingo y el estado de los caminos, así como el acceso a energía eléctrica y otros servicios son algunas causas de dicha variación, acrecentada por la desigualdad económica entre sus miembros (Ventura 1997, 3).

En la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas la edad promedio es de 27 años (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2011), lo que permite colegir que esta es una población joven en una etapa de inicio de la madurez, con todas las implicaciones socioeconómicas que ello tiene.

Sin embargo, la desmesura en el crecimiento trajo consigo un cúmulo de problemas de orden práctico: “La ciudad no estaba, ni está, preparada para enfrentar un elevado nivel de crecimiento poblacional, inmigracional y endógeno, tanto porque las fuentes de empleo son insuficientes, cuanto porque la necesidad de vivienda y servicios urbanos están lejos de ser resueltas” (Centro de Investigaciones 1992, 13). Las consecuencias de ello fueron un notable deterioro en el nivel y la calidad de vida de sus moradores.

Y es que si se analizan los datos demográficos de la ciudad en el lapso de solo cuatro décadas se nota lo inusualmente rápido que fue este crecimiento: “En el periodo 1950-1990 la población de la ciudad de Santo Domingo de los Colorados se ha incrementado 75 veces (de 1.498 a 114.048 habitantes)” (Centro de Investigaciones 1992,

13). Una de las más altas tasas de aumento poblacional según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Durante ese periodo cambia su estatus de parroquia de Quito a cantón de la provincia de Pichincha.

Para afrontar este crecimiento en población la ciudad tuvo que extenderse territorialmente, “es así que hasta 1960 se asentaba en 10,6 hectáreas, que en dos años pasan a ser 58,21 hectáreas, en 1972, es decir, solo doce años después, ya ocupa 475,6 hectáreas, en 1982, se extiende sobre 3 881 hectáreas” (Centro de Investigaciones 1992, 13). Asimismo, en el área rural existen un centenar de recintos que conforman poblaciones y caseríos dedicados a la agricultura, los que al principio no tienen cobertura de servicios básicos domiciliarios, más adelante llegará el tendido de energía eléctrica.

Este súbito crecimiento de Santo Domingo no constituye un acontecimiento espontáneo de migración, al contrario, se trata de proceso planificado desde los entes públicos, que planearon convertir a la región en una zona de gran producción agrícola, pues en el Ecuador de esa época existían enormes extensiones de tierra cultivable ociosas. Eran los feudos propiedad de los terratenientes, circunstancia que dejaba como resultado poca oferta de productos agrícolas en el mercado y un alto precio para los que había.

Es importante mencionar en este punto que esta colonización agrícola mermó considerablemente la extensión de la nacionalidad Tsa´chila, a la par que la consecuente construcción de las nuevas carreteras que enlazaban Santo Domingo con ciudades como Esmeraldas, Quito, Quevedo, Portoviejo y Guayaquil, los conectaba con cuatro de las cinco provincias de la Costa. El proceso de expansión urbana, de conexión nacional a través de la red vial recién hecha y la colonización fueron tres eventos que modificaron para siempre la vida de la nacionalidad Tsa´chila, los expusieron a la coexistencia con los mestizos, no volvieron a vivir su vida habitual; no obstante, se adaptaron bastante bien, aunque los índices de natalidad bajaron.

El Plan BID definió el tipo de tenencia de la tierra con su impulso a las cooperativas agrícolas. De allí que la región se convirtiera en una de las zonas de más equitativa distribución de la tierra a nivel nacional. Así, “para 1974 las medianas propiedades finqueras (20 a 100 has) ocupaban en conjunto el 56.9% de la superficie y representaban el 53.10.4> del total de explotaciones agrícolas” (Centro de Investigaciones 1992, 15).

En la actualidad Santo Domingo es la localidad más poblada de la provincia, con 270 875 habitantes, lo que la convierte en la cuarta ciudad más poblada del país después

de Guayaquil, Quito y Cuenca, el crecimiento poblacional fue mucho más rápido que el accionar del Estado en su organización.

1.1.8. Descripción del Sistema Sanitario

En salud, para el 2017, con una población estimada de 485 090 habitantes, la provincia contaba con un número de médicos de 1 112, lo que significó una tasa de 22,92 médicos por 10 000 habitantes, valor casi a la par del nacional, que fue de 22,23 médicos por 10 000 habitantes. Para ese mismo año la red de servicios de salud estaba conformada por 107 establecimientos (65 públicos y 42 privados), de los cuales 37 eran con internación (3 públicos y 34 privados), 70 sin internación hospitalaria (62 del sector público y 8 del sector privado) (Centro de Investigaciones 1992).

De las 41 408 personas que trabajaban en el sector salud en la provincia, para el 2017 41193 se concentraba en las zonas urbanas, y solamente 215 se ubicaban en las zonas rurales. Igualmente, durante el 2017 en los establecimientos de salud se realizaron 1 277 466 consultas de morbilidad y emergencia, de las cuales 158 814 fueron emergencias (12,43%), el 69% se realizaron en los establecimientos del Ministerio de Salud Pública, el 25% por establecimientos privados con fines de lucro y el 5% en establecimientos privados sin fines de lucro.

El Ministerio de Salud Pública se organiza administrativamente en tres distritos, en los cuales se distribuyen 35 centros de salud para cubrir la demanda de atención de primer nivel de atención. El segundo nivel de atención está constituido por 10 hospitales generales, 7 hospitales básicos, 14 clínicas generales, en los cuales funcionan 849 camas hospitalarias disponibles en el 2018, considerando que para este año se proyectó una población de 493 821 habitantes, se calcula un índice de cama hospitalaria disponible por 1 000 habitantes de 1,72, valor superior al nacional, que es de 1,14 camas hospitalarias por 1 000 habitantes. De estas camas hospitalarias, 631 se encuentran en 10 hospitales generales, 105 camas en 7 hospitales básicos y 113 en 14 clínicas generales. Lo que muestra un segundo nivel poco funcional en vista de que debería existir un mayor número de camas en hospitales básicos y no en los hospitales generales (Ministerio de Salud Pública 2018).

El porcentaje de ocupación de días de camas disponible fue de 52,1%, valor inferior al valor nacional 58,15%. Lo que muestra una subutilización de las camas hospitalarias disponibles.

En el 2018 se produjeron 37 462 egresos hospitalarios, la tasa neta de muerte hospitalaria (relación de muertes de pacientes que han permanecido al menos 48 horas de hospitalización en 1 000 egresos hospitalarios) fue de 14,2, valor superior a la tasa nacional que para el mismo año fue de 13,05. La defunción hospitalaria por 1 000 habitantes fue de 1,35, valor superior al nacional para el mismo periodo que fue de 1,14.

Los principales egresos por causa de morbilidad, en el 2018 fueron:

- Otras complicaciones del embarazo, 3 018.
- Parto único espontaneo, 2 129.
- Otra atención materna relacionada con el feto y con la cavidad amniótica, y con posibles problemas del parto, 1 612.
- Colelitiasis colecistitis, 1 417.
- Enfermedades del apéndice, 1 356.
- Fracturas de otros huesos de los miembros, 1 045.
- Neumonía, 1 002.
- Otros traumatismos de regiones especificadas, de regiones no especificadas y de múltiples regiones del cuerpo, 729.
- Diabetes mellitus, 663 (Ministerio de Salud Pública 2018).

Durante el 2018 se registraron 71 egresos teniendo como causa de morbilidad tuberculosis (TB respiratoria 59 y 12 otras tuberculosis) (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos 2018). En el 2017, según el anuario de tuberculosis del Ministerio de Salud Pública, Santo Domingo de los Tsáchilas notificó 173 casos de tuberculosis sensible, que corresponde al 2,98% casos del total nacional, 51 caso eran mujeres y 122 hombres.

En el 2018, según la misma fuente, se reportaron 152 casos nuevos de tuberculosis sensibles (2,55% de total nacional), más 5 casos tratados anteriormente, dando un total de 157 casos de tuberculosis en la provincia. Si bien Santo Domingo no tiene un número elevado de casos de TBMDR, durante los años 2013-2015 ingresaron a tratamiento para TBMDR 17 casos.

1.1.9. Descripción ambiental

La provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas se localiza en las estribaciones de la cordillera Occidental, a 655 msnm. Está a una distancia 133 km de la capital, Quito,

y a 235 km del puerto principal, Guayaquil. Limita al norte y al este con la provincia de Pichincha, al noroeste con la de Esmeraldas, al oeste con la de Manabí, al sur con Los Ríos y al sureste Cotopaxi. Se encuentra estratégicamente ubicada, es una localidad frontera con la región Costa, por lo que convierte a la urbe en un puerto terrestre de intercambio comercial entre Sierra y Costa (Centro de Investigaciones 1992).

Su clima carece del rigor del calor y de las inclemencias del frío, y debido a ello esta ciudad y sus recintos son considerados ideales para la agricultura y otras actividades productivas. Se ubica en la región Costa, en una zona climática lluviosa y tropical, teniendo una temperatura promedio de 22,9°C y un volumen de precipitaciones de 3000 a 4000 mm anuales.

En Santo Domingo el frío serrano llega atenuado, igual que el calor, por tanto, la parte que queda en la Costa no se caracteriza por las altas temperaturas la mayor parte del año de las ciudades populosas como Guayaquil o el más cercano Quevedo.

Santo Domingo es una tierra fértil en la que se da toda clase de cultivos, y que cuenta con un clima benigno, por ello el éxodo de la gente hacia allá empezó pronto. Aunque el mantenimiento de las tradiciones del pueblo Tsáchila, como vivir de la recolección de frutos, de la caza y de la pesca fue más difícil desde finales de 1950, cuando en el país se empezaron a construir carreteras que atravesaban su zona y la comunicaban con el resto del país, lo que les abocó a un contacto permanente e inevitable con la sociedad nacional; además de que la colonización que el Estado organizó en la década siguiente les arrebató una porción de su hábitat.

1.2. Procesos protectores

Varios son los eventos históricos que pueden denominarse así:

- La provincialización de Santo Domingo de los Tsáchilas y la creación del cantón la Concordia mejoran el acceso a todo tipo de servicios, entre ellos los de salud.
- Ingreso de nuevos productos de cultivo, que diversificó la dieta alimenticia.
- Desarrollo de una coexistencia de población Tsáchila y población mestiza y blanca, con la que estar en permanente contacto no les ha desposeído de los elementos culturales que les da cohesión cultural, tales como la lengua, la endogamia, rituales y ceremonias tradicionales; produciéndose una integración a la vida nacional, con innegable éxito, participando de la economía, hasta el

punto de comercializar sus prácticas de medicina tradicional con excelentes resultados.

- La reforma agraria trajo como consecuencia positiva la propiedad legal de la tierra, la obtención de títulos de propiedad.
- La construcción de la red vial de integración interregional, que coloca a Santo Domingo como una ciudad de ubicación estratégica con una gran dinámica en actividades comerciales y composición étnico-cultural más diversa del país.
- La mayor parte de los actores sociales de la provincia están vinculados con el cantón Santo Domingo.
- El proceso de provincialización de Santo Domingo, que se convirtió en un factor de cohesión social.
- En las primeras oleadas migratorias hacia la provincia se logró legalizar la tenencia de tierras.
- Construcción de nuevas carreteras de primer orden mejoraron la movilidad y acceso de los pobladores.
- Clima benigno de la zona, sin las inclemencias del calor tropical y sin los fríos de la parte andina.
- Muchos pequeños agricultores que vendieron sus tierras fueron acogidos por la ciudad cambiando su actividad económica hacia el comercio y el desarrollo de manufacturas, centros educativos, entre otros.
- Cuenta con una tasa de médicos por 10 000 habitantes superior a la tasa nacional (22,92 / 22,23).
- El índice de camas hospitalarias disponible es superior al nacional, 1,72 camas hospitalarias por 10 000 habitantes en la provincia, 1,14 camas hospitalarias por 10 000 habitantes en el país.

1.3. Procesos destructivos

Otros tantos acontecimientos sostenidos a lo largo del tiempo pueden llamarse procesos destructivos:

- La colonización poco regulada de los territorios que pertenecían a la población Tsa'chila eran considerados como tierras baldías, que trajo como consecuencia la desposesión de tierras de dominio ancestral.

- Introducción poco regulada de la agricultura, incrementándose el porcentaje de tierras para cultivos en desmedro de las tierras que contenían ecosistemas naturales.
- En vista de que en la población Tsa'chila se procrea entre miembros de la misma familia, ha traído como consecuencia procesos de esterilidad en sus mujeres, razón lo la cual es una nacionalidad que estaría por desaparecer con el pasar del tiempo.
- Veloz crecimiento demográfico, no ordenado ni planificado, sin control y sin ley, sobre todo por el gran movimiento migratorio.
- Gran crecimiento de la población rural inicialmente y después urbano, sin control municipal ni atención de servicios básicos, como alcantarillado y agua entubada.
- El Estado y la gestión pública se han mostrado incompetentes para satisfacer las necesidades de infraestructura pública y sanitaria, se han caracterizado por la ineficacia en la gestión y la corrupción en el manejo.
- La mayor parte de actores sociales de la provincia se concentran en el cantón Santo Domingo.
- Crecimiento de la provincia acelerado y desordenado desde la década de los sesenta del siglo XX, el planeamiento urbanístico ha estado ausente. Este crecimiento ha sido en mayor porcentaje a expensas de las zonas urbanas.
- Alta movilidad humana nacional y extranjera hacia la provincia. Inicialmente se absorbió adecuadamente, sin embargo, las siguientes oleadas migratorias no lograron ser gestionadas adecuadamente determinando que las condiciones de vida de los recién llegados sean penosas, sin infraestructura de servicios básicos, como alcantarillado, agua entubada y fluido eléctrico. La población se dedicaba a cultivos para la subsistencia y en menor cantidad para el mercado.
- Aparecimiento de grandes plantaciones de palma africana, explotación forestal y ganadera, deterioro el ambiente de la zona, destruyendo barreras defensivas naturales de los ecosistemas.
- En vista de que los cultivos son estacionales, durante varios meses la demanda de mano de obra por parte de las plantaciones se reduce significativamente, disminuyendo los niveles de empleo y la calidad de vida de los pobladores.
- La necesidad de vivienda se incrementó y no ha logrado ser satisfecha.

- Los pequeños agricultores se vieron en necesidad de vender sus tierras, lo que determinó la concentración de la tierra en pocas manos.
- La distribución de trabajadores de la salud en zonas rurales es insignificante apenas 215 de 41 193, laboran esta zona, el resto se encuentra en zona urbanas.
- Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública absorben el 69% de todas las atenciones de salud, con apenas 35 establecimiento de primer nivel de atención, lo que evidencia una evidente reducida capacidad para resolver las necesidades de atención de la población.
- El segundo nivel de atención concentra sus camas en los hospitales generales, en desmedro de los hospitales básicos.
- Existe subutilización de las camas hospitalarias disponibles, el porcentaje de ocupación de días de camas disponible es de 52,1%. En el 2018 se registraron 71 egresos hospitalarios con diagnósticos de tuberculosis. En 2017 se notificaron 173 nuevos casos de tuberculosis y 5 casos atendidos anteriormente. En 2015 estaban en tratamiento 17 casos de TBMDR.

2. El dominio particular relacionado con el grupo social de estudio

El grupo social de estudio se encuentra localizado en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, del grupo identificado durante la planificación del estudio a la ejecución del mismo no se pudo contactar con todas personas objeto de la investigación, ya que algunos fallecieron, otros cambiaron de residencia a otra provincia y -en otros casos- se mudaron de domicilio, lo que hizo imposible contactarlos.

2.1. Exposición a procesos, peligrosos / destructivos / no saludables que favorecen el desarrollo de tuberculosis y la multifármacorresistencia

Los procesos que inciden en el aumento de casos de tuberculosis y en el incremento de la resistencia a los fármacos son varios, a continuación, se analizan los que se consideran de mayor relevancia para el estudio.

2.1.1. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la fuente de trabajo

De la información recabada en las fuentes primarias durante la aplicación del cuestionario se identificaron dos casos que realizaban trabajo no remunerado, y tres se

encuentran en el desempleo. Considerando que el trabajo genera salario y servicios sociales, entre ellos, seguridad social y acceso a servicios de salud, el no trabajar o trabajar sin remuneración se convierte en un proceso peligroso / destructivo / no saludable, que se está presentando en la mitad de los casos, por lo tanto, es un factor importante en la determinación de la tuberculosis y la multidrogorresistencia (Organización Panamericana de la Salud 2016).

De las personas que realizan actividades productivas, todas tienen trabajos sin relación de dependencia, son comerciantes, artesanos y propietarios de pequeños negocios, lo cual les da una limitada estabilidad laboral.

2.1.2. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con las condiciones de la vivienda

Los procesos peligrosos relacionados con las condiciones de la vivienda encontrados fueron: cuatro de cada diez casos no cuentan con vivienda propia, y de estos, un caso paga arriendo por su vivienda.

En relación a las condiciones de la vivienda, tres eran viviendas a medio hacer, lo que en esta zona del país se conoce como “medias aguas”. En la mitad (5 casos) la vivienda estaba conformada por menos de tres cuartos, en tres casos, sus viviendas no contaban con agua potable, cuatro de diez no tenía alcantarillado y la separación y reciclaje de desechos se presentó en tres de diez casos.

El promedio de cuartos por vivienda fue de 3,2 y el promedio de número de personas por familia fue de 5,1, lo que muestra que las viviendas de los casos se encuentran en el límite del hacinamiento.⁸

2.1.3. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la asistencia sanitaria

En cuanto a la asistencia sanitaria, cuatro de los diez casos manifestaron que su lugar de residencia se encuentra lejos de un servicio de salud público, por lo que la accesibilidad a programas de prevención, promoción y recuperación públicos para la tuberculosis se hallaría reducida. Además, la mayoría, nueve de diez, no cuenta con seguridad social.

⁸ Se considera hacinamiento a las viviendas con más de 3 personas por dormitorio (Comisión Económica para América Latina y el Caribe 2018).

2.1.4. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la reproducción social

Los procesos peligrosos relacionados con la reproducción social⁹ consideraron en este estudio fueron los siguientes:

Jefatura del hogar, es mayoritariamente masculino (7 de 10 casos), reproduciendo un modelo patriarcal de las familias.

Autoidentificación étnica, se autoidentificaron, en nueve casos, como mestizos, y 1 afrodescendiente, ninguno como indígena, lo que implicaría que los grupos étnicos reportados presentarían factores no saludables que necesitan mayor investigación.

Responsabilidad económica de la familia, en seis de diez casos la responsabilidad económica de la familia recaía en las mujeres; sin embargo, la jefatura del hogar en la mayoría de las familias era masculina, esto está mostrando una desigualdad de género, en vista de que las mujeres no solo cumplen con el trabajo como parte de la responsabilidad económica, si no que, a más de este, tienen a cargo el cuidado y las labores en la casa, así como la procreación y el cuidado de los menores y los ancianos; lo que haría que a largo plazo las mujeres se enfermen y envejecan (Breilh, 1991) mucho más rápido que los demás miembros de la familia.

Instrucción, más de la mitad de los casos (seis de diez) tienen instrucción menor a la secundaria, como se mostrará más adelante, la causa del estado de su instrucción de debió al inicio temprano del trabajo, lo que impidió continuar con sus estudios. Este panorama muestra un proceso peligroso, que afecta a las capacidades de reproducción social del individuo.

Acceso a telefonía celular, internet en casa, uso de redes sociales y computadora portátil, todos los casos contaban con telefonía celular y en sus familias habría un promedio de tres equipos. El acceso a internet en la casa se limitaba a la mitad de los casos, el uso de

⁹ Reproducción social se refiere al modo como son producidas y reproducidas las relaciones sociales en la sociedad. En determinado modo de vida, de lo cotidiano, de valores de prácticas culturales y políticas y del modo como se producen las ideas en la sociedad. Ideas que se expresan en prácticas sociales, políticas, culturales y en patrones de comportamiento.

redes sociales a cuatro de los diez casos, y la disponibilidad de computadora portátil solo era de tres de diez.

Podría considerarse un proceso peligroso en la reproducción social, en vista de que en los actuales momentos estas tecnologías resultan importantes en la conectividad, por otra parte, se podrían también convertir en procesos arriesgados si en los casos en que sí disponen estos no estarían siendo utilizados de forma apropiada, afectando las relaciones sociales de la familia y otros grupos sociales, lo que indirectamente influenciaría en el manejo de la tuberculosis y la multifármacorresistencia.

Uso de bienes como computadora, refrigeradora, cocina a gas, lavadora, secadora, de estos, la computadora y la secadora son los bienes menos disponibles en las familias (tres de diez). Este dato debe considerarse un factor de alto riesgo en la reproducción social, debido a que su utilización ayuda a la calidad de vida de la gente. Los otros bienes están disponibles en la mayoría de las familias de los casos analizados.

Vehículos, en seis de las diez familias de los casos no se contaba con este bien, que mostraría una debilidad en reproducción social de ellos.

Seguro social, solamente uno de los diez casos contaba con seguridad social, es uno de los elementos más negativos, por lo tanto, peligroso en la reproducción social de los casos.

2.1.5. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con el entorno donde vive

Los modos de vida de la gente repercuten directamente en la cantidad y el tipo de dolencias médicas que desarrollan los individuos, a continuación se presentan los relacionados con el entorno.

Ubicación del domicilio: ocho de diez miembros del grupo tenían la ubicación de su domicilio en lugares no urbanos (3 en lugares urbanomarginales y 5 en lotizaciones), lo estaría afectando su acceso a servicios básicos.

Cercanía a lugares de riesgo: centros educativos, seis de diez; quebradas, cuatro de diez. Todos los casos estuvieron cerca a algún lugar de riesgo (mercado, río, quebrada, fábricas,

botaderos, granjas plantaciones). Un caso estuvo cerca de siete lugares de riesgo, uno a seis lugares, dos a tres lugares, seis a dos lugares.

2.1.6. Procesos peligrosos relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la capacidad adquisitiva

De los diez casos cuatro no contaban con medios de producción, como mercadería, maquinaria o herramientas. La fuente de ingresos de los casos está relacionada a negocio particular (cuatro de diez), pensión de jubilación (dos), venta ambulante (dos) y subsidio (uno). En este contexto, la capacidad adquisitiva en la mayoría de los casos es muy reducida, así, cuatro casos no reportaron ingresos individuales, tres reportaron ingresos individuales de 100 a 366 dólares mensuales, dos de 367 a 500 dólares mensuales y solo un caso reportó ingresos individuales mensuales de 501 a 800 dólares mensuales.

En relación a los ingresos familiares, igualmente, se mostraron muy limitados, por lo que, igualmente la capacidad adquisitiva de la familia estaría reducida, así, dos familias tenían ingresos familiares entre 191 a 360 dólares mensuales, dos familias de 361 a 500 dólares mensuales, tres de 501 a 680 dólares mensuales, solamente dos familias tuvieron ingresos superiores a los 1 000 dólares al mes. En este sentido, considerando que las familias de los casos, en promedio, tienen 5 integrantes, tendrían una capacidad adquisitiva de aproximadamente 3 dólares diarios por persona, lo que se convertiría en un proceso peligroso en el modo de vida y -por ende- en el manejo de la tuberculosis y la multidrogorresistencia de los casos.

2.2. Exposición a procesos protectores / saludables que favorecen la protección contra la tuberculosis y la multifármacorresistencia

Así como existen procesos que implican peligro para la vida y la salud del individuo, también hay otros que tienen en el efecto contrario.

2.2.1. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la fuente de trabajo

La mitad de los casos reportaron tenían trabajo, cuyos ingresos económicos aportaron a mejorar su condición, convirtiéndose en un factor protector, un caso, igualmente, era jubilado, con lo cual, su condición de pensionista le permitía acceder a los beneficios de la seguridad social.

2.2.2. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con las condiciones de la vivienda

En relación a los procesos protectores / saludables relacionados a las condiciones de la vivienda, se encontró que 6 de 10 casos cuentan con vivienda propia, en tres casos la vivienda era de propiedad de padres, siete de los cuales eran casas. En la totalidad de los casos investigados las viviendas tenían piso de cerámica. La mayoría (7 casos) contaban con agua potable y seis, además, tenían alcantarillado. Todos tenían acceso a servicio de recolección de basura, y en siete casos se realiza reciclaje y separación de desechos.

2.2.3. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la asistencia sanitaria

Seis de los diez casos investigados informaron que su lugar de residencia se encontraba cerca de un servicio de salud, por lo tanto, accesible a los programas públicos de prevención, promoción y recuperación de la tuberculosis.

2.2.4. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la reproducción social

Entre los factores relacionados con el modo de vida que resultan benéficos en relación con la adquisición de la enfermedad o su tratamiento se hallan varios.

Jefatura del hogar, no se identificaron factores protectores.

Autoidentificación étnica, los casos investigados no se autoidentificaron como indígenas, lo que estaría significando que el grupo étnico tsáchilas podría tener factores protectores que requieren mayor investigación.

Responsabilidad económica de la familia, en la mitad de las familias de los casos esta responsabilidad es de la mujer, lo que implicaría su importante aporte en el sustento económico familiar que debe ser reconocido en la reproducción social.

Instrucción, cuatro de diez casos tenían instrucción superior, si bien es menor a la mitad, estos tendrían mejores capacidades de reproducción social.

Acceso a telefonía celular, internet en casa, uso de redes sociales y computadora portátil, la disponibilidad de equipos telefónicos en todos los casos, así como, la presencia de en promedio 3 equipos por cada familia muestra que este mecanismo estaría influenciando fuertemente en la reproducción social, lo que podría convertirse en una oportunidad en el manejo de la enfermedad y la fármacorresistencia. El acceso a internet en la casa era de la mitad de los casos, el uso de redes sociales era de seis de diez casos, estos elementos podrían convirtiéndose en un proceso protector de la reproducción social, por supuesto, adecuadamente utilizados.

Por otra parte, para los casos que no disponen estas tecnologías, esta condición podría ser protectora, ya que, estarían eludiendo el fenómeno de *subsunción social* (Breilh, 2015), porque la inserción de la tecnología ha alienado al núcleo más pequeño de la sociedad. Las familiares invierten parte de sus salarios en bienes materiales influenciados por los grandes acumuladores del poder cibernético, no solos por bienes tangibles sino por la influencia de que el ser humano debe estar “conectado”, entonces en cierta forma, la no disponibilidad de esta tecnología sería un factor protector, al evitar la limitación de las relaciones familiares y grupales por estar en internet, proceso dañino no solo para el individuo, también para el entorno familiar.

Usos de bienes, como computadora, refrigeradora, cocina a gas, lavadora, secadora, de los cuales, la cocina a gas, la refrigeradora y la lavadora se encuentra en nueve de los diez casos, convirtiéndose en factores protectores de la reproducción social, los otros, bienes están presentes en tres de los diez casos, que los fortalece con factores protectores de la reproducción social.

Vehículos, cuatro de diez familias de los casos sí contaban con este bien, uno de ellos contaba con dos vehículos, convirtiéndose en un elemento adicional en la protección de la reproducción social de estos casos y sus familias.

Seguro social, el aseguramiento no se constituye en un factor protector, en vista de que solamente uno de diez de los casos cuenta con seguridad social.

2.2.5. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con el entorno donde vive

Los modos de vida y el entorno donde se desarrolla esta influyen directamente en la salud de las personas.

2.2.6. Procesos protectores / saludables relacionados con los modos de vida que tiene el individuo en la sociedad relacionados con la capacidad adquisitiva

En relación a esto, no se identifican procesos o factores protectores. Como ya se describió en los factores peligrosos, los ingresos de los casos y sus familias son muy reducidos, serían alrededor de 3 dólares por persona por día, con lo cual su capacidad adquisitiva sería limitada.

3. Ámbito individual

Se conoció que en el período 2013-2016, lapso de tiempo que se analiza en la presente investigación, se notificaron 17 casos de tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, de los cuales, una vez aplicada la metodología de selección de casos, bola de nieve, teniendo como antecedente previo el trabajo cercano realizado en años anteriores (lo que facilitó el acceso a los individuos y su participación), finalmente se logró identificar 5 casos; las demás personas tenían dificultad para escuchar -hipoacusia- o sordera total como secuela de los múltiples tratamientos, y por ello no hubo apertura a un diálogo más extenso;. Sobre estas personas se indagó en sus historias de vida, mediante la realización de entrevistas, con lo cual se determinó la vulnerabilidad diferencial de las personas a través de la identificación de estilos de vida de categorías definidas en la metodología.

3.1. Itinerario típico personal

Se indagaron cuatro aspectos, los que, a su vez, contenían otros datos de interés e importancia para el estudio.

1. Cómo llegaron a vivir los casos a Santo Domingo

- Como se describió en la fase uno, esta provincia se conformó como consecuencia de un proceso de varias y sucesivas oleadas de colonización, es por este motivo que de los cinco casos entrevistados solamente uno nació en la provincia, dos casos mantienen su residencia fuera de la provincia, y

dos residen en la provincia, a la cual llegaron en algún momento de sus vidas, lo que muestra que varios casos tienen que trasladarse desde sus lugares de residencia para poder acceder al servicio de salud

2. Cómo ha sido la actividad laboral de los casos

- Todos los casos empezaron la vida laboral desde muy jóvenes, alrededor de los quince años. La mayoría en actividades agrícolas, lo que les obligó a abandonar tempranamente los estudios.
- El abandono de los estudios llevo a que todos los casos entrevistados no tengan una profesión, por lo que las actividades económicas a las que se dedicaron en sus vidas fueron diversas, atravesando por períodos de desempleo, como las actividades agrícolas y el comercio, así como actividades riesgosas como el reciclaje.

3. Actividades económicas a las que se dedicaban padres y abuelos

- Las actividades de padres y abuelos de los casos entrevistados fueron variadas, desde la venta de legumbres, la peluquería, la agricultura y las artesanías, reflejo de lo que les tocó vivir a los pobladores de esta provincia. En un primer momento tenían tierras, que fue el resultado de la reforma agraria, pero posteriormente, y como consecuencia de la llegada de grandes emporios que se dedicaban al monocultivo de palma y otros, y de su nulo acceso al crédito público, se vieron en la necesidad de vender sus tierras para dedicarse al comercio.

4. Actividad laboral actual

- De los casos entrevistados, dos no realizan actividades económicas, los demás llevan a cabo emprendimientos personales, por ejemplo, comercialización de ropa.

3.2. Relación de las personas con la enfermedad

Se indagaron tres aspectos:

1. Cómo afrontó la familia la enfermedad

- Las familias en algunos casos no tomaron en serio la gravedad de la enfermedad. Los establecimientos no involucraron a las familias o familiares cercanos, recién cuando los pacientes necesitaban hospitalizaciones tomaban conciencia del problema de salud al que se

enfrentaban. Las hospitalizaciones provocaban ausencias, sufrimiento en las familias, en especial cuando había hijos pequeños, se convertían en casos dramáticos (un caso con 8 hijos) y aún más, si estos eran menores de un año de edad. Las familias que ya se han involucrado en el problema ayudan al paciente, por ejemplo, en el aporte de alimentación, cuidado de niños, entre otros.

2. Cómo afectó esa noticia al paciente y su familia

- La llegada de resultados de laboratorio provocaba resquemor, miedo, negatividad y -algunas veces- alegría, tanto en los familiares como en el paciente. Sin embargo, si bien, la noticia de tener una infección multidrogorresistente los ha asustado, ya están acostumbrados a estas malas noticias, lo que les ha reconfortado es la noticia de conocer que existe tratamiento a estos casos. Esta información provocaba sufrimiento por una eventual hospitalización, en algunos casos resultó una sorpresa, la familia se enteró cuando el paciente estaba hospitalizado, ya que los pacientes acuden solos a los controles en los establecimientos de salud. Por otra parte, la noticia de confirmación del diagnóstico de la enfermedad y la multidrogorresistencia, recibida por los pacientes, no fue asimilada y dimensionada la gravedad, no lograron entender la enfermedad inicialmente, lo hicieron posteriormente, a medida que notaban la afectación física. En este momento algunos desarrollaron depresión, y fue entonces cuando la familia se convirtió en un apoyo importante.

3. Cómo se siente ahora

- Los casos entrevistados, que cuentan con laboratorio negativo, se sienten bien, sin embargo, experimentan mucho miedo cuando van a llegar resultados de exámenes de control, o cuando tienen procesos gripales, es el temor a las recaídas. El miedo a la recaída hace que los pacientes se esmeren en sus cuidados. Al momento de las entrevistas varios de los síntomas secundarios por la toma de los medicamentos estaban presentes, se sentían hinchados, doloridos, con afectación en la visión y la audición. La enfermedad cambió radicalmente la vida de los pacientes, llegó a modificar sus rutinas, como hacer deporte, hacer dietas, realizar caminatas, etc., por miedo a que estas conductas produzcan reducción de las defensas y tengan recaídas; incluyen trasladar estos miedos a sus

familiares, ante cualquier problema de salud motiva acudir con sus familiares al médico para descartar potenciales contagios. Algunos casos han logrado mantener contacto con otros pacientes y mantienen comunicación utilizando redes sociales.

3.3. Relación de las personas con el sistema de salud pública

1. Trato del personal de salud hacia el paciente

- Los casos entrevistados manifiestan que el personal de los establecimientos, en la mayoría de los casos, les atendieron bien, no refieren malos tratos, es manifiesta la expresión de que el personal de enfermería los cuidaba.

2. Relación con el personal de salud cuando se realizó el diagnóstico y el tratamiento en el centro de salud

- Todos los casos manifestaron que los establecimientos de salud les realizaban seguimiento, los contactaban por varias vías para informar sobre citas médicas, hospitalizaciones o visitas para diagnósticos de laboratorio. Refieren haber tenido visitas domiciliarias, cuando se sentían mal, incluso les ayudaron con ambulancias para trasladarles al hospital.

3. Experiencia personal de la hospitalización

- Las hospitalizaciones fueron los momentos más duros de la enfermedad, sobre todo porque estas se realizaron fuera de sus lugares de residencia, alejándolos de sus familias, sintiendo distanciamiento y abandono. La alimentación en los hospitales no era del agrado de los pacientes (en algunos casos manifiestan haber tenido asco a ella), la familia se convirtió en proveedor de alimentación de mejor aceptación por el paciente (frutas). Varias hospitalizaciones se realizaron fuera de la provincia, en hospitales de tercer nivel, su preferencia fue ser hospitalizados en Santo Domingo.

4. Experiencia personal sobre la realización con el personal de salud durante el tratamiento

- Durante la atención, los pacientes manifiestan incomodidad, específicamente cuando en estas atenciones había presencia de estudiantes, quienes, a decir de los pacientes los observaban “como a animales raros”.

3.4. Adherencia a tratamientos previos

1. Experiencia personal sobre la toma de medicinas en el centro de salud
 - Los tratamientos tenían un tiempo de duración variable, y han tenido que lidiar con otras patologías o afecciones de la salud como diabetes o embarazo. Los tratamientos no siempre fueron en el centro de salud, al contrario, la mayoría de ellos fueron en establecimientos de segundo y tercer nivel, que incluyeron hospitalizaciones. Las pastillas de los tratamientos les producían mareos, vómitos, engrosamiento de encías, afectación de la piel, daños en la vista y oídos etc., tanto en el hospital como en el centro de salud.
2. Cambios en la familia o en el paciente (hábitos) antes y después del tratamiento
 - Manifestaron cambios físicos en los pacientes, sienten deterioros importantes, así como miedo de contagiar a familiares, como a hijos. A la salida de las hospitalizaciones los pacientes no tenían trabajo, además, se encontraban físicamente imposibilitados para trabajar, por este motivo en la mayoría de los casos las familias se convirtieron en un apoyo importante. El estado de ánimo cambió, generalmente con mal genio, engordamiento, afectando la estética y la autoestima.
3. Tratamientos de tuberculosis realizados
 - Todos los casos reportaron haber tenido entre 3 y 4 tratamientos previos. Los relatos indican irregularidad en la continuidad de la atención, con recaídas que originaron referencias a hospitales de mayor complejidad, así como abandonos de los tratamientos. Algunos tratamientos provocaban molestias en los pacientes, como tener que tomar medicamentos que les producían efectos secundarios todos los días lo que, a decir de los pacientes, eran muy fuertes.
4. Cuál fue la etapa más dura en los tratamientos
 - Las hospitalizaciones, en ellas se sintieron abandonados: La comida en el hospital, por otro lado, no era del agrado de los pacientes. La separación de sus familiares fue la parte más difícil, especialmente de los hijos más pequeños. Los medicamentos provocaban duros efectos secundarios “parecido al chucaqui”, con escalofríos que duraban horas, de tal manera

que cuando salían del hospital, en algunos casos estuvieron en silla de ruedas y después usaron muletas.

La sistematización de esta información se organizó en los siguientes procesos protectores y peligrosos.

3.5. Procesos protectores de la vulnerabilidad diferencial de las personas

- Ayuda e involucramiento familiar en el manejo de la enfermedad.
- Existencia de tratamiento a los casos multidrogorresistencia.
- El miedo a la recaída hace que los pacientes se esmeren en su autocuidado.
- Miedo al contagio motiva acudir al médico para descartar la enfermedad.
- Comunicación por redes sociales con otros casos.
- Los pacientes recibieron un buen trato en los establecimientos de salud.
- Mantienen buena relación con el personal de salud, les hacen seguimiento y reciben apoyo.
- La familia ayuda en todos los aspectos al paciente como la alimentación y cuidados.

3.6. Procesos peligrosos de la vulnerabilidad diferencial de las personas

- Residir fuera de la provincia determina inaccesibilidad a servicios de salud.
- Inicio de actividad laboral a edades tempranas.
- Abandono de estudios por trabajar.
- No contar con una profesión.
- Actividad laboral de baja remuneración, si dependencia y en actividades de alto riesgo.
- Desempleo.
- No involucramiento de la familia en el diagnóstico y tratamiento, no tomar en serio la enfermedad.
- Sufrimiento familiar durante las hospitalizaciones.
- Sufrimiento y miedo permanente frente a posibles nuevas hospitalizaciones.
- Al inicio no conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, no contaban con adecuada información.

- Al momento presentan efectos secundarios por la toma de medicamentos.
- Estados de depresión cuando la enfermedad estaba afectando a su bienestar y entorno y desarrollo de depresión.
- Cambio de hábitos, les resulta difícil adoptar hábitos saludables como ejercicios o dietas.
- La autoestima se encuentra muy afectada.
- Miedo al contagio a familiares.
- La hospitalización es el evento más duro, la experiencia en el hospital es negativa.
- Todos los casos presentaron varias hospitalizaciones, la mayoría fuera de la provincia.
- En tratamientos prolongados, abandonos de varios de ellos.
- Pacientes lidiaban simultáneamente con otras patologías.
- Efectos secundarios de los tratamientos fuertes.
- A la salida del hospital se encontraban sin trabajo.

4. Análisis de resultados

Tabla 4
Tabla de análisis de los resultados

Interno	Ámbito individual o singular	
	Procesos protectores: estilos de vida saludables	Procesos destructivos: estilos de vida no saludables
<p>Ayuda e involucramiento familiar en el manejo de la enfermedad</p> <p>Existencia de tratamiento a los casos multidrogresistencia</p> <p>El miedo a la recaída hace que los pacientes se esmeren en su autocuidado</p> <p>Miedo al contagio motiva acudir al médico para descartar la enfermedad</p> <p>Comunicación por redes sociales con otros casos</p> <p>Los pacientes recibieron un buen trato en los establecimientos de salud</p> <p>Mantienen buena relación con el personal de salud, les hacen seguimiento y reciben apoyo</p> <p>La familia ayuda en todos los aspectos al paciente como la alimentación y cuidados</p>	<p>Residir fuera de la provincia determina inaccesibilidad a servicios de salud</p> <p>Inicio de actividad laboral a edades tempranas</p> <p>Abandono de estudios por trabajar</p> <p>No contar con una profesión</p> <p>Actividad laboral de baja remuneración, sin dependencia y en actividades de alto riesgo</p> <p>Desempleo</p> <p>No involucramiento de la familia en el diagnóstico y tratamiento no tomar en serio a la enfermedad</p> <p>Sufrimiento familiar durante las hospitalizaciones</p> <p>Sufrimiento y miedo permanente frente a posibles nuevas hospitalizaciones</p> <p>Desde el inicio no se dio a conocer la verdadera dimensión de la gravedad de la enfermedad a los pacientes y sus familias</p> <p>Al momento presentan efectos secundarios de la toma de medicamentos</p> <p>Estados de depresión cuando la enfermedad estaba afectando su bienestar y entorno y depresión</p> <p>Cambio de hábitos, les resulta difícil adoptar hábitos saludables como ejercicios o dietas</p> <p>La autoestima se encuentra muy afectada</p> <p>Miedo al contagio a familiares</p> <p>La hospitalización es el evento más duro, la experiencia en el hospital es negativa</p> <p>Todos los casos presentaron varias hospitalizaciones la mayoría fuera de la provincia</p> <p>Tratamientos prolongados, abandonos de varios de ellos</p> <p>Pacientes lidiaban simultáneamente con otras patologías</p> <p>Efectos secundarios de los tratamientos fuertes</p>	

Externo				A la salida del hospital sin trabajo
Ámbito estructural, global o general	Procesos protectores como la cooperación y complementación	Presencia de grupos étnicos ancestrales, con adaptación al ambiente y prácticas culturales	Fortalecer el apoyo de la familia del paciente a través de prácticas saludables de la cultura de grupos étnicos.	Identificación de prácticas culturales de grupos étnicos que apoyen en el involucramiento de la familia en el manejo de la enfermedad del caso, así como en el sufrimiento de la familia y el paciente
		Mejora el acceso a todo tipo de servicios con la provincialización	Aprovechar el mejoramiento del acceso de servicios como consecuencia de la provincialización, para los casos que residen en la provincia, contar con medicamentos para el tratamiento de la multidrogorresistencia, ofrecer al paciente y a sus familiares servicios más adecuados a sus necesidades y expectativas	Los casos que residen fuera de la provincia mejoran su accesibilidad, siempre y cuando los nuevos servicios creados cuenten la suficiente capacidad resolutive. De esta forma, las hospitalizaciones, que son los momentos más difíciles de los pacientes, podrían ser mejor manejadas, las familias están más cerca.
		Ingreso de nuevos cultivos ha diversificado de dieta	La gran diversidad de cultivos genera productos que puede mejorar la alimentación de los pacientes y sus familias, puede fortalecer y conducir adecuadamente la motivación por evitar recaídas y contagios a los familiares. Asimismo, los servicios de salud podrían apoyar a los pacientes informando sobre la adecuada dieta y aprovechamiento de la diversidad de productos alimenticios aprovechando la buena relación que mantienen los pacientes y el personal de salud de los establecimientos.	La comercialización de productos alimenticios entre pacientes a través de los servicios de salud podría mejorar la condición laboral precaria de ellos. Los servicios de salud a través de su personal deberían apoyar e involucrar, indicando que tipos de alimentos son los adecuados sus formas de preparación, los que mejoraría una potencial comercialización de productos. Una mejora en la condición económica aportaría a mejorar estados de depresión y baja autoestima.
		Coexistencia de poblaciones tsáchila y mestiza	La coexistencia que se ha logrado desarrollar entre la población tsáchila y colonos debería considerarse para fortalecer temas como los culturales, alimentación, comercialización y cuidado de los pacientes y sus familias.	Igualmente, la coexistencia pueblo tsáchila-población de colonos podría utilizarse para generar alternativas de actividades económicas, a la comercialización de productos alimenticios que necesitan los pacientes y sus familias, de esta forma aportar a los ingresos económicos de los pacientes y sus familias y, de esta forma, complementariamente, involucrar a las familias en el cuidado de los pacientes, interviniendo indirectamente en estado ánimo y autoestima.
		Cohesión social por provincialización	La provincialización de Santo Domingo de los Tsáchilas generó una importante cohesión social de sus pobladores, la que podría aprovecharse para fortalecer la motivación, de los pacientes y sus familias, de cuidado de la salud y de los casos de tuberculosis y las consecuencias de la multidrogorresistencia	La mencionada cohesión social generada por el proceso de provincialización puede ayudar a superar el desempleo, el abandono de estudios, la inclusión social y económica de los casos y sus familias, así como para, a través de los canales de comunicación existentes, difundir mensajes de prevención, promoción y manejo del sufrimiento que padecen los pacientes y sus familias.

		Mejoramiento de acceso por la construcción de nuevas carreteras	El mejoramiento de la red vial ha sido un hecho importante para el acceso a los servicios de salud	La red vial se ha convertido en un factor para mejorar la situación económica, ya que a través de ella se accede a servicios, trabajo, se comercializa productos y a través de ellas las familias puede acudir a visitar los familiares a los pacientes cuando estos se encuentran ausentes de casa durante las hospitalizaciones
		Clima benigno de la zona	El clima subtropical con el que cuenta la provincia en un factor que ha facilitado el mejoramiento del estado de salud de los pacientes y sus familias	Aprovechar las condiciones climáticas de la provincia, consideradas benignas, debería incluirse en condiciones de cuidado que los servicios de salud trasladarían, como información y mensajes de cuidado, prevención y promoción de la salud, a los pacientes y sus familias.
		Recuperación de las condiciones de vida por cambio de actividad económica de agricultura a comercio y manufactura.	El cambio de actividades económicas de la agricultura al comercio y manufactura ha generado que los pacientes y sus familiares pasen de realizar actividades de alto riesgo (actividades agrícolas en condiciones inadecuadas), a actividades de comercio y manufactura que tendría menor riesgo, lo que debería fortalecer factores protectores como, la buena relación con los servicios de salud que podrían desarrollar mensajes sobre cómo reducir riesgos de exposición y estilos de vida saludables laborales, las que podrían ser difundidos por las redes sociales que se encuentran activas entre los casos de tuberculosis multidrogoresistencia	El cambio de actividad laboral hacia una menos riesgosa debería ser un elemento a considerar al momento de implementar acciones, como la comercialización de productos alimenticios entre los casos y sus familias, estos elementos deben considerarse cuando se informe en los establecimientos de salud, sobre la confirmación del diagnóstico, su seguimiento y recaídas.
		Buena oferta de servicios de salud en tasa de médicos por 10 000 habitantes.	Una buena oferta de servicios médicos en la provincia mejoraría el acceso a los servicios de salud de los casos y sus familias para reducir los abandonos de los tratamientos, atender recaídas y efectos secundarios de los tratamientos, respondiendo a la motivación que manifiestan los casos para acudir a servicios de salud.	La buena oferta de servicios médicos en la provincia debería orientarse para manejar de mejor manera el involucramiento y asesoría a la familia y el paciente en el manejo de la enfermedad de los casos, de las recaídas, de los efectos secundarios, nuevos hábitos, autoestima, depresión y manejo de enfermedades concomitantes.
Procesos destructivos como la acumulación, alienación		Desposesión de tierras de dominio ancestral por colonización	La desposesión de tierras ancestrales de la población tsáchila estaría siendo afectando en su proceso de extinción como grupo étnico	
		Introducción poco regulada de la agricultura en desmedro de tierras que contenían ecosistemas naturales	La sustitución de tierras para agricultura en desmedro de ecosistemas naturales estaría afectando en la exposición y vulnerabilidad de los pacientes y sus familias, afectando al clima y entorno, la intervención de la población podría menguar con acciones individuales desde los servicios de salud y desde las personas, adecuadamente orientadas	La sustitución de los ecosistemas naturales se convertiría en un factor de riesgo para los pacientes y sus familias

	Pueblo tsáchila en vías de extinción	La extinción de este grupo étnicos, considerando los aportes culturales que podrían realizar a los pacientes y sus familias se convertiría en un factor de riesgo que afectaría a la vulnerabilidad de los casos	La extinción de este grupo étnico sería la pérdida de oportunidades para que los casos y sus familias se beneficien del intercambio cultural y fortalecer los conocimientos y estilos de vida
	Crecimiento demográfico acelerado, no ordenado ni planificado	El crecimiento demográfico estaría afectando a los factores protectores individuales	El crecimiento demográfico estaría afectando en el acceso de los servicios de salud por incremento de demanda, así como también por insuficiente atención en servicios básicos, con lo cual las condiciones de vida de los pobladores tenderían a incrementar la vulnerabilidad de los casos, familias y población general
	Reducida capacidad de gestión pública	La gestión pública reducida estaría afectando a los factores protectores individuales y grupales, afectando sobre todo a la disponibilidad de los servicios de salud	La gestión pública reducida magnificaría los factores destructivos individuales y grupales, lo que explicaría, la dificultad que tendrían los servicios de salud para intervenir adecuadamente a los pacientes y sus familiares, atender oportunamente los efectos secundarios de los tratamientos, la afectación de la salud mental o la resolución de casos en la misma provincia cerca a su lugar de residencia
	Elevada migración como uno de los factores del crecimiento poblacional	La elevada migración hacia la provincia explicaría el crecimiento demográfico importante y, consecuentemente, la afectación de factores protectores individuales y grupales	Este fenómeno magnifica los procesos destructivos peligrosos reduciendo el acceso a fuentes de trabajo, servicios de salud, servicios básicos y cuando se accede a ellos no pueden ser de buena calidad
	Deterioro ambiental por cultivos extensivos, explotación forestal y ganadera.	El deterioro ambiental afecta al clima y ecosistema dificultando el fortalecimiento de factores protectores individuales y grupales	El deterioro ambiental por la explotación forestal y cultivos extensivos, hizo que muchas personas vendieran sus tierras, el trabajo se redujo significativamente en periodos de baja producción agrícola, afectando el bienestar de los casos y sus familias
	Reducida oferta de servicios de salud en áreas rurales	Si bien existe una buena oferta en servicios médicos en la provincia, esta se encuentra mal distribuida, es casi inexistente en áreas rurales, lo que afecta a los factores protectores y saludables, porque se reduce el acceso a servicios de salud	Sobre todo, los casos residentes en zonas rurales, se verán magnificadas los factores peligrosos, la reducida oferta médica en áreas rurales reduce el acceso a servicios, por lo que el manejo adecuado de la patología, recaídas, efectos secundarios no podría ser el más adecuado
	Primer nivel de atención de salud con reducida capacidad resolutive	La debilidad en la capacidad resolutive del primer nivel de atención reduciría los factores protectores. Los establecimientos no estarían aprovechando estos factores para promocionar estilos de vida saludables en pacientes y familiares motivados a manejar su problema de salud, organizados y comunicados por redes sociales. Los servicios de salud posiblemente hacían su mejor esfuerzo, sin embargo, son	En el escenario descrito el primer nivel de atención como se encuentra actualmente estaría facilitando el incremento de factores destructivos o peligrosos, como no apoyando a la organización de pacientes, no involucrando a las familias en el manejo de la patología, no apoyando a la familia y pacientes durante los periodos de hospitalización, entre otros.

			sobrepasados por una demanda cada vez más grande y servicios inadecuada e inapropiadamente distribuidos	
		Subutilización de camas hospitalarias	Muchos de los pacientes fueron hospitalizados fuera de la provincia, a pesar de la subutilización de camas hospitalaria, lo que debilita los factores o procesos protectores	Esta subutilización de camas hospitalarias se debería a falta de talento humano y tecnología apropiada para los casos de multidrogorresistencia, lo que fomentaría los factores peligrosos
		Aparecimiento de nuevos casos de tuberculosis que requirieron hospitalización	Si bien existen factores protectores que pueden activarse, estos deben ser considerados por los servicios de salud y los nuevos casos que se notifican como estrategias de adherencia a los tratamientos y evitar la multidrogorresistencia	De la misma forma, en los nuevos casos deben considerarse como estrategias de manejo de la enfermedad, la reducción de los factores peligrosos manifestados por los casos investigados
		17 casos de TBMDR	Los casos de tuberculosis multidrogorresistente notificados en el período de estudio se encuentran motivados a mejorar su autocuidado y el de su familia. Mantienen relaciones entre los casos y los proveedores de salud. Se deberían fortalecer estos factores protectores a través de servicios que respondan a expectativas y necesidades, así como evitar los abandonos, atender a los efectos secundarios y dar soporte a la salud mental de los pacientes y sus familias.	Los casos notificados de tuberculosis multidrogorresistente en el período de estudio, manifiestan presentar factores peligrosos como no contar con empleo, que posiblemente es el motivo del estado actual de la enfermedad fue no haber entendido a la enfermedad desde el inicio, en vista de que los servicios de salud no les explicaron adecuadamente la gravedad de la enfermedad, no involucraron a la familia en el manejo de la enfermedad para recibir el apoyo de ellos desde el inicio, no han recibido el apoyo como los efectos secundarios, la depresión, la baja de su autoestima y el abandono durante las hospitalizaciones. Ellos demandan apoyo para poder superar su enfermedad en el contexto de la multidrogorresistencia
Ámbito particular	Procesos protectores saludables de modo de vida	La mitad de los casos reportaron que tenían trabajo	El trabajo será importante como fuente de ingresos económicos, autoestima y proyección al mejoramiento de la enfermedad, por este motivo, entre las estrategias debería ser mantener y fortalecer el trabajo de los casos y sus familias como factor protector	En los casos en los que no puedan trabajar los factores peligrosos no saludables, según los entrevistados, se incrementarán, deteriorando aún más la condición de los pacientes
		6 de 10 casos cuentan con vivienda propia, en tres casos la vivienda era de propiedad de padres, siete casos la vivienda eran casas, la totalidad de los casos las viviendas tenían piso de cerámica o ladrillo	Los casos que cuentan con casa propia o seguridad de contar vivienda es una condición protectora que potencia los otros factores protectores, sobre todo aquellos relacionados con la familia y el cuidado	El no disponer vivienda o que esta sea insegura (medias aguas) magnificaría los factores destructivos no saludables sobre todo los relacionados con los cuidados

		La mayoría (7 casos) contaban con agua potable, y seis tenían alcantarillado, todos accedían a servicio de recolección de basura y en siete casos se realiza reciclaje y separación de desechos.	En la mayoría de los casos las viviendas contaban con servicios básicos, lo que haría de ellas lugares seguros con condiciones mínimas de habitabilidad	Sin embargo, en alrededor de tres a cuatro casos no contaban con alguno o varios servicios básicos, lo que estaría determinando que se conviertan en viviendas con condiciones básicas de habitabilidad, lo que aportaría a que los procesos peligrosos se magnifiquen
		Seis de los diez casos investigados informaron que su lugar de residencia se encontraba cerca de un servicio de salud	La cercanía a un servicio de salud mejora y fortalece factores protectores, como dar accesibilidad de servicios para atender la motivación de atención de los pacientes y familiares, involucrar a la familia en la atención, atender efectos secundarios y apoyar frente a problemas de salud mental	Sin embargo, a pesar de la cercanía de los establecimientos a las casas de los pacientes, si estos no dan respuesta a las necesidades y expectativas, se convertirían en un coadyuvador de los factores destructivos, como los abandonos de los tratamientos, recaídas que pueden llevar a hospitalizaciones
		Disponibilidad de equipos telefónicos en todos los casos, presencia de 3 equipos en promedio por cada familia La mitad de los casos contaba con acceso a internet Seis de diez casos cuenta y usa redes sociales	Contar con esta tecnología podría convertirse en una oportunidad si se considera que los casos se encuentran intercomunicados a través de las redes sociales y que mantienen buenas relaciones con los servicios de salud, y de esta manera implementar iniciativas de prevención y promoción, así como, apoyo de requerirse	Lo contrario sería, sin contar con esta tecnología y orientar el uso hacia el fortalecimiento del manejo de la patología, se convertiría en un factor que coadyuva a los factores peligrosos no saludables
		La cocina a gas, la refrigeradora y la lavadora se encuentra en nueve de los diez casos Cuatro de diez familias de los casos contaban con vehículo, uno de ellos contaba con dos	Electrodomésticos y vehículos como cocina a gas, refrigeradora y lavadora, en casi todas familias de los casos son medios para fortalecer el cuidado de los casos en sus familias	Estos electrodomésticos presentes en las casas de los pacientes atenuarían los factores peligrosos no saludables
		En la mitad de las familias de los casos la responsabilidad económica es de la mujer	Gran parte del apoyo familiar a los pacientes se canaliza a través de esta responsabilidad de las mujeres	Sin embargo, esta responsabilidad estaría afectando a las mujeres, en vista de que, a más de esta, generalmente tienen responsabilidades de cuidado, lo que las pondría en una situación de mayor vulnerabilidad y exposición a los riesgos, a esto se sumaría el hecho de que varias de ellas son pacientes y no se suele observar reconocimiento a este rol importante en la familia y la comunidad
		Cuatro de diez casos tenían instrucción superior	La instrucción es una capacidad que en los casos puede viabilizar un aprovechamiento de las oportunidades lo que fortalecería los factores protectores	Sin embargo, la mayoría de los casos su instrucción es menor a la superior, lo que no se convertiría en una predisposición a los factores peligrosos

Proceso destructivos exposición a procesos peligrosos	<p>Dos casos realizaban trabajo no remunerado y tres se encuentran desempleados</p> <p>De las personas que trabajan, todos tienen trabajos sin relación de dependencia, son comerciantes, artesanos y propietarios de pequeños negocios, lo cual les da una limitada estabilidad laboral.</p>	<p>Factores protectores como el apoyo familiar, intercomunicación entre casos, la buena relación con el establecimiento, podrían atenuar la situación de desempleo.</p> <p>La falta de relación de dependencia y seguridad social, se veía atenuada de cierta forma con la relación con los servicios de salud y el apoyo familiar</p>	<p>El desempleo, la no remuneración, coloca en condición de vulnerabilidad a los pacientes, coadyuvando como otro factor destructivo, peligroso y no saludable.</p>
	<p>Cuatro de diez casos no cuentan con vivienda propia, y de estos, un caso paga arriendo por su vivienda.</p> <p>Tres viviendas eran medias aguas.</p> <p>En la mitad (5 casos) la vivienda estaba conformada por menos de tres cuartos</p> <p>En tres casos, sus viviendas no contaban con agua potable, cuatro de diez no tenía alcantarillado</p>	<p>El no contar con vivienda o contar con vivienda poco segura (media agua, las viviendas de los casos se encuentran en el límite del hacinamiento) se convierte en un factor que afecta a los procesos protectores.</p>	<p>Las viviendas de los pacientes se encuentran al borde del hacinamiento, este es un factor muy relevante que magnifica los otros procesos peligrosos no saludables. Sobre todo cuando estas viviendas no cuentan con servicios básicos y las características de construcción son deficientes.</p>
	<p>Cuatro de los diez casos manifestaron que su lugar de residencia se encuentra lejos a un servicio de salud público</p>	<p>Los casos que se encuentran lejos de un servicio de salud, que son los menores, se encuentran en mucha menos ventaja que los que sí están cerca.</p>	<p>La lejanía a los servicios genera una gran inaccesibilidad a los mismos, y magnifica los factores peligrosos no saludables, al no contar con oportunidades para la atención adecuada de su enfermedad.</p>
	<p>Jefatura del hogar es mayoritariamente masculino</p> <p>Seis de diez casos la responsabilidad económica de la familia recaía en las mujeres, sin embargo, la jefatura del hogar en la mayoría de las familias era masculina, esto está mostrando una desigualdad de género</p>	<p>La desigualdad de género identificada entre los casos estudiados, relacionada en la relación responsabilidad económica – jefatura del hogar, pone de manifiesto un factor importante a la hora de considerar factores protectores, los que se ven menguados en las mujeres, frente a esta desigualdad</p>	<p>La responsabilidad económica de las mujeres (seis de diez casos), sobrecarga el trabajo en ellas ya que a más de estas actividades se hacen cargo del cuidado, labores de la casa y de la reproducción, un factor peligroso no protector para la mujer, que en este escenario se encontraría vulnerable y expuesta a los procesos peligrosos no saludables</p>
	<p>Más de la mitad de los casos (seis de diez) tienen instrucción menor a la secundaria</p>	<p>La condición de la instrucción (seis de diez) es importante y debilita a los factores protectores saludables.</p>	<p>La situación de la instrucción, que en la mayoría de los casos no continuaron los estudios por su temprana incorporación al trabajo, se convierte en una</p>

				vulnerabilidad de los pacientes frente a factores peligrosos son saludables
		La telefonía celular no estaría sido utilizada de forma apropiada para el manejo de la tuberculosis y la multifármacorresistencia. La mitad de los casos no contaba con acceso a internet en el domicilio Cuatro de los diez casos no usan redes sociales	Considerando que los pacientes tienen interconexión entre ellos, así como, aprovechando las buenas relaciones con el personal de los servicios de salud y la buena predisposición al cuidado, prevención y promoción de su enfermedad, se debería generar acciones que orienten, organicen e implementen iniciativas que utilicen esta tecnología	El acceso a estas tecnologías estaría influenciando en las relaciones sociales con la familia y otros grupos sociales lo afectaría indirectamente en la exposición y vulnerabilidad a factores peligrosos no saludables
		La computadora y la secadora son los bienes menos disponibles en las familias (tres de diez)	La no disponibilidad de estos bienes en las familias de los pacientes afectaría a los procesos protectores de forma indirecta	Asimismo, la ausencia de estos bienes en las familias de los casos magnificaría la influencia de los factores peligrosos
		Ocho de diez miembros del grupo tenían la ubicación de su domicilio en lugares no urbanos, afectando al acceso de servicios básicos Todos los casos tenían sus viviendas cerca a algún lugar de riesgo	La ubicación de las viviendas de los pacientes, sea por estar cercar a un lugar de riesgo o por que se encuentran en lugares no urbanos, está afectando al acceso al servicio de salud, a las condiciones de vida del paciente, por lo que se convierte en un aspecto que debilita a los factores protectores	En el mismo sentido, esta condición de las viviendas de los pacientes, fortalece a los factores peligrosos no saludables, exponiéndolos a los mismos y volviéndolos más vulnerables
		De los diez casos cuatro no contaban con medios de producción, como mercadería, maquinaria o herramientas. En seis de las diez familias de los casos no se contaba con vehículo	El contar con los medios de producción (en cuatro de diez) se podría considerar como una oportunidad para fortalecer los factores protectores	Sin embargo, la escolaridad baja, el desempleo, la afectación de la autoestima, entre otros, esta oportunidad (la de contar con medios de producción) podría no ser aprovechada adecuadamente
		La capacidad adquisitiva individual en la mayoría de los casos es muy reducida La capacidad adquisitiva familiar es reducida de aproximadamente 3 dólares diarios por persona	La capacidad adquisitiva reducida de las familias y del paciente es una debilidad importante que estará afectando a los factores protectores, como al acceso a los servicios de salud y el apoyo familiar al paciente	En este mismo sentido, la reducida capacidad adquisitiva magnificará directamente a los factores peligrosos
		Solamente uno de los diez casos contaba con seguridad social	El no contar con seguridad social hace que los pacientes hayan optado por el uso de los servicios del Ministerio de Salud Pública, que cuenta con programas de atención a la tuberculosis, en este sentido de has desarrollado buenas relaciones con los mismos	Sin embargo, en el caso de los factores peligrosos, el no contar con seguridad social se convierte en un coadyuvante de los factores peligrosos, en vista de que los casos no acceden a otros beneficios, como los préstamos

Discusión

Para entender las condiciones de salud de las poblaciones, en el caso que se estudia, de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas entre los años 2013 y 2017, es necesario entender las dinámicas y procesos que estructuran la sociedad, así como, las relaciones entre los individuos y la sociedad, desde un enfoque histórico de los procesos y del modo de devenir de los fenómenos, en donde los sujetos tienen la posibilidad de conocer (y actuar en) la realidad, la cual se presenta de manera múltiple y compleja.

En este contexto, asumimos que, la sociedad se configura para actuar como una totalidad, antecediendo al individuo para determinar la acción individual de un modo objetivo y temporal (Eslava-Castañeda 2017). Así entendido el enfoque asumido en el presente trabajo, la determinación de la multidrogorresistencia de la tuberculosis de los casos analizados, que es el objetivo del estudio, con base a los resultados obtenidos y presentados en el capítulo precedente se configura de la siguiente manera.

Se trata de un grupo de pacientes con tuberculosis multidrogorresistente, notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, de los cuales varios no son residentes en la provincia, en los cuales han confluído una serie de factores que estarían determinado no solamente la adquisición de la enfermedad, sino además la multidrogorresistencia. Así, la condición económica muy limitada tanto individual como familiar, no contar con seguridad social, acceso a trabajo reducido, desempleo, residir en viviendas al borde del hacinamiento y ubicadas en lugares de riesgo, dificultades para acceder a los servicios de salud, familias y estructura social que presentan desigualdades de género, bajo nivel de escolaridad, abandono de estudios a edades tempranas para trabajar, su habitad se ubica en región no urbana de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, de reciente provincialización, cuya población convive con la nacionalidad Tsá'chila.

Estos factores se manifiestan en los casos analizados, que se reproducen socialmente en una población provincial que se conformó por la sucesión de oleadas de colonos nacionales y de otros países, motivadas por una reforma agraria en los años sesenta y setenta del siglo pasado, que utilizó como metodología la colonización planificada de tierras ancestrales, consideradas como baldías. Pero como no siempre es suficiente la tierra, gran parte de los colonos vendieron sus tierras a grupos empresariales,

que las necesitaban para implementar monocultivos como la palma, esto generó que la población se concentrara en zonas urbanas, con lo que la ciudad de Santo Domingo creció exponencialmente de una manera desordenada, en un corto período de tiempo que no dio ocasión a las autoridades para planificar los servicios básicos y las estructuras urbanas. En este contexto, gran parte de los habitantes de esta ciudad se desarrollan en condiciones no saludables y expuestos a innumerables riesgos.

En este escenario, la provincia logra una reciente provincialización, en 2007, de esta forma, puede considerarse joven, lo que explicaría que su estructura de servicios públicos, entre ellos, los de la atención de la salud, que son incipientes, subutilizados e inadecuadamente distribuidos, destacándose una desigualdad al acceso de servicios de salud entre población urbana y rural.

Por otra parte, los actores sociales se concentran en la capital provincial y tienen la hegemonía política, de donde se desprenden muchas de las autoridades públicas, que en los últimos años han sido implicadas en actos de corrupción y han mostrado repetida y fehacientemente reducida capacidad de gestión de las instituciones públicas.

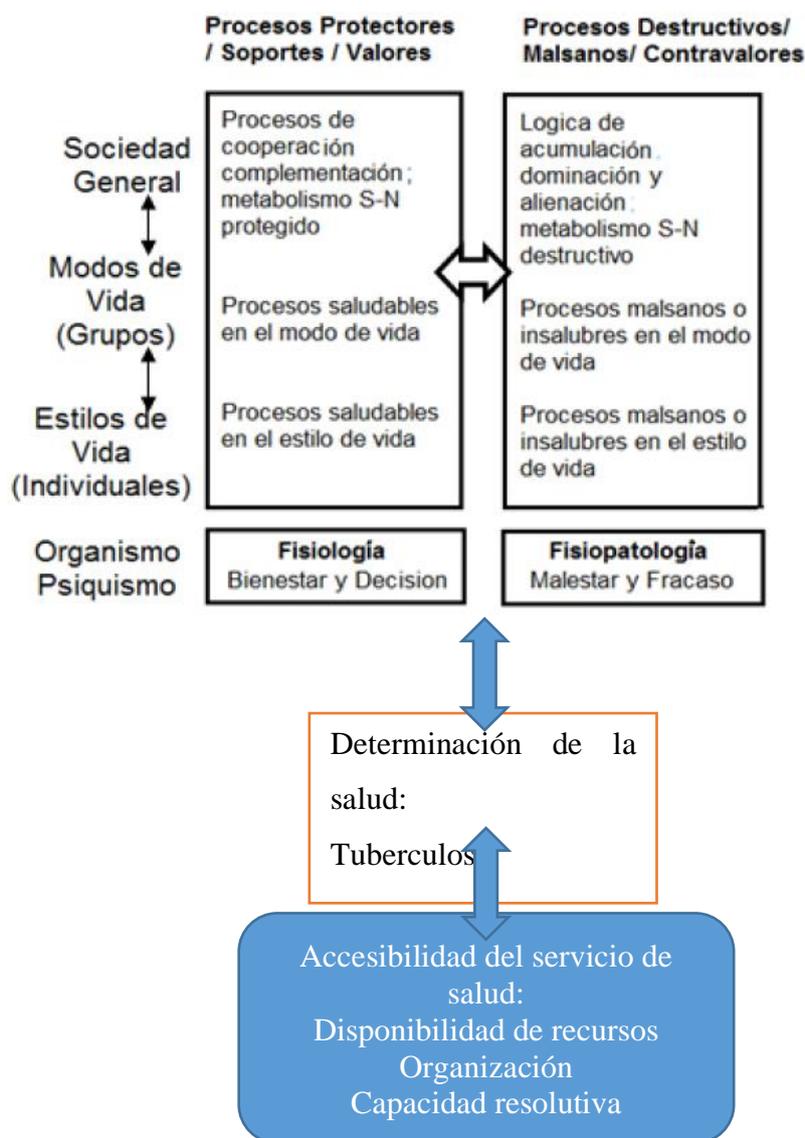
La población provincial bordea el medio milla de habitantes, convirtiendo a su capital en la cuarta ciudad más poblada del país, que tiene que lidiar con los problemas actuales como delincuencia, violencia, inmigración intensa, que ingresa al ciclo de la pobreza, en este caldo de cultivo en el 2017 se notificaron 173 casos de tuberculosis y en el 2018, 157 casos, algunos de ellos con tratamientos previos.

A esto se suma una intervención importante del medio ambiente, por la implementación intensiva de la agricultura y la ganadería, así como la consumación de una amplia red vial que ha deteriorado muchos de los ecosistemas naturales de la zona, lo que ha afectado significativamente al clima, a las fuentes de agua y ha generado la proliferación de vectores.

En este escenario, los casos de estudio, presas de los factores descritos, que determinaron la adquisición de la tuberculosis, desarrollaron la necesidad de entrar en contacto con los servicios sanitarios estatales para atención de su estado de salud, que por no contar con seguridad social y recursos económicos, tuvieron que ser los del Ministerio de Salud Pública, en ellos atravesaron un periplo de atención fragmentada, abandono de tratamientos, recaídas, hospitalizaciones fuera de la provincia, que finalmente determinaron que la enfermedad evolucionara a multidrogorresistente, efecto final de una cadena de eventos, resultado de la configuración social que actuó como una totalidad para determinar la acción individual de los pacientes, que manifestó como efecto concluyente

la multidrogorresistencia de la tuberculosis, la parte visible de un *iceberg*, problemática compleja compuesta por patrones de producción y reproducción social, considerados determinantes fundamentales del proceso salud-enfermedad de los casos analizados (Mendoza y Jarillo Soto 2011).

Figura 4
Los procesos



Fuente: Breilh 1976/1977

Elaboración: Propia

En este contexto, los hallazgos de la presente investigación indican que los servicios de salud se constituyen en un punto clave, sin bien es cierto no totalmente, en la

determinación de la tuberculosis, sí lo son en el desarrollo de la multidrogorresistencia, los criterios que llevan a esta afirmación son:

- Desigualdad en la distribución de los servicios de salud, la mayor cantidad se encuentran concentrados en las zonas urbana.
- Los servicios de salud cercanos a la residencia de los casos son de baja capacidad resolutive, los centros de salud, los cuales no cuentan con medios diagnósticos y de apoyo para ofrecer atención integral, que incluya apoyo de la salud mental, rehabilitación, trabajo social, atención de los efectos secundarios, entre otros.
- La baja capacidad resolutive de los servicios de salud, cercanos a la residencia de los casos, hace que estos sean referidos a establecimientos de mayor capacidad resolutive, pero con menos accesibilidad, inclusive fuera de la provincia.
- En este contexto, con base en los resultados encontrados, se ratifica lo encontrado en otras investigaciones, los casos de tuberculosis multidrogorresistentes se asocian con varios tratamientos previos, fracaso terapéutico o reducida adherencia al tratamiento. En la presente investigación los casos analizados tuvieron entre tres y cuatro tratamientos previos.
- Para el presente estudio los múltiples tratamientos previos, a decir de los pacientes, se debieron a suspensiones de tratamiento, reducida adherencia al tratamiento por los efectos secundarios, una consecuencia del reducido acceso a servicios de salud, atención sanitaria de reducida calidad, no involucramiento de la familia en los planes terapéuticos, así como reducida explicación de la enfermedad a los pacientes.
- Por lo anterior, estos no tomaron en serio su problema de salud, determinando, entre otros factores menos relevantes, de la multidrogorresistencia de los pacientes con tuberculosis.

Limitantes

La principal limitante para este estudio fue ubicar a la totalidad de los casos planificados en el inicio del estudio. De los 17 casos reportados en el período elegido, hubo personas que a la fecha del levantamiento de la información habían fallecido tempranamente, otros individuos, una vez concluido el tratamiento, se habían cambiado de residencia a otras provincias, ya sea por buscar trabajo o por necesidad de cuidado de familiares; y otros se habían mudado de domicilio dentro de la misma provincia. Lamentablemente, no hubo forma de ubicarlos, ya que también había cambios en sus números telefónicos de contacto.

Otra de las actividades que no se pudo desarrollar es la de las entrevistas con el personal de salud que estuvo vinculado directamente con las personas que participaron en el estudio, ya que fueron removidos de sus lugares de trabajo o ya no trabajaban en dichos establecimientos.

Conclusiones

Para concluir, se considera que la presente investigación alcanzó los objetivos planteados, que era analizar los patrones sociales, características de exposición y la vulnerabilidad diferencial, que determinan la multidrogorresistencia de pacientes con tuberculosis, casos notificados entre 2013 y 2016 en Santo Domingo de los Tsáchilas. En este sentido, se puede responder a la pregunta central de investigación: ¿cuál es la determinación social, analizada desde los patrones sociales, la exposición y vulnerabilidad, de la tuberculosis multidrogorresistente en los casos notificados en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas en el período 2013-2016?

El desarrollo de esta investigación se facilitó gracias al apoyo de todas las personas que estuvieron afectadas por tuberculosis multidrogorresistencia y sus familias, así como a la colaboración del personal de salud, quienes han estado directa y constantemente vinculados, que de una u otra manera se han conocido sus realidades, las necesidades, antes de emprender esta investigación. Y, afortunadamente, a los proyectos previos a los que he estado vinculada en pro de las personas afectadas por tuberculosis.

A lo largo del análisis se pudieron identificar y discutir los factores, que influyen en el ámbito general, particular e individual, que determinan socialmente la salud, todos ellos coincidentes con otros estudios, sin embargo, a diferencia de estos, en este se identificó, a través de las fuentes primarias, que el acceso o uso de los servicios de salud, sobre todo del primer nivel de atención, es un punto importante y crítico en la determinación y desarrollo de la multidrogorresistencia en los casos aquí analizados.

Esta relación aquí identificada, “acceso a servicios de salud de primer nivel de atención y desarrollo de la multidrogorresistencia en la tuberculosis”, de acuerdo a la revisión bibliográfica realizada, tiene pocas, por no decir ninguna, investigación disponible de publicaciones, por lo que se recomienda profundizar en él.

Finalmente, considerando que no basta conocer la realidad, sino que es necesario transformarla, durante las entrevistas y el análisis de los resultados se pudieron desarrollar las siguientes recomendaciones:

- El Estado, gobiernos locales deben asegurar los servicios básicos de manera equitativa a toda la población: provisión de agua, alcantarillado, alumbrado eléctrico, recolección de basura.

- El Estado y las organizaciones que financian acciones en pro de la tuberculosis deben buscar estrategias efectivas, sostenidas y constantes para fortalecer el trabajo e involucramiento participativo de las personas afectadas por tuberculosis y a sus familias, a través de la formación, conocimiento, en temas propios de la salud y enfermedad, derechos y oportunidades.
- Los gobiernos locales deben involucrarse activamente en estrategias para que las personas que se han enfermado por tuberculosis se reintegren asertivamente en el ámbito laboral.
- El Estado, organizaciones que financian acciones en beneficio de la tuberculosis, deben apoyar de manera regular y permanente, a las personas que han sufrido por tuberculosis y a sus familias para organizarse libre y voluntariamente y poder ser el referente y apoyo a otras personas a través de testimonios, sin estigmatización o amedrentamiento por los hallazgos que en el tiempo identifiquen.
- Aprovechar el mejoramiento del acceso de servicios y ofrecer al paciente y sus familiares servicios más adecuados a sus necesidades y expectativas.
- Los casos que residen fuera de la provincia mejoran su accesibilidad, siempre y cuando los nuevos servicios creados en la provincia cuenten la suficiente capacidad resolutive. De esta forma, las hospitalizaciones que son los momentos más difíciles de los pacientes, podrían ser mejor manejadas si las familias están más cerca.
- La gran diversidad de cultivos genera productos que pueden mejorar la alimentación de los pacientes y sus familias, pueden fortalecer y conducir adecuadamente la motivación para evitar recaídas y contagios a los familiares. Asimismo, los servicios de salud podrían apoyar a los pacientes informando sobre la adecuada dieta y aprovechamiento de la diversidad de productos alimenticios aprovechando la buena relación que mantienen los pacientes y el personal de salud de los establecimientos.
- La comercialización de productos alimenticios entre pacientes a través de los servicios de salud podría mejorar la condición laboral precaria de ellos. Los servicios de salud a través de su personal deberían apoyar, informar e involucrar, indicando qué tipos de alimentos son los adecuados, sus formas de preparación, los que mejoraría una potencial comercialización de productos. Una mejora en la condición económica aportaría a mejorar estados de depresión y baja autoestima.

- La cohesión social generada por el proceso de provincialización puede ayudar a superar el desempleo, el abandono de estudios, la inclusión social y económica de los casos y sus familias, así como para, a través de los canales de comunicación existentes, difundir mensajes de prevención, promoción y manejo del sufrimiento que padecen los pacientes y sus familias.
- El cambio de actividad laboral hacia una menos riesgosa debería ser un elemento a considerar al momento de implementar acciones, como la comercialización de productos alimenticios entre los casos y sus familias, estos elementos deben considerarse cuando se informe en los establecimientos de salud sobre la confirmación del diagnóstico, su seguimiento y recaídas.
- Una buena oferta de servicios médicos en la provincia mejoraría el acceso a los servicios de salud de los casos y sus familias para reducir los abandonos de los tratamientos, atender recaídas y efectos secundarios de los tratamientos, respondiendo a la motivación que manifiestan los casos para acudir a servicios de salud.
- En el escenario descrito, el primer nivel de atención, como se encuentra actualmente, estaría facilitando el incremento de factores destructivos o peligrosos, al no apoyar a la organización de pacientes, no involucrar a las familias en el manejo de la patología, no ayudar a la familia y pacientes durante los periodos de hospitalización, entre otros, una mejor organización de los establecimientos e implementando modelos de atención integral e integrada, substituyendo al modelo fragmentado de programas mejoraría las condiciones de atención.
- Los casos notificados de tuberculosis multidrogorresistente en el período de estudio, manifiestan presentar factores peligrosos, el motivo del estado actual de la enfermedad fue no haber entendido la gravedad de la enfermedad desde el inicio, en vista de que los servicios de salud no les explicaron adecuadamente la condición, no involucraron a la familia en el manejo de la enfermedad para recibir el apoyo de ellos desde el inicio, por lo cual no han recibido el apoyo redundando en los efectos secundarios, la depresión, la baja de su autoestima y el abandono durante las hospitalizaciones. Ellos demandan apoyo para poder superar su enfermedad en el contexto de la multidrogorresistencia.

- Considerando que los pacientes tienen interconexión entre ellos, así como, aprovechando las buenas relaciones con el personal de los servicios de salud y la buena predisposición al cuidado, prevención y promoción de su enfermedad, se debería generar acciones que orienten, organicen e implementen iniciativas que utilicen las tecnologías actuales.
- La tecnología y redes sociales pueden enfocar su uso en la educación, formación constante en temas relacionados con la tuberculosis. Sería muy interesante que la academia, la sociedad civil y los gobiernos locales pudieran involucrarse en construcción de aplicaciones para telefonía móvil para asesorar y guiar a las personas enfermas de tuberculosis, así como reportar falta de medicamentos, de atención médica y otros temas para que las autoridades puedan mejorar sus procesos y atención al paciente.
- Es preciso hacer un llamado de atención a los organismos internacionales que aportan económicamente a los países para enfrentar a la tuberculosis, que no solo sea a los países con la denominada alta carga de tuberculosis, que la ayuda se extienda a todos los países, tomando en cuenta que una persona que enferme por TBMDR tiene una familia que también sufre, que también tiene necesidades, también tiene miedos.

Bibliografía

- Albornoz, María Belén, y María Antonia Machado. 2016. “Transformaciones en la política de tierras y redistribución agraria del Ecuador. Una visión desde las redes de política pública”. *Mundo Agrario* XVII (36): 2-22.
- Avilés Pino, Efrén. 2018. “Comunidad de los colorados”. *Enciclopedia del Ecuador*. Accedido 4 de enero. <http://www.encyclopediadelecuador.com/historia-del-ecuador/comunidad-los-colorados/>.
- Barsky, Osvaldo. 1984. *La reforma agraria ecuatoriana*. Quito: Corporación Editora Nacional.
- Borja Núñez, Raúl. 2011. *Los movimientos sociales en los 80 Y 90. La incidencia de las ONG, la Iglesia y la Izquierda*. Quito: Centro de Investigaciones CIUDAD.
- Borja, Xavier, y Fabián Cortes. 2001. “Desarrollo histórico de Santo Domingo de los Colorados. Etapas clave”. *Histórico, ÚNELA, Santo Domingo de los Colorados*, 1-32.
- Brassel, Frank, Patricio Ruiz, y Alex Zapata. 2008. “La estructura agraria en el Ecuador: una aproximación a su problemática y tendencias”. En *¿Reforma Agraria en el Ecuador? Viejos temas, nuevos argumentos*, editado por Frank Brassel, Stalin Herrera y Michel Laforge, 17-32. Quito: SIPAE.
- Bravo Araneda, Gonzalo. 1980. “Movimientos sociales urbanos en Quito, El Comité del Pueblo”. Tesis de maestría, de la FLACSO, Quito
- Breilh, Jaime. 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (31): 13-27.
- Breilh, Jaime. 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva)”. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* (31): 13-27.
- Breilh, Jaime. 2019. “Metodología de la investigación en salud: determinación y evidencias. El método clínico fortalecido desde la epidemiología”. *Repositorio UASB*. Accedido 7 de octubre. <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3572/1/Breilh%2c%20J-CON-214-Metodo%20clinico.pdf>.

- Caminero, José. 2017. "Curso intensivo de manejo clínico y operativo de la tuberculosis con resistencia a los fármacos 2017". Video en Youtube de un curso sobre el manejo de la tuberculosis, https://www.youtube.com/watch?v=fmhBtT_4ss0&index=1&list=PLd3skHENFc2yPcBLMjHmYPztlI0gXZIUx.
- Casellas, José María. 2011. "Resistencia a los antibacterianos en América Latina: consecuencias para la infectología". *Revista Panamericana de Salud Pública* 30 (6): 519–28.
- Cardona Arias, Jaiberth Antonio. 2016. "Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica". *Archivos de Medicina* 16 (1): 183-90.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2018. "Viviendas en situación de hacinamiento". *Celade-Cepal*. diciembre. https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/viviendas_en_situacion_de_hacinamiento.htm.
- Ceballos, Francisco, y Gonzalo Álvarez. 2010. "La genética de los matrimonios consanguíneos". *Dendra Médica* II (10): 160-76.
- Centro de Investigaciones. 1992. *Santo Domingo de los Colorados. Los desajustes del crecimiento*. Quito: Centro de Investigaciones / Asociación Cristiana de Jóvenes.
- Cordiés Jackson, Lilian, Machado Reyes Looney, y María Hamilton Cordiés. 1998. "Principios generales de la terapéutica antimicrobiana". *Acta Med* 8 (1): 13-27.
- El Diario. 2014. "Curanderos Tsáchilas con buena acogida". *El Diario*, 21 de abril.
- El Comercio. 2011. "La Concordia, un territorio que se disputan Esmeraldas y Santo Domingo". *El Comercio*, 29 de noviembre.
- Espinosa, María Victoria. 2015. "La historia tsáchila se expresa en el rostro pintado". *El Comercio*, 23 de diciembre.
- Eslava-Castañeda, Juan. 2017. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad". *Revista Salud Pública*, 19 19 (3): 396-403.
- Europa Press. 2018. "El invierno demográfico de la UE: envejecimiento poblacional, caída de la natalidad y aumento de abortos". *Europa Press*, 15 de mayo.
- Fernández Riverón, Fernando, Jorge López Hernández, Laida Ponce Martínez, y Caridad Machado Betarte. 2003. "Resistencia bacteriana". *Revista Cubana de Med Milit* 32 (1): 44-8.

- GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas. 2018. "Provincialización". 22 de febrero. <http://www.gptsachila.gob.ec/index.php/la-provincia/provincializacion>.
- GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas. 2015. *Plan de desarrollo y ordenamiento territorial Santo Domingo de los Tsáchilas 2015-2030*. Santo Domingo: GAD Provincial Santo Domingo de los Tsáchilas.
- Gobierno de Santo Domingo. 2019. "Historia". *Gobierno de Santo Domingo*. Accedido 22 de febrero. http://www.santodomingo.gob.ec/?page_id=3204.
- Gómez Rendón, Jorge. 2015. *Los "colorados": etnohistoria y toponimia*. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Gómez-Ayerbe, Cristina, María Jesús Vivancos, y Santiago Moreno. 2016. "Tuberculosis multirresistente: epidemiología actual, esquemas terapéuticos, nuevos fármacos". *Revista Especializada en Quimioterapia* (29): 35-8.
- Illich, Ivan. *Medical nemesis the expropriation of health*. New York: Pantheon Books, 1975.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2011. "Resultados". *Ecuador en cifras*. 3 de abril. <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/resultados/>.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2018. "Camas y egresos hospitalarios". *Ecuador en cifras*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas-y-egresos-hospitalarios/>.
- León, Juan. 1990. "Migraciones internas: 1950-1982". En *Transición demográfica en el Ecuador*, editado por Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica, 75-128. Quito: Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica.
- Lippi, Ronald. 1998. *Una exploración arqueológica del Pichincha Occidental, Ecuador*. Quito: Museo Jacinto Jijón y Caamaño / Pontificia Universidad Católica del Ecuador / Consejo Provincial de Pichincha.
- López Rueda, Cyntia, y Verónica Vaca Proaño. 2018. "Patrones sociales y espaciales: propuesta metodológica para análisis de espacios públicos". *EÍDOS* (11): 1-14.
- Martínez-Salgado, Carolina. 2012. "El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias". *Ciência & Saúde Coletiva* 17 (3): 613-19.
- Medeiros, Antone. 1977. "Recent increases in resistance: mechanisms and organism". *Clin Infect Dis* (24): 519-45.
- Mendoza, Juan Manuel, y Edgar Jarillo Soto. 2011. "Determinación y causalidad en salud colectiva. Algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos". *Ciência & Saúde Coletiva* 16: 847-54.

- Ministerio de Salud Pública. 2018. “Ecuador conmemora el Día Mundial de la Tuberculosis”. *Ministerio de Salud Pública*. Accedido 2 de octubre. <https://www.salud.gob.ec/ecuador-conmemora-el-dia-mundial-de-la-tuberculosis/>.
- Montoro, Ernesto, Dihadenys Lemus, Miguel Echemendia, Raúl Díaz, Lilian Mederos, María Rosarys Martínez, Alina Llop, y María Josefa Llanes. 2011. “Vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en Cuba, 2000–2009”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 30 (6): 615–8.
- Morales-Borrero, Carolina, Elis Borde, Juan Eslava-Castañeda, y Sonia Concha-Sánchez. 2013. “¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas”. *Revista de Salud Pública* 15 (6): 797-808.
- Muñoz del Carpio Toia, Águeda, Héctor Javier Sánchez-Pérez, Claude Vergès de López, María Angélica Sotomayor-Saavedra, Luis López-Dávila, y Patricia Sorokin. 2018. “Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética”. 22 (2): 331-57.
- Navas Elorza, Enrique, y Santiago Moreno Guillén. 2010. “Tuberculosis multirresistente y extremadamente resistente”. *Revista Especializada en Sanidad Penitenciaria* 12 (3): 91-8.
- Organización Mundial de la Salud. 2015. “Estrategia Fin a la TB: objetivos e indicadores”. *WHO*. febrero. <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. 2016. “Tuberculosis multirresistente”. *WHO*. 11 de octubre. <https://www.who.int/features/qa/79/es/>.
- Organization World Health. 2019. “62nd World Health Assembly adopts resolution on MDR-TB and XDR-TB”. 22 de octubre. *WHO*. http://www.who.int/tb/features_archive/wha62_15_tb_resolution/en/index.html.
- Organización Mundial de la Salud. 2012. “Tuberculosis farmacorresistente”. *WHO*. 7 de enero. <http://www.who.int/tb/challenges/mdr/tdrfaqs/es/>.
- . 2017. “Informe mundial sobre la tuberculosis 2017”. *WHO*. julio. https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1.
- Organización Panamericana de la Salud. 2016. *Marco de trabajo para el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe. Programa regional de tuberculosis*. Washington, DC: OPS / OMS.

- Organización Panamericana de la Salud. 2018. “Tuberculosis: OPS/OMS llama a no dejar a nadie atrás”. *OPS*. 7 de diciembre. https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1882:tuberculosis-ops-oms-llama-a-no-dejar-a-nadie-atras&Itemid=360.
- Organización Mundial de la Salud. 2008. “Determinantes sociales de la salud”. *OMS*. https://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/.
- Periago, Mirta Roses. 2011. “La resistencia a los antimicrobianos: un factor de riesgo para las enfermedades infecciosas”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 30 (6): 507-10.
- Portais, Michel. 1990. “La distribución geográfica de la población y su evolución: 1950-1982”. En *Transición demográfica en el Ecuador*, editado por Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica, 57-75. Quito: Centro Ecuatoriano de Investigación Geográfica.
- Prefectura de Santo Domingo de los Tsáchilas. 2019. “Cantones y parroquias”. *Gobierno Provincial de Santo Domingo de los Tsáchilas*. <http://www.gptsachila.gob.ec/index.php/la-provincia/parroquias>.
- Prieto, Mercedes. 2004. *Liberalismo y temor: imaginando los sujetos indígenas en el Ecuador postcolonial 1895-1950*. Quito: Abya-Yala.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2019. “Objetivos de desarrollo del milenio”. *PNUD*. Accedido 22 de octubre. <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>.
- Quintana, Soledad. 2012. *Diagnóstico sobre la trata de personas en el cantón Santo Domingo, provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas*. Quito: OIM / FLACSO.
- Ramón Pardo, Pilar, Gabriel Schmunis, y Marcos Antonio Espinal Fuentes. 2011. “La comunicación de evidencias, primer paso para la contención de la resistencia a los antimicrobianos”. *Revista Panamericana de Salud Pública* 30 (6): 511-4.
- Real Academia Española de la Lengua. 2014. *Diccionario de la lengua española*. 23.ª. Madrid: Espasa Calpe.
- Salomón, Frank. 2011. *Los señores étnicos de Quito en la época de los incas. La economía política de los señores étnicos norandinos*. 2.ª. Quito: Instituto Metropolitano de Patrimonio.
- Salcedo Ríos, Víctor. 2014. “La tuberculosis y los determinantes sociales: Una experiencia desde el Distrito de El Agustino Lima - Perú”. Ministerio de Salud.

- Suriá, Raquel. 2018. "Socialización y desarrollo social. Psicología social (Sociología). Curso 2010/11". *Universidad de Alicante*. 5 de diciembre. <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/14285/1/TEMA%20%20SOCIALIZACION%20Y%20DESARROLLO%20SOCIAL.pdf>.
- Tsáchilas del Bua. 2014. "Nacionalidad tsáchila". 3 de enero. *Tsáchilas del Bua*. http://shinopibolon.tripod.com/nacionalidad_tsachila_origen_antropologico.htm.
- Ventura, Montserrat. 1997. "Una visión de la cultura Tsáchila en la actualidad". En *Etnografías mínimas del Ecuador*, editado por José Juncosa, 1-32. Quito: Abya-Yala.

Anexos

Anexo 1. Consentimiento

CONSENTIMIENTO PREVIO LIBRE E INFORMADO

Santo Domingo de los Tsáchilas..... 2017

Yo.....

con número de cédula

.....

diagnosticado de tuberculosis multidrogoresistente y residente en la Provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, acepto voluntariamente participar en la investigación **“Segregación social de la tuberculosis multidrogoresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas”**.

Declaro conocer la estructura de la investigación, su importancia y objetivos por lo que autorizo la publicación de los resultados de esta investigación en la tesis de maestría **“Segregación social de la tuberculosis multidrogoresistente en la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas 2013-2016”**. y en otros documentos derivados de la misma.

Las investigaciones mencionadas respetarán la identidad de los participantes guardando su anonimato y cumplirán con los principios básicos de bioética: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

.....

Firma o huella digital

Cedula de Identidad del participante:.....

Anexo 2. Base de datos personas afectadas por TB DR - provincia de Santo Domingo de Tsáchilas

Nº	Fecha de recolección de datos	Nombre	Sexo	Edad (fecha de nacimiento)	Lugar de residencia	Provincia donde es detectado/diagnosticado	Esquema de tratamiento	Fecha de DG TB DR	Fecha de resolución del comité en el que se designa el tratamiento	Fecha inicio de TTO TB DR	Fecha de inicio fase hospitalaria	Fecha de inicio fase ambulatoria	Área de salud / unidad operativa a la que pertenece	Causas de retraso en el inicio de TTO	Estado del TTO a la fecha
	(dd/mm/aaaa)	(nombres, apellidos)	(M/F)	(dd/mm/aaaa)	(lugar)	(lugar)	(E1/E2/otro)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)	(dd/mm/aaaa)		(Rechazo, desconocimiento, otra enfermedad, etc)	(continúa en tto, abandono, fallece, etc)

Adaptado de Base de datos DRTB, Fundación Ecuatoriana de Salud Respiratoria, 2011

Anexo 3. Encuesta INSOC

Apellidos y nombres:											
Fecha de recolección: (dd/mm/aaaa):											
N°	PREGUNTA	RESPUESTA									
1.	Donde queda ubicado su domicilio	Urbano		Urbano marginal		Invasiones		Lotizado			
2.	Su domicilio a que distancia que de:										
	1. Ubicación con relación a mercados	cerca		lejos							
	2. Ubicación con relación a ríos	cerca		lejos							
	3. Ubicación con relación a quebradas	cerca		lejos							
	4. Ubicación con relación a centro educativos	cerca		lejos							
	5. Ubicación con relación a fábricas o talleres metalúrgicos	cerca		lejos							
	6. Ubicación con respecto a servicio de salud	cerca		lejos							
	7. Ubicación con relación a parques o canchas	cerca		lejos							
	8. Ubicación con relación a espacios con mucho ruido permanente	cerca		lejos							

	10. Ventas ambulantes										
	11. Honorarios por servicios										
	12. Donaciones de familiares u otras personas o entidades										
	13. Subsidio del gobierno										
	14. Limosna										
	15. Otra Cuál?										
14.	Cual es el rango de ingreso individual:	Menos de 100		100 -366		366 -500		500-800		800 o más	
15.	Cual es el rango de ingreso familiar:	Menos de 190		191-360		361-500		501-680		681-1000	
		1001-1500		1501-2000		2001-3000		3001 o más			
16.	Cuántas horas trabaja y que días	Nºhoras/día		Nºdías/semana							
17.	Por cuántas personas está compuesta su familia										
18.	Quien lleva la jefatura del hogar:	Masculino		Femenino							
19.	A que nacionalidad pertenece:	Mestizo		Afroecuatoriano		Indígena		Montubio		Blanco	
20.	Cual es el género del principal responsable económico de la familia:	Femenino		Masculino							

