



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADO



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA - MENCIÓN ENFERMERÍA
FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

**“DETERMINANTES SOCIALES Y DE SALUD ASOCIADOS A TUBERCULOSIS
EN PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE IBARRA, 2021”**

**Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de
Magister en Salud Pública - Mención en Enfermería Familiar y
Comunitaria.**

Autor: Edison Xavier Negrete Andino

Director: Magister María Ximena Tapia Paguay

2021

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios por la fortaleza y sabiduría que me ha concedido en esta nueva etapa, a mi esposa Karen Vinueza, quien supo con amor apoyarme y comprenderme en los buenos y malos momentos de mi vida, quien supo darme las energías necesarias para no detenerme en mis propósitos, a mis hijos Xavier y Romina Negrete, quienes fueron mi más grande motivación para superarme y asumir nuevos retos, quienes supieron esperar pacientes los reducidos momentos que les entregaba durante mi proceso de formación de la maestría y a quienes entrego todo mi esfuerzo. También se lo dedico a mis padres Luis Negrete y Rocío Andino y a mi hermano Diego Negrete quienes con su amor y consejos me han ayudado a tomar el sendero de lo correcto durante toda mi vida.

Agradecimientos

Agradezco a Dios por el trabajo, salud y vida que me ha dado en estos tiempos tan difíciles que aquejan a toda la humanidad a causa de la pandemia y por haberme dado una hermosa familia, que ha sabido comprenderme y apoyarme.

Agradezco a mi esposa e hijos ya que gracias a ellos he tenido todo el amor y apoyo moral necesario, que resultó como la más grande motivación en mi lucha por darles una mejor vida, a quienes debo de sobremanera mis ganas de superarme día tras día.

Agradezco a mi Directora de tesis, a la Magister Ximena Tapia quien a pesar de sus múltiples obligaciones estuvo siempre presente apoyándome con sus grandes conocimientos y que ha sabido guiarme en este arduo proceso de elaborar el trabajo de grado.

Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	1003443304		
APELLIDOS Y NOMBRES:	NEGRETE ANDINO EDISON XAVIER		
DIRECCIÓN:	IBARRA, HUIRACOCCHA Y NAZACOTA PUENTO SN		
EMAIL:	exnegrete@utn.edu.ec		
TELÉFONO FIJO:	062513122	TELÉFONO MÓVIL:	0982107164

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"DETERMINANTES SOCIALES Y DE SALUD ASOCIADOS A TUBERCULOSIS EN PACIENTES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE IBARRA, 2021"
AUTOR (ES):	NEGRETE ANDINO EDISON XAVIER
FECHA: DD/MM/AAAA	29/09/2021
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	MAGISTER EN SALUD PÚBLICA MENCION ENFERMERIA FAMILIAR Y COMUNITARIA
ASESOR /DIRECTOR:	MSC. MARIA XIMENA TAPIA PAGUAY

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 29 días del mes de Septiembre del 2021

EL AUTOR:

(Firma).....

Nombre: NEGRETE ANDINO EDISON XAVIER

Hoja de aprobación del tutor y asesor de tesis.



Instituto de
Posgrado

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13
INSTITUTO DE POSGRADO

Ibarra, 3 de Agosto del 2021

Dra. Lucía Yépez V

Directora

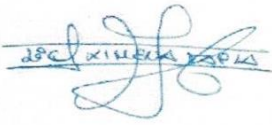

Instituto de Postgrado

ASUNTO: Conformidad con el documento final

Señora directora:

Nos permitimos informar a usted que hemos revisado la tesis titulada: Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021, del maestrante Edison Xavier Negrete Andino de la Maestría en Salud Pública Mención en Enfermería Familiar y Comunitaria, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	Nombres y Apellidos	Firma
Tutor	Msc. Ximena Tapia	
Asesor	Msc. Rosa López	

Índice de contenidos

Dedicatoria.....	2
Agradecimientos	3
Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad.	4
Hoja de aprobación del tutor y asesor de tesis.	5
Índice de contenidos	6
Índice de tablas	9
Índice de figuras.....	10
Resumen.....	11
Abstract	12
Capítulo I	14
El problema.....	14
Planteamiento del problema.....	14
Formulación del problema.	17
Antecedentes	17
Objetivos.....	21
Objetivo General:.....	21
Objetivos específicos:	21
<i>Preguntas de investigación.</i>	21
Justificación	22
Capítulo II.....	24
Marco Teórico.....	24
Marco contextual	24
Historia del cantón.	24
Características de la ciudad.....	24
Marco conceptual.....	24

La tuberculosis	24
Determinantes de salud	35
Determinantes sociales de salud	36
Desigualdades en salud.	40
Interacción de los determinantes sociales y de salud con la tuberculosis.....	41
Marco Legal	43
Constitución de la República del Ecuador 2008	43
Ley Orgánica de Salud.....	44
Plan Toda una Vida.....	45
Capítulo III.....	46
Marco Metodológico.....	46
Descripción del área de estudio / Grupo de estudio.....	46
Enfoque y diseño de investigación.	46
Descriptivo:.....	47
Transversal.....	47
Procedimiento de investigación.	47
Población.....	47
Muestra:	47
Criterios de Inclusión.....	47
Criterios de exclusión	48
Técnicas:	48
Instrumentos:.....	49
Procesamiento de la información.....	49
Consideraciones Bioéticas.	50
Marco Ético.....	50
Código de ética y conducta profesional OMS	50
Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.	50

Declaración de Helsinki	51
Consentimiento informado aplicado a la Investigación.....	51
Capítulo IV.....	52
Resultados y discusión.....	52
Tabla 4. Determinantes sociales y Tipos de TB	74
Capítulo V.....	76
Conclusiones y Recomendaciones.....	76
Conclusiones.....	76
Recomendaciones.....	77
Bibliografía	78
Apéndices.....	84
Apéndice A. Banco de preguntas para Entrevista.....	84
Apéndice B. Check list para revisión de historias clínicas.....	90
Apéndice C. Fotografías.....	93
Apéndice D. Consentimiento Informado	95
Apéndice E. Validación de expertos.....	97
Apéndice F. Designación de Asesor y Director de Tesis.....	99
Apéndice F. Reporte de similitud.....	102

Índice de tablas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes	52
Tabla 2. Antecedentes personales de salud del paciente	54
Tabla 3. Determinantes de Salud y Tipos de TB.....	72
Tabla 4. Determinantes sociales y Tipos de TB.....	74

Índice de figuras

Figura 1. Número de casos de TB sensible 2012-2018	33
Figura 2. Casos de TB resistente /multidrogo-resistente 2012-2018	34
Figura 3. Estilos de vida.	56
Figura 4. Creencias y fe.	58
Figura 5. Actitudes y comportamientos.	59
Figura 6. Determinantes biológicos.	60
Figura 7. Determinantes ambientales.	61
Figura 8. Relaciones familiares.....	62
Figura 9. Contexto político.....	63
Figura 10. Economía y trabajo.	65
Figura 11. Vivienda y hacinamiento.....	67
Figura 12. Asistencia social	68
Figura 13. Acceso a salud	70

Resumen

“Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021”

Los determinantes sociales y de salud son procesos con potencial de generar daño o protección en la salud de la población. La TB se considera una afección social que se agrava con la pobreza, hacinamiento, falta de acceso a educación y salud. El objetivo del estudio, analizar los determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosos en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Ibarra, 2021. El estudio fue descriptivo, cualicuantitativo, se trabajó con el universo de pacientes activos con diagnóstico de TB que recibían su tratamiento en los centros de salud de Ibarra, de los cuales mediante criterios de exclusión se pudo contar con 10 pacientes. Las técnicas utilizadas fueron la revisión de historias clínicas y entrevista, se aplicó un check list y banco de preguntas respectivamente. Entre los resultados se evidencia la distribución equitativa en ambos sexos, presentándose en adultos jóvenes, la instrucción formal está debajo del nivel superior, el desempleo prevalece. Todos tienen la vacuna BCG, el 10% tiene coinfección VIH-TB. El 50% es TB pulmonar y 50% extrapulmonar. Los determinantes protectores son las creencias y fe, relaciones familiares y acceso a salud, y los de riesgo se atribuyen determinantes biológicos, a malos estilos de vida, pobreza, empleo. Se concluye que la afección afecta a estratos sociales bajos, las creencias y la familia destacan por fortalecer la adherencia al tratamiento y los pacientes con TB pulmonar tienen mayores determinantes protectores y los extra pulmonares de riesgo.

Palabras clave: Determinantes de salud. Determinantes sociales. Tuberculosis.

Equidad en Salud.

Abstract

“Social and health determinants associated with tuberculosis in patients attended in health establishments in Ibarra, 2021 ”

Social and health determinants are processes with the potential to generate damage or protection to the health of the population. TB is considered a social condition that is aggravated by poverty, overcrowding, lack of access to education and health. The objective of the study is to analyze the social and health determinants associated with tuberculosis in patients treated in the health establishments of Ibarra, 2021. The study was descriptive and mixed, it worked with the universe of active patients with a diagnosis of TB who received its treatment in the health centers of Ibarra, of which by means of exclusion criteria it was possible to count 10 patients. The techniques used were the review of medical records and an interview, a check list and question bank were applied respectively. Among the results, the even distribution of both sexes is evidenced, and it occurs mainly in young adults, the education of the patients is below the upper level, unemployment prevails. All have their BCG vaccine, 10% have HIV-TB comorbidity. 50% is pulmonary TB and 50% extrapulmonary. The protective determinants are beliefs and faith, family relationships and access to health, and risk factors are attributed biological determinants, poor lifestyles, poverty, and employment. It is concluded that the condition affects lower social strata, beliefs and the family stand out for strengthening adherence to treatment and patients with pulmonary TB have greater protective determinants and extra pulmonary risk. patient education is below the upper level, unemployment prevails. All have their BCG vaccine, 10% have HIV-TB comorbidity. 50% is pulmonary TB and 50% extrapulmonary. The protective determinants are beliefs and faith, family relationships and access to health, and risk factors are attributed biological determinants, poor lifestyles, poverty, and employment. It is concluded that the condition affects lower social strata, beliefs and the family stand out for strengthening adherence to treatment and patients with pulmonary TB have

greater protective determinants and extra pulmonary risk. patient education is below the upper level, unemployment prevails.

Keywords: Determinants of health. Social determinants. Tuberculosis. Equity in Health.

Capítulo I

El problema

Planteamiento del problema

La tuberculosis es una enfermedad contagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, afecta al hombre desde los inicios de la existencia (Ramos et al., 2018), ocasionando la muerte de vastedad de personas, sin embargo, a pesar de los avances científicos no se ha podido erradicarla del planeta, por lo tanto varios autores lo consideran la peor epidemia del siglo XXI. La situación de esta enfermedad resulta un reflejo de las diferencias económicas y sociales que existen entre los diversos países, considerándola una afección social (Cabrera et al., 2015).

Es importante considerar que epidemiológicamente la tuberculosis (TB) representa la segunda causa de mortalidad en general y la primera en enfermedades infecciosas en todo el planeta (Sanchez et al., 2018). Se estima que 10 millones de personas se enfermaron de TB en el 2018 a nivel global, mientras que la carga de morbilidad varía exponencialmente de un país a otro desde menos de 5 a más de 500 nuevos casos por cada 100000 habitantes y con una media mundial de 130 casos nuevos, además se reportaron 1,2 millones de muertes por TB entre personas VIH-Negativo y 251000 muertes entre personas VIH-Positivas (OMS, 2019).

La mayor parte de casos se sitúan en Asia sudoriental (44%), África (24%) América (3%) entre los más relevantes; pero países como China, la India, Indonesia, Filipinas, Sudáfrica acapararon el 87% de los casos mundiales, demostrando que la enfermedad ataca inminentemente a las economías más débiles, a países extra poblados y a sociedades en donde hay prácticas de injusticia social(OMS, 2019).

En el año 2015 se informaron de igual manera un estimado de 10 millones de casos activos a nivel mundial en todas sus formas (MSP, 2018), lo cual conlleva a un nudo crítico

que muestra la resistencia de esta enfermedad a ser erradicada del planeta, puesto que en 3 años no ha mostrado variaciones relevantes en el propósito de acabar con la enfermedad.

La OPS en el año 2018 en su informe acerca de la tuberculosis en las Américas determina que el país que más representa morbilidad por TB es Brasil con el 32%, seguido de naciones aledañas a la nuestra como el Perú 13%, Colombia 6%, Venezuela 5% y finalmente Ecuador 3% en el décimo puesto, las cuales se sitúan entre las 10 naciones con mayor carga en América, representando el 87% del continente (OPS, 2018).

En Ecuador, en el año 2018 la mayor incidencia de casos ocurre en las provincias de la costa en las que destacan Guayas con 3354 casos, correspondiente al 55,3%, seguido de El Oro con 444 casos que constituyen el 7,28%, entre las provincias de la sierra, Pichincha representa el primer lugar con el 5,91% y la provincia de Imbabura el 0,86% destacándose que en las poblaciones de la costa los determinantes sociales inherentes a ellas ostentan sociedades vulnerables, relacionadas a bajos recursos económicos, mala calidad de vida en relación con la sierra y a la existencia de comorbilidades como VIH y diabetes; de igual manera se refleja que la tuberculosis pulmonar representa el 81,5% de los casos, determinadas especialmente en las personas con VIH y en personas privadas de la libertad (PPL)(MSP, 2019).

En nuestro país hay una estimación que considera que ingresan 8400 casos nuevos a la Estrategia Nacional contra la tuberculosis (MSP, 2018) y en Ibarra de acuerdo a datos del Distrito de Salud 10D01 se determinan a finales del año 2019, 14 personas que fueron diagnosticadas de tuberculosis en cualquiera de sus formas, lo cual corresponde a una tasa de 8,5 por cada 100000 habitantes, determinándose que en nuestro cantón es muy baja en comparación con Moquegua ciudad de Perú de similar cantidad de habitantes y aspectos culturales y económicos, en la que la incidencia de tuberculosis es de 90 por cada 100000 habitantes (Alarcón et al., 2017), en parte gracias a las estrategias de control que realiza el personal de atención primaria.

Sin embargo estos antecedentes muestran que en la región de las naciones en vías de desarrollo permanece esta afección notablemente en relación a naciones europeas, parte de aquí la necesidad de analizar esta afección desde el modelo de salud de los determinantes como lo planteó Lalonde en el año 1974, en el que se analizó factores socioeconómicos, conductuales entre otros capaces de afectar o mejorar la salud, dejando a un lado la cosmovisión de agente-huésped que fue concebida hace mucho tiempo(Gómez, 2017).

Los determinantes de salud son aquellos factores con la capacidad de generar daño o protección a la salud de individuos y comunidades, estos sostienen mucha relación con la patología, especialmente el social con sus elementos como: la pobreza, analfabetismo, migración y hacinamiento, creando para el bacilo de Koch un ambiente propicio para su desarrollo. Por ello se vuelve de entera importancia conocer cuáles son los determinantes de salud que influyen en la predisposición de padecer la tuberculosis, enfermedad hasta la fecha a pesar de los avances científicos modernos, no se ha podido erradicarla. Sin embargo el inconveniente que representa a la salud pública esta afección es más grande en países que se encuentran subdesarrollados y de igual manera en el Ecuador, donde priman los malos gobiernos, la pobreza, hacinamiento, difícil acceso a los servicios de salud entre otros. Reflejando que los determinantes de salud tienen el potencial de generar salud o deteriorarla(MSP, 2018).

El presente estudio expone los determinantes sociales y de salud de protección y riesgo que predominan en la morbilidad de tuberculosis del cantón Ibarra, así mismo refleja los tipos de TB que prevalecen en el lugar, determina las condiciones socioeconómicas y demográficas de estos pacientes, y relaciona los tipos de TB con las determinantes de salud, las mismas que servirán para enriquecimiento del conocimiento del personal de salud y familias de los pacientes.

Formulación del problema.

¿Cuáles son los determinantes sociales y de salud asociados a la tuberculosis en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Ibarra, 2021?

Antecedentes

Naomar Almeida en el año 2020 en su artículo científico: “Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas”, llegó a la conclusión que inclusive en estados de bienestar social de mayor estabilidad política, la asignación de recursos públicos gubernamentales puede directa o indirectamente beneficiar a los segmentos más ricos de la sociedad, entrelazando las desigualdades que el sistema capitalista ha dejado en medio de relaciones estructurales en las que a través de ese medio de producción se interactúa, condiciona y determina la salud en distintos planos de la realidad mediante una serie de procesos, condiciones, determinantes y vectores. Así mismo las políticas neoliberales afectan drásticamente a la gobernanza de salud, ya sea por sus leyes basadas en austeridad, inversiones en salud, farmacéutica y equipamientos, dando por hecho que las desigualdades seguirán avanzando conforme el sistema de gobernanza de las naciones no tenga un pilar clave de acción social, de universalidad y de repartición justa de la riqueza, medios propicios para que enfermedades sociales sigan aumentando, la desnutrición, la tuberculosis, muertes maternas entre otras (Almeida, 2020).

Shirlaine Bastos y colaboradores en el 2019, encontraron los siguientes resultados: la mayor incidencia de TB ocurre en el sexo masculino, sin embargo, en la coinfección con VIH fue mayor en las mujeres, el nivel de educación no superaba los siete años de estudios, existe una gran relación con otros problemas sociales como el alcoholismo, la mortalidad era mayor en personas de etnia negra y mestiza que vivía en las zonas más marginales de la región, de tal manera concluyó que aspectos socioculturales, de estilos de vida y económicos influyen directamente en la correcta adherencia al tratamiento, y que de la misma manera determinantes como el apoyo familiar, relación del profesional de la salud y paciente, fe, creencias y religión

ayudaban considerablemente a una buena adherencia a la terapia antifélica, determinando la importancia de trabajar en la lucha de esta afección eliminando las barreras sociales, mejorando la calidad en la educación y su acceso universal (Bastos et al., 2019) .

Los aspectos sociodemográficos de los pacientes de tuberculosis en Manabí reflejan que la tuberculosis predomina en el sexo masculino (58%), la mayoría de pacientes corresponde al grupo de adultos jóvenes (45%), el 37% de la población pertenece al nivel socioeconómico bajo, el 33% a muy bajo, el 25% y 5 % pertenecen al medio y alto respectivamente, las relaciones familiares (apoyo familiar) fueron de importancia en la adherencia al tratamiento del 75% de los pacientes. Concluyendo que nadie de sus sujetos de estudio pertenece al nivel económico muy alto y que un alto porcentaje de disfunción familiar y rechazo social resultan ser la principal causa de abandono al tratamiento (Pinargote et al., 2019).

Jocyeli Malacane y colaboradores en 2018 en su investigación: Factores asociados con la tuberculosis en una población indígena en Brasil: el efecto de un programa de transferencia de efectivo, se encuentra que los factores de protección ante la TB fueron la vacuna BCG y el programa de subsidio familiar (BPF), sin embargo los riesgos fueron, escolaridad baja (media de 8 años de estudio), hogares pobres, altos niveles de consumo de alcohol y tabaco, migrantes, refugiados asociadas a poblaciones marginales con poco acceso a servicios de salud. Con lo que se pudo concluir que los programas de transferencia monetaria o de servicio social reducen la mortalidad infantil, mejoran la nutrición, aumentan la cobertura de vacunación, con ello se puede prevenir hasta en un 50 % los casos y formas de tuberculosis activa en adultos; la ayuda por parte de los BPF aumentaron las tasas de curación en un 10% comparada a los que no lo reciben. Datos que revelan la importancia de las naciones mediante sus políticas públicas para cumplir con los Objetivos del desarrollo Sostenible (ONU, 2016), como poner fin a la pobreza, salud y bienestar, educación de calidad, que se relacionan directamente con esta problemática (Malacarne et al., 2018).

Freitas y Colaboradores en su investigación del 2018, Efectos de la protección social en los resultados del tratamiento contra la tuberculosis en países con baja o media renta y gravemente afectados :revisión sistemática y meta análisis, reflexionan que los servicios de protección social, contribuyen en el éxito del tratamiento de la tuberculosis de los pacientes que tenían este beneficio vs los que no, e instan a su vez a que las naciones en vías de desarrollo extiendan esta cobertura de salud a través de los servicios sociales, con lo cual se puede concluir, que actuar en los determinantes sociales ayudan significativamente en la adhesión al tratamiento, puesto que con la seguridad social, se puede atacar el talón de Aquiles de esta enfermedad, se mejora la economía familiar, calidad de vida, se fomenta la seguridad alimentaria, se elevan los años de escolaridad, se cuenta con ayuda psicológica. Por otro lado, la relativa importancia de estos servicios también influyen en disminuir la brecha del acceso a la salud, especialmente en las personas que viven en zonas marginadas, también los usuarios reciben la medicación oportunamente, se realizan exámenes sin costo alguno, por lo tanto resulta mucho más fácil terminar sus tratamientos que por el amplio tiempo que toman suelen ser abandonados (Freitas et al., 2018).

Jason Andrews en 2015, en su investigación: La ventaja epidemiológica de la orientación preferencial del control de la tuberculosis hacia los pobres, encontró que en la India país que representa la mayor epidemia de tuberculosis en el mundo, considerando que el quintil más pobre presenta una prevalencia cinco veces mayor (1105 casos 100000 habitantes) que el quintil más rico (201 casos por 100000 habitantes), se concluyó también que la pobreza se asocia a un mayor tiempo de duración en la enfermedad, los pobres tienen más alta tasa de contagios debido al hacinamiento y la escasa ventilación de sus viviendas, considera que otro factor de riesgo es la afinidad selectiva en la cual los pobres se asocian a los pobres y los ricos a los ricos, con lo cual se insta a trabajar en equidad social. Por otro lado se resalta la importancia de que las intervenciones sean dirigidas a los pobres, tomando un dato de la misma

nación de la India en que se demuestra que al impulsar un programa de diagnóstico de la tuberculosis orientado a los estratos sociales más excluidos su impacto sobre la prevalencia poblacional de TB fue 27% mayor de la no orientada (Andrews et al., 2015).

En Chile, se encontró que la tasa de morbilidad por tuberculosis es de 13 por cada 100000 habitantes, y que el 33% de los casos pertenecen a grupos de riesgo como la coinfección VIH 8,7%, extranjeros 8,4%, alcohólicos y drogadictos 6,4% personas privadas de la libertad 3,9%, pueblo indígena 2,5%, situación de la calle 2,4%, mismos que se relacionan entre sí a problemáticas sociales derivadas, creando un nudo crítico ya que las tasas de incidencia superan notablemente la tasa de población general, mostrando que existe un grupo vulnerable, en el cual se debe trabajar la resolución de los determinantes sociales de salud y enfocar en ellos la pesquisa de la enfermedad (Herrera, 2015).

La (OMS, 2009), en el informe final de la Comisión de los determinantes sociales de salud con el tema: Subsanan las desigualdades en una generación, concluyen que la esperanza de vida de una persona difiere notablemente en función del país donde haya nacido, en Japón es 80 años, en Brasil 72, en África es 50 años, sin embargo los altos índices de morbimortalidad se replican aun en países desarrollados, en donde la salud y la enfermedad siguen un gradiente social en el que mientras más baja es la situación socioeconómica peor es la salud, algo injusto debido a no se distribuye equitativamente en la población las riquezas, los bienes y servicios (acceso a la salud, pobreza, escolarización, condiciones de trabajo y tiempo libre, entre otras) y se aplica lo conocido como inequidad sanitaria que las naciones deberían resolver aplicando políticas de justicia social. En síntesis para adoptar eficientes medidas de equidad sanitaria es necesario el poder económico, puesto que ayuda a las naciones a que se generen mejores condiciones de vida, sin embargo es un imperativo ético generar políticas sociales que puedan mejorar la calidad de vida, aseguren una cobertura universal en salud, y la distribución equitativa del poder en todas sus dimensiones.

Objetivos

Objetivo General:

Analizar los determinantes sociales y de salud asociados a la Tuberculosis en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Ibarra.

Objetivos específicos:

- Identificar condiciones sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis.
- Identificar antecedentes personales de salud de los pacientes.
- Determinar tipos de tuberculosis en pacientes del cantón Ibarra.
- Asociar tipos de tuberculosis con las principales determinantes sociales y de salud que afectan a pacientes que acuden al Centro de Salud.

Preguntas de investigación.

- ¿Cuáles son las condiciones sociodemográficas de los pacientes con tuberculosis?
- ¿Cuáles son los antecedentes personales de salud de los pacientes?
- ¿Cuáles son los tipos de tuberculosis en los pacientes del cantón Ibarra?
- ¿Cuáles son los determinantes sociales y de salud que afectan a los pacientes que acuden al Centro de Salud?

Justificación

La tuberculosis es considerada una enfermedad antigua, que ha perdurado hasta la actualidad y considerada como la afección infectocontagiosa más importante; hallazgos importantes en materia de prevención y curación han llevado a declinar la morbimortalidad, sin embargo, las desigualdades sociales y de salud siguen siendo un obstáculo difícil de lidiar, especialmente en países en vías de desarrollo donde las condiciones de equidad y de políticas públicas de los gobiernos se orientan a las sociedades económicas altas. En nuestro país no existen fuentes de información o estudios que analicen el impacto que ejercen los determinantes de salud en la población y mucho menos en la tuberculosis.

Con lo antes expuesto, la investigación se realizó en base de la necesidad de conocer información actualizada acerca de las características sociales que determinan la salud de los pacientes tuberculosos en la realidad local del cantón Ibarra, que además conlleva a exponer sus características sociodemográficas y la relación con los tipos de tuberculosis. Por lo tanto serviría de apoyo en la toma de decisiones de los comités locales de salud, para el control de las necesidades sociales y de salud.

La investigación resulta necesaria y viable a nivel social, debido a que expone las condiciones socioeconómicas, políticas, las desigualdades y la dificultad del acceso a salud, educación, trabajo y vivienda; por lo cual las autoridades podrían enfocar sus acciones a subsanar las inequidades y garantizar mejores condiciones de vida en la población.

Resulta beneficiosa para la academia, debido a que estudiantes de pregrado y posgrado de enfermería y de ciencias de la salud puedan usar este estudio como literatura de apoyo en la construcción de su juicio clínico, en la toma de decisiones, en el fomento de la promoción, prevención y a la hora de planificar acciones comunitarias en los comités locales de salud.

Finalmente es necesaria a nivel sanitario, pues permite exponer a través de los datos analizados como se determina la salud de las personas que tienen tuberculosis, motivándolos a trabajar en la construcción de una salud pública que atienda las necesidades sociales de los individuos, mejoren la calidad de vida y se fomente la prevención de las enfermedades, y así mejorar indicadores de control de TB, mediante actividades de promoción y prevención.

Capítulo II

Marco Teórico.

Marco contextual

Historia del cantón.

Ibarra, es una ciudad ubicada al norte del Ecuador, conocida como la “Ciudad Blanca”. Fue fundada por Cristóbal de Troya el 28 de septiembre de 1606 por orden de Miguel Ibarra, a quien le pondría de nombre de “San Miguel de Ibarra” (EcuRed, 2019).

Características de la ciudad.

La ciudad mantiene un clima templado y seco con una temperatura que oscila los 18°C. En el cantón existe vegetación selvática de valiosos árboles como la caoba, guayacán y roble, y así como varias especies de flores como las orquídeas, bromelias y también especies vegetales andinas típicas como el Pumawaqui y el romerillo (EcuRed, 2019)

En cuanto a los establecimientos que prestan servicios de salud que presenta la ciudad se pueden destacar varios centros de salud, la mayoría de tipología A y uno solo de tipo B (Centro de salud N°1), así también existen 2 hospitales generales, uno perteneciente al MSP y el otro al IESS, así como varios establecimientos de segundo nivel de la red complementaria de salud (MSP, 2017)

Marco conceptual

La tuberculosis

. La Tb es una afección infecto-contagiosa causada por el Mycobacterium Tuberculosis, responsable de generar la afección a nivel pulmonar, sin embargo, este puede atacar a diversas partes del cuerpo humano y la misma no evoluciona en afección en todas las personas, destinándose una Tb latente y una activa.(Huamaní et al., 2019). La TB es la principal

enfermedad infectocontagiosa, que se encuentra dentro de las 10 causas de muerte de todo el mundo causada por un solo agente infeccioso, por encima del VIH/SIDA

Historia de la Tuberculosis: En investigaciones se la cataloga como la peor pandemia del siglo XXI, debido a su alta mortalidad mundial ocasionada, a los altos esfuerzos de control y a su elevada presencia en la humanidad. Las grandes tasas de defunción se encuentran relacionadas a su capacidad de multidrogoresistencia y a su coinfección VIH/SIDA (Ramos et al., 2018).

La tuberculosis se encuentra presente en la humanidad desde el paleolítico.(Antonio-Arques et al., 2021), según los datos documentados a través de los años existen evidencias de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, en momias egipcias, y en restos de humanos ubicados en Europa (Ramos et al., 2018).

En la antigüedad se la conocía con el nombre “Phthisis” y en otros lugares como “Schachepheth” o escrúfula (CDC, 2021). Hipócrates describía las fascias hipocráticas, temperamento héctico y fiebre vespertina que causaba la afección (Ramos et al., 2018). Alrededor de los años 1700 también se le la catalogaba como la “plaga blanca” en función de la tez pálida que adquirirían los pacientes; posteriormente adquirió el nombre de “consunción”, inclusive después que se lo catalogó como tuberculosis por Schonlein (CDC, 2021).

Ramos, 2018 refiere que el médico Aureliano (IV-V d.c) realizó la descripción del tipo pulmonar y plantea que se encuentra una fiebre latente que empieza al final del día y cede con la aparición del nuevo día, que se acompaña con tos y flema.

Se detalla que en el siglo XIX Teófilo Laënnec, que atendía a los tuberculosos y realizaba las autopsias de los que fallecía, llegó a correlacionar la afección con la ubicación anatómica, en el año 1865 Jean Villemin demuestra que es inoculable; también en esta época

se llega a la conclusión de que es una enfermedad curable con una buena alimentación y ambientes frescos(Ramos et al., 2018).

En el mes de marzo del año 1882 el famoso científico Robert Koch anunció que en uno de sus estudios había encontrado al *Mycobacterium tuberculosis*, responsable de la tuberculosis, la misma que mataba aproximadamente al 15% de la población, resultando como el primer más grande logro ejecutado para el control de esta afección(CDC, 2021).

A continuación se detallan varios hitos importantes ocurridos en los últimos siglos, uno de ellos resulta el descubrimiento de los Rayos X, trascendiendo notablemente ya que constituía un pilar fundamental en el diagnóstico, de la misma manera, con el transcurrir de los años se presentaban más fortalezas para el control de la TB; fue entonces que se descubre la vacuna BCG por los científicos Calmette y Guérin y posteriormente en el año 1992 fue administrado a un humano; así también se descubre el primer antibiótico efectivo para el control de la TB, la estreptomycin; en el año 1994 se trata por primera vez a una mujer con este fármaco aislado de un hongo (*Streptomyces griseum*) y en el cual se presencié la curación de la misma. En el año 1982 la OMS declara al 24 de marzo como el día mundial de la TB, también se exhorta una estrategia DOTS que permite el estricto cumplimiento de la adherencia al tratamiento antifímico (Ramos et al., 2018). Con el pasar de los años se han mejorado las capacidades resolutivas para tratar y controlar a la TB, sin embargo, persiste la morbimortalidad sustancialmente hasta la actualidad en especial en los países en vías de desarrollo, en los cuales prevalecen los determinantes sociales de salud.

Finalmente se establecen una serie de estrategias denotadas por la OMS en las que pretenden dar un fin a la TB, en la que se fijan indicadores hacia el año 2035, en los cuales se pretende reducir la mortalidad en un 95%, bajar la tasa de incidencia en un 90%, todo esto en comparación del año 2015, entre otros (OMS, 2020).

Etiología. Se consideran agentes causales de la TB humana a los siguientes microorganismos, el *Mycobacterium tuberculosis* que es el principal responsable de la TB a nivel mundial, incluso en los países con eficientes sistemas de salud., *Mycobacterium bovis* que causa la tuberculosis en los bovinos, primates, perros, gatos, cerdos y humanos, *Mycobacterium africanum* es responsable de la TB en África tropical (Farreras & Rozman, 2012).

Medios de Transmisión e historia de la enfermedad. El principal reservorio y huésped del M. Tuberculosis es el humano(MSP, 2018) , y la trasmisión resulta de la inhalación de las gotículas de saliva expulsadas en las que se alberga el Bacilo de Koch, las mismas que son expulsadas por los individuos con la infección activa al toser o expectorar, (Farreras & Rozman, 2012). El bacilo expulsado es levemente curvo y su longitud es menor a 4 micrones, lo cual resulta primordial ya que puede permanecer suspendido en el aire por al menos 8 horas(MSP, 2018).

Este bacilo puede dispersarse fácilmente hasta las regiones subpleurales generalmente en los lóbulos inferiores. El organismo humano falla en sus labores de evitar la presencia de los patógenos, y este una vez en el humano logra diseminarse de manera sistémica, afectando prácticamente a cualquier tejido del paciente (Farreras & Rozman, 2012). El agente causal podría derivar a una enfermedad de manera inmediata, sin embargo, es más frecuente que este permanezca inactivo gracias a la intervención de los linfocitos T y la liberación de interferón, con lo cual se podría mantener la enfermedad latente (Farreras & Rozman, 2012) (MSP, 2018). Cohen, 2019 refiere la OMS reporta que al menos 1/3 de la población infectada con TB latente, además refiere que la tasa de reactivación de la Tuberculosis latente es algo controvertida ya que puede producirse reinfecciones, sin embargo, destaca que no hay métodos diagnósticos

para identificar en los sujetos con mayor riesgo de desarrollar una infección activa (Cohen et al., 2019).

Se puede considerar que la inmunosupresión elevaría el riesgo de reactivación, además del número de fuentes de contagio de la comunidad entrelazadas con los determinantes de salud, la edad y condiciones de salud que comprometan el funcionamiento idóneo del sistema inmunitario (Farreras & Rozman, 2012) (MSP, 2018). Por otro lado, estos mismos factores que contribuyen a la inmunidad reducida, permiten que la presencia de lesiones miliares que facilitan la diseminación del bacilo por todo el organismo (Farreras & Rozman, 2012).

Cuando los bacilos se alojan en el pulmón luego de que se desarrolla la enfermedad activa, se convierte en foco de infección a personas sanas, considerándose contagiosa solo a la TB pulmonar (MSP, 2018).

Clínica. Las características clínicas en general son poco específicas, sin embargo, es preciso abordar las generales, las mismas pueden determinar en un paciente con TB activa las siguientes condiciones: Delgadez, astenia, anorexia, febrículas y sudoración nocturna, (Farreras & Rozman, 2012). Es importante a pesar de su inespecificidad estar alerta de esta sintomatología para descartar la enfermedad, especialmente en los países con alta prevalencia de TB, refiere Farreras, 2012.

En cuanto a TB pulmonar se puede caracterizar fundamentalmente la tos, la misma que generalmente es productiva de tipo mucoide o mucopurulenta y puede persistir por varias semanas o meses. Además cuando existen lesiones laríngeas y traqueo bronquiales puede sumarse el síntoma de dolor torácico. También se suele dar la hemoptisis ocasionada por procesos trombóticos vasculares, previos a la aparición de la necrosis del tejido pulmonar. En condiciones más avanzadas de la afección puede darse también la disnea (Farreras & Rozman, 2012).

Tipos. Pueden darse en dependencia de la ubicación anatómica como: Pulmonar la misma que afecta al parénquima pulmonar o árbol traqueo-bronquial, la misma que puede desagregarse como: primaria y posprimaria del adulto, las mismas que detallan en una la presencia asintomática y en la otra una reactivación. (MSP, 2018) (Farreras & Rozman, 2012).

Por otro lado también se menciona a la Extrapulmonar en la que se afectan otros órganos que no sean los pulmones(MSP, 2018). Entre algunas podemos referir a la TB ganglionar, la misma que suele ser producto de una manifestación posprimaria de infección por *M. Tuberculosis*, suele ser frecuente en las personas con VIH y tiene un pronóstico favorable, el cual se lo puede resolver a través de la exéresis; también se destaca la Miliar, que de igual manera se presenta en personas inmunocomprometidas, originada por la erosión de un foco tuberculosos de un vaso sanguíneo el cual genera la diseminación hacia todo el organismo, para su diagnóstico se emplean los medios de imagen y biopsias, el tratamiento resulta eficaz si se lo aplica oportunamente. Entre otras más frecuentes se destacan la osteoarticular, genitourinaria, peritoneal entre otras (Farreras & Rozman, 2012).

Diagnóstico. Se pueden emplear varias técnicas como: la prueba de tuberculina o PPD (derivado proteico purificado), la misma se la realiza con la técnica de Mantoux, mediante una aplicación intradérmica, la cual ha de comprobarse luego de 2 a 3 días verificando la presencia de una induración. También se utilizan técnicas microbiológicas a través de la detección de bacilos ácido-alcohol-resistentes (BAAR) en el análisis bajo un microscopio, así también el uso de exámenes de cultivos de esputo (Farreras & Rozman, 2012). A estos anteriormente citados se incluyen los estudios radiológicos e histopatológicos.

MSP, 2018 en su guía de práctica clínica menciona los diferentes criterios para llegar al diagnóstico de TB en los adultos, manifestando los siguientes:

Criterio clínico asociado a los sintomáticos respiratorios (SR) en aquellas personas con tos y flema de más de 15 días, también por la presencia de los síntomas generales previamente abordados en el acápite de clínica(MSP, 2018).

Criterio Bacteriológico, en el cual se recomienda realizar BAAR y cultivos en esputo, PCR en tiempo real. Es imprescindible realizar el cultivo y PCR cuando existen indicios la enfermedad asociadas con cuadro clínico y estudios radiológicos sugestivos (MSP, 2018).

Criterio de imagen e histopatológico, en este se precisa realizar el RX de tórax, así también la ecografía, TAC y RMN, los mismos que deben analizarse conjuntamente con la clínica y hallazgos bacteriológicos. El análisis histopatológico se lo debe realizar como apoyo del diagnóstico de TB extrapulmonar (MSP, 2018).

Criterio epidemiológico y de factores de riesgo, en que se analizan recaídas en afectados de TB sensible o resistente, afectados previamente tratados en los que se desconoce el resultado del tratamiento aplicado, personas con más de 2 episodios de TB, personas con comorbilidades TB/VIH, DMII, IRC, tratamientos inmunosupresor, entre otras. En estos grupos vulnerables se debe usar la PCR en tiempo real (MSP, 2018).

Finalmente se aplica un criterio inmunológico en el que se debe descartar una TB activa mediante clínica e imagen a toda persona que haya iniciado con la terapia preventiva de Isoniacida (TPI).

Por otro lado, los criterios indicados al diagnóstico de TB extrapulmonar se lo aplican en dependencia de la ubicación anatómica, por ejemplo, en TB intestinal se debe investigar al *M. Bovis*. Se debe de la misma manera analizar la sintomatología general de la TB y síntomas focalizados en ciertos órganos o sistemas. Como apoyo se aplica el estudio histopatológico mediante biopsia. Sin embargo, no siempre se puede tener indicios e TB focalizada, o hay

dificultad de realizar exámenes microscópicos por lo cual es recomendable realizar técnicas de imagen como TAC y RMN (MSP, 2018).

Tratamiento. Por situaciones de contexto local se precisa indicar el tratamiento que se maneja en el Ecuador, el mismo que se clasifica para la TB sensible y TB resistente, los mismos que se manejan en dependencia del peso del paciente y los cuales deben manejar la estrategia DOTS (MSP, 2018).

El esquema aplicado a la TB sensible se lo aplicará bajo 2 circunstancias, el primer caso aplicado a casos nuevos y sin evidencia de presentar TB resistente, cuyo tratamiento es 2HRZE/4HR que se divide en 2 fases, en la primera (2HRZE) se debe administrar 50 tomas de lunes a viernes de Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol en un total de 2 meses, posteriormente durante 4 meses más se debe dar en 100 tomas (4RH) de lunes a viernes, Isoniacida y Rifampicina. Cabe resaltar que en casos de hospitalización y en privados de la libertad se debe administrar el antifímico los 7 días de la semana(MSP, 2018).

En el segundo caso aplicado a pacientes con pérdida en el seguimiento recuperado, recaídas, fracasos, o con sensibilidad confirmada a la Rifampicina. En este particular se asignará un tratamiento de 9 meses es una sola fase con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol(MSP, 2018).

Existen consideraciones especiales en el tratamiento, por ejemplo en casos de TB del SNC, ósea y osteoarticular sensible se debe aplicar: en el Mal de Pott (2HRZE/7-10HR), para la ósea y osteoarticular (2HRZE/4-7HR), y para los casos del SNC se aplica (2HRZE/10HR)(MSP, 2018).

Por otro lado es necesario conocer que se debe aplicar un tratamiento preventivo con cotrimoxazol (TPC) a todo paciente con coinfección TB/VIH, con el cual se reduce significativamente la mortalidad (MSP, 2018).

El tratamiento para la TB resistente consiste en un esquema acortado de 9 meses a un año para casos de resistencia a la Rifampicina o multidrogoresistente, el mismo que se detalla así 4-6Km(Am)-Mfx altas dosis – Eto-H altas dosis Cfz-Z-E/5 Mfx-Cfz-Z-E. Dicho tratamiento consta de una fase intensiva en la que se administra Kanamicina, Moxifloxacino, Etionamida, Isoniacida en altas dosis, y Clofazimida, Piazinamida y Etambutol, los mismos que se administrarán diariamente por 4 meses. En esta parte es necesario indicar que esta fase puede extenderse a 6 meses en el caso que la BAAR siga resultando positiva, sin embargo, en el caso de que al sexto mes siga sin negativizarse se debe dar como fracaso de esquema y se diseñará un tratamiento individualizado. En la otra fase llamada de Continuación, se administra Moxifloxacino, Clofazimida, Etambutol, Pirazinamida, la misma que se administrará diariamente por 5 meses(MSP, 2018).

Epidemiología: A nivel global se presencian varios casos de tuberculosis que reflejan una difícil tarea a la hora de eliminar y erradicar la enfermedad de la faz de la tierra.

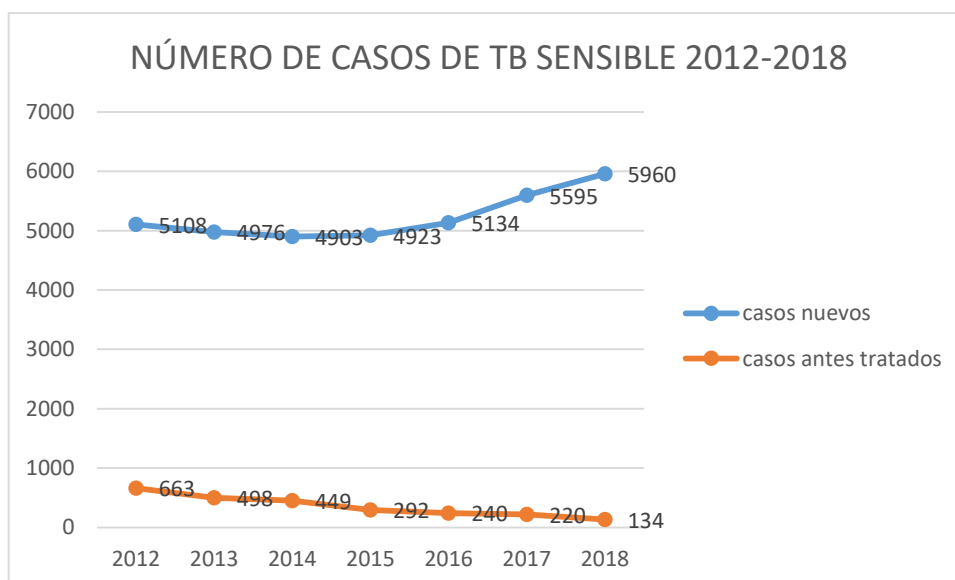
A nivel mundial un aproximado de 10 millones de personas enfermaron por TB en el 2018, es preocupante como varían las tasas de morbilidad de una nación a otra, puesto que en ciertas existen de 5 a 500 casos por 100000 habitantes y con una media mundial que bordea los 130 casos. Además se presentó una mortalidad de 1,2 millones de personas sin coinfección VIH y de 251000 en personas con VIH, significando una reducción significativa con las cifras del año 2000 (OMS, 2019).

La presencia de la tuberculosis es similar en el sexo masculino y femenino, y la carga más elevada se da en los hombres mayores de 15 años, representado el 57 % de los casos globales; de todos los casos de TB el 8,6% eran personas con VIH(OMS, 2019).

Los países que tienen mayores casos de TB se encuentran en Asia (44%), África (24%). Es alarmante que 2 países acaparen 2/3 de los casos mundiales: India (27%) y China (9%) y estos países más otros 22 son los que abarcan el 87% de casos a nivel mundial, así también los 2 países con mayor carga de TB son los mismos que poseen la mayor proporción de tuberculosis multidrogo-resistente(OMS, 2019).

Por otro lado a nivel local se destaca que en Ecuador se aplica la estrategia ENCTB que asegura la detección, tratamiento y diagnóstico de la afección, la misma que pretende reducir las tasas de morbilidad y evitar la aparición de la multidrogoresistencia (MSP, 2019).

Figura 1. Número de casos de TB sensible 2012-2018



Nota: Adaptado de “Informe anual de TB 2018” (p.2) por MSP, 2019.

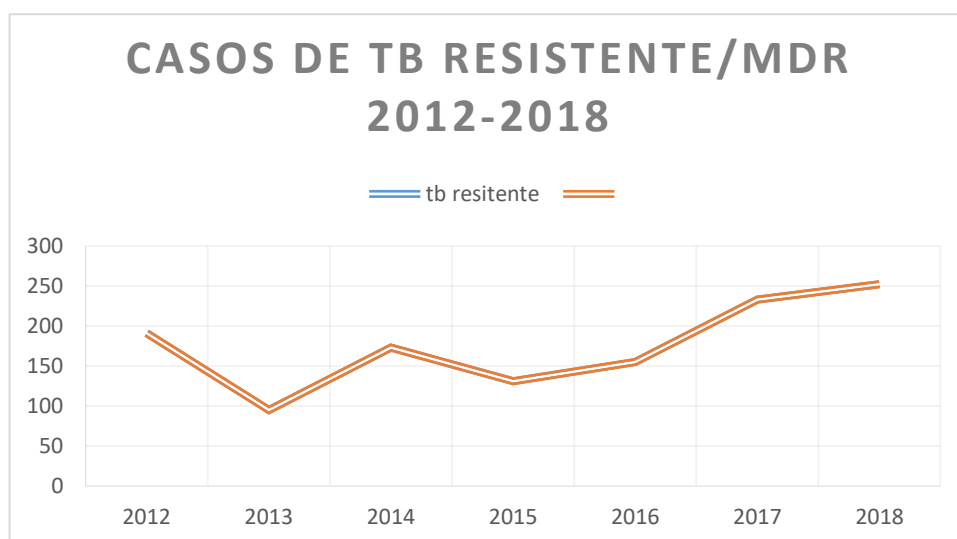
Como se puede observar en la Figura 1 los casos sensibles de TB se representan por los casos nuevos y tratados previamente se puede observar que existe una tendencia al ascenso

desde el año 2012 con 5771 casos hasta el año 2018 con 6094 casos, pasa algo similar con los casos nuevos, sin embargo, se contrasta esta realidad con los casos antes tratados en donde se evidencia un descenso de 663 hasta llegar al 2018 a 134 (MSP, 2019).

Para el año 2018 se puede evidenciar que en el Guayas se encuentra la mayor cantidad de casos de TB sensible ocupando el 55% de casos a nivel nacional, seguido de El Oro 7,3%, los Ríos 6%. Reflejando que las $\frac{3}{4}$ partes de casos se concentran en la Costa, pudiendo reflejarse que en estas provincias existe mayor proporción de pobreza entre otras. Por otro lado, en la Provincia de Imbabura se detallan apenas 51 casos entre casos nuevos y recaídas, y 1 como caso antes tratado, representando el 0,9% a nivel nacional.(MSP, 2019)

En cuanto a la distribución por sexo y edad se evidencia que la mayor parte de casos corresponden a las edades de 25 a 34 años y el sexo masculino resulta el más afectado a razón de 2,4 hombres por cada mujer. En el mismo año se puede evidenciar que la TB pulmonar representa el 82 % de los casos vs la extrapulmonar. Así mismo en los grupos de riesgo donde se presenta la enfermedad se puede observar una tendencia al ascenso y que las coinfecciones VIH/TB son las que más acumulan casos, seguido de estos se encuentran los privados de la libertad (MSP, 2019).

Figura 2. Casos de TB resistente /multidrogo-resistente 2012-2018



Nota: Adaptado de “*Informe anual de TB 2018*” (p.5) por MSP, 2019.

En la figura 2 podemos apreciar que en el año 2013 y 2015 se presentó un declive de casos (95 y 131), sin embargo, a partir del año 2016 se mantiene una tendencia de ascenso. Lo cual resulta preocupante ya que el pronóstico de estos pacientes es negativo, dándose generalmente por el uso incorrecto del tratamiento antifímico y el abandono al tratamiento (MSP, 2019).

Determinantes de salud

Los determinantes de salud se consideran a aquellos procesos con la capacidad de brindar protección o perjuicio a la salud de los individuos, familias y colectivos. Estos factores actúan de manera conjugada y determinan los niveles de salud de la población (MSP, 2018). Los determinantes de salud abarcan factores ambientales, biológicos, conductuales, socioeconómicos, culturales y la respuesta de los servicios sanitarios (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020).

Clasificación.

Según refiere de la Guardia, 2020 en su artículo que Lalonde en 1974 establece que la salud en una comunidad se da por la interacción de cuatro factores, el medio ambiente, los estilos y hábitos de vida, el sistema sanitario y la biología humana.

El medio ambiente. Representa aquellos factores que afectan al entorno donde los individuos se desarrollan y que estos interfieren directamente en la salud. Se estima que un 20% de la mortalidad en algunos países se deben a los riesgos ambientales. Existen varias determinantes que lo engloban, por ejemplo el acceso al agua segura, servicios básicos, deslaves, contaminación, fenómenos geológicos, inundaciones, incendios entre otros (De la Guardia & Ruvalcaba, 2020) (MSP, 2018).

Marmot, 2020, refiere “El entorno construido y natural es un determinante clave de las desigualdades en la salud y el bienestar, y el entorno en el que vivimos está indisolublemente vinculado a nuestra salud a lo largo de la vida”

Los estilos y hábitos de vida. También llamados determinantes conductuales, representados por los comportamientos y hábitos de vida que afectan o fortalecen la salud de los individuos, estas conductas se dan por decisiones propias y por la injerencia del entorno y grupos sociales, mencionamos entre algunos aspectos a la alimentación, consumo de sustancias nocivas, sedentarismo. Es importante el trabajo del personal sanitario en acciones de promoción en este aspecto, ya que tiene una influencia del 43% sobre la salud de las personas(De la Guadía & Ruvalcaba, 2020).

El sistema de salud. Representan al conjunto de centros sanitarios, talento humano, medios económicos y materias innatas a un establecimiento de salud, las que se condicionan por la accesibilidad, cobertura, gratuidad, calidad, buenas prácticas, entre otras. Los servicios de salud tienen poca contribución a resolver las condiciones de salud de la comunidad ya que solucionarían apenas el 11% de estas (De la Guadía & Ruvalcaba, 2020) (MSP, 2018).

Biología humana. Aborda a los factores genéticos y hereditarios, así como la edad, el sexo, la nutrición, la inmunidad y vigor. Generalmente en los cuales no se puede intervenir en mucho el personal de salud. Sin embargo, representa un 27% de la determinación de la salud de los individuos. (MSP, 2018)

Determinantes sociales de salud

(Pecoraro, 2021) refiere que los determinantes sociales de salud son aquellas condiciones en las que las personas viven, trabajan y como estas afectan su salud, las mismas que se ven agravadas por las inequidades tales como la riqueza, oportunidades entre otros.

(De la Guadia & Ruvalcaba, 2020) refieren que las condiciones sociales influyen duramente en la posibilidad de tener una buena salud, las mismas son el resultado de una inequitativa distribución de dinero, poder y recursos a nivel global, dependiendo estrechamente de las políticas públicas de los gobernantes. Las mismas no solo ocurren de un país a otro, sino también entre estados, regiones y localidades de un mismo estado y hasta entre diferentes grupos poblacionales.

Podrían entenderse también que estos determinantes como lo refiere (Vinces & Campos, 2019) “se condicionan a las condiciones que influyen en ella, así como las vías particulares por las que se ejerce dicha influencia” queriendo expresar que las condiciones sociales y en las que los individuos se desarrollan no dejan de tener un impacto en la vida de las personas. Este mismo autor considera que la salud se vuelve susceptible por diversos aspectos sociales como la pobreza, condiciones de trabajo, apoyo social, alimentación, transporte y otros que afectan a los individuos desde la primera infancia como el entorno social y el comportamiento.

La influencia socioeconómica y política: La salud se determina por las marcadas desigualdades e inestables políticas socioeconómicas, estas afectan de manera elevada la estructura social como: los gobiernos y sus políticas de trabajo, educación y salud, leyes que regulan la tierra y la distribución de la vivienda. En síntesis como las autoridades manejan la distribución equitativa de oportunidades y de riquezas. Por otro lado ante la leve cantidad de estudios de este contexto, se puede revelar que algunos países socio demócratas que mantienen un estado de bienestar más amplio, regulado y equitativo obtienen óptimos indicadores en salud; es evidente conocer que en algunos países conforme avanza el tiempo se reduce la esperanza de vida, aumentan a la par las desigualdades sanitarias como consecuencia directa de problemas graves de índole político, social y económicos (MSP, 2018)(Marmot et al., 2020).

En cuanto a la posición socioeconómica aborda igualmente las inequidades sociales como los estratos sociales, género y etnias, las mismas que influyen directamente en las oportunidades de tener una buena salud, evidenciándose principalmente el acceso a los recursos, siendo notorio que los más poderosos son los que se benefician de mejores condiciones y prestaciones de salud (MSP, 2018).

Es primordial destacar además que existen factores intermedios como las circunstancias materiales, la vivienda, el nivel de ingresos, condiciones de trabajo , falta de apoyo social, situaciones de estrés, el sistema sanitario y los factores biológicos y conductuales (MSP, 2018).

Desempleo. En este sentido el empleo representa un determinante social, en efecto se destaca que el desempleo, en especial el de larga duración contribuye a una mala salud. No obstante, se puede atribuir también el trabajo de mala calidad o estresante (Marmot et al., 2020).

El trabajo, en ocasiones no representa una salida a la pobreza, los mismos no son de calidad, carecen de seguridad social y salarios justos. Por lo cual la pobreza y tener un empleo de mala calidad determinan negativamente la salud física y mental. Por lo tanto el trabajo se debería fortalecer con políticas que dignifiquen el salario nacional y mejoren las oportunidades laborales. (Marmot et al., 2020)

La educación. Es preciso el acceso a la educación, puesto que mientras más unidades educativas gratuitas existan, se logran mejores logros académicos en los alumnos. No obstante, se necesita articular a la vez estrategias que eviten a toda costa la deserción escolar, que se encuentra fuertemente vinculada con casos de delincuencia juvenil. Representando en ellos impactos a futuro en materia social y de salud(Marmot et al., 2020).

Por otro lado, la eficiencia académica, tener mejor salud y en futuro tener la posibilidad de tener salarios elevados, dependen crucialmente de las capacidades desarrolladas en la infancia (sólidas habilidades comunicativas y lingüísticas, desarrollo físico, personal y social

en los primeros años de vida), la misma que se condiciona a través de las desigualdades socioeconómicas (Marmot et al., 2020).

Inseguridad alimentaria. La misma se representa como una condición social y económica, la cual disminuye el acceso ilimitado o incierto a una alimentación nutritiva y acorde a las necesidades de los individuos, no obstante, esto ha ido incrementándose, debido a los innumerables retrocesos de equidad, lo que condiciona que las familias no tengan los recursos para acceder a comer saludable(Marmot et al., 2020).

Pobreza. (Marmot et al., 2020) refiere que los niveles de pobreza siguen acrecentándose con el pasar de los años, viéndose que cada vez se eleva el costo de una vivienda, el desempleo y varias políticas de recaudación de impuestos que han sido retrogradadas y en la que los más pobres pierden mayor proporción de sus ingresos en comparación con el 10% de los ricos, empujando a las familias más desatendidas a un círculo vicioso conocido como “pobreza intergeneracional”. De la misma manera se han visto elevadas tasas de pobreza en grupos marcados por la etnia y discapacidad.

Estructura social. Otro factor contribuyente que determina la salud es representando por la estructura social adoptada en cada lugar, evidenciándose una exclusión marcada. En los resultados de un estudio de la CDC citado por (Pecoraro, 2021), es posible analizar claramente como la estructura social, en este caso la raza negra determina la salud de los individuos al representar más del 80% de hospitalizaciones por Covid-19 en 8 hospitales de Atlanta y Georgia. Representando como un solo ejemplo que los determinantes sociales de salud pueden intervenir en la salud de las personas.

La vivienda. Un hogar con minúsculas condiciones de calidad como: el frío, la humedad, moho y hacinamiento se encuentran vinculados de manera estrecha con la mala salud, la misma que en dependencia de su tiempo de exposición se agrava más y más. Es

persistente el problema social de las familias que tienen viviendas no decentes, las mismas que se relacionan con los problemas de superpoblación, en especial en los países subdesarrollados, estos determinan la salud mental y física de las familias. No obstante, existe un riesgo mucho más relevante, atribuido a los individuos que carecen de un hogar donde dormir, la misma se conecta a una “trimorbilidad (mala salud física y mental combinada con el abuso de sustancias”. En efecto estas personas reducen su expectativa de vida 30 años (Marmot et al., 2020). Las políticas de vivienda pueden resultar aristas idóneas de un gobierno justo si se distribuyen a los más necesitados.

Desigualdades en salud.

Las desigualdades de salud se asocian a la relevancia que existe entre la distribución de la salud y enfermedad en la sociedad, por supuesto, asociada a los determinantes sociales, a la riqueza, educación, raza, lugar de residencia, trabajo.

(Marmot et al., 2020) refiere que las desigualdades pueden afectar a largo plazo, exponiendo que mientras más baja sea la posición socioeconómica puede determinar sus probabilidades de morir. El 10 % de los niños más desfavorecidos doblan las posibilidades de morir por una enfermedad grave de la infancia o de desarrollar una discapacidad a largo plazo.

(OMS, 2009) Refieren que las desigualdades e inequidades son abismales, y refiere “La esperanza de vida de una niña que nazca hoy puede ser de 80 años, si nace en determinados países o de 45 años, si nace en otros.” Mostrándonos las brechas que se deberían de romper para tener una verdadera salud universal.

Es imprescindible que se asocien las políticas económicas y sociales para subsanar las inequidades, al repartir las riquezas de una nación por igual, así mismo brindar las mismas oportunidades de desarrollo en salud, educación y trabajo. Solo de esta manera se pueden mejorar notablemente las características epidemiológicas de la sociedad.

(Marmot et al., 2020) explica varias recomendaciones para que la sociedad maximice sus capacidades y tengan control en sus vidas. Las mismas destacan a la equidad como el centro de las decisiones nacionales, la reducción de desigualdades, en la inversión educativa con enfoque de reducción de deserción y exclusión, entre otras.

Por lo cual las naciones deben trabajar en los 3 aspectos claves para la construcción de la equidad e igualdad en salud. Mejorar las condiciones de vida de las personas, luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos y medir la magnitud del problema, analizarlos y evaluar los efectos de las intervenciones (OMS, 2009).

Interacción de los determinantes sociales y de salud con la tuberculosis.

La tuberculosis representa un problema de salud pública importante. Esta afección podría considerarse social, puesto que su mayor concentración se da en países asiáticos (44%) y africanos (24%), representando casi el 70% de los casos activos a nivel global. Así mismo en 2018 se evidencia que 8 países representan los 2/3 mundiales: India, China, Indonesia, Filipinas, Pakistan, Nigeria, Bagladesh y Sudáfrica. Estos países más otros 22 encierran la lista de los 30 países con más alta carga de TB, abarcando el 87% de los casos mundiales (OMS, 2020). Es evidente apreciar que estas naciones tienen índices de población elevados, bajos recursos económicos, malas condiciones laborales y ninguno representa a la raza blanca.

(Muñoz et al., 2018) refiere que los datos de la OMS revelan que en el año 2016 han muerto 1,7 millones de personas por tuberculosis, siendo importante destacar que 9 de cada 10 personas pertenecían a países con economías de ingresos bajos y medios.

En el Ecuador la situación no varía mucho, en el 2018 se puede evidenciar que en la Región Costa las $\frac{3}{4}$ partes de casos de TB nacionales se concentran, pudiendo reflejarse que en estas provincias existe mayor proporción de pobreza y de vulnerabilidad que otras (MSP, 2019).

Para el contexto se toma el ejemplo citado por (Osman et al., 2021), en el que varios expertos exponen la realidad de Sudáfrica y su relación con los determinantes sociales. Este país tiene una elevada carga de TB, se expone a continuación las causas asociadas a la alta mortalidad por TB en esta región; limitada accesibilidad a servicios de salud en tuberculosis, la disponibilidad que engloba la ubicación geográfica, horario y servicios reales prestados, el acceso financiero, la aceptabilidad representada por las expectativas que tenía el usuario del sistema de salud. Llegando a la conclusión que la deficiencia del acceso a los servicios de salud dependía que las personas vivían en zonas rurales, elevados costos de viaje, las mismas personas carecían de educación, eran desempleados. Por otra parte el estado socioeconómico de las personas era causa subyacente de la muerte por TB.

En un estudio realizado por (Pinargote et al., 2019) se evidencia que el 37% de los pacientes con TB pertenecen al nivel socio económico bajo, el 33 al muy bajo, un 25% al nivel medio y un 5% al alto. Representando que el nivel socioeconómico condiciona la aparición de la enfermedad. En el mismo estudio también se destaca un factor positivo que representa el apoyo familiar afectivo y emocional (75%) en la adherencia al tratamiento antifímico.

Brasil alberga a una población de más de 200 millones de personas, de los cuales el 6,5% viven en pobreza extrema, 18,7% en pobreza. Y de estas 13,5 millones de personas no acceden al agua corriente. De la misma manera la pobreza genera que exista deserción escolar, existiendo un 11,8 % de abandono(Rezende et al., 2020).

La relación de los determinantes sociales y la tuberculosis se dan por varios aspectos, uno de ellos es la pobreza, ya que esta se relaciona directamente con una mala salud, y esta puede conducir a la pobreza y agotando las oportunidades laborables, por lo cual se genera un círculo vicioso que solo empeora (Rezende et al., 2020).

La tuberculosis se relaciona también con la escolaridad baja; la TB se encuentra asociada a lugares donde existen barrios marginales y suburbios, a personas con falta de acceso a la salud, mala alimentación, alcoholismo y tabaquismo. Se resalta a la vez que el bajo nivel de educación condiciona también a que el paciente maneje una idónea adherencia al tratamiento antifímico, ya que puede limitar su comprensión del cumplimiento.(Rezende et al., 2020)

Marco Legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

La Constitución de la República del Ecuador, (Asamblea Nacional, 2008) manifiesta en sus artículos

Art. 32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 361.- El Estado ejercerá la rectoría del sistema a través de la autoridad sanitaria nacional, será responsable de formular la política nacional de salud, y normará, regulará y controlará todas las actividades relacionadas con la salud, así como el funcionamiento de las entidades del sector

Art. 362.- La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes.

Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios. (p 31-162)

Ley Orgánica de Salud.

Art. 4.- La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias (Congreso Nacional, 2006, pág. 2).

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública:

1. Definir y promulgar la política nacional de salud con base en los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley, así como aplicar, controlar y vigilar su cumplimiento;
2. Ejercer la rectoría del Sistema Nacional de Salud;
3. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares;

5. Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios, y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información;

5-A.- Dictar, regular y controlar la correcta aplicación de la normativa para la atención de patologías consideradas como enfermedades catastróficas, así como, dirigir la efectiva aplicación de los programas de atención de las mismas.

20. Formular políticas y desarrollar estrategias y programas para garantizar el acceso y la disponibilidad de medicamentos de calidad, al menor costo para la población, con énfasis en programas de medicamentos genéricos” (Congreso Nacional, 2006, pág. 2).

Plan Toda una Vida.

Objetivo 1. Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.

Objetivo 7. Incentivar una sociedad participativa, con un Estado cercano al servicio de la ciudadanía.(Senplades, 2017)

Capítulo III

Marco Metodológico.

Descripción del área de estudio / Grupo de estudio.

El presente estudio se lo realizó en los centros de salud que tuvieron pacientes activos con tuberculosis de la ciudad de Ibarra, perteneciente a la Provincia de Imbabura, ubicada en la zona norte del Ecuador a 115 km al noroeste de Quito y 125 Km al sur de Tulcán, a una altitud de 2192 mts, latitud 00°21´N y una longitud 078°07´O.

Enfoque y diseño de investigación.

Se realizó una investigación con diseño cualicuantitativa, debido a que estas “utilizan la recolección y análisis de los datos para ajustar las preguntas de investigación” Por definición esta se centra en la recogida de los datos descriptivos, como las palabras, opiniones de las personas, expresadas de manera hablada y escrita(Hernandez Sampieri, Fernandez Collado, & Baptista Lucio, 2014)(Crueto, 2020). Además esta se representó con un enfoque cualitativo, ya que se recogió información y se analizaron datos cualitativos y cuantitativos

La información se analizó cualitativamente en el programa Atlas Ti mediante categorías, y códigos, y mediante la medición de variables en Excel y Epi Info 7.0

Por lo tanto el estudio recogió información asociada a los determinantes sociales y de salud y a su vez datos numéricos cuantificables que fueron recolectados para posteriormente ser analizados.

El estudio fue de tipo descriptivo y transversal.

Descriptivo:

Se trabajó recogiendo información de las historias clínicas de los pacientes con TB y sobre estilos de vida de los mismos. Se describió los determinantes de salud y sociales asociados a la tuberculosis en Ibarra.

Transversal:

Se lo realizó en un tiempo determinado, en el que se analizaron los determinantes de salud y sociales asociados a la tuberculosis de Ibarra.

Procedimiento de investigación.**Población.**

Se trabajó con los pacientes activos hasta el mes de abril, diagnosticados y tratados en los establecimientos de salud de primer nivel de atención de la Coordinación Zonal 1 – Salud de la ciudad de Ibarra en el año 2021. La población corresponde a 15 pacientes que pertenecen a la Estrategia Nacional de Control de Tuberculosis de la ciudad (Coordinación Zonal 1 - Salud, 2021), los cuales se encuentran distribuidos en los diferentes establecimientos de salud del cantón: Centro de Salud Alpachaca, La Carolina y La Esperanza 1 por cada unidad operativa; 2 participantes a San Antonio y los 10 restantes al Centro de Salud N° 1.

Muestra:

Por la limitación de la población a estudiar no existe la necesidad de calcular una muestra, ya que se trabajó con el 100 % de la población.

Criterios de Inclusión.

Los criterios de inclusión tomados en cuenta son los siguientes:

- Pacientes activos con tuberculosis que son atendidos en los establecimientos de salud de Ibarra en el año 2021

- Pacientes nuevos con diagnóstico de tuberculosis de Ibarra que ingresen en el lapso previo a realizar la investigación.

Criterios de exclusión.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- Pacientes con tuberculosis que no quieran participar en el estudio.
- Pacientes con tuberculosis que sean derivados a otros establecimientos de salud de otra ciudad.
- Pacientes con tuberculosis que se encuentren internados en unidades de segundo y tercer nivel en el lapso de la recogida de información.
- Pacientes con malas condiciones de salud que no se sientan capaces de participar en el estudio.
- Se logró la participación de 10 pacientes, debido a que al momento de aplicar el instrumento, 2 pacientes fueron derivados a otros establecimientos de salud por cambio de domicilio, a Esmeraldas y a Colombia respectivamente, por lo cual no pudieron participar. Por otro lado, 1 paciente se encontraba muy grave de salud, cuestión por la cual estuvo internado al menos 2 semanas en Hospital de Segundo nivel del Cantón Otavalo. Finalmente 2 participantes decidieron voluntariamente no participar.

Técnicas:

La técnica utilizada para la recopilación de información fue la Revisión de Historias Clínicas y la Entrevista, además de la revisión bibliográfica.

Con la revisión de las Historias clínicas se resuelven 2 objetivos: Identificar antecedentes personales de salud de los pacientes y determinar tipos de tuberculosis en pacientes del cantón Ibarra. Con la Entrevista se podrá conocer las características

sociodemográficas de los pacientes y también asociar los tipos de tuberculosis con los determinantes sociales y de salud.

Instrumentos:

Se utilizó un banco de preguntas de una entrevista semi estructurada, la misma que fue validada por expertos, en la cual se utilizó el formato de Validación de Expertos de la UTN, este se envió a través de correo electrónico a cada una de las profesionales, los cuales respondieron a través de la misma forma las sugerencias y cambios para el instrumento; el momento en que fue realizado se lo inició como prueba piloto aplicado a 2 personas diferentes a la muestra de la investigación, en las cuales no hubo ningún inconveniente, y por esta razón es que el instrumento quedó validado de acuerdo a los objetivos de la investigación. Los determinantes sociales y de salud y las características sociodemográficas de los pacientes se medirán mediante la aplicación de la misma. También se utilizó un Check List, el mismo que recogió y organizó los antecedentes de salud de los pacientes estudiados.

Procesamiento de la información.

El análisis se lo realizó en base a las respuestas y a los datos obtenidos a través de la revisión de las Historias Clínicas. Primero se aplicó una entrevista, la cual fue grabada y transcrita en documentos separados, posteriormente se ejecutó el análisis a través del Software Atlas-ti. En el que se analizan los determinantes sociales y de salud de los pacientes y también en que a través de los datos se puede caracterizar las condiciones sociodemográficas de los pacientes. De la misma manera se realizó la búsqueda de antecedentes de salud de los pacientes a través de las historias clínicas en el Sistema PRAS, la misma que fue ingresada al check list elaborado, posteriormente se elaboró una base de datos en el Software Microsoft Excel, después se realizó una limpieza de datos que fue analizada en el programa EPI-INFO, dando solución a conocer los antecedentes de salud y los tipos de tuberculosis.

Finalmente para dar solución al último objetivo se realizó el cruce de información entre los tipos de TB y los determinantes sociales y de salud y relacionando a través de EPI-INFO 7.0 su asociación.

Consideraciones Bioéticas.

Marco Ético

Código de ética y conducta profesional OMS

La OMS, 2010 refiere:

Integridad: comportarse de acuerdo con los principios éticos y actuar de buena fe, honestidad intelectual y equidad.

Rendición de cuentas: responsabilizarse de las propias acciones y decisiones y de sus consecuencias.

Independencia e imparcialidad: Actuar teniendo presentes solo los intereses de la OMS y bajo la sola autoridad del Director General, y velar por que las opiniones y convicciones personales no pongan en entredicho los principios éticos, obligaciones oficiales o los intereses de la OMS.

Respeto: respetar la dignidad, la valía, la igualdad, la diversidad y la intimidad de todas las personas. (OMS, 2010)

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia

doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.(Asamblea Nacional, 2008, p. 32)

Declaración de Helsinki

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la declaración del Helsinki como propuesta a los principios éticos para investigación médica en seres humanos, declarando.

Art. 5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

Art. 7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Art. 24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Art. 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente. (AMM, 2012).

Consentimiento informado aplicado a la Investigación.

En el presente se aplicó un consentimiento informado, previa la recolección de los datos, los cuales fueron plasmados en un documento y también fueron grabados previa la entrevista. El documento se lo encuentra en el Apéndice D.

Capítulo IV

Resultados y discusión.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes

Características sociodemográficas			
		N°	%
Edad	n = 10		
Adulto joven 20-39		5	50%
Adulto 40-64		3	30%
Adulto Mayor 65 en adelante		2	20%
Auto identificación	n=10		
Afro		1	10%
Blanco		1	10%
Indígena		1	10%
Mestizo		7	70%
Instrucción Formal	n=10		
Primaria		4	40%
Secundaria		3	30%
Superior		3	30%
Ocupación	n=10		
Ama de Casa		2	20%
Analista de crédito		1	10%
Carpintero		1	10%
Jubilado		1	10%
Ninguna		4	40%
Vendedor ambulante		1	10%
Género	n=10		
Masculino		5	50%
Femenino		5	50%
Estado Civil	n=10		
Casado		5	50%
Divorciado		2	20%
Soltero		2	20%
Unión Libre		1	10%
Nacionalidad	n=10		
Colombiana		1	10%
Ecuatoriana		7	70%
Venezolana		2	20%
Cargas familiares	n=10		
0	6	60%	
1	1	10%	
2	2	20%	
3	1	10%	

Nota. Tabla de elaboración propia, Características sociodemográficas de los pacientes. Negrete, E. 2021

Se puede analizar que los adultos jóvenes representan a la mitad de los enfermos; en cuanto al sexo, la Tuberculosis se distribuye equitativamente entre hombres y mujeres, por otro lado existe una mayor prevalencia de la misma en la etnia mestiza y en los casados. Una pequeña parte de los mismos se dedica a labores domésticas y alarmanamente la mayor concentración no tiene una ocupación. La mayoría los participantes son ecuatorianos y el restante lo representan extranjeros entre venezolanos y colombianos.

La mayoría de los participantes no tenían cargas familiares, se evidencia que en un porcentaje significativo los pacientes no han terminado la escuela, 1/3 de ellos se estancó en la

secundaria, otro tercio tiene estudios superiores, sin embargo, de estos la menor parte los concluyó.

Estos resultados son levemente consistentes con los encontrados en el estudio de (Pinargote et al., 2019), en donde analizan las características socio demográficas del paciente con TB en Manabí, determinándose en este en un porcentaje mayor se afecta el sexo masculino y los adultos de 40-64 años. En cuanto a la escolaridad, los resultados son similares al estudio de (Tito et al., 2019) en el cual prevalece la instrucción primaria, por otro lado difiere en cuanto al estado civil, pues en este se distribuye mayoritariamente a los casados vs los solteros del estudio mencionado.

Por último es menester destacar que el desempleo significativo puede deberse al contexto propio que estamos viviendo actualmente, el de la pandemia por Sars-Cov2, ya que la misma contribuyó a elevar los niveles de desempleo y sub empleo en el país, pudiendo deberse a este contexto social innato a la emergencia sanitaria mundial. No obstante, se relaciona a los resultados encontrados en el estudio de (Castillo Alvarez et al., 2018). Así mismo, la baja instrucción formal que prevalece en los participantes es preocupante, pues la educación mientras más alta sea, determina de manera positiva la salud de los individuos.

Tabla 2. Antecedentes personales de salud del paciente

Antecedentes personales del paciente						
			N°	%	N°	%
Resultado VIH	n = 10				Alergias	n=10
No reactivo		9	90%		Ninguna	10 100%
Reactivo		1	10%		RAM	0 0%
Cicatriz vacunación BCG	n=10				Ubicación del domicilio	n=10
Si		10	100%		Urbano	1 10%
No		0	0%		Rural o Comunidad	9 90%
Fase del tratamiento actual	n=10				IMC del paciente	n=10
Primera Fase 2HRZE		3	30%		Desnutrido	3 30%
Segunda Fase 4HR		7	70%		Normal	3 30%
					Sobrepeso	4 40%
Antecedentes patológicos	n=10				Centro d salud al que pertenece	n=10
Cáncer		1	10%		Centro de salud Alpachaca	1 10%
Discapacidad		1	10%		Centro de Salud San Antonio	2 20%
Enfermedad pulmonar previa		1	10%		Centro de Salud la Esperanza	1 10%
Enfermedad renal crónica		1	10%		Centro de Salud N°1	6 60%
Personas viviendo con VIH SIDA		1	10%			
Ninguno		5	50%			
Tipo de tratamiento antifímico	n=10				Tipo de pacientes	n=10
TB Sensible CDF(Combinado)		10	100%		Caso Nuevo	10 100%
TB Resistente		0	0%		Caso previamente tratado	0 0%
No CDF		0	0%		Recaída	0 0%

Nota. Tabla de elaboración propia, Antecedentes personales de salud del paciente. Negrete, E. 2021

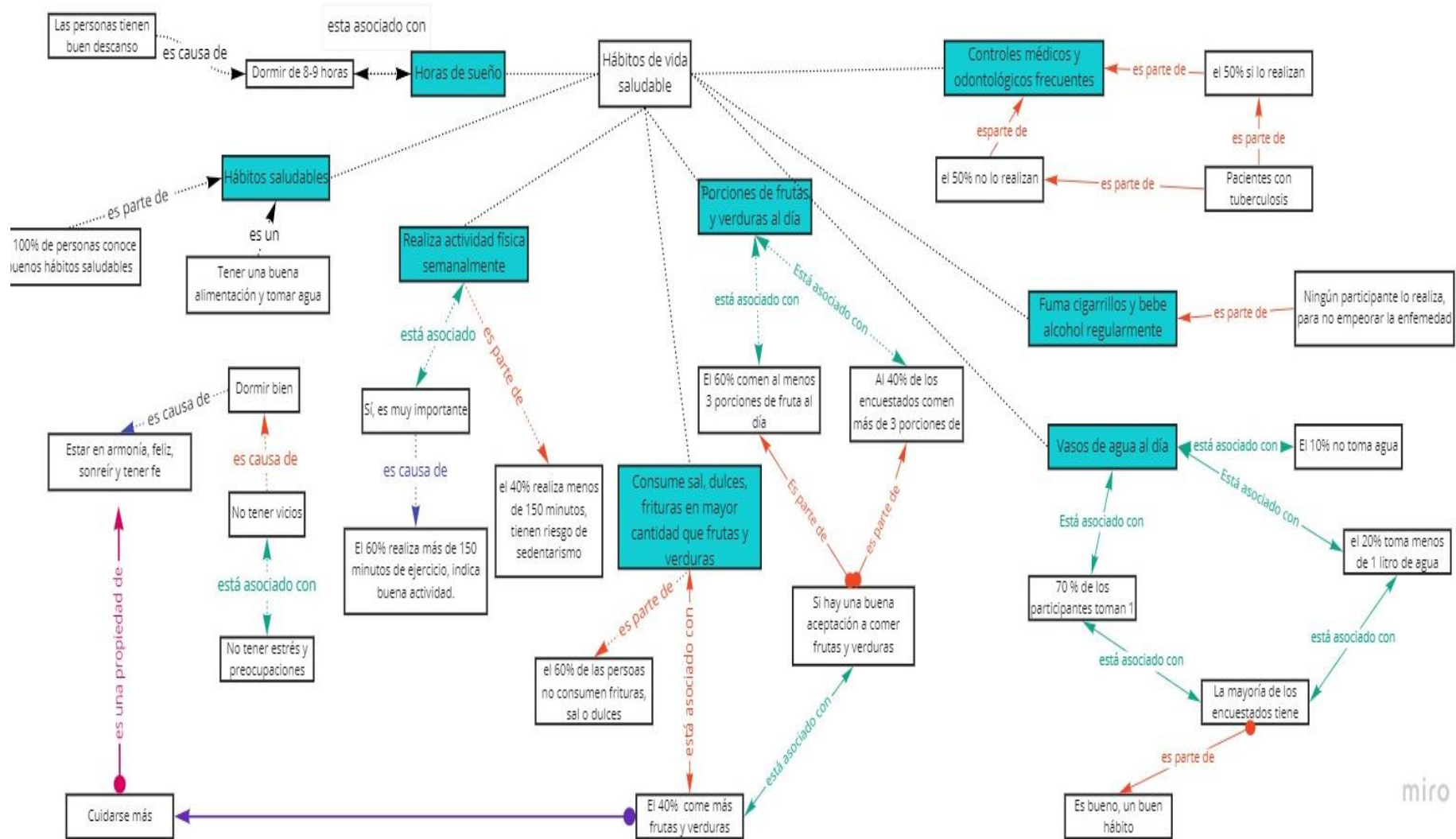
De acuerdo al número de pacientes y a los tipos de tuberculosis encontrados en los mismos tenemos porcentajes similares en relación a la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, los mismos que difieren del estudio de (Tito et al., 2019) y (Castillo Alvarez et al., 2018), en el que se puede apreciar que un porcentaje significativo corresponde a la TB pulmonar, pudiendo ser determinado por los contextos sociales donde cada grupo de participantes se desarrolla.

La totalidad absoluta de los pacientes no presentaron RAM, tenían su cicatriz de la vacuna BCG, se clasifican como “Casos nuevos” y reciben el antifímico combinado (CDF), en su mayoría residen en la zona urbana, en un porcentaje significativo los pacientes se encuentran en la segunda fase del tratamiento (4HR), un gran porcentaje se encuentra adscrito al Centro

de Salud N°1. Cabe resaltar que una gran parte de los pacientes son desnutridos. En cuanto a sus antecedentes patológicos en pequeños porcentajes se encuentra el Cáncer, discapacidad, enfermedad pulmonar previa, enfermedad renal crónica y VIH; en este punto resulta importante destacar que un mínimo porcentaje presentó resultado de VIH reactivo.

El alto porcentaje de ausencia de antecedentes patológicos encontrados guardan similar relación con el estudio de (Castillo Alvarez et al., 2018). Con esto se puede resaltar que no existe una estrecha relación de la tuberculosis con una enfermedad en específico.

Figura 3. Estilos de vida.



Nota. Figura de elaboración propia, Estilos de vida. Negrete, E. 2021

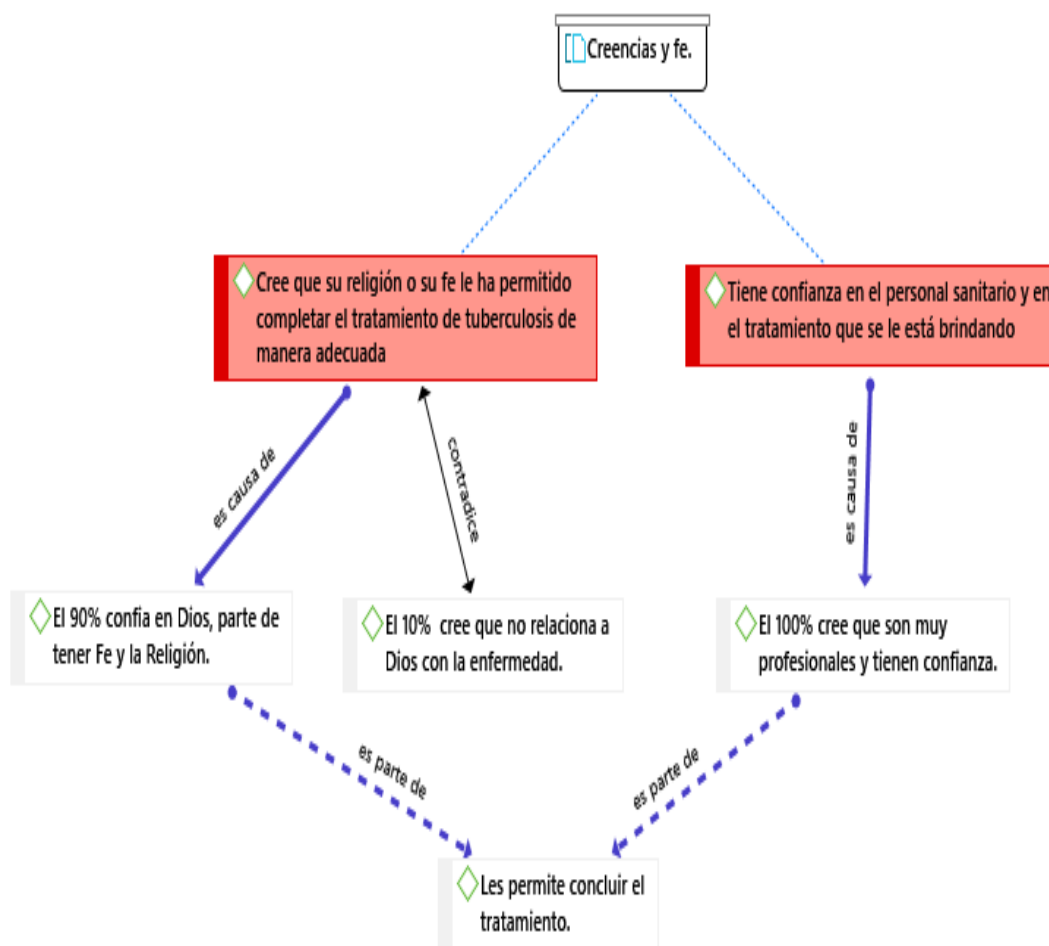
El estilo de vida de los pacientes con TB en su mayoría, se asocian a conductas sanas, pues su sueño en promedio se encuentra acorde a los tiempos de descanso normales (8-9 horas), según (Merino et al., 2016) esto evita afectación psicomotora, accidentes y pérdida de la salud física y psicológica. Por otro lado, la mitad de ellos no utilizan los servicios de medicina y odontología frecuentemente, no obstante, actualmente mantienen un régimen mensual de controles en los establecimientos de salud a los que se encuentran adscritos (MSP, 2018). Otro factor de protección destacable, es que ninguno fuma o bebe alcohol frecuentemente, evitando con ello el riesgo sustancial de adquirir afecciones que complican el pronóstico de tuberculosis, como el cáncer, enfermedades cardiovasculares, EPOC, depresión y afecciones mentales (Cordoba et al., 2020).

El ejercicio y la actividad física de los participantes se representan como un factor protector, ya que la mayoría suelen realizar al menos 150 minutos de actividad física durante una semana convencional, lo que se conjuga en una sensación de bienestar referida por los pacientes y que a su vez se asociaría con una mejor calidad de vida (Cordoba et al., 2020). Por otro lado, la mayor parte de los participantes beben suficiente agua acorde a las necesidades metabólicas, sin embargo, la seguridad alimentaria en la mayor parte se representa como inadecuada; pues predomina la dieta elevada en grasas y azúcares vs la dieta alta en fibra, frutas y verduras, ocasionando un riesgo elevado de padecer sobrepeso y obesidad, la misma que se asocia a más de 50 patologías y aumento de la mortalidad (Cordoba et al., 2020).

La percepción de los estilos de vida saludables es totalmente acertada por todos los participantes, pues conocen que una alimentación, hidratación, ejercicio, descanso adecuado mejoran la calidad de vida, lo cual representa a su vez el 43% de la salud de los individuos (De la Guadía & Ruvalcaba, 2020). No obstante, existen factores que escapan de su control, entre este destacamos el riesgo de salud que ocasionaría una dieta nociva, la misma que se relaciona

con las costumbres alimenticias propias del Ecuador y también asociada a la dificultad inherentemente económica para acceder a una alimentación saludable (Marmot et al., 2020).

Figura 4. Creencias y fe.

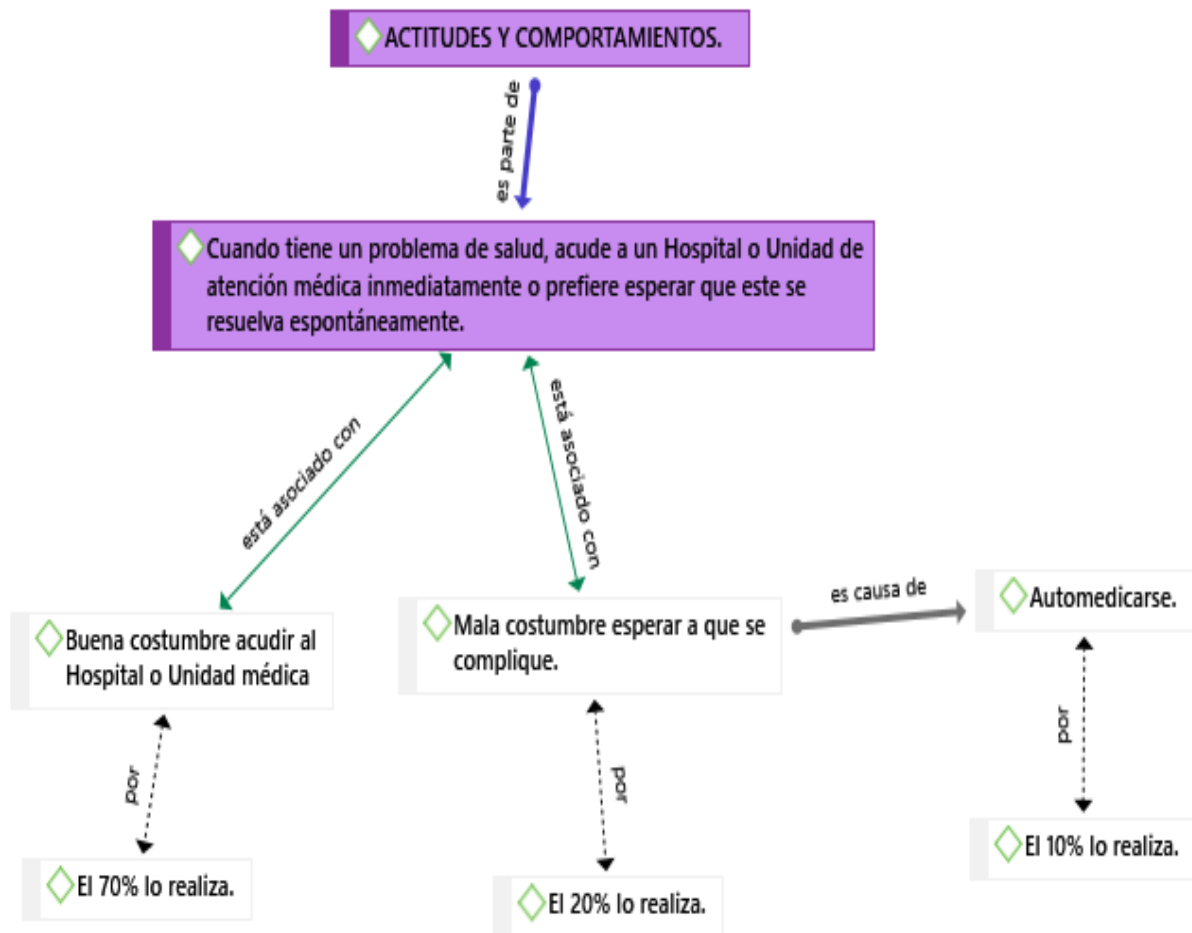


Nota. Figura de elaboración propia, Creencias y fe. Negrete, E. 2021

En cuanto a las creencias y fe de los participantes, se evidencia que la misma representa un determinante de salud de protección, ya que para los pacientes resulta altamente necesario creer en Dios, pues su religión fortalece sus conductas de adherencia al largo tratamiento antifímico, y a la vez la confianza que mantienen en el personal de salud y en su tratamiento que evitan el abandono a la medicación. Por lo cual siguen una mejor conducta ante el tratamiento, elevando el pronóstico favorable de la recuperación.

Figura 5. Actitudes y comportamientos.

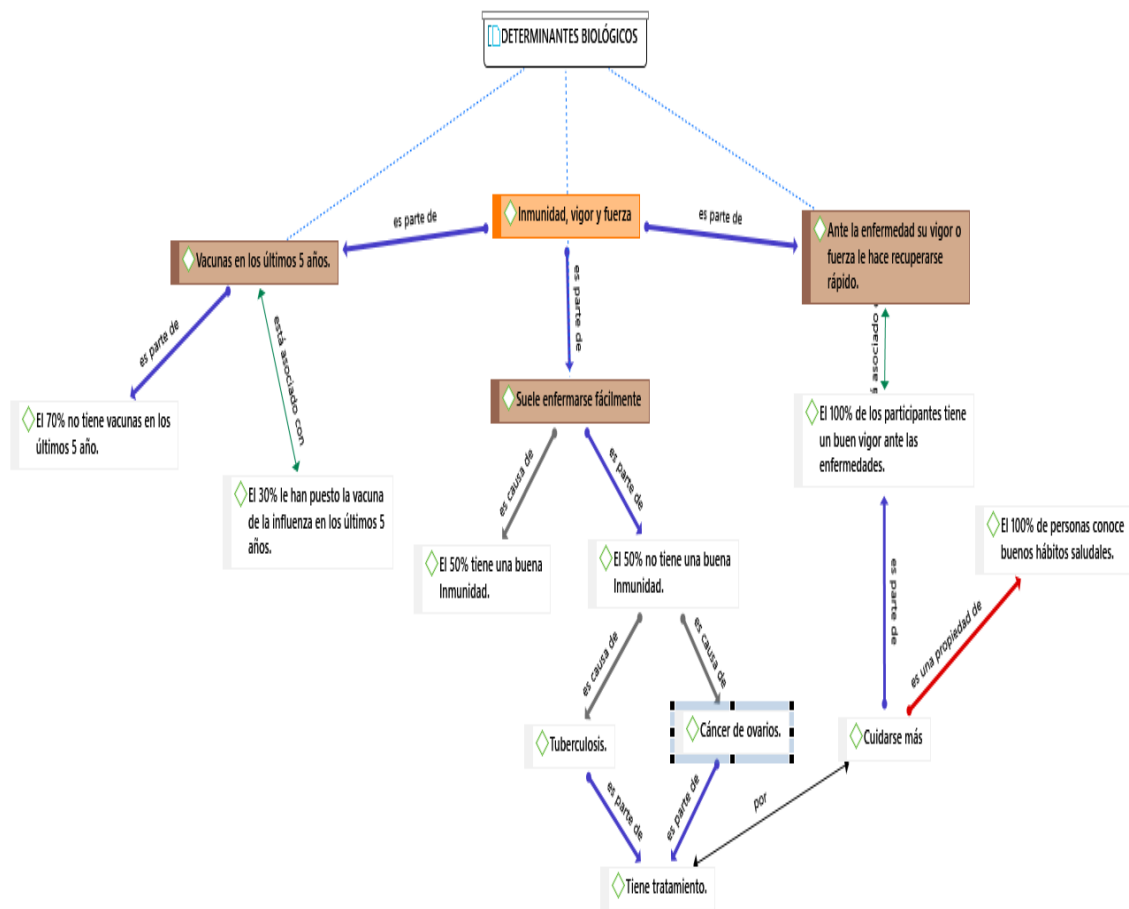
Esta conducta de los pacientes guarda similar relación con las conclusiones de un estudio realizado en Brasil, en el cual se destaca que “el apoyo familiar, la relación del profesional de salud con el paciente, así como la fe y la religión, son aspectos que ayudan en mayor adherencia al tratamiento” (Bastos, y otros, 2019).



Nota. Figura de elaboración propia, Actitudes y comportamientos. Negrete, E. 2021

Se considera que las actitudes y comportamientos de los pacientes resultan protectores, ya que la mayoría acude a una unidad de salud asistencial ante cualquier indicio de enfermedad, otra pequeña parte espera que las afecciones cedan espontáneamente, recurriendo a veces a la automedicación, en las cuales en ocasiones logran controlar el cuadro, pero en otras circunstancias complicarse y acudir finalmente a una unidad de salud.

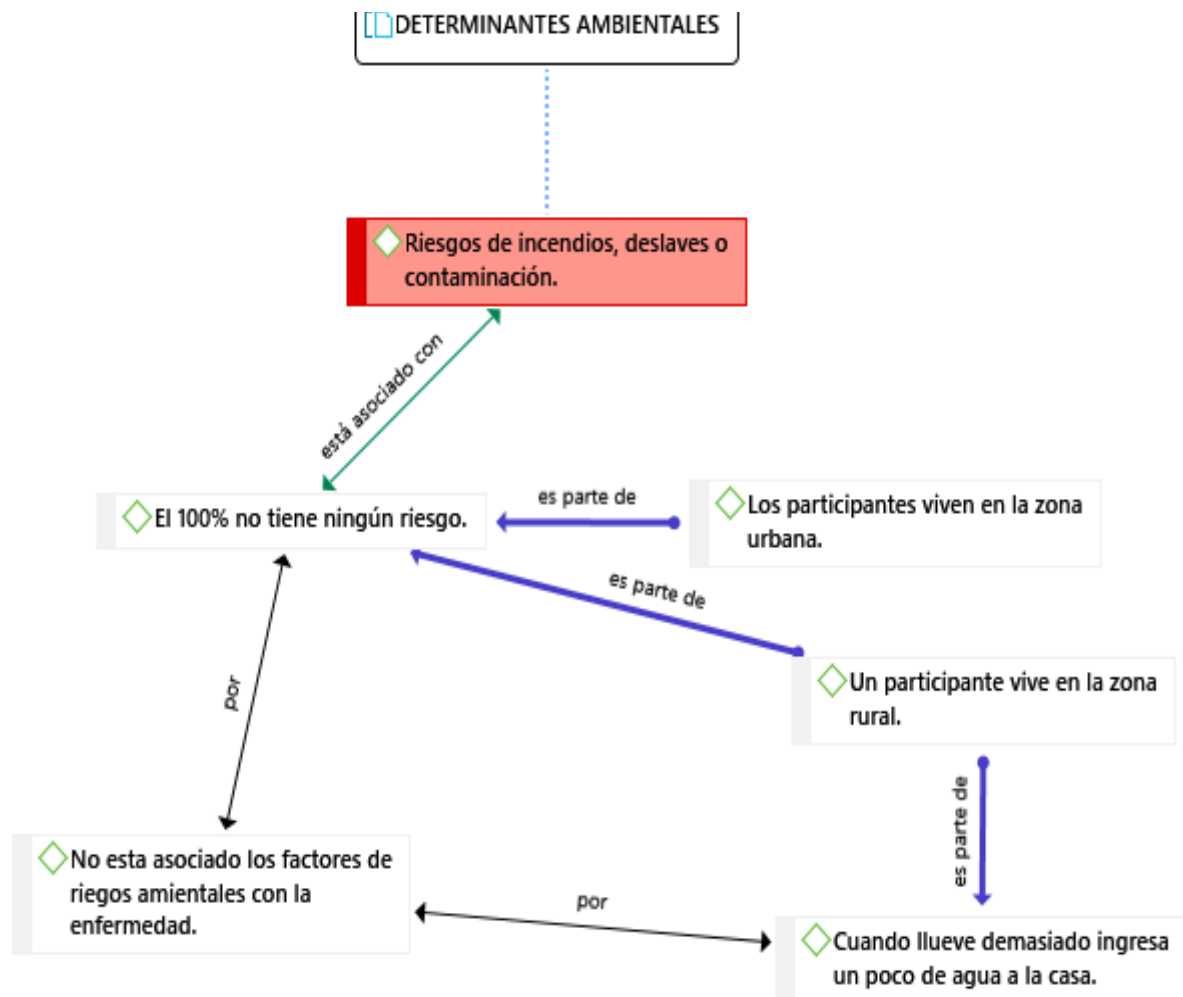
Figura 6. Determinantes biológicos.



Nota. Figura de elaboración propia, Determinantes Biológicos. Negrete, E. 2021

Los procesos biológicos innatos de los pacientes asociados a inmunidad por vacunación BCG se vuelven protectores, ya que todos tienen la cicatriz que denota a esta vacuna, sin embargo, esta genera una protección limitada ante las formas de tuberculosis pulmonar (Martin et al., 2018), no obstante, la mayor parte de los pacientes no se ha colocado ninguna vacuna en los últimos 5 años, resultando como un factor de riesgo a su salud, la misma que puede ser prevenible. Por otro lado se destaca que la mitad de los pacientes mantienen inmunidad poco eficaz, ya que suele enfermarse fácilmente, en parte ellos la relacionan a la tuberculosis y a otras comorbilidades. Sin embargo, ellos consideran mantener un buen vigor, el mismo que les permite recuperarse fácilmente de los procesos de afección, en parte gracias a su predisposición de autocuidado y de adherencia al tratamiento.

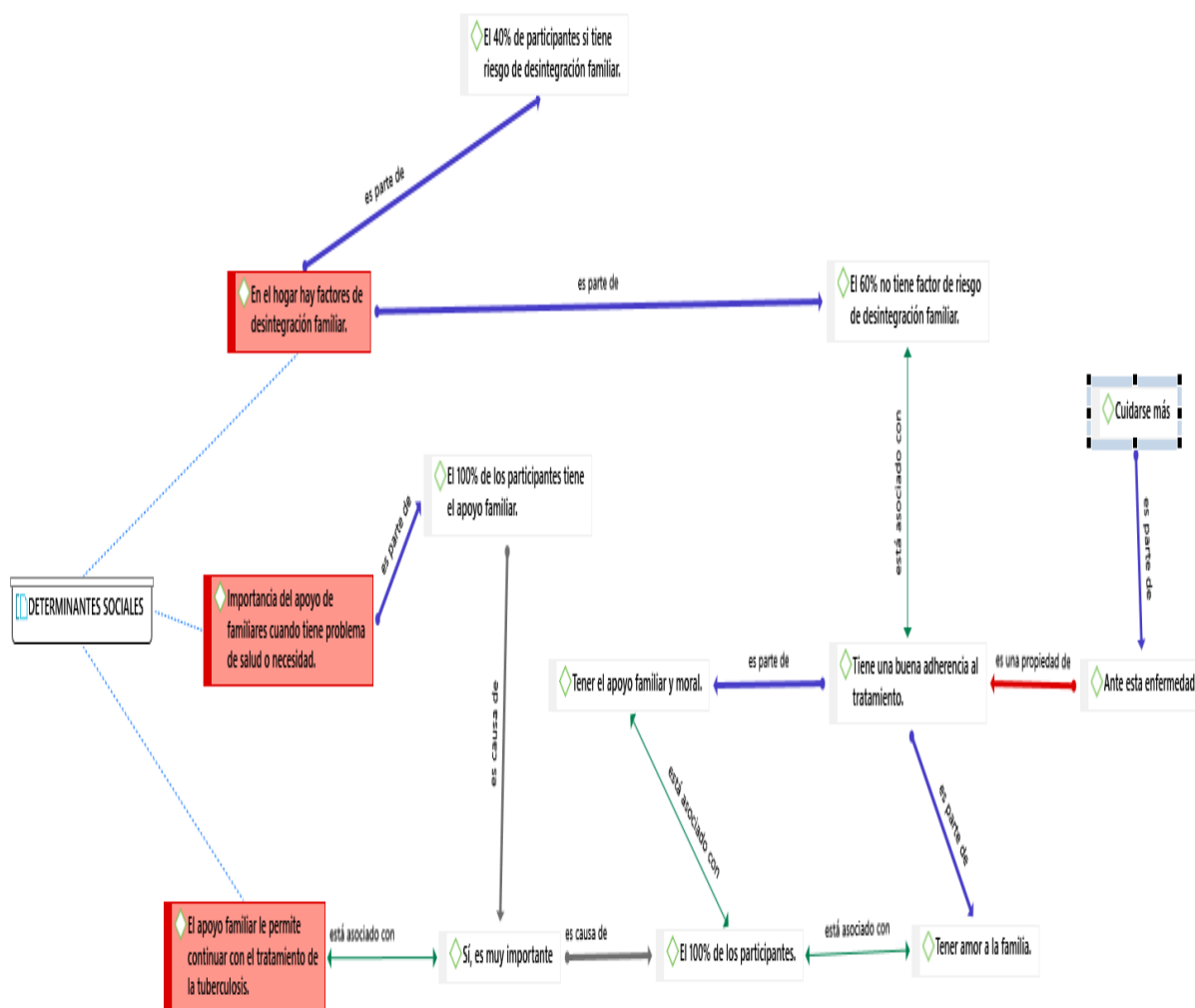
Figura 7. Determinantes ambientales.



Nota. Figura de elaboración propia, Determinantes ambientales. Negrete, E. 2021

En cuanto a los determinantes ambientales, se evidencia que este no ejerce riesgo para la salud de los participantes, pues en sus hogares y lugares de trabajo no existen peligros como: deslaves, incendios y contaminación ambiental. Por otro lado, existe el compromiso potencial de vivir en una zona rural, en la cual a veces se dan deslaves, desbordamientos de ríos e inundaciones, los mismos no se encuentran presentes en el área urbana donde reside la mayoría de los participantes. Finalmente se determina que los riesgos ambientales no tienen relación con la Tuberculosis.

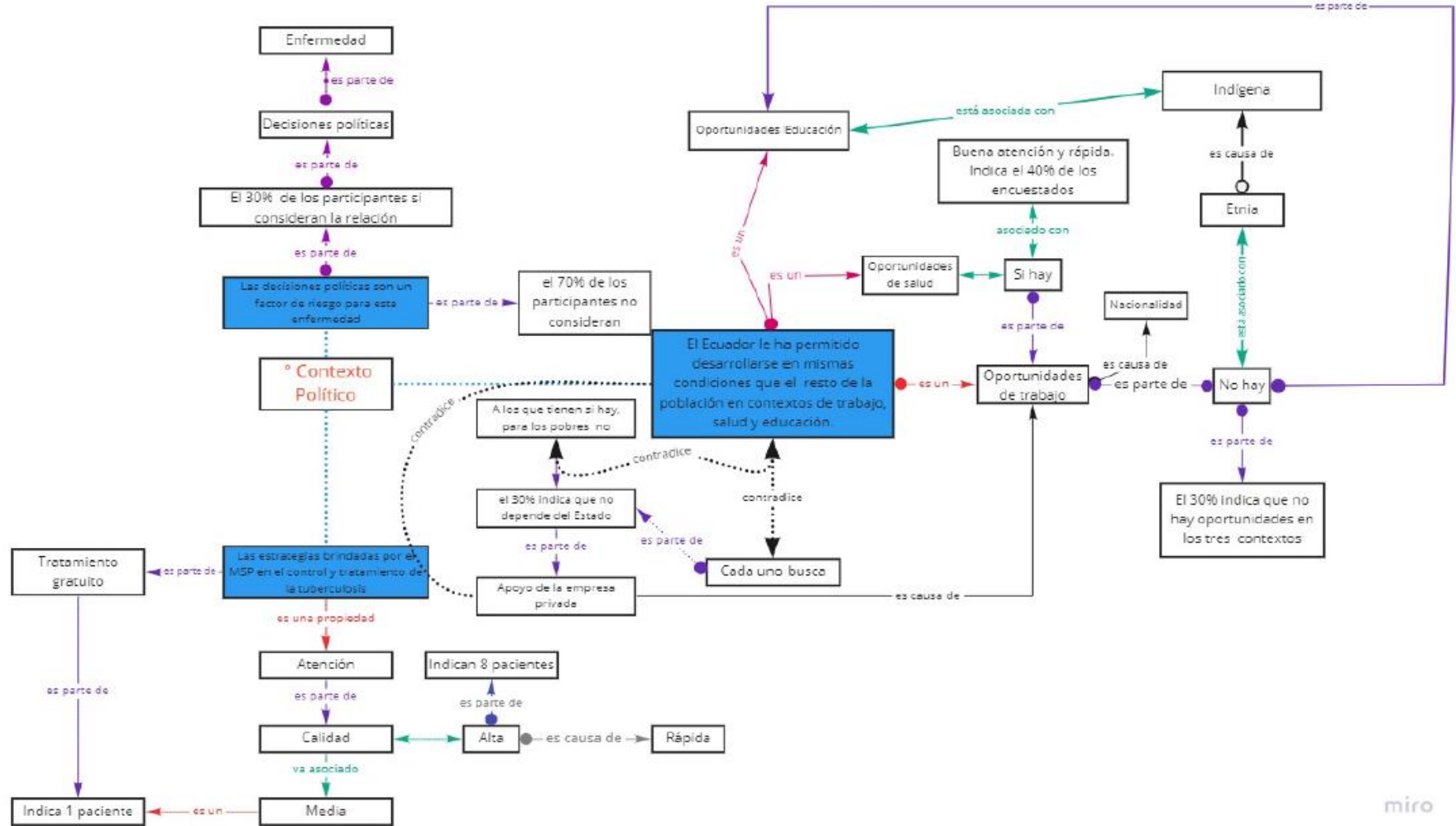
Figura 8. Relaciones familiares



Nota. Figura de elaboración propia, Relaciones familiares. Negrete, E. 2021

Con respecto a los determinantes sociales, intervienen las relaciones familiares de los pacientes, en este caso, se vuelve protectores. Se destaca que la menor parte de los individuos con TB refieren tener factores de desintegración de su núcleo familiar, en parte asociadas a la pérdida de alguno de los miembros de la misma. No obstante, el universo de los participantes consideraron absolutamente necesario el apoyo familiar en su afección, refiriendo que este les permite adherirse adecuadamente al tratamiento, puesto que al sentirse apoyados moralmente por sus familias, y por el mismo amor que tienen hacia ellos pueden continuar y terminar la medicación y a su vez les da la convicción de cuidarse más “para ya estar sanos”.

Figura 9. Contexto político.

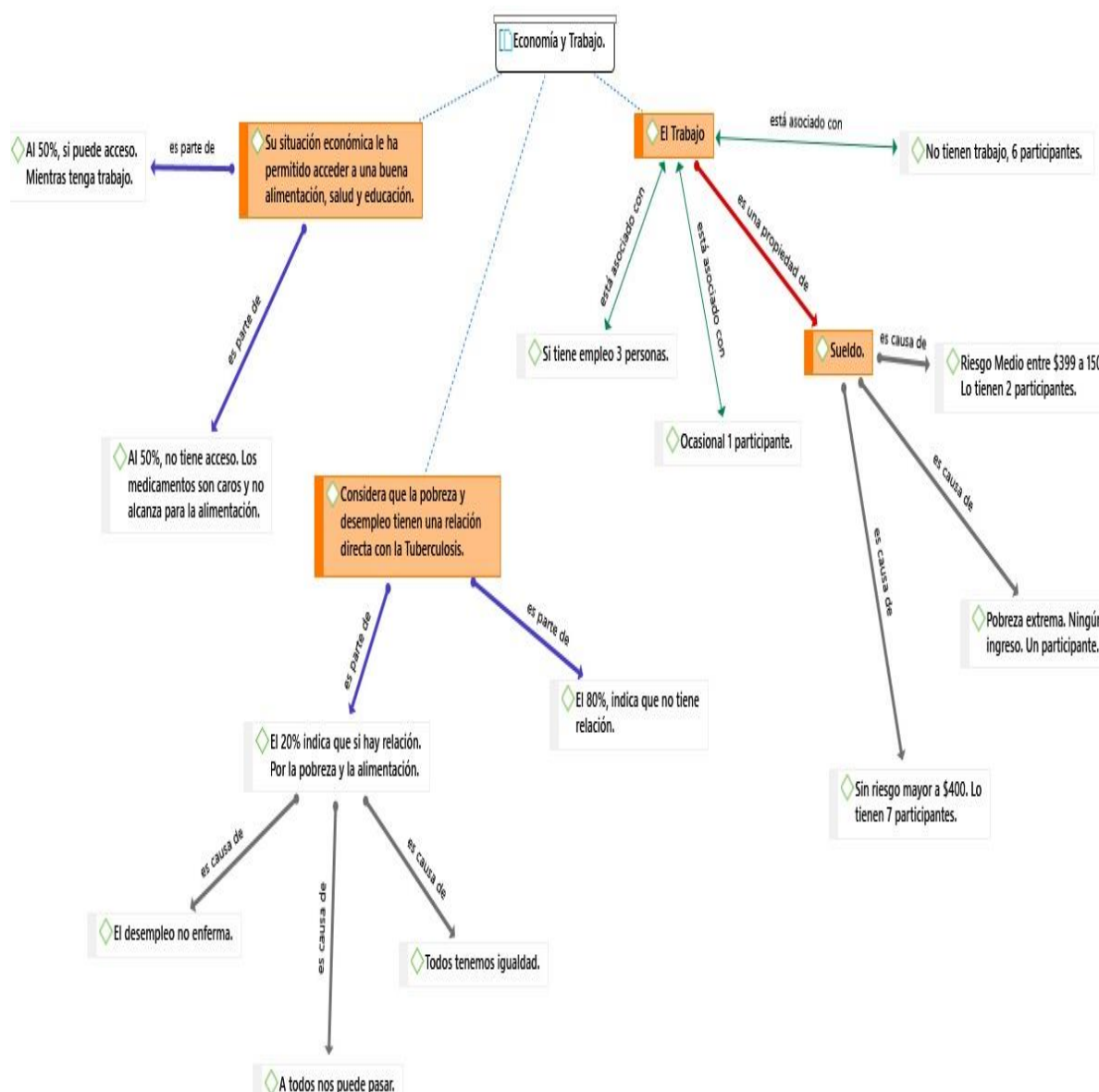


Nota. Figura de elaboración propia, Contexto Político. Negrete, E. 2021

Esto resulta menester ya que una estrategia eficaz en el tratamiento de la TB es precisamente su adherencia (Salud, 2016), significando acertada la participación de las familias en el proceso de control de la tuberculosis.

El contexto político a nivel de educación y trabajo se vuelve un factor de riesgo para la afección, pero a la vez se vuelve protector en el ámbito de la salud. La mayor parte de los participantes perciben que las decisiones políticas no se asocian a la TB, una mínima parte cree que las riquezas y posibilidades de desarrollo se las distribuyen a los más ricos. La mayoría consideran que existen brechas en oportunidades para tener una adecuada educación y trabajo; la etnia indígena en el pasado carecía de la oportunidad de ejercer sus estudios más allá del primer nivel de instrucción, en cuanto a las ofertas laborales se percibe que existe discriminación a los extranjeros y que sector privado es quien ofrece las coyunturas necesarias para el desarrollo profesional. Sin embargo, se destaca que las políticas y estrategias de salud han sido favorecedoras, ya que en el preciso caso de los participantes les ha permitido recibir un tratamiento gratuito, que viene acompañado de una atención de calidad y eficiente.

Figura 10. Economía y trabajo.



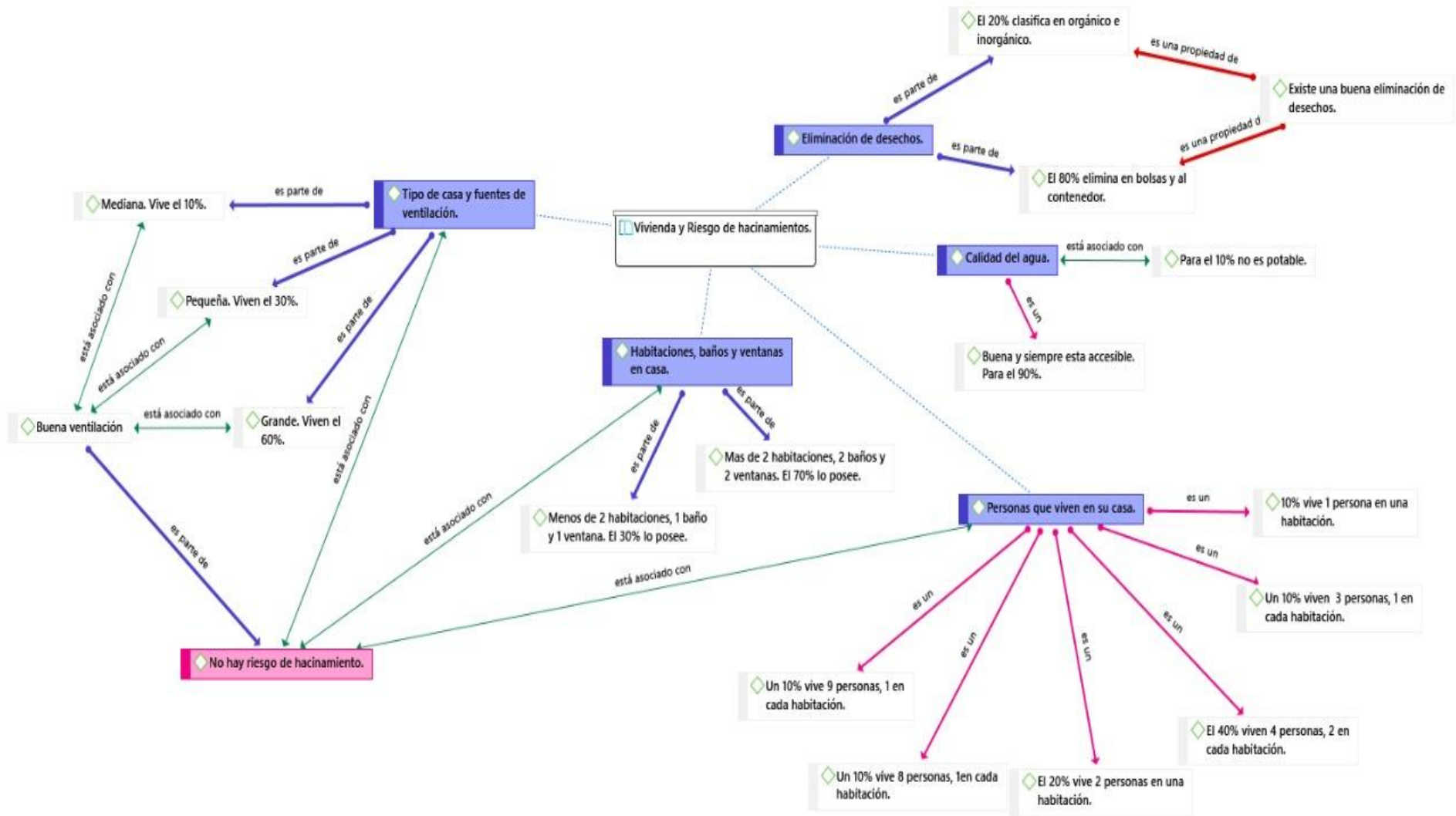
Nota. Figura de elaboración propia, Economía y trabajo. Negrete, E. 2021

La condición económica y desempleo se considera como un determinante social de mucho impacto en los pacientes (Pinargote et al., 2019)(Marmot et al., 2020). Para una pequeña parte de los participantes su condición económica les ha permitido acceder a una alimentación, salud y educación adecuada, principalmente atribuida a quienes tienen un trabajo estable u ocasional, no obstante, para la mayor parte no ha resultado así, pues el desempleo y actividades que no generan capital prevalecen de manera casi absoluta, considerando que sus ingresos no son suficientes para asumir gastos en medicinas y alimentación saludable, las bajas entradas económicas prevalecen en la mayoría de los pacientes, a pesar de no considerarse

como un riesgo de pobreza, ya que la misma se mide por la cantidad de dólares generados en un mes, sin considerar las cargas familiares como factor intrínseco. Por lo tanto se puede determinar que la pobreza agrava la enfermedad, ya que puede alargar la duración de la patología, una elevada tasa de contagios y la mezcla por afinidad selectiva (los pobres se mezclan con los pobres y los ricos con las personas ricas) (Andrews, Basu, Dowdy, & Burray, 2015).

En cuanto a las percepciones asociadas a la relación de la pobreza y desempleo con la tuberculosis, se evidencia que la mayoría no encuentra asociación alguna, manifestando que es una afección que les puede dar tanto a ricos como a pobres, puede presentarse a cualquier persona y definitivamente.

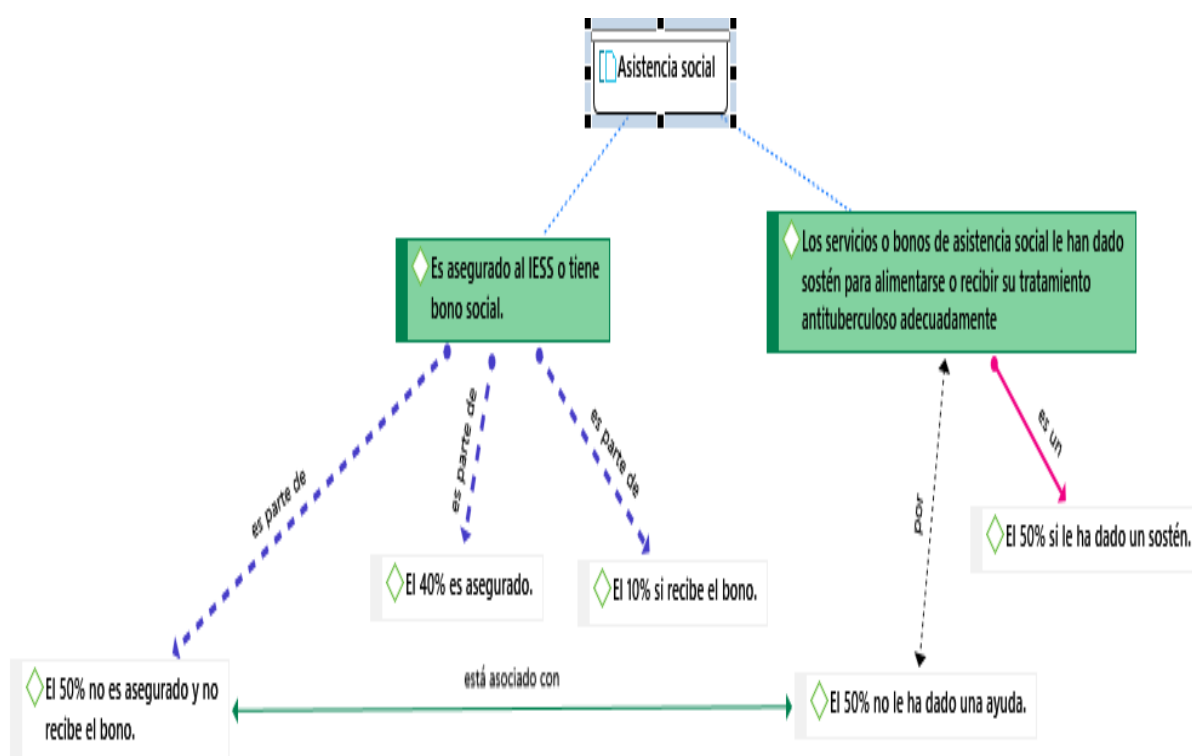
Figura 11. Vivienda y hacinamiento



Nota. Figura de elaboración propia, Vivienda y Hacinamiento. Negrete, E. 2021

No se encuentra un riesgo de hacinamiento dentro de los participantes, puesto que gran parte de ellos dispone de una vivienda propia, amplia y con buena ventilación, la distribución de personas por cuarto no supera a los 2, existen varios baños y ventanas adecuadas. El agua es segura y la eliminación de desechos es apropiada, destacando que solo la menor parte de ellos realiza la clasificación de los mismos. Finalmente se puede asociar la vivienda como un factor positivo en los pacientes.

Figura 12. Asistencia social

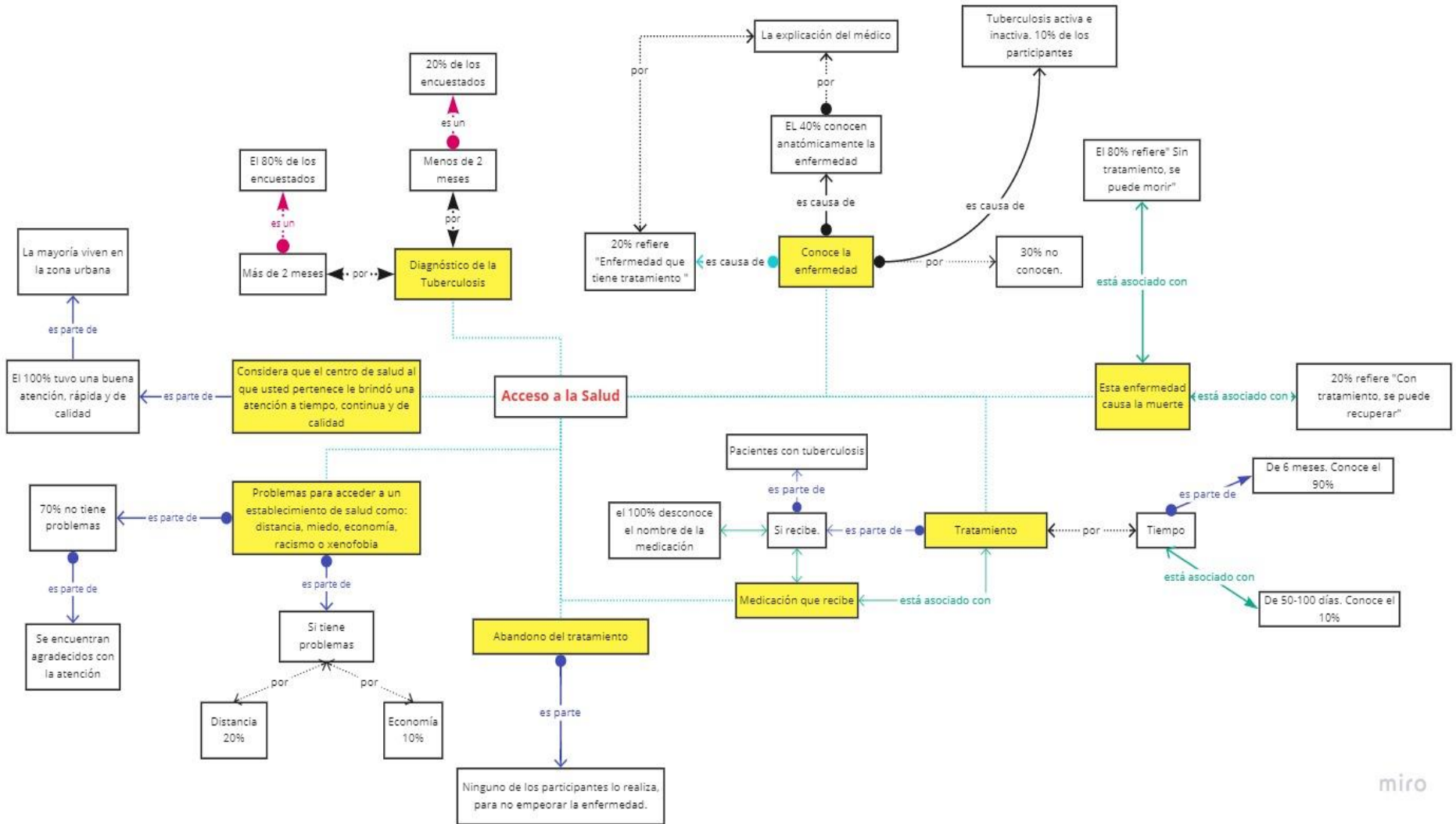


Nota. Figura de elaboración propia, Asistencia social. Negrete, E. 2021

Se puede determinar que tan solo una mínima parte tiene la ayuda de un bono de protección social, otra parte tiene filiación al Seguro Social (IESS), refiriendo que estos les han brindado un sostén para ayudarse a tener una alimentación saludable y seguir con su tratamiento; la mitad restante no percibe de estos beneficios, manifestando lo contrario al grupo anterior.

Es importante destacar la fortaleza que generar estos tipos de incentivos sociales para la correcta adherencia y éxito del tratamiento, en comparación de los que no los reciben (Freitas et al., 2018), pues la medicación por sí sola no asegura que un paciente sea dado de alta, pues interviene también la alimentación y otros estilos de vida saludables y por supuesto la ayuda económica que evitaría otros riesgos sanitarios asociados.

Figura 13. Acceso a salud



Nota. Figura de elaboración propia, Acceso a salud. Negrete, E. 2021

Los participantes refieren que fueron diagnosticados de tuberculosis, la mayor parte hace más de 2 meses, por lo cual se encuentran en la fase 2 del tratamiento. Nadie ha abandonado un solo día el tratamiento, siendo conscientes que solo cumpliéndolo al 100% se van recupera y que dejarlo puede ocasionar resistencia medicamentosa y hasta la muerte.

El conocimiento de la enfermedad en los participantes es leve, y depende directamente de la calidad y profundidad en que se aborda la educación sanitaria brindada, pues se abordan conceptos como: tuberculosis activa e inactiva, localización anatómica y enfermedad tratable, sin embargo estos conceptos solo eran percibidos individualmente. De la misma manera no existe conocimiento del nombre de los medicamentos antifímicos, pero si del tiempo y fases del tratamiento. Estos datos van de la mano con un estudio que medía el conocimiento en Esmeraldas en el que se concluyen conocimientos básicos, por otro lado, el nombre de los medicamento que toman se encuentra relativamente bajo en comparación al estudio citado (Tito et al., 2019), finalmente se destaca que los participantes si conocían el tiempo en meses que dura su tratamiento. Por lo cual se considera que la escasa educación sanitaria resulta como un factor de riesgo.

Con respecto al acceso a las unidades de salud, no se han evidenciado grandes problemas de su acceso, pues la mayoría viven en la zona urbana. Por otro lado, se destaca la atención de los establecimientos y los profesionales de salud, ya que generan en los pacientes una sensación de agradecimiento por la atención oportuna, continua y de calidad brindada.

Tabla 3. Determinantes de Salud y Tipos de TB

Determinante de salud	Tipo de TB	Protector	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Total
		n	n	n	n	n
Estilos de vida.	Extrapulmonar	1	3		1	5
	Pulmonar BK	1	3		1	5
	Total	2	6		2	10
		n	n	n	n	n
Actitudes y comportamientos	Extrapulmonar	2	1	2		5
	Pulmonar BK	4	1			5
	Total	6	2	2		10
		n	n	n	n	n
Creencias y fe	Extrapulmonar	5				5
	Pulmonar BK	5				5
	Total	10				10
		n	n	n	n	n
Biológicos	Extrapulmonar	0	4		1	5
	Pulmonar BK	1	2	2		5
	Total	1	6	2	1	10
		n	n	n	n	n
Ambientales	Extrapulmonar	4	1			5
	Pulmonar BK	5				5
	Total	9	1			10

Nota. Tabla de elaboración propia, Determinantes de salud y tipos de TB. Negrete, E. 2021

Se puede manifestar que la mayor parte los estilos de vida son nocivos y afectan en igual proporción a los pacientes con TB pulmonar y extrapulmonar, las actitudes y comportamientos de los pacientes nos demuestran que este resulta en gran proporción protector, y que a su vez prevalece en los pacientes con TB pulmonar. Por otro lado, los riesgos asociados a este determinante prevalecen en los pacientes con TB extrapulmonar.

En cuanto a las creencias y fe, podemos determinar su potencial efecto protector, ya que todos los participantes destacan la influencia positiva de la religión y fe en Dios y en el personal de salud, para poder adherirse correctamente al tratamiento antifímico, representada de en iguales proporciones en los 2 tipos de TB.

Por otro lado los determinantes biológicos intervienen de manera negativa en iguales condiciones en TB pulmonar y extrapulmonar, sin embargo, representando mayoritariamente el riesgo bajo, los factores ambientales interactúan sin ocasionar riesgo, destacándose en mayor parte en los pacientes con TB Pulmonar y por lo tanto volviéndose un riesgo bajo solo en un paciente que vive en la zona rural, en donde los deslaves pueden ser responsables de dañar la salud de los individuos.

Tabla 4. Determinantes sociales y Tipos de TB

Determinante social	Tipo de TB	Protector	Riesgo Bajo	Riesgo Moderado	Riesgo Alto	Total
		n	n	n	n	n
Relaciones familiares	Extrapulmonar	5				5
	Pulmonar BK	5				5
	+					
Total		10				10
		n	n	n	n	n
Contexto Político	Extrapulmonar		3	2		5
	Pulmonar BK	3	1		1	5
	+					
Total		3	3	2	1	10
		n	n	n	n	n
Empleo	Extrapulmonar	2		3		5
	Pulmonar BK	1	2	1	1	5
	+					
Total		3	2	4	1	10
		n	n	n	n	n
Economía	Extrapulmonar	1	2	2		5
	Pulmonar BK	3		1	1	5
	+					
Total		4	2	3	1	10
		n	n	n	n	n
Vivienda	Extrapulmonar	3	1	1		5
	Pulmonar BK	4		1		5
	+					
Total		7	1	2		10
		n	n	n	n	n
Protección Social	Extrapulmonar	2	2	1		5
	Pulmonar BK	2	2	1		5
	+					
Total		4	4	2		10
		n	n	n	n	n
Conocimiento de la enfermedad	Extrapulmonar		2	2	1	5
	Pulmonar BK	1	3	1		5
	+					
Total		1	5	3	1	10
		n	n	n	n	n
Acceso a los Servicios de Salud	Extrapulmonar	3	1	1		5
	Pulmonar BK	5				5
	+					
Total		8	1	1		10

Nota. Tabla de elaboración propia, Determinantes sociales y tipos de YB. Negrete, E. 2021

Podemos evidenciar la importancia que tienen las relaciones familiares, pues estas representan en la totalidad de los pacientes como un factor positivo que predisponente que ellos continúen y no abandonen el tratamiento y representándose equitativamente en los 2 tipos de pacientes de TB.

El contexto político se representa como un determinante social negativo, prevalece principalmente como un riesgo bajo, y destacándose en mayor parte en los pacientes con TB extrapulmonar. El empleo así mismo demuestra riesgo moderado, de los cuales se presenta en la mayor parte de los pacientes extra pulmonares. Por lo tanto el contexto político y laboral afecta negativamente la salud de los individuos.

La condición económica se representa en mayor proporción como un determinante social de riesgo, el cual prevalece en los pacientes con TB extrapulmonar, sin embargo, para el restante de los participantes se vuelve protector, de los cuales prevalece en pacientes con tuberculosis pulmonar.

La vivienda se vuelve un factor protector en los pacientes con TB pulmonar especialmente. Por otro lado, los servicios de protección social resultan determinantes de riesgo en su mayor parte y se presentan equitativamente en los 2 grupos de tuberculosis.

Según el conocimiento que los pacientes tienen acerca de su enfermedad, es posible considerar que esta se vuelve un factor de riesgo, especialmente en los pacientes con TB extrapulmonar. Finalmente el acceso de salud no se representa como un determinante de salud de riesgo, sino todo lo contrario, pues para la mayor parte de los pacientes resulta muy asequible, especialmente en el paciente con TB Pulmonar.

Con lo antes analizado se considera que los pacientes con Tuberculosis extrapulmonar se asocian a determinantes sociales de salud que generan daño, no obstante, los factores protectores se asocian a los que tienen TB pulmonar.

Capítulo V

Conclusiones y Recomendaciones.

Conclusiones.

- No existe predisposición de género para el desarrollo de la Tuberculosis activa, sin embargo, esta se presenta en mayor porcentaje en los adultos jóvenes, estado civil casado, nacionalidad ecuatoriana y etnia mestiza, así mismo la TB está presente significativamente en aquellos que tienen instrucción primaria, en el empleo informal y desempleo.
- Los antecedentes de salud son: todos tienen la vacuna BCG, ninguno con RAM, todos reciben el tratamiento de TB sensible combinado (CDF), la mayor parte se encuentran en segunda fase, la mayoría son adscritos al Centro de Salud N°1 y los problemas nutricionales prevalecen en estos pacientes. Afortunadamente la coinfección VIH-TB fue mínima. Por otra parte los antecedentes patológicos presentes fueron el Cáncer, discapacidad y afecciones pulmonares.
- La distribución inherente a los tipos de tuberculosis según su ubicación anatómica corresponden en igual porcentaje a la TB pulmonar y Extrapulmonar.
- Los determinantes sociales y de salud que afectan a los pacientes con TB son: los estilos de vida y determinantes biológicos, el contexto político, el empleo, la economía, la protección social y el bajo conocimiento de la enfermedad. La determinación de riesgo a la salud se representa en mayor proporción en pacientes con tuberculosis extrapulmonar.

Recomendaciones.

De acuerdo al estudio realizado se recomienda:

- A los gobiernos locales a encaminar esfuerzos para que las personas gocen de las mismas oportunidades que el resto de la población, en especial en los contextos de salud, educación y trabajo, pues se determina que estos resultan a futuro como aspectos que pueden modificar la salud de los individuos, sea positivamente o negativamente.
- Al Ministerio de Salud a fortalecer las estrategias de educación en salud, con actividades de promoción de salud y aplicando los activos de salud, así también generar estrategias que se orienten a modificar los estilos de vida insanos, pues estos determinan en mayor proporción las determinantes de salud de los individuos y reorientar estos esfuerzos en el primer nivel de atención.
- A la academia a implantar en su malla curricular de los futuros profesionales en salud, la importancia del trabajo en determinantes sociales y de salud y en la atención primaria en salud renovada, pues preparar en estos aspectos permiten fortalecer la vigilancia epidemiológica en nuestra realidad local.

Bibliografía

1. Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C., & Mendoza-Ticona, A. (2017). Tuberculosis en Peru: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 299–310. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2017.342.2384>
2. Almeida, N. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud Colectiva*, 16, 1–34. <https://doi.org/10.18294/SC.2020.2751>
3. AMM. (2012). *Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos – WMA – The World Medical Association*. Declaración de Helsinki. <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
4. Andrews, J. R., Basu, S., Dowdy, D. W., & Murray, M. B. (2015). La ventaja epidemiológica de la orientación preferencial del control de la tuberculosis hacia los pobres. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 38(3), 186–194.
5. Antonio-Arques, V., Franch-Nadal, J., & Caylà, J. A. (2021). Diabetes y tuberculosis: una sindemia complicada por la COVID-19. *Medicina Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2021.04.004>
6. Asamblea Nacional. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.
7. Bastos, S. H., Taminato, M., Fernandes, H., Figueiredo, T. M. R. M. de, Nichiata, L. Y. I., & Hino, P. (2019). Sociodemographic and health profile of TB/HIV co-infection in Brazil: a systematic review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(5), 1389–1396. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0285>
8. Cabrera, P. L., Pría, M. del C., Victoria, P. I., & Andalia, R. R. (2015). Aproximación

- teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud
Theoretical approach to social inequalities in tuberculosis as a health problem. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(3), 532–546.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n3/spu11315.pdf>
9. Castillo Alvarez, D., Núñez Soto, H., & Varela Martínez, C. (2018). Perfil clínico-epidemiológico de los derechohabientes con Tuberculosis del IHSS, Tegucigalpa; periodo 2011-2016. *REV MED HONDUR*, 86, 2011–2016.
 10. CDC. (2021). *Historia del Día Mundial de la TB*.
https://www.cdc.gov/tb/esp/worldtbdays/history_es.htm
 11. Cohen, A., Mathiasen, V. D., Schön, T., & Wejse, C. (2019). The global prevalence of latent tuberculosis: A systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Journal*, 54(3), 1–14. <https://doi.org/10.1183/13993003.00655-2019>
 12. Cordoba, R., Camaralles, F., Muños, E., Gomez, J., San José, J., Ramirez, J., Cantera, C., Del Campo, M., Revenga, J., & Grupo de Educación Sanitaria y Promoción de la Salud del PAPPS. (2020). Grupo de expertos del PAPPS. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atencion Primaria*, 52, 32–43.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.07.004>
 13. Crueto, E. (2020). Investigación Cualitativa. *Applied Sciences in Dentistry*, 1(3).
<https://ieya.uv.cl/index.php/asid/article/download/2574/2500>
 14. De la Guadia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria Health and its determinants, health promotion and health education. *Journal of Negative and No Positive Results*, 91–90.
<https://doi.org/10.19230/jonnpr.3215>
 15. EcuRed. (2019). *Ibarra (Ecuador)*. [https://www.ecured.cu/Ibarra_\(Ecuador\)](https://www.ecured.cu/Ibarra_(Ecuador))

16. Farreras, P., & Rozman, C. (2012). *Medicina Interna Farreras - Rozman* (Elsevier E).
17. Freitas, K., Silva, J., Andrade, R., & Marrins, S. (2018). Effects of social protection on tuberculosis treatment outcomes in low or middle-income and in high-burden countries: systematic review and meta-analysis. *Cadernos de Saude Publica*, 34(1), 1–18. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00153116>
18. Gómez, I. (2017). Editorial: Salud y sus determinantes: indicadores, medición, abordajes. *Población y Salud En Mesoamérica*, 14(2), 1–3. <https://doi.org/10.15517/psm.v14i2.27503>
19. Heredia, M., Puc, M., Caamal, Á., & Vargas, A. (2012). Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23(3), 113–120. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v23i3.81>
20. Herrera, T. (2015). Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. In *Rev Chilena Infectología* (Vol. 32, Issue 1). www.sochinf.cl
21. Huamaní, R., Montesinos, Z., Alejo, P., & Vicentina, O. (2019). REVISTA DE INVESTIGACIÓN E. *Revista de Investigación e Innovación Científica y Tecnológica*, 2.
22. Malacarne, J., Kolte, I., Freitas, L., Yamall, J., Ponte, M., Souza-Santos, R., & Basta, P. (2018). Factors associated with TB in an indigenous population in Brazil: the effect of a cash transfer program. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, 60, 63. <https://doi.org/10.1590/S1678-9946201860063>
23. Marmot, M., Allen, J., Boyce, T., Goldblatt, P., & Morrison, J. (2020). *Health Equity in England : The Marmot Review 10 years on*. (The Health).
24. Martin, C., Aguilo, N., & Gonzalo-Asensio, J. (2018). Vaccination against tuberculosis. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clinica*, 36(10), 648–656. <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2018.02.006>

25. Merino, M., Alvarez, A., Madrid, J., Martinez, M., Puertas, F., Asencio, A., Romero, O., Jurado, M., Segarra, F., Canet, T., Gimenez, P., Terán, J., Alonso, M., García, D., & Barriuso, B. (2016). Sueño saludable: evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Revista de Neurología*, 63(2), 30. www.neurologia.com
26. MSP. (2017). *GeoSalud 3.7.7 | MSP*. <https://geosalud.msp.gob.ec/geovisualizador/>
27. MSP. (2018). Prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la tuberculosis. Guía de Práctica Clínica. In *Segunda edición*. <https://www.salud.gob.ec>
28. MSP. (2019, March). *Boletín Anual de la Tuberculosis 2018*. Dirección Nacional de Vigilancia. https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/03/informe_anual_TB_2018UV.pdf
29. Muñoz, A., Sanchez, H., López, C., Saavedra, M., Dávila, L., & Sorokin, P. (2018). Tuberculosis en América Latina y el Caribe: reflexiones desde la bioética. *Persona y Bioética*, 22(2), 331–357. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.10>
30. OMS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación. In *Comisión sobre Determinantes de la Salud* (Organizaci). http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/
31. OMS. (2010). *Principios éticos*. Código de Ética y Conducta Profesional. <https://www.who.int/es/about/ethics/ethical-principles>
32. OMS. (2019). Informe Mundial Sobre Tuberculosis. In *Organización Mundial de Salud*. https://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2019_ExecutiveSummary_sp.pdf?ua=1
33. OMS. (2020). *GLOBAL TUBERCULOSIS REPORT 2020*. <http://apps.who.int/bookorders>.

34. ONU. (2016). *Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas: 17 objetivos para transformar nuestro mundo*. ODS. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
35. OPS. (2018). *Tuberculosis en las Américas 2018*.
36. Osman, M., Karat, A. S., Khan, M., Meehan, S.-A., von Delft, A., Brey, Z., Charalambous, S., Hesselning, A. C., Naidoo, P., & Loveday, M. (2021). Health system determinants of tuberculosis mortality in South Africa: a causal loop model. *BMC Health Services Research*, 21(1), 388. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06398-0>
37. Pecoraro, K. (2021). How social determinants of health affect COVID-19 related morbidity and mortality. *Nursing2021*, 51, 24–32.
38. Pinargote, R., Merino, Y., Figueroa, B., & Cedeño, G. (2019). Aspectos socio-demográficos del paciente con tuberculosis (tb). *Salud y Vida*, 3, 929–943.
39. Ramos, E., Rojas, L., & Loyola, M. (2018). *La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad*. Revista Habana de Ciencias Médicas. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000300353
40. Rezende, A., Kritski, A., & Calcada, A. (2020). Determinantes sociales de la salud y costos catastróficos asociados al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. *Journal Bras Pneumol.*, 46(5), 1–5.
41. Salud, O. M. de la. (2016). *Tuberculosis (TB) Estrategia Fin a la TB de la OMS*. WHO. <https://www.who.int/tb/strategy/end-tb/es/>
42. Sanchez, G., Martinez, E., Fundación, N., Leones, U. Q. L., & Chirinos, U. E. B. de. (2018). Tuberculosis en Venezuela, un problema constante. *Revista Venezolana de Salud Pública*, 6(2), 2018.
43. Senplades. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida*. www.planificacion.gob.ec
44. Tito, A., Sánchez, N., Tapia, M., Montenegro, S., & Lopez, E. (2019). Pacientes con

tuberculosis conocimientos y actitudes frente al problema, Esmeraldas-Ecuador. *Enfermería Investiga*, 4, 8–13.

45. Vínces, M., & Campos, N. (2019). Determinantes sociales de la salud. Políticas Públicas. In *Dominio de las Ciencias*, ISSN-e 2477-8818, Vol. 5, N°. Extra 1, 2019 (Ejemplar dedicado a: Especial: Noviembre 2019), págs. 477-508 (Vol. 5, Issue 1). <http://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/indexCienciassocialesypolíticasArtículoderevisión>

Apéndices.

Apéndice A. Banco de preguntas para Entrevista.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE



INSTITUTO DE POSGRADOS

MAESTRÍA DE SALUD PÚBLICA MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA: “Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021”

Investigador: Lic. Edison Negrete Andino.

Consentimiento Informado:

Estimado/a el presente estudio de investigación es netamente académico, para la obtención del título de cuarto nivel de MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA, MENCIÓN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA. El objetivo de la misma es: Analizar los determinantes sociales y de salud asociados a la Tuberculosis en pacientes atendidos en los establecimientos de salud de Ibarra, sus datos son confidenciales y no van a ser expuestos, por esta razón no se solicita nombres de los entrevistados, su participación es libre y voluntaria; la honestidad de usted al responder estas preguntas es de suma importancia para nosotros, y usted como investigado no tiene ningún riesgo, agradezco de antemano la voluntad de participar en esta investigación.

Ibarra – Ecuador.

Abril, 2021

1. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL PACIENTE.

1.1 ¿Cuántos años tiene?

1.2 ¿Su identidad de género es masculino, femenino o LGTBI?

1.3 ¿En qué país nació?

1.4 ¿Cómo se auto identifica usted?

1.5 ¿Cuál es ocupación?

1.6 ¿Cuál es su nivel de Instrucción: Primaria Educación Básica, Bachillerato, Superior?

1.7 ¿Cuál es su estado civil?

1.8 ¿Cuántos hijos tiene?

2. DETERMINANTES SOCIALES Y DE SALUD DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS.

DETERMINANTES CONDUCTUALES

Hábitos de estilos de vida saludables.

2.1 ¿Usted realiza controles médicos y odontológicos frecuentes?

2.2 ¿Usted fuma cigarrillos o toma alcohol de manera regular?

2.3 ¿Cuántas porciones de frutas y de verduras come usted al día?

2.4 ¿Cuántos vasos de agua consume al día?

2.5 ¿En su dieta diaria usted consume sal, dulces y frituras en mayor cantidad que frutas y verduras? ¿Por qué?

2.6 ¿Cuánto tiempo le dedica semanalmente a realizar actividad física? ¿Por qué?

2.7 ¿Cuántas horas al día duerme usted?

2.8 ¿Cuáles cree usted que son hábitos saludables?

Creencias y fe.

2.8 ¿Usted cree que su religión o su fe le ha permitido completar el tratamiento de tuberculosis de manera adecuada? ¿Por qué?

2.9 ¿Usted tiene confianza en el personal sanitario y en el tratamiento que se le está brindando?

Actitudes y comportamientos.

2.10 ¿Cuándo usted tiene un problema de salud, acude a un Hospital o Unidad de atención médica inmediatamente o prefiere esperar que este se resuelva espontáneamente?

DETERMINANTES BIOLÓGICOS

Inmunidad, vigor y fuerza

2.11 ¿Cuáles vacunas le han administrado a usted en los últimos 5 años?

2.12 ¿Cuándo usted se enferma, su vigor o fuerza le hace recuperarse rápidamente?

2.13 ¿Usted suele enfermarse fácilmente?

DETERMINANTES AMBIENTALES

2.14 ¿En su lugar de trabajo o domicilio existe riesgos de incendios, deslaves o contaminación?

DETERMINANTES SOCIALES

Relaciones familiares.

2.15 ¿Usted considera importante el apoyo que recibe de sus familiares cuando tiene un problema de salud o necesidad?

2.16 ¿Por qué cree que el apoyo que recibe de su familia le ha permitido continuar con el tratamiento de Tuberculosis?

2.17 ¿En su hogar hay factores de desintegración familiar ya sea por falta de alguno de los integrantes de la familia, sea temporal o definitivo?

Contexto político.

2.18 ¿Considera usted que las decisiones políticas resultaron en su enfermedad como factores de riesgo? ¿Por qué?

2.19 ¿Cómo calificaría usted las estrategias brindadas por el Ministerio de Salud Pública en el control y tratamiento de la tuberculosis? ¿Por qué?

2.20 ¿El Estado Ecuatoriano le ha permitido desarrollarse en las mismas condiciones que el resto de la población en los contextos de trabajo, salud y educación? ¿Por qué?

Economía y trabajo

2.21 ¿Tiene trabajo fijo?

2.22 ¿Cuál es su sueldo aproximadamente?

2.23 ¿Usted cree que su situación económica le ha permitido acceder a una buena alimentación, salud y educación? ¿Por qué?

2.24 ¿Usted considera que la pobreza y desempleo tienen una relación directa con la Tuberculosis? ¿Por qué?

Vivienda y riesgo de hacinamiento.

2.25 ¿Es su casa propia, arrendada o prestada?

2.26 ¿En su casa usted dispone de agua segura o potable todo el tiempo?

2.27 ¿Cómo es la eliminación de desechos y basura en su domicilio?

2.28 ¿Describa si su casa es grande y tiene fuentes de ventilación internas o externas como ventanas y patios?

2.29 ¿Cuántas habitaciones, baños y ventanas tiene en su casa?

2.30 ¿Cuántas personas viven en su casa y cuantas duermen por cada habitación?

Asistencia social.

2.31 ¿Usted es asegurado o recibe algún bono social?

2.32 ¿Los servicios o bonos de asistencia social le han dado sostén para alimentarse o recibir su tratamiento antituberculoso adecuadamente?

Acceso a la salud.

2.33 ¿Cuándo le diagnosticaron que tenía tuberculosis?

2.34 ¿Qué conoce usted acerca de su enfermedad?

2.35 ¿Usted cree que su enfermedad le puede causar la muerte? ¿Por qué?

2.36 ¿Conoce usted como se llama la medicación que recibe y cuánto tiempo dura el tratamiento?

2.37 ¿Recibe su medicación a tiempo, le realizan sus controles mensualmente?

2.38 ¿Usted ha abandonado el tratamiento de tuberculosis y por qué?

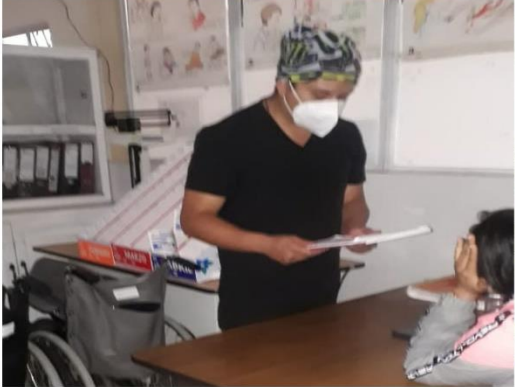
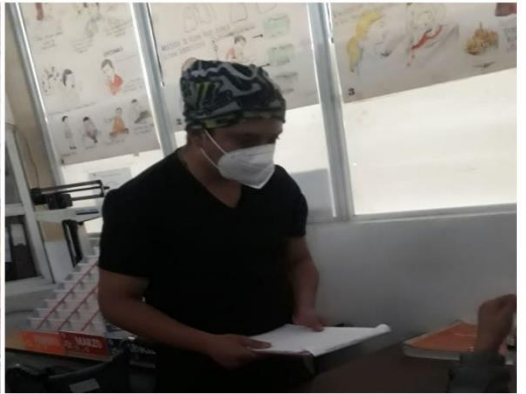
2.39 ¿Usted considera que el centro de salud al que usted pertenece le brindó una atención a tiempo, continua y de calidad?

2.40 Detalle si ha tenido problemas para acceder a un establecimiento de salud como: distancia, miedo, economía, racismo o xenofobia. ¿Por qué?

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Apéndice C. Fotografías.





Apéndice D. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
INSTITUTO DE POSGRADOS
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA MENCION ENFERMERÍA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021

Organización del investigador: Universidad Técnica del Norte

Nombre del investigador: Lic. Edison X. Negrete

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción:
Los determinantes sociales y de salud son aquellos factores y procesos que tiene la capacidad de generar protección o daño en los individuos, familias y comunidades (MSP, 2019). Los mismos tienen relación con la tuberculosis, pues estos determinan en ciertos casos que la enfermedad permanezca latente o activa.
Propósito del estudio
El estudio tiene como fin analizar los determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimiento de salud de Ibarra, 2021
Descripción de los procedimientos
Se aplicará una entrevista semiestructurada con un banco de preguntas, el cual nos permitirá conocer los determinantes sociales y de salud asociados a la tuberculosis.
Riesgos y beneficios

No hay ningún riesgo, ya que la entrevista aborda preguntas abiertas de sus condiciones en las cual usted se desarrolla en su enfermedad. El beneficio que otorga, es contar con una base sólida que permita conocer la realidad de los pacientes en Ibarra.

Confidencialidad de los datos

Para el investigador es muy importante mantener su privacidad, por lo cual se aplicará las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione será grabada en audio y no se pedirá nombres.
- 2) Los datos obtenidos serán utilizados solo para uso de investigación.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal .Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee. Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al teléfono: 0982107164 que pertenece al autor de la investigación o envíe un correo electrónico a exnegrete@utn.edu.ec que pertenece al correo institucional de la Universidad Técnica del Norte.

Firma o huella:

Apéndice E. Validación de expertos



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS: INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	x		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	x		
La estructura del instrumento es adecuada	x		
Los ítems son claros y entendibles	x		

Sugerencias:

Lic. Paola Tito. Msc.

Nombre del experto

C.I 1002609533

Firma y sello



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "-----"

Determinantes sociales y de salud asociados a tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS : INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACIÓN
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	x		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	x		
La estructura del instrumento es adecuado	x		
Los ítems son claros y entendibles		x	En relación con los ítems, se debe mejorar la redacción de las preguntas para estas sean más concretas. Si la entrevista va a ser dirigida tomar en cuenta los términos en los cuales el encuestador explica cada interrogante. Hay algunos conceptos técnicos que hay que explicar.

Sugerencias:

Lic. Sonia Revelo V. MpH

Nombre del experto

C.I 0401026984

Sonia
Revelo V. Firmado digitalmente por Sonia Revelo V.
Fecha: 2021.06.28 11:25:35 -05'00'
Firma y sello



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: "Determinantes sociales y de salud asociados a Tuberculosis en pacientes atendidos en establecimientos de salud de Ibarra, 2021"

FORMULARIO VALIDACIÓN DE EXPERTOS : INSTRUMENTO – ENCUESTA			
CRITERIOS	SI	NO	OBSERVACION
El instrumento recoge observación que permite dar respuesta al problema de investigación	x		
El instrumento propuesto responde al objetivo de estudio	x		
La estructura del instrumento es adecuado	x		
Los ítems son claros y entendibles		x	Hay algunas preguntas que se pueden modificar para que no sean confusas, he puesto mis sugerencias en el formulario. Además, considero que al ser una entrevista en la mayoría de preguntas se debe colocar el Porqué, lo que se necesita es conocer la percepción que los pacientes tienen sobre el tema. Quien aplique el formulario debe de esas maneras es usar el porqué. tener la habilidad de con las preguntas propuestas, intentar sacar más información de los pacientes.

Sugerencias:

Lic. Mercedes Flores G. MpH

Nombre del experto

C.I 1001859394

Firma y sello

Apéndice F. Designación de Asesor y Director de Tesis.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE Resolución No. 001-073 CEAACES-2013-13 INSTITUTO DE POSGRADO HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO Resolución HCD Nro. UTN-POSGRADO-2021-0075 El Honorable Consejo Directivo del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, en sesión extraordinaria virtual realizada el 08 de marzo de 2021, utilizando la herramienta telemática Microsoft Teams, en aplicación de la modalidad de teletrabajo, considerando; Que, el Reglamento de Régimen Académico del CES, en su Art. 35 señala: “Diseño, acceso y aprobación de unidad de titulación del cuarto nivel.- Cada IES diseñará su unidad de titulación de posgrado, estableciendo su estructura, contenidos y parámetros para su desarrollo y evaluación; y, distinguiendo la trayectoria de investigación y profesional, según lo indicado en el artículo 22 de este Reglamento. Para acceder a la unidad de titulación es necesario haber completado las horas y/o créditos mínimos establecidos por la IES. La aprobación implica haber completado y aprobado una (1) de las siguientes opciones:

a) Posgrados con trayectoria profesional: Proyecto de titulación con componentes de investigación aplicada y/o de desarrollo; estudios comparados complejos; artículos profesionales de alto nivel; diseño de modelos complejos; propuestas metodológicas y/o tecnológicas avanzadas; productos artísticos; dispositivos de alta tecnología; informes de investigación, entre otros; o, un examen de carácter complejo mediante el cual el estudiante deberá demostrar el manejo integral de los conocimientos adquiridos a lo largo de su formación, si el programa lo contempla. b) Posgrados con trayectoria de investigación: Tesis con componente de investigación básica y/o aplicada, con características de originalidad, relevancia y de impacto científico; que responda a las convenciones científicas del campo respectivo, pudiendo usar métodos propios de la disciplina o métodos multi e interdisciplinarios. Las IES podrán establecer requisitos de artículos científicos enviados, aceptados y/o publicados para la titulación. El tipo y la complejidad del trabajo de titulación deberá guardar relación con

el carácter del programa y correspondencia con las convenciones académicas del campo del conocimiento respectivo. Las IES podrán incluir la defensa oral o escrita de los trabajos de titulación. El desarrollo de la unidad de titulación deberá asegurar la evaluación y calificación individual; con independencia de los mecanismos de trabajo implementados (...)” Que, el Art. 21 del Reglamento de Graduación y Titulación dispone lo siguiente: a) El(la) director(a) o tutor(a) del trabajo de titulación es corresponsable del mismo y será encargado de dirigir y controlar su desarrollo conjuntamente con el(la) opositor(a) o asesor(a); b) El(la) director(a) o tutor(a) del trabajo de titulación, podrá solicitar la anulación del mismo cuando se haya producido abandono por parte del(la) estudiante al no presentarse a las revisiones periódicas en un tiempo de tres meses; e) Por causas debidamente justificadas el (la) estudiante podrá solicitar el cambio de director(a) o tutor(a), opositor(a) o asesor(a); d) El (la) director(a) o tutor(a) y el (la) opositor(a) o asesor(a) deberán llevar un registro de las revisiones periódicas realizadas al proyecto mismo que deberán entregar con el informe final al (la) Coordinador(a) de Programa. Con estas consideraciones, el Honorable Consejo Directivo del Instituto de Posgrado, en uso de las atribuciones conferidas por el Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica del Norte, Art. 50 literal i) dispone como funciones del Consejo Directivo de Posgrado “Los demás que le confieran el presente Estatuto y la reglamentación respectiva.”; y, el Reglamento del Instituto de Posgrado de la Universidad Técnica del Norte, Art.6 literal h) establece como atribución del Consejo Directivo de Posgrado “aprobar anteproyectos de investigación”, RESUELVE: 2 1. Aprobar los trabajos de titulación de autoría de los maestrantes del programa de Maestría en Salud Pública Mención Enfermería Familiar y Comunitaria y, designar a los docentes a cumplir en calidad de Director/a y Asesor/a, de acuerdo al siguiente detalle:

17	Negrete Andino Edison Xavier	Determinantes sociales y de salud asociados a la tuberculosis atendidos en establecimientos de Salud de Ibarra, 2021.	MsC. Ximena Tapia	MsC. Rosa López
----	---------------------------------	---	----------------------	-----------------

2. Notificar a la Coordinación del Programa, a los maestrantes, a los Directores y Asesores designados, y, a la Secretaría de Programas para los efectos legales pertinentes. **NOTIFIQUESE Y CUMPLASE.-**

En unidad de acto suscriben la presente Resolución la Doctora Lucía Yépez Vásquez, en calidad de Directora y Presidenta del Honorable Consejo Directivo; y, la Abogada Paola Alarcón A., Secretaria Jurídica (E) que certifica.

Atentamente,

CIENCIA Y TÉCNICA AL SERVICIO DEL PUEBLO



Dra. Lucía C. Yépez V. MSc.

Directora y Presidenta HCD Posgrado




Abg. Paola E. Alarcón Alarcón MSc.
Secretaría Jurídica Posgrado (E)





Apéndice F. Reporte de similitud.



Document Information

Analyzed document	trabajo final Edison Negrete.pdf (D110642431)
Submitted	7/21/2021 5:59:00 PM
Submitted by	TAPIA PAGUAY MARIA XIMENA
Submitter email	mxtapia@utn.edu.ec
Similarity	6%
Analysis address	mxtapia.utn@analysis.arkund.com

Sources included in the report

W	URL: https://docplayer.es/79336018-Universidad-tecnica-del-norte-facultad-ciencias-de-la-salud-escuela-de-enfermeria.html Fetched: 7/12/2020 6:45:04 AM	 3
W	URL: https://docplayer.es/amp/177430420-Universidad-de-guayaquil-facultad-de-ciencias-medicas-escuela-de-enfermeria.html Fetched: 7/12/2020 6:44:57 AM	 1
W	URL: http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n3/spu11315.pdf Fetched: 7/21/2021 6:01:00 PM	 2
W	URL: https://www.ecured.cu/lbarra_(Ecuador) Fetched: 7/21/2021 6:01:00 PM	 2
