

**Enfoque interseccional de la adherencia al tratamiento de tuberculosis en dos
municipios del departamento del Cauca**

**Yuly Yojana Gaitán Lemos
Socióloga**



**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Programa de Maestría en Salud Pública
Santiago de Cali
2024**

**Enfoque interseccional de la adherencia al tratamiento de tuberculosis en dos
municipios del departamento del Cauca**

Yuly Yojana Gaitán Lemos

**Informe de trabajo de grado presentado como requisito para optar por el título de
Magíster en Salud Pública**

**Director
Nicolás Ortiz Ruíz, PhD
Profesor de la Escuela de Salud Pública**



**Universidad del Valle
Facultad de Salud
Escuela de Salud Pública
Programa de Maestría en Salud Pública
Santiago de Cali
2024**

Dedicatoria

Esta Tesis está dedicada a Dios, por darme la fortaleza y sustento para terminar esta etapa educativa y todo lo que conllevan estos procesos formativos, por ayudarme a vencer los obstáculos y las barreras.

Se la dedico a mi esposo Esteban Caicedo Zúñiga, quien es mi motivación, mi impulso y mi apoyo. A mi papá y mi mamá, por todo lo que han hecho para formarme y por su amor, los honro. También se la dedico a mi hermana Valentina Gaitán.

A mis abuelas y abuelo, honro mis raíces caucanas y no puedo estar más gozosa de aportar con un granito de arena a comprender la TB en el Cauca.

Agradecimientos

Quiero agradecerle a las Instituciones de Salud que participaron en este proyecto, gracias por abrirme las puertas y mostrarme su trabajo.

Mis palabras se quedan cortas en agradecer al doctor Carlos Gabriel Quiñonez (Quilisalud ESE), a las doctoras Karina Orozco y Diana Sinisterra (Secretaría de Salud Pública local de Puerto Tejada). Con ellos, a su equipo de trabajo: Marcela, Lina y Claudia quienes me acompañaron en el trabajo de campo y me orientaron sobre sus territorios.

Gracias a las mujeres y hombres participantes de este estudio, gracias por el tiempo, por abrirse conmigo a contarme su vida, sus preocupaciones y sus experiencias en la enfermedad. Gracias por ayudarme a comprender qué es la TB.

Gracias al profesor Nicolás Ortiz por su tiempo y disposición en el direccionamiento de este trabajo, gracias por su seguimiento y su interés por esta investigación.

Gracias al proyecto dirigido por la profesora Mercedes Salcedo sobre Gestión del Riesgo de la TB en el Cauca, por darme la oportunidad de conocer esta problemática en salud y trabajar por ello.

Contenido

Resumen.....	10
Abstract.....	10
1. Planteamiento del problema de investigación.....	11
2. Estado del arte	16
2.1. Uso de la categoría de interseccionalidad en salud	19
2.2. El tratamiento de la TB en los estudios previos.....	20
3. Perspectiva teórica.....	23
3.1. ¿Cómo se comprenderá la adherencia al tratamiento de la TB?	30
4. Objetivos	33
4.1. Objetivo General.....	33
4.2. Objetivos Específicos.....	34
5. Metodología	34
5.1. Tipo y área de estudio	34
5.2. Población y participantes	37
5.3. Categorías.....	39
5.4. Recolección de información	41
5.5. Manejo y control de calidad de los datos	44
5.6. Plan de análisis	45
6. Consideraciones éticas	51
7. Resultados esperados.....	54
8. Resultados	55
8.1 Factores sociodemográficos y socioeconómicos de Santander de Quilichao y Puerto Tejada	56
8.2. Factores epidemiológicos en Tuberculosis en Santander de Quilichao y Puerto Tejada	89
8.3. Trayectorias de vida y experiencias en la adherencia al tratamiento de TB en Santander de Quilichao y Puerto Tejada	93
8.3.1. Caracterización de los participantes	93
8.3.2. Trayectorias de vida y condiciones socioeconómicas.....	98
8.3.3. Trayectorias, contexto de los pacientes y diagnóstico de TB.....	105
8.3.4 Trayectorias de vida, hito de la TB y servicios de salud.....	111
8.3.5. Comorbilidades, experiencias de cuidado en la TB y servicios de salud.....	114
9. Discusión, la interseccionalidad en la adherencia al tratamiento de la TB	132

9.1. Factores económicos, clase social en la experiencia del tratamiento de TB	132
9.2. Factores del contexto e interseccionalidad en la experiencia del tratamiento de TB.....	144
9.3. El sentido, el cuidado y género en el tratamiento de la TB.....	150
9.4. Lo étnico racial y servicios de salud en las experiencias en el tratamiento de TB	154
10. Limitaciones del estudio.....	158
11. Conclusiones	159
12. Referencias bibliográficas	163
13. Anexos	176

Lista de cuadros

Cuadro 1. Categorías correspondientes a los objetivos de la investigación.....	39
Cuadro 2. Definiciones del plan de análisis de las categorías y objetivos.....	46
Cuadro 3. Definiciones del plan de análisis de las categorías y objetivo de contexto.	48

Lista de gráficas

Gráfica 1. Pirámide poblacional de mujeres y hombres, Santander de Quilichao -Cauca, 2018 59	
Gráfica 2. Distribución poblacional por autorreconocimiento étnico y sexo Santander de Quilichao – Cauca, 2018	60
Gráfica 3. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según sexo en Santander de Quilichao - Cauca.....	64
Gráfica 4. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según la etnia en Santander de Quilichao - Cauca 2018 - 2021	65
Gráfica 5. Población privada de la libertad por sexo masculino en Santander de Quilichao 2019 - 202266	
Gráfica 6. Pirámide poblacional de mujeres y hombres, Puerto Tejada - Cauca, 2018.....	68
Gráfica 7. Distribución poblacional por autoreconocimiento étnico y sexo, Puerto Tejada - Cauca, 2018.....	69

Gráfica 8. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según sexo en Puerto Tejada - Cauca, 2018 - 2021.....	71
Gráfica 9. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según la etnia en Puerto Tejada - Cauca 2018 - 2021.....	72
Gráfica 10. Población privada de la libertad por sexo masculino en Puerto Tejada 2019 - 2022	73
Gráfica 11. Índice de Pobreza Multidimensional en municipios, Cauca y total país, 2018.....	75
Gráfica 12. Distribución sexo jefe del hogar en municipios, Cauca y total país, 2018.....	76
Gráfica 13. Índice de jefatura femenina en municipios, cauca y total país, 2018	77
Gráfica 14. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y Hacinamiento en los municipios, Cauca y total País, 2018	78
Gráfica 15. Tasa de Dependencia Juvenil (TSJ) y Tasa de Dependencia Senil (TDS) en los municipios del departamento del Cauca y Colombia, 2018	79
Gráfica 16. Distribución porcentual del tipo de régimen social en los municipios del Cauca y total país, 2019.....	81
Gráfica 17. Distribución porcentual del tipo de régimen de afiliación social en los municipios del Cauca, departamento y total país, 2020	81
Gráfica 18. Distribución porcentual del tipo de régimen de afiliación social en los municipios del Cauca, departamento y total país, 2021	81
Gráfica 19. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Colombia, 2018	83
Gráfica 20. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Cauca - Colombia, 2018	83
Gráfica 21. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Puerto Tejada- Cauca, 2018.....	83
Gráfica 22. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Santander de Quilichao - Cauca, 2018.....	83
Gráfica 23. Distribución porcentual del servicio de acueducto en los municipios del Cauca y total país, 2018.....	85
Gráfica 24. Distribución porcentual del alcantarillado en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018.....	86
Gráfica 25. Distribución porcentual de la energía eléctrica en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018.....	86
Gráfica 26. Distribución porcentual del servicio de internet en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018.....	86
Gráfica 27. Distribución porcentual de la recolección de basuras en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018	86

Gráfica 28.	Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Colombia, 2018	88
Gráfica 29.	Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en el Cauca - Colombia, 2018	88
Gráfica 30.	Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Santander de Quilichao, 2018	88
Gráfica 31.	Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Puerto Tejada, 2018..	88
Gráfica 32.	Tasa de mortalidad pacientes con TB en Santander de Quilichao y Puerto Tejada - Cauca, 2020-2021.....	90
Gráfica 33.	Tasa de incidencia de TB pulmonar en Santander de Quilichao y Puerto Tejada - Cauca, 2020-2021	91
Gráfica 34.	Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar confirmados y diagnosticados en Santander de Quilichao y Puerto Tejada 2020-2021	92

Lista de mapa

Mapa 1.	Departamento del Cauca y municipios	55
----------------	---	----

Lista de fotografías

Foto 1.	Santander de Quilichao en sus inicios.....	61
Foto 2.	Capilla doctrinera de la vereda Domingullo	62
Foto 3.	Inicios del municipio de Puerto Tejada	70
Foto 4.	Condición de la vivienda y el espacio en la entrevista.....	106
Foto 5.	Condición de la vivienda en abandono del tratamiento	143

Lista de Tablas

Tabla 1.	Oportunidad en el inicio de tratamiento de TB pulmonar en municipios del Cauca 2020 - 2021*.....	91
Tabla 2.	Características sociodemográficas de participantes entrevistados.....	97
Tabla 3.	Facilitadores y limitantes en la adherencia al tratamiento de la TB	130

Lista de figuras

Figura 1.	Trayectorias de vida a nivel socioeconómico Santander de Quilichao.....	101
Figura 2.	Trayectorias de vida a nivel socioeconómico Puerto Tejada	104
Figura 3.	Factores del contexto en Santander de Quilichao y Puerto Tejada	108
		108
Figura 4.	Comorbilidades	115
Figura 5.	Línea del tiempo de la adherencia al tratamiento de la TB.....	129
Figura 6.	Facilitadores socioeconómicos para una adherencia al tratamiento exitosa.....	141
Figura 7.	Barreras socioeconómicas en la adherencia al tratamiento de la TB.....	141
Figura 8.	Hechos sociohistóricos, territorio e identidad campesina afro	147

Resumen

Este trabajo pretende aportar a la meta de Cero TB en el departamento del Cauca para los municipios aquí estudiados. Se problematiza el enfoque interseccional de clase social, territorio, contextos específicos, vulnerabilidad social, género, familia, étnico racial, servicios de salud y la institucionalidad en la adherencia al tratamiento de la Tuberculosis desde la experiencia de la enfermedad de mujeres y hombres. Cuenta con una metodología mixta en donde se abordan los datos integrados desde la estadística descriptiva para dar contexto general a los municipios, y se basa en el método biográfico desde el análisis cualitativo para acercarse a la experiencia de las personas que tienen TB y llevan un tratamiento desde las trayectorias de vida. Se logra desde este enfoque encontrar los limitantes y facilitadores en la adherencia al tratamiento de la TB, así como entender la tuberculosis no solo desde los riesgos y efectos biológicos y fisiológicos, sino también influenciada por el ambiente, las desigualdades, las condiciones de pobreza, los espacios sociales y los servicios de salud que prestan algunas instituciones de salud en los municipios.

Palabras claves: Tuberculosis, experiencia de la enfermedad, trayectorias de vida, salud pública, adherencia al tratamiento de la TB, experiencia de cuidado en enfermedades infecciosas y enfoque interseccional.

Abstract

This work aims to contribute to the goal of Zero TB in the department of Cauca for the municipalities studied here. The intersectional approach of social class, territory, specific contexts, social vulnerability, gender, family, ethnicity, race, health services and institutions in adherence to tuberculosis treatment is discussed from the experience of the disease of women and men. It has a mixed methodology where integrated data is addressed from descriptive statistics to give a general context to the municipalities and is based on the biographical method from qualitative analysis to approach the experience of people who have TB and are undergoing treatment from their life trajectories. From this approach, it is possible to find the limitations and facilitators in adherence to TB treatment, as well as to understand tuberculosis not only from the biological and physiological risks and effects, but also influenced by the environment, inequalities, poverty conditions, social spaces and health services provided by some health institutions in the municipalities.

Keywords: Tuberculosis, disease experience, life trajectories, public health, adherence to TB treatment, experience of care in infectious diseases and intersectional approach.

1. Planteamiento del problema de investigación

La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública con impacto poblacional a nivel mundial y nacional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) representa una importante causa de morbilidad y una de las diez primeras causas de mortalidad en el mundo (1). Hasta la aparición del coronavirus (COVID-19), fue la principal causa de mortalidad provocada por un solo agente infeccioso, por encima del VIH/SIDA (1).

Según la OMS, en 2020 murieron 1,5 millones de personas por TB, incluidas 214.000 personas con VIH positivo (1). En el mundo se estima que 10 millones de personas enfermaron de TB en 2019 (2). Además, la tasa de incidencia de TB a nivel mundial varía entre menos de 5 casos a más de 500 casos nuevos y recaídas por cada 100.000 habitantes al año (2), se considera que una cuarta parte de la población mundial está infectada de TB (3).

Para América Latina en 2019, el informe regional sobre la TB 2020, expresa que los casos estimados fueron 290.000 (4). Los países con más casos fueron Brasil con 96.000 que equivale al 33,1%, Perú con 39.000 que es igual al 13,4% y México con 30.000 que corresponde con el 10,3%. Cercano a estos países está Colombia con 19.000 (6,6%) (4). Entre los países con la carga más baja de TB son Guyana con 620 casos estimados (0,2%), Paraguay con 3300 (1,1%) y El Salvador con 3800 (1,3%) (4). En Colombia, el Instituto Nacional de Salud INS reporta 3504 casos de TB para el año 2022 con una tasa de incidencia de 6,35; mientras en el 2021 era de 5,60, lo que significa un aumento de nuevos casos (5).

Así mismo, se tiene que la TB se focaliza en poblaciones con sistemas de salud precarios, con altos índices de desigualdades sociales, pobreza y déficit alimentario (1). Situaciones

que generan mayor susceptibilidad a la infección, resultado de una combinación entre exposición a condiciones de alto riesgo y de elevados niveles de vulnerabilidad social.

Observar este fenómeno de salud desde un enfoque poblacional, permite comprender la producción social de la enfermedad, considerando la interseccionalidad de varios factores que determinan las desigualdades y desventajas de ciertos grupos sociales, debido a las precarias condiciones de trabajo, vivienda, educación, hábitat y barreras en el acceso a la atención de TB (6). Esto se evidencia en estudios donde la TB como enfermedad endémica afecta en primera medida a las poblaciones vulnerables tales como los indígenas y los afrodescendientes (7, 8), pues por las condiciones del contexto, la ruralidad, falta de accesibilidad a los servicios de salud, el aislamiento geográfico que caracterizan a los territorios y poblaciones habitados por estos grupos étnico-raciales, limitan la adecuada atención, diagnóstico y tratamiento de la TB (7, 8).

En 2022 el Instituto Nacional de Salud (INS) registró como grupos vulnerables y de mayor riesgo de TB a la población indígena con una tasa de incidencia de 4,25; seguido de la población privada de la libertad con 4,97; luego de la población habitante de calle con 3,34 y la población afrocolombiana con 2,54 (5). Esto significa que estos grupos sociales son más susceptibles de contraer TB, por los contextos con deficiente asistencia, registro, atención y prestación de servicios para los casos de TB (9), sumado a las barreras y limitaciones culturales e institucionales que pueden obedecer a racismo o sexismo. Lo que resulta en una baja adherencia al tratamiento y aumento de riesgos de morbilidad, mortalidad y farmacoresistencia (9).

En cuanto al departamento del Cauca, territorio de interés para este estudio, Para estos grupos poblacionales, la TB tuvo una tasa de incidencia de 17,5 casos por 100 habitantes en 2017; 16,5 casos en el año 2018; 19,4 en el 2019, y 11,1 en el 2020 (10). Lo que expresa un aumento de la tasa de incidencia de 2017 a 2019 y una disminución en 2020, podría ser por la reducción de identificación de sintomáticos respiratorios y de diagnósticos durante la pandemia COVID-19 que se presenta en el periodo de 2019-2020.

De acuerdo con la Gobernación del Cauca y la Secretaría de Salud del Cauca (7) el departamento cuenta con barreras para acceder a los servicios de salud de segundo y tercer nivel en términos de traslado, desplazamiento, costos, pruebas diagnósticas y exámenes médicos (7). Ya que muchos de los servicios de salud sólo son prestados en Popayán y Santander de Quilichao, afectando la oportunidad de ser atendido y la salud (7). Esta situación se constituye en un obstáculo para personas de otros municipios, ya que deben desplazarse para acceder a servicios de segundo y tercer nivel. Para el manejo de pacientes con TB, en tanto enfermedad respiratoria que depende del tratamiento oportuno y del acceso a los servicios de salud, es un reto en un contexto como el que se interesa abordar (36 y 37).

De acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda CNPV 2018 del DANE, en el Cauca, 24,9% de la población es indígena y 19,8% es afrocolombiana. De manera que, la distribución de casos de TB según la pertenencia étnica en 2019 fue de 24 casos en afrodescendientes, 56 casos en indígenas (10). Para el 2020 hubo una disminución en los casos reportados, ya que fue de 13 en afrodescendientes y 36 en indígenas en comparación con el año 2019 (10). No obstante, para el año 2021 los casos presentaron unas diferencias en estos grupos sociales, ya que en afrodescendientes fue de 24, teniendo un alza de 11 puntos en comparación con el año 2020 y en indígenas un descenso, ya que fue de 27 casos presentando una disminución de 9 casos respecto al 2020 (10). De manera que los datos indican una importante afectación de la TB en los grupos étnicos afrocolombianos e indígenas.

Para esta investigación la TB no es sólo una enfermedad transmitible que tiene efectos y riesgos biológicos-fisiológicos en las personas (11), sino que también es una enfermedad influenciada por el ambiente, los espacios sociales, las condiciones de pobreza, el hacinamiento, el racismo, el sexismo y demás factores sociales que obstaculizan la salud en la población (11). La relación entre enfermedad y salud se entiende en el proceso salud-enfermedad-cuidado como sucesos de la experiencia vital y la vida cotidiana que se manifiestan en los cuerpos de los pacientes que se encuentran inmersos en unas

condiciones sociales, culturales, históricas, económicos y condiciones de vida (11), en las que viven un determinado episodio de una enfermedad, en este caso la TB.

Dada esta concepción sobre la enfermedad, esta investigación se interesa por la adherencia al tratamiento de la TB, que para la OMS (12) está asociada con aspectos demográficos y socioculturales del paciente, tales como: grupo étnico, sexo, edad, conocimiento sobre la enfermedad, creencias, comportamientos de salud, relación con el prestador del servicio, régimen de tratamiento, entorno de atención en salud y factores de tipo económico y estructural (12). De modo que, el tratamiento de la TB se ve influenciado por la complejidad del régimen de salud, la OMS (12).

En esta etapa de tratamiento de la TB, las prácticas de autocuidado, constancia y culminación exitosa del tratamiento dependen de que el paciente sea responsable, pero también del acceso oportuno que las instituciones de salud les brinden a los pacientes en este proceso de tratamiento (12).

Para esta investigación es importante analizar cómo sucede ese proceso desde la perspectiva del enfoque de la interseccionalidad (13), utilizado para estudiar la presencia simultánea de dos o más características diferenciales en las personas, por ejemplo: la pertinencia étnica, el género, la discapacidad, tipo de actividad productiva, el ciclo vital y entre otras. Las cuales suceden en un determinado contexto histórico, social y cultural (13), para el caso de este estudio, se observan las categorías iniciales: género, étnico-racial y clase social.

Estas categorías se pueden entender de acuerdo con el DANE desde diferentes componentes, en primer lugar, el género en donde se trabajan temas como el mercado laboral, la economía del cuidado, las relaciones y prácticas de género, la diversidad sexual, etc. (13). Respecto a lo étnico-racial, podría incluir el racismo, la desigualdad económica, la cultura y prácticas sociales, etc. En la clase social, se trabajan temas como la economía campesina, las condiciones de vida, la calidad de vida, la educación, la situación económica, el capital social y cultural (13).

Cabe destacar que hasta el momento la adherencia al tratamiento de la TB no se ha investigado desde el enfoque de la interseccionalidad. Si bien estudios como los de Madjid et al (14) han mostrado la TB desde las condiciones de vida y los determinantes sociales, así como el vínculo que estos tienen con los factores económicos y de riesgo para la TB en comunidades étnicas (14), no abordan el enfoque de la interseccionalidad.

Esto mismo sucede con el estudio sobre la TB multidrogoresistente (MDR) de Cannon, Oladimeji y Goon (15), en el que estudian las dificultades en el tratamiento de la TB a partir de la TB-MDR, incluyendo las condiciones sociales de la población a partir de los impulsores asociados a la MDR (15). Por lo que se abordan las condiciones como el bajo nivel educativo, la falta de apoyo, el hacinamiento, la coinfección por VIH, el consumo de alcohol, residir en zonas rurales, hogares superpoblados, malnutrición y los escasos recursos con el aumento de la transmisión de la TB (15).

De acuerdo con las características del departamento del Cauca, para esta investigación es importante aportar al estudio de la adherencia al tratamiento en la TB desde el enfoque de la interseccionalidad a partir de la experiencia de personas que padecen la TB. Se responde la pregunta: **¿Cómo el género, lo étnico-racial y la clase social inciden sobre la adherencia al tratamiento en la TB, en población residente en los municipios Santander de Quilichao y Puerto Tejada en el 2023?** Estos municipios fueron seleccionados por su importante composición étnico-racial: Santander de Quilichao, una combinación de población indígena, afrodescendiente y mestiza; y Puerto Tejada, mayoritariamente afrodescendiente. Esto permite analizar la interseccionalidad de lo étnico-racial con el género y la clase social, así como otras categorías emergentes que determinan los significados, prácticas y acceso a recursos y servicios de salud para el tratamiento de la TB.

La metodología de este estudio es descriptiva con análisis cualitativo, la cual se hizo por medio de las trayectorias de vida de pacientes, concentrándose en la experiencia de la enfermedad por medio de entrevistas. También, se utilizan las herramientas cuantitativas

como el análisis de datos agregados de fuentes institucionales y gubernamentales públicas como el DANE, para nutrir el análisis por medio de la información demográfica y socioeconómica.

Otro punto de la metodología realiza la revisión documental de las rutas y archivos sobre la TB de las instituciones de salud de los 3 municipios. Por último, esta investigación espera contribuir con un análisis que permita acercarse a la realidad de la población que vive la TB para aportar a la comprensión de los mecanismos necesarios para que la adherencia al tratamiento de la TB sea un éxito.

2. Estado del arte

En continuidad con lo anterior, se presentó un estado del arte con los estudios que contienen las categorías de interés tales como interseccionalidad, TB y tratamiento de la TB. Para esta búsqueda se tuvieron en cuenta los estudios sobre interseccionalidad en otras enfermedades transmisibles tales como el VIH, ya que se buscaba rescatar el uso de este enfoque en otros tratamientos de enfermedades cuando no se encontraron en TB. Para ello se hicieron búsquedas en bases de datos como A to Z, Ebsco Host, Scopus y Google Académico con las palabras claves y categorías identificadas, en donde a partir de los estudios previos se revisa la pregunta de investigación, la metodología y los resultados obtenidos.

Para comenzar, Aizenberg (16) desde un estudio pionero en examinar la interseccionalidad en los temas de salud y migración, explica que la intersección dinámica entre género, etnicidad, clase social y origen nacional viene de las ciencias sociales (16). La autora relaciona la interseccionalidad y los profesionales de la salud para observar cómo se construyen la cultura del otro/a en relación con las prácticas de salud, la población que es atendida en este caso son mujeres migrantes bolivianas, a partir de allí, examina cómo esa construcción del otro/a influye en la atención al paciente (16). Por

medio de un estudio exploratorio y descriptivo en el que se realizaron entrevistas semiestructuradas, la aplica a profesionales sanitarios del centro de la ciudad de Córdoba y la provincia de Mendoza en Argentina (16).

Aizenberg (16) encontró que en los profesionales de salud se evidencia “reduccionismo cultural”, que significa que hay prejuicios discriminatorios en sus percepciones sobre las mujeres migrantes bolivianas e indígenas (16). Estos prejuicios pasan por calificaciones atribuidas a las pacientes de: sumisas, dóciles, sucias y con prácticas culturales étnicas erráticas para la salud. Por lo tanto, en los resultados se evidencia la reproducción de perspectivas estereotipadas hacia las mujeres migrantes y una invisibilidad de su identidad étnica, así como diferentes formas de dominación social que podrían influir en la reproducción de las desigualdades sanitarias (16).

Ilunga et al., (17) aborda la interseccionalidad como una manera de explicar la complejidad del sistema sanitario, respecto a la pérdida de seguimiento por tuberculosis en Sudáfrica. Por medio de este enfoque observan varias dimensiones en la relación entre los individuos y los determinantes sociales de la salud (17). Los investigadores extraen datos de pacientes con tuberculosis registrados en una aplicación “AitaHealth™” y hacen análisis univariados y multivariados para comparar los pacientes que cumplieron con el tratamiento de la TB, tal como los factores demográficos y sociales asociados con el tratamiento.

Ilunga et al., en los resultados encontraron que el 23% de los pacientes diagnosticados con TB estaban perdidos en el seguimiento, además mostraron que la edad avanzada en personas migrantes, mayores de 60 años, así como las familias cambian de manera frecuente de lugar de residencia, están relacionados con el abandono del tratamiento (17). Descubren que la interseccionalidad ayuda a enmarcar la relación entre los factores demográficos y la TB, permite a los equipos de salud identificar y responder a las necesidades específicas de los pacientes, nutre el sistema de salud y el seguimiento de pacientes (17).

Por otra parte, Turan et al (18) trabajaron el concepto de “estigma interseccional en salud”, en donde arguyen que las personas en diferentes contextos experimentan formas cruzadas de estigma que influyen en sus comportamientos de salud (18). Por medio de un artículo de revisión sobre el concepto de estigma interseccional se evalúa el enfoque de la interseccionalidad y se descubre que logra examinar los sistemas de opresión en relación con lo social e individual y esto permite que investigadores y profesionales de la salud tengan mejores herramientas para analizar y ejercer su profesión en la comunidad (18).

El estigma interseccional expresa que hay varios puntos en donde las formas de estigmatización se unen, cuando se combinan varias categorías en una persona, por ejemplo: ser indígena, pobre, migrante y el estigma en el contexto social que habita. Los prejuicios se mantienen por las desigualdades sociales económicas y étnico raciales (18).

Por otro lado, Baig (19) indaga sobre la interseccionalidad de género desde factores socioeconómicos, ambientales y biológicos que inciden en la susceptibilidad al Covid-19. Por medio de un estudio cuantitativo de datos agregados, la investigadora encontró que el Covid-19 analizado desde la interseccionalidad de género, visibiliza la violencia de género que aumentaba con el incremento de casos por Covid-19.

Baig (19) expresa que las disparidades de género tienen un impacto en los accesos a los servicios de salud y en el proceso salud-enfermedad (19). Dado que, de acuerdo con los resultados, las inequidades se manifiestan en la baja utilización de los servicios de prueba por parte de las mujeres, en donde hallan barreras de acceso y baja búsqueda de atención médica. Debido a las responsabilidades en el hogar, las normas culturales, la poca presencia en la toma de decisiones y la capacidad económica. Otro punto es, la desigualdad en el mercado laboral en el que las mujeres encuentran limitaciones de ingresos en comparación con los hombres, ya que ellas tienen trabajos en torno al cuidado y el trabajo del hogar (19).

2.1. Uso de la categoría de interseccionalidad en salud

Margulies, Barber y Recoder (20) expresaron que la adherencia al tratamiento debe tratarse desde la experiencia de los sujetos y los cuidados para tener mejor acercamiento a la realidad social de los pacientes (20). Para el caso de una enfermedad transmisible como el VIH, identifican que las falencias en el tratamiento se dan porque se hace un acercamiento a los pacientes muy biomédico y no social.

Ahora bien, Mukerji y Turan (21) mostraron las categorías “relaciones de género y la TB” en una sociedad tradicional como la India (Kolkata) e identifican los desafíos que enfrentan las mujeres con TB, ya que esta es una enfermedad que produce estigma y genera actos discriminatorios por parte de la población que no tiene la enfermedad hacia las que la padecen. Este estigma proviene del sistema de salud, la familia y la comunidad, pero las autoras se centran en la familia y las instituciones de salud, para observar la relación entre el estigma y los roles de género (21). En este estudio se concluye que la opresión que viene desde el género hasta la posición social de las mujeres con TB, afecta de manera directa el control y cumplimiento del tratamiento de la enfermedad, ya que muchas no pueden cumplir con las visitas diarias al médico y la toma de los medicamentos para tratar la TB (21).

Miller et al (22) indagaron cómo la estructura de la red social afectaba la TB en la comunidad y evaluaron si el sesgo masculino en la TB se sostenía, este sesgo se define como la creencia y el atributo social que se les hace a los hombres de tener mayor riesgo que las mujeres de contraer TB (22). Por medio de un estudio cuantitativo y descriptivo, los autores encuentran que la TB en las redes sociales se encuentra influenciada por los roles de género, ya que tanto las acciones, actividades y comportamientos de mujeres y hombres en la sociedad pueden ser un factor que incremente o disminuya la exposición o transmisión de la TB en Kampala – Uganda (22).

Los autores descubrieron que las mujeres son las que figuran como centro en las redes sociales y quienes están en mayor contacto con los integrantes de las familias, empezando por los infantes. Por lo que, figuraron como potenciales en transmisión de la

TB a los miembros de la familia, comprobando que los mayores transmisores no son los hombres, es decir, no se comprueba el sesgo masculino (22).

Como se observa ninguno de los estudios resalta la interseccionalidad entre género, étnico-racial y clase social en el tratamiento de la TB, pero sí se encuentran estudios sobre TB y categorías como el género, estigma, clase social en un contexto determinado. Esto es, en donde se resalta la intersección entre género, costumbres culturales y tratamiento de la TB.

2.2. El tratamiento de la TB en los estudios previos

Respecto al tratamiento en la TB, Cannon, Oladimeji y Goon (23) estudian la droga resistencia en el tratamiento de la TB y encontraron que está asociada con unos impulsores sociales como: el estigma, el abuso de sustancias psicoactivas y la discriminación. También a unos impulsores económicos: la pobreza, las limitaciones financieras, el trabajo, la pérdida de tiempo productivo en el tratamiento, los costos del tratamiento, el bajo nivel educativo, el hacinamiento y la ruralidad, que dificultan la adherencia al tratamiento de la TB y generan el incremento de las tasas de TB (23).

A esto, se le suman las condiciones del territorio que habitan las personas que aumenta la exposición a la enfermedad. De manera que, residir en una zona rural y vivir en un lugar superpoblado aumenta el riesgo de contraer TB y de fortalecer la droga dependencia por medio de falta en la adherencia al tratamiento (23).

Asimismo, para Zille, Werneck, Luiz y Conde (24) las condiciones sociales y geográficas de un territorio influyen en los resultados que se pueden tener en el tratamiento de la TB. Por lo que en el territorio urbano se asocia a la sobrepoblación e incremento de la

incidencia de la TB y lo rural al mayor número de dificultades en el acceso a los servicios de salud para las personas atendidas por TB (24).

Los anteriores hallazgos, coinciden con los de Pereira, Nogueira, y Campos (25), ya que para ellos los procesos de urbanización, las dinámicas de la distribución geográfica de las ciudades, en donde hay segregación espacial y asilamiento de la población vulnerable, trae consigo aglomeraciones, mala alimentación, condiciones laborales precarias que ponen a la población en riesgo de TB (25). Al mismo tiempo, los investigadores sustentan que dentro de la urbe hay poblaciones que pueden estar en mayor riesgo que otras de contraer o profundizar una enfermedad como la TB, ya que las desigualdades espaciales se conectan con las desigualdades económicas produciendo barreras en los tratamientos de la TB (24).

Más cercano a la antropología de la salud, Alves et al., (26) estudian la TB desde los determinantes sociales y su relación con la universalidad, la integralidad en el acceso a la salud y la intersectorialidad. Ya que muchos de los determinantes están relacionados con el aumento en las tasas de incidencia de la TB, coinfección, VIH y el abandono del tratamiento. Los autores encuentran que para el caso de Brasil hay un área de riesgo espacial que se caracteriza por la baja escolaridad y pobreza extrema asociadas a la mortalidad por TB (26).

Asimismo, Lima, Dos Santos, Duque, et al., (27) encuentran que las características socioeconómicas y la coinfección por el VIH son factores de riesgo para la transmisión de la TB. Por ende, la tasa de curación de la TB en Sergipe (estado brasileño y población del estudio) disminuyó y se identificó una tendencia al abandono del tratamiento, por condiciones de hacinamiento y la alta densidad poblacional. Si bien, la enfermedad se encontraba en todo el territorio, se confirma que el espacio geográfico y las condiciones del territorio influyen en la aparición de la TB (27).

En conclusión, el enfoque interseccional es reciente en una enfermedad como la TB, ya que se ha trabajado más en otras enfermedades como el VIH (20). Sin embargo, la literatura revisada (17, 18, 19 y 20) señala la importancia que tiene este enfoque para problemas en salud pública, ya que permite entender la enfermedad desde las experiencias de los pacientes y sus realidades.

Se evidencia que las biografías y las experiencias de enfermedad están atravesadas y construidas a partir de diferentes condiciones representativas y simbólicas que se visualizan en categorías sociales como los roles de género, las prácticas de género, la organización de las familias, la cultura, la educación, el desempleo o la falta de ingresos, la vejez, las condiciones de hacinamiento y densidad poblacional del territorio de residencia. Que se articulan en cada contexto y experiencia vital específica que es relevante para la construcción de soluciones de impacto en una enfermedad transmisible como la TB.

Respecto al tratamiento en la TB, adherencia al tratamiento e impacto en indicadores como la incidencia en la TB, los autores (23,24,25, 26 y 27) sostienen que el tratamiento de la TB está muy influenciado por el territorio y la distribución geográfica y con ellos los servicios de salud que allí son accesibles para la población. Ya que, la propagación de la TB dependerá del lugar, si es urbano será debido a la superpoblación y si es rural a las barreras de acceso a los servicios en salud, dada la poca presencia de instituciones prestadoras de los servicios en ese territorio, así como de situaciones de aislamiento geográfico que obstaculizan que un paciente con TB frecuente una institución de salud.

De manera que, las características económicas y sociodemográficas del individuo, así como las condiciones del medio ambiente tienen una importante influencia para que un paciente sea adherente. Por lo tanto, muchos investigadores descubren que los

determinantes sociales de la salud tienen una relación con el tratamiento de la TB (25, 26).

3. Perspectiva teórica

Para esta investigación es importante señalar la interseccionalidad como un concepto que deviene del marxismo-feminismo, es decir que tiene sus bases teóricas en estos. Para explicar esas bases teóricas, autoras como Smith (50) relatan que la interseccionalidad es un concepto desarrollado por las feministas negras, en donde el primer planteamiento era construir un movimiento unido para luchar contra las formas de opresión, lo cual se relaciona con el proyecto socialista que también tenía el objetivo de acabar con las formas de opresión (50). Smith aclara que la interseccionalidad es un concepto mas no una teoría, porque es una descripción de cómo diferentes formas de opresión -racismo, sexismo, clasismo y otras formas- actúan entre sí y se fusionan en una sola experiencia (50).

De manera que las formas de opresión no es que sucedan doblemente, Smith (50) explica que en el caso de las mujeres negras no es que sean oprimidas por experiencias separadas de racismo y sexismo, pues el racismo también afecta a los hombres negros y el sexismo también afecta las mujeres blancas, sino que el racismo afecta el modo en que las mujeres negras son oprimidas como mujeres y también como gente negra (50).

Lo anterior expresa que hay una simultaneidad de la opresión tal como lo descubrió Barbara Smith en *Home Girls: A Black Feminist Anthology* (citada por Smith, 50). Cabe aclarar que para el marxismo todas las formas de opresión tienen sus raíces en la sociedad de clases, mientras que para el posmodernismo, que es otra corriente teórica que usa el concepto de interseccionalidad, rechazan esta idea y la ven como reduccionista, se considera que la verdad es cuestión de perspectiva o de contexto, y la diferencia es un componente esencial para analizar las realidades sociales (50).

Sin embargo, el feminismo negro construyó la interseccionalidad con énfasis en la diferencia de clase, es decir, no es posmoderno, sino que el origen del concepto es marxista (50), porque siempre contenía un análisis en las diferencias de clases entre mujeres, ya que la gran mayoría de la población negra de los EEUU había sido parte de la clase obrera y había vivido en pobreza, debido a las consecuencias económicas del racismo (50). Además, había una estrecha relación entre las feministas negras y el partido comunista a mediados del siglo XX, lideresas como Angela Davis y Claudia Jones desarrollan el concepto de opresión femenina negra como la experiencia de entrelazamiento de raza, género y clase (50).

Los anterior es esencial para comprender la perspectiva teórica desde donde se construyen las categorías que se abordan en esta investigación. Desde la salud, la OMS (28) plantea que la interseccionalidad la componen los análisis sobre las disparidades que afectan la salud de la población, ya que permite visibilizar los factores “que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial”. En el campo de la salud pública, es considerada por autoras como Hankivsky (citada por Couto et al, 29) como un enfoque que envuelve la producción y mantenimiento de las disparidades en salud (Couto et al., 29). Por lo tanto, para este estudio es una categoría que permite analizar las formas cómo se articulan categorías como el género/sexo, la clase social y etnia/raza en las experiencias vitales de las personas en el tratamiento de la TB, en términos de acceso, recursos, servicios y comportamientos de cuidado.

Hankivsky (29) expresa que las categorías de la interseccionalidad, tales como el género, la raza, la clase y la sexualidad, permiten entender lo que se ha creado en la intersección de dos o más ejes de opresión, con el fin de reconocer la multidimensionalidad y el carácter relacional entre los marcadores de la diferenciación social (29). Sin embargo, la interseccionalidad no se limita solo a esas categorías de opresión, porque es capaz de analizar categorías emergentes que pueden caracterizar a una población en un contexto determinado. En salud pública se busca captar esa multidimensionalidad de las

problemáticas, de manera que se logre analizar varios niveles de diferenciación/estratificación social que producen desigualdades en salud (29).

Aizenberg (2019) reconoce que la perspectiva de la interseccionalidad surge como una apuesta teórico-metodológica para comprender las relaciones de poder y los contextos en los que se producen las desigualdades sociales (16). Por otro lado, Viveros (2016, 30) explica que la interseccionalidad clásica conocida como la intersección entre género, étnico-racial y clase social juega un papel muy importante, porque reconoce la historia del racismo para el caso de los hombres y las mujeres afrocolombianas, en donde se visibilizan los procesos de esclavización y colonialismo que vivieron estas poblaciones (30).

De manera que, para Viveros (30) el reconocer que la opresión étnico-racial pasa por entender la diferenciación histórica entre negros y blancos, en donde ha habido desigualdad hacia la población afro en términos de la injusticia social, inequidades, racismo y discriminación que se han manifestado en la dinámica relacional con blancos (30). Viveros resalta que los blancos no tienen una historia de desigualdad social marcando su cotidianidad, pues son quienes están acostumbrados a tener poder (30).

La interseccionalidad suele observarse con un componente étnico-racial muy marcado e imprescindible en la comprensión de los problemas sociales. El énfasis en lo étnico-racial surge desde los orígenes del término interseccionalidad, el cual es sustentado y utilizado en el feminismo negro estadounidense para divulgar, visibilizar, cuestionar y denunciar las desigualdades que vivían las mujeres afro y pobres en la Estados Unidos (31).

En consecuencia, la interseccionalidad conceptualiza las desigualdades étnico-raciales, es decir, el producto de la intersección dinámica entre el sexo/género, la clase social y la raza en unos contextos de dominación contruidos históricamente (30). Según Hill Collins

(31) la interseccionalidad es el estudio de las categorías género, raza y clase social en sistemas que se construyen mutuamente entre sí, en donde estas categorías no se analizan como sistemas separados, pues los estudios interseccionales sugieren que ciertas prácticas surgen por medio de sistemas de opresión que se cruzan y se articulan de forma dinámica en las relaciones y prácticas sociales (31).

Collins (31), sugiere que la interseccionalidad debe estudiarse desde la base de las familias, ya que son el grupo social que mejor muestra esa conexión entre las categorías género, raza, clase social y otras (31). Para esta autora, el género debe observarse desde las relaciones sociales de poder desiguales especialmente entre las mujeres y hombres negros y blancos, así como todo lo que se establece como norma a partir de esas relaciones de poder en el género, tales como la heterosexualidad, la posición social y la superioridad racial de los blancos (31). A pesar de que Collins escribe desde un contexto muy estadounidense, respecto a las opresiones que vivenciaba la población negra en ese país, es una de las autoras pioneras en utilizar la interseccionalidad desde la clase social, el género y raza.

Para esta autora, los privilegios raciales se comparten por la posición de la raza, como en el caso de las mujeres y hombres blancos, pero en ocasiones ese privilegio no se corresponde con los privilegios de género, ya que casi siempre las mujeres blancas están por debajo de los hombres blancos, aunque racialmente estén iguales.

Por otro lado, Collins (31) llama la atención sobre las relaciones de género de los afrodescendientes que ella observaba en su época, y encuentra que las mujeres negras se someten a los hombres de su grupo, a menudo para apoyarse en la lucha antirracista (31). Otro concepto que es definido por esta autora es la raza, la cual se refiere a los mecanismos que las mujeres y los hombres negros utilizan para apoyarse frente a un sistema racista con los blancos en el poder (31). En donde el ideal de familia está basado en las desigualdades raciales que se evidencian en los roles familiares (31). Por ejemplo:

las ideologías raciales que identifican a las personas afrodescendientes como intelectualmente subdesarrolladas y a los niños negros como incivilizados (31). Ideologías que se sostienen por ideas hegemónicas de que los blancos son maduros intelectualmente y civilizados (31).

Wade (47) explica la relación intrínseca entre la raza, el sexo/género y la clase social subrayada por Collins, como la importancia de entender que el sexismo y el racismo no deben ser enfoques aditivos con los que analizamos comunidades, ya que se cae en considerar el clasismo, el heterosexismo, el racismo y el sexismo como sumadores de efectos sobre un grupo de personas y eso no debe ser mirado así (47). Los impactos del racismo, el sexismo y el clasismo no se deben asumir como que funcionan de manera independiente (47). Las feministas negras estadounidenses realizaron este aporte desde los años 70, Crenshaw (citada en Wade), definió la interseccionalidad para entender el hecho de que el racismo y sexismo son un factor en las vidas de las mujeres negras en formas que no pueden capturarse por completo por separadas, porque cuando estas categorías se intersectan cambia el significado de ambas (47).

Por lo tanto, la interseccionalidad como una conexión de categorías sociales es un lineamiento teórico en este trabajo, ya que no se consideran el género, lo étnico-racial y la clase social como categorías independientes, sino como una articulación que sucede en la dinámica de la vida cotidiana de las/os pacientes con TB, para ello en los párrafos siguientes se define qué se entiende por género, clase social y étnico racial en este trabajo.

Para esta investigación la categoría género se analiza desde las relaciones y prácticas de género (roles, costumbres, cotidianidad) que pueden influir en los comportamientos de salud. Scott (46) expresaba que el género como categoría analítica implica analizar lo simbólico, el contenido de las representaciones sociales que están inmersas en los significados que las personas le dan a la vida cotidiana, sus valores y creencias, lo que

la personas consideran valioso dentro de su cultura y sin valor (46). Pero también incluye “una idea de la política y una referencia de las instituciones sociales y a las organizaciones que se encargan de reproducir las representaciones binarias del género” (p. 66). Asimismo, el género es “la identidad subjetiva” (p. 67).

Lo anterior indica el género como identidad, representaciones, formas simbólicas, política, relaciones y prácticas de género. Asumir el género desde la identidad implica que las personas tendrán unas prácticas de acuerdo con el género al que pertenecen, tendrán un deber ser, unas funciones que son negociables o no ante la sociedad y dependiendo del contexto, tales como la maternidad que en algunas culturas puede ser una decisión de la mujer y en otras un deber ser.

Lo étnico racial se entiende como las relaciones de poder en las que hay desigualdad en el acceso a los servicios de salud y creencias sobre el cuidado en la salud en donde se espera a averiguar si hay racismo, y de qué manera se expresa como limitador o facilitador de procesos de tratamiento de TB exitosos y las prácticas sociales racializadas en la vida cotidiana.

Wade (47) arguye que las ideologías y prácticas latinoamericanas de mestizaje contienen dentro de sí la dinámica de la igualdad y la diferencia, la democracia racial y el racismo al mismo tiempo. Para este autor el mestizaje que son las categorías de personas identificadas como negro, blanco, indio o indígena mezcladas, opera mediante el sexo o género para convertir la inclusión y la exclusión en parte de la experiencia de la vida cotidiana. De manera que la raza y el género se intersectan (47).

Wade (47) plantea que en Latinoamérica las clasificaciones raciales tienen una forma específica en la que hay inclusión y exclusión al mismo tiempo (p. 49). La simultaneidad se presenta en el mismo lugar y mediante una serie de prácticas que generan inclusión

y exclusión, implicando una interpenetración de estos procesos de manera que se dificulta distinguirlos (p. 49). La ambigüedad racial y la claridad racial son simultáneas, ambas ciertas al mismo tiempo y en el mismo lugar: “una persona cuya identidad racial o más bien, la apariencia física racializada es muy indeterminada en un contexto dado, siempre se juzga en relación con tipos polares categóricos racializados, que son más o menos evidentes en el fenotipo de la persona” (p. 50). El ejemplo más claro de esto es que una persona puede tener una “boca negroide”, que se identifica en la ausencia de una categorización racial en la persona, empero la boca se juzgará en relación con la categoría “negra” estereotipada (47).

La etnicidad por su parte se define con los procesos culturales más no se profundiza en las dinámicas raciales que suceden en las prácticas sociales de la población, ni se propone una articulación con otras categorías (47).

La clase social se comprende desde la perspectiva de desigualdades económicas, condición de pobreza, capitales heredados, sociales, culturales y económicos que interactúan de una manera constante en las experiencias vitales de los individuos para dificultar o facilitar el acceso a los servicios de salud o al tratamiento de la TB.

La operacionalización del concepto clase social tiene las bases conceptuales en primeramente en Weber (48), en donde una clase es un grupo que se encuentra en una situación de clase, la cual es el conjunto de probabilidades típicas de posición de bienes, de posición externa y de destino personal (48). La situación de clase se da dentro de un determinado orden económico, tiene un poder de disposición de bienes y servicios para la obtención de bienes y rentas. Se divide en 1) la clase propietaria es aquella en donde las diferencias de la propiedad determinan la situación de clase, 2) la clase lucrativa en donde las probabilidades de la valorización de bienes y servicios en el mercado determinan la situación de clase y 3) la clase social que es la totalidad de las clases entre las cuales hay un intercambio: personal, en la sucesión de las generaciones (48).

Para Bourdieu (49) la clase social ocupa un papel fundamental en la vida cotidiana, ya que está compuesta de diferentes campos como el económico, social, cultural y simbólico, de manera que las condiciones sociales son resultado de la ocupación del espacio social que depende de los capitales con los que se cuenta (49). De ahí que el autor define la clase objetiva como “los agentes situados en condiciones de existencia homogéneas, apropiados para engendrar unas prácticas semejantes, que poseen propiedades comunes que están objetivadas y en ocasiones garantizadas jurídicamente (como la posesión de bienes o poderes) o incorporadas como el habitus de clase en esquemas clasificadores” (p. 100).

En este trabajo se tomaron algunos elementos que traía Marx sobre la situación económica y opresión de clase social que vivía la clase trabajadora en su época, pero no se apoya en Marx solamente, ni como principal teórico porque no haremos análisis de la gran industria ni de lo que Marx entendía por clase social en la relación obreros asalariados-capitalistas y terratenientes (92). Para Marx la posesión de la propiedad privada era un problema en la dinámica social, significaba la acumulación de la clase que explotaba los trabajadores y poseía riqueza, así como el trabajo asalariado se encontraba atrapado, porque si bien dependía del capital, cada que trabajaba continuaba fortaleciéndolo (92). En resumen, para Marx solo existen dos clases: los obreros y los capitalistas (92). No adoptaremos esta postura radical sobre clase porque en el presente trabajo se analiza una situación de salud-enfermedad en una población rural en su mayoría campesina y con identidades colectivas que no es solo la obrera asalariada.

3.1. ¿Cómo se comprenderá la adherencia al tratamiento de la TB?

Por otro lado, la adherencia al tratamiento de la TB se entiende desde la “experiencia de la enfermedad” referida a los medios y los modos como los individuos y grupos sociales perciben, conciben y responden a un determinado episodio de enfermedad (32). Esta experiencia se construye a partir de aspectos intersubjetivos que la tornan “objetiva y por aspectos subjetivos, lo que determina un mundo de diferencias interpretativas (33).

La experiencia de la enfermedad nos permite ver las dinámicas de cuidado en el tratamiento de la TB desde los servicios y la atención en salud, y por otro lado el autocuidado emprendido por el paciente es importante para que haya una adherencia al tratamiento. Por ejemplo, el autocuidado en las mujeres se logró implementar en los programas de salud a partir de la inclusión de la perspectiva de género (34). Se comprende que las mujeres sufren el peso de las desigualdades de género en salud, ya que presentan dificultades para darle valor al cuidar de sí mismas, limitante formada por los roles de género tradicionales en donde ellas se consideraban menos importantes que el resto de su familia (35).

De ahí que el autocuidado se comprende como un concepto importante para ganar espacios en salud y la sexualidad de las mujeres a partir de procesos de empoderamiento, autoestima y principios que confirmen la importancia del desarrollo humano desde la condición de género (34). Por ejemplo: en las mujeres las consultas médicas citológicas, la mamografía, la toma de anticonceptivos, los partos, todas las asistencias, espacios y atenciones enfocadas a ellas por parte del sistema de salud, están conectadas con el avance en los derechos humanos de las mujeres que consideran importante atender el derecho de la salud en las mujeres (34).

De manera que los sujetos o los pacientes logran interiorizar que cuidar de sí es un acto de ciudadanía, de derechos que involucra acceso a los servicios de salud cuando se está en una situación de enfermedad o de prevención de esta, pero también implica un compromiso y disciplina del sujeto/paciente con su recuperación (34 y 35).

Por consiguiente, Marguelis, Barber y Recorder (20) mencionaban que la adherencia al tratamiento en la enfermedad tiende a ser vista desde lo biomédico, porque la adherencia se construye sobre la base de un modelo del “deber ser” caracterizado por una marca de responsabilidad individual frente a la enfermedad (20). No obstante, el reto es cuestionar esta perspectiva y plantear la adherencia al tratamiento de la enfermedad desde tres

puntos: 1) la experiencia de vida del paciente, 2) observar la autonomía de los pacientes desde los contextos institucionales, políticos y económicos de los sistemas de salud y 3) trascender la adherencia desde una mera respuesta fisiológica y la medicación, a “un proceso activo que se transcribe en las condiciones y trayectorias de vida en la experiencia de la enfermedad y la interacción con los otros” (20).

Esta definición descrita por Marguelis, Barber y Recorder (20) se apropia en esta investigación, porque desde esta perspectiva se piensa la adherencia como un proceso de gestión de la enfermedad que se extiende a otras esferas del mundo cotidiano (20). Y es ahí donde se puede comprender la adherencia al tratamiento como algo racional junto con los procesos de abandono del tratamiento (20).

Cuando se analiza la enfermedad desde la trayectoria de vida, los autores expresan que se encuentra que la enfermedad en la vida de una persona es una experiencia disruptiva (20). Esto significa que: hay unas consecuencias para los individuos, sus familias en el hogar, en el trabajo que se otorgan al tiempo para el manejo de los síntomas o regímenes médicos y los costos económicos que exige el tratamiento de la enfermedad (20). Pero la otra parte son las connotaciones y representaciones simbólicas que tienen efecto en la mirada que las personas tienen sobre sí mismas y cómo creen que los ven los otros (20). Ambas partes constituyen lo que sería la gestión de la enfermedad en el mundo cotidiano del paciente (20).

Castro, Cama, Fernández (36) arguyen que la adherencia al tratamiento es clave para eliminar las barreras en la prevención y control de la TB, acortar el estado infeccioso y resistencia a medicamentos. Por el contrario, la no adherencia al tratamiento en la TB es un problema emergente de salud pública que genera recaída de la enfermedad e incluso la muerte (36).

En consecuencia, la práctica de un buen tratamiento antituberculoso depende del cumplimiento de la toma de los medicamentos y la baja adherencia al tratamiento produce

resistencia a los fármacos y aparición de nuevos casos (36). Incluso, se han identificado barreras personales como: el estigma, la falta de conocimiento sobre esta y la escasa motivación para el tratamiento, la baja resiliencia personal (37), como obstáculos para la adherencia al tratamiento.

Senanayake, Wickramasinghe, Samaraweera, De Silva, Edirippulige (37) muestran que las estrategias clave en la interrupción de la transmisión de la TB son el tratamiento temprano y el rastreo de sus contactos, ya que la administración de los medicamentos requiere de su tratamiento continuo por mínimo 6 meses. También los autores identifican estrategias como la protección social y la planificación urbana como elementos importantes del programa (37), ya que la adherencia a la medicación involucra varias drogas que afectan el estilo de vida del paciente y genera cambios en sus interacciones sociales (37).

En síntesis, la adherencia al tratamiento tendrá tres dimensiones para su análisis, las condiciones sociales, tanto materiales como simbólicas que limitan o favorecen el acceso al conocimiento, al cuidado médico y personal relacionado con superación de la TB y la limitación de efectos secundarios. Por otra parte, los servicios de salud, su disponibilidad, acceso y utilización bajo condiciones de oportunidad y calidad en respuesta a las necesidades de los pacientes con TB. Por último, el autocuidado, relacionado las prácticas, significados y creencias en torno a sí mismo, a la protección de su cuerpo (físico, emocional, psicosocial) que a lo largo de su vida y en particular después del tratamiento asumen los pacientes con TB.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Comprender la manera en que el género, lo étnico-racial y la clase social inciden en la adherencia al tratamiento de la TB en la población de los municipios de Santander de Quilichao y Puerto Tejada en 2023.

4.2. Objetivos Específicos

1. Contextualizar sociodemográfica, socioeconómica y epidemiológicamente (TB) los municipios y la población participante del estudio de Puerto Tejada, y Santander de Quilichao.
2. Determinar los limitantes y facilitadores en la adherencia al tratamiento de la TB en los casos de estudio de los municipios de interés.
3. Problematizar la intersección entre las categorías sociales género, étnico-racial y clase social en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB en hombres y mujeres.

5. Metodología

5.1. Tipo y área de estudio

Este proyecto está articulado a la investigación “Evaluación de la gestión del riesgo en TB pulmonar en contextos específicos del departamento del Cauca, en el marco de la pandemia COVID-19, 2020-2021” C.I 1927, con la Universidad del Cauca, la Secretaría de Salud del Cauca, la Secretaría de Salud Municipal de Popayán y la Universidad del

Valle. La cual se desarrolla en 16 municipios del departamento dentro de los cuales este proyecto se focaliza en tres de ellos que presentan características étnico-raciales, de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE, que determinaron su inclusión tales como: Santander de Quilichao (ver gráfica 2), mestizo, indígena y afro (7) y Puerto Tejada, afrodescendiente (ver gráfica 7).

Esta es una investigación descriptiva de análisis cualitativo, que hace uso del método biográfico para trabajar con la experiencia del individuo y la realidad que vivencia (40). De acuerdo con Pujadas (40) este método permite en primer lugar; “observar el testimonio subjetivo de un individuo por medio de la trayectoria vital, sus experiencias y su visión particular” (p. 44). En segundo lugar, analizar “la plasmación de una vida como reflejo de una época, unas normas sociales y de unos valores compartidos con la comunidad a la que pertenece el sujeto” (p. 44).

El análisis cualitativo por medio del método biográfico posibilita la profundización en los casos de pacientes con TB, en sus relatos de vida que muestran las experiencias en el tratamiento de la enfermedad (41). Como expresa Ragin (41) “la investigación cualitativa pretende construir representaciones que se basen en el concomitamiento detallado y en la profundidad de los casos, con el propósito de ofrecer nuevas representaciones del objeto de investigación” (p. 160 y 161). Esto significa que el investigador logra dar claridad a su pregunta de investigación y a la brecha de conocimiento por medio de la búsqueda de explicaciones universales de los fenómenos sociales a partir del estudio de los casos (41).

Un ejemplo claro de ello de acuerdo con Ragin (41) es cuando Howard Becker (sociólogo del interaccionismo simbólico) en su estudio sobre la desviación social en consumidores de marihuana, “reduce la categoría de “todos los usuarios de marihuana” a “aquellos que usan la marihuana por placer” usando la inducción analítica” (p. 163). Esta se ve reflejada cuando el investigador encuentra los puntos comunes entre las manifestaciones de la categoría de su interés y vincula estos aspectos entre sí para clarificar la imagen sobre

la categoría (41). Como lo muestra Becker, esa imagen sería el camino de cómo se convierte una persona en consumidora (41).

Las experiencias de los pacientes con TB se recogieron por medio de una triangulación de la información acompañada de análisis documental que incluye la revisión de las rutas acogidas por las instituciones de salud donde se desarrolla este estudio. También se hizo análisis cuantitativo de bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Registro Único de Víctimas, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO).

El análisis por medio de la estadística descriptiva permitió obtener elementos de contexto del territorio, las condiciones sociodemográficas, socioeconómicas y epidemiológicas en los municipios de interés, a partir de los indicadores seleccionados considerados relevantes para la TB, de acuerdo a los estudios previos, en la TB son importantes variables como el hacinamiento, la distribución poblacional, las necesidades básicas insatisfechas, régimen de afiliación, nivel educativo, índice de pobreza multidimensional, tasa de dependencia senil y juvenil, jefatura femenina y demás.

Dentro de las trayectorias de vida de las personas se recogieron los datos empíricos sobre las experiencias de las personas por medio de entrevistas semiestructuradas dirigidas a personas que estén en tratamiento de la TB. La entrevista es una herramienta a la cual se recurre para obtener información y conocer, según Vicent (42) “la cultura oral, las formas de vida cotidiana, las reacciones, las percepciones, las artes manuales o las actitudes frente a un hecho social” (p. 169). Para esta investigación son claves las formas de vida cotidiana, las reacciones y las percepciones que toman los pacientes en esa experiencia de la enfermedad.

En cuanto a la metodología, las entrevistas respondieron a objetivos precisos de la investigación (42), que en este caso son los objetivos sobre la interseccionalidad y la experiencia en el tratamiento de la TB. Al mismo tiempo requirieron que el investigador

pusiera en práctica lo que Vicent (42) nombra “curiosidad, disponibilidad y flexibilidad” (p. 170).

5.2. Población y participantes

El departamento del Cauca reúne características importantes para el enfoque interseccional que se abordó, tales como el género, lo étnico-racial y la clase social. Sin embargo, este proyecto estuvo abierto a que en el proceso de investigación surgieran categorías emergentes que podrían ser consideradas dentro del análisis sobre la adherencia al tratamiento de la TB. Se encontraron las categorías territorio (rural/urbano), migración y familia como categorías emergentes en el proceso de esta investigación.

En efecto, algunos de los participantes entrevistados eran migrantes venezolanos, pero también se encontraron pacientes con comorbilidades, tales como la enfermedad VIH, problemas del hígado y masa de pulmón. Los 2 municipios del Cauca que se seleccionaron como población de estudio, vienen del estudio al que está adscrita esta investigación, que aborda 16 municipios, pero los escogidos fueron Santander de Quilichao y Puerto Tejada. Las características principales por las que fueron escogidos estos dos municipios son étnico-raciales y de desplazamiento geográfico, ya que ambos son municipios que cuentan con centros de salud, pero mucha población rural y a su vez están cerca de Cali, ciudad principal del Valle del Cauca.

El proyecto entrevistó a 13 participantes, con las siguientes características:

1. En Santander de Quilichao y Puerto Tejada: Pacientes en tratamiento de la TB curados, en reingreso y en abandono. 6 pacientes para Santander de Quilichao y 7 participantes Puerto Tejada. Personas que hayan tenido TB en los últimos 2 años, que se encuentran en tratamiento (ver anexo 1 y 2).
2. Mayores de 18 años, residentes en los municipios de Puerto Tejada y Santander de Quilichao.

3. Mujeres y hombres cis género, no se indagó en las diversidades sexuales.

4. Pertenecientes a los grupos étnicos: afrocolombiano, indígena y mestizo.

Las instituciones de las que obtuvo información esta investigación fueron: en Santander de Quilichao la ESE QUILISALUD, y en Puerto Tejada la Secretaría de Salud de Puerto Tejada. En donde el contacto, acercamiento y acceso a la información de pacientes estuvo regida a los respectivos permisos de ética del Comité de Ética en Investigaciones en Salud de la Universidad del Valle y el aval de ética de estas Instituciones participantes. Cada institución tuvo su manera de atender el proceso de solicitud de la información. En QUILISALUD ESE se debió presentar el proyecto de investigación ante el gerente junto con el equipo de coordinadoras de los programas de enfermedades infecciosas en TB, quienes decidieron que debía acordar las visitas y acceso a la información con la coordinadora enfermera jefe a cargo del seguimiento a pacientes, la cual contaba con una auxiliar de enfermería que me acompañó a realizar las entrevistas a los participantes.

En las visitas QUILISALUD ESE se encargó de proveer todos los recursos para que yo pudiera desplazarme junto con la auxiliar de enfermería a la realización de las entrevistas, tales como ambulancia o carro para el desplazamiento a la zona rural en donde habitan los participantes. Otro punto importante es que las visitas se realizaron con la bioseguridad requerida, ya que a veces eran pacientes curados y otros que estaban en proceso de tratamiento de la TB.

Respecto a la Secretaría de Salud de Puerto Tejada también se presentó el proyecto ante la Secretaría Local de Salud del municipio y la profesional en salud funcionaria, en donde acordamos que las visitas se realizarían con el acompañamiento de la auxiliar encargada del seguimiento y reporte de casos de TB.

Durante las visitas para entrevistar pacientes en Puerto Tejada, la auxiliar del programa de enfermedades infecciosas me acompañó, el recorrido por este municipio fue más urbano, debimos caminar barrios con problemas sociales graves como violencia urbana

y robos, en donde las entrevistas debieron ajustarse a la posibilidad de los pacientes y no poner nuestras vidas en riesgo, ya que los pacientes más graves se encontraban en barrios de estratos bajos y con estos problemas sociales.

Por ende, para todo este proceso fue clave el acompañamiento de las auxiliares de enfermería de los programas de infecciosas tanto en Santander de Quilichao, como en Puerto Tejada, porque la comunidad las reconocía como personas que llegaban para ayudar sus problemas de salud, para llevar los servicios de salud que requerían a sus casas y facilitarles procesos con el prestador del servicio de salud.

5.3. Categorías

Las categorías de análisis que guiaron esta investigación son la adherencia al tratamiento de la TB desde el enfoque de la interseccionalidad de tres categorías iniciales: género, étnico-racial y clase social. A continuación, en el cuadro 1 se muestran los objetivos con sus respectivas categoría y subcategorías:

Cuadro 1. Categorías correspondientes a los objetivos de la investigación		
Objetivos	Categorías	Subcategorías
Contextualizar sociodemográfica, socioeconómica y epidemiológicamente (TB) los municipios y la población participante del estudio de Santander de Quilichao y Puerto Tejada.	Condiciones sociodemográficas: Factores sociales y del contexto que habita el individuo: inequidades de género, raciales, vulnerabilidad social, desigualdades sociales. Condiciones socioeconómicas:	Variables: edad sexo biológico, estado civil, personas por hogar, hogares por vivienda, distribución poblacional, población privada de la libertad, población habitante de calle, población en condición de desplazamiento forzado, sexo jefe del hogar, hacinamiento, necesidades básicas insatisfechas, índice de pobreza multidimensional, tasas de

	Factores económicos; recursos, posición social, acceso a medicamentos y a los servicios de salud. Perfil epidemiológico de la TB Comportamiento epidemiológico de la TB y de indicadores del Programa de TB en los últimos 5 años	dependencia senil y juvenil, desempleo y condiciones de empleo y nivel educativo... Número de casos, tasa de incidencia, mortalidad, éxito del tratamiento y abandono
Determinar los limitantes y facilitadores en la adherencia al tratamiento de la TB en los casos de estudio de los municipios de interés.	Limitantes para la adherencia al tratamiento de la TB: económicos, sociales, culturales, geográficos y de salud. Facilitadores para la adherencia al tratamiento de la TB: económicos, sociales, culturales, geográficos y de salud.	Individuales Institucionales Culturales Geográficos Económicos

Determinar la intersección entre las categorías sociales género, étnico-racial y clase social en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB en hombres y mujeres.	Interseccionalidad de categorías sociales para el tratamiento y la adherencia: la experiencia de la enfermedad, articulación del género, étnico-racial y clase social con las demás categorías emergentes.	Significados, ventajas y desventajas (roles y posiciones sociales) sociales a lo largo de la vida por razones de género, raza y clase social. Significados, ventajas y desventajas sociales a lo largo de la vida por razones de género, raza y clase social Significados, ventajas y desventajas sociales a lo largo de la experiencia de la enfermedad y su tratamiento de la enfermedad razones de género, raza y clase social.
---	--	---

Estas categorías permitieron que se realizara el proceso de operacionalizar el problema de investigación de manera que se pudo medir el fenómeno que abordamos (41). Las categorías ejemplifican los conceptos que se definen en la perspectiva teórica (41), son las que nos aterrizan el estudio para determinar de qué manera nos acercaremos a la realidad social que se desea abordar (41). Por ende, para este estudio identificarlas con los objetivos de investigación permitió mostrar qué tan alcanzables son en el marco de la investigación.

5.4. Recolección de información

Dentro de las técnicas que se hacen uso en esta investigación estuvieron las técnicas documentales, la entrevista y el análisis de datos agregados.

La técnica de revisión documental es pertinente para analizar el discurso de las estrategias emprendidas por las instituciones de salud IPS o EAPB, suministradas por el Proyecto general, en cuanto a las rutas del programa TB, los reglamentos establecidos sobre la TB y el “plan decenal de salud Cauca para ponerle fin a la TB”. Para lo cual la organización en fichas documentales ordenadas y categorizadas facilita la operacionalización de las categorías de interés.

Esta técnica es relevante para establecer tendencias y relaciones importantes que permitan analizar el tema de investigación, a su vez, posibilita la clasificación de la información obtenida de manera que sea más fácil consultarla en posteriores investigaciones. Según Foucault (42) “hoy en día el documento se atribuye como tarea primordial, no el interpretarlo, ni tampoco determinar si es veraz y cuál sea su valor expresivo, sino trabajarlo desde el interior y elaborarlo. La historia lo organiza, lo reparte en niveles establece series, fija elementos y define unidades” (p. 9 y 10). Esto es, que los documentos más haya ser elementos de interpretación se estudian desde su contenido en cuanto a la distribución, la temporalidad, lo pertinente, la intencionalidad y las conexiones que hay en el mismo.

Foucault (42) muestra al documento “como definidor de unidades, series y relaciones en el propio tejido documental” (p.10). Por ende, los documentos aportan elementos que nos podrían mostrar de manera objetiva cómo se ha trabajado el tratamiento de la TB en las instituciones de interés y cuáles son los alcances que se han tenido, ya que son información histórica que evidencia por ejemplo la forma en que se ha trabajado, procesado y comunicado el tema, así como permiten establecer objetividad.

Dentro de los documentos se consideran los relatos, las transcripciones de las entrevistas de los pacientes con TB que asisten a las instituciones. La revisión de estos documentos estuvo enfocada en el desarrollo de los objetivos de esta investigación, en abordar temas como conocimiento sobre las rutas de atención, conocimiento sobre la TB, tratamiento

de la TB y experiencia de los pacientes en la enfermedad. Todos estos componentes atravesados por la interseccionalidad.

El abordar las experiencias de las personas que se encontraban en tratamiento de la TB, permitió acercarse a los elementos que han hecho que permanezca en el tratamiento, las fortalezas y debilidades observadas, la ubicación biográfica de la persona con sus características del paciente: si es mujer u hombre, cómo ha sido su experiencia en el tratamiento, cómo ha sido la relación con la institución de salud, la facilidad de acceso al medicamento, el control, su condición económica, su posición racial, su actividad productiva, sus condiciones familiares, su formación, todos los factores que permiten ubicarnos en la realidad social, económica y cultural del paciente en el proceso de salud-enfermedad.

Las entrevistas fueron la apuesta metodológica para capturar la intersección de las categorías sociales género, étnico-racial y clase social en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB del paciente. Fueron las que permitieron desde la narrativa de las experiencias del paciente mostrar la manera cómo se articulan e inciden en el tratamiento de la TB en la población de hombres y mujeres de contextos como Santander de Quilichao y Puerto Tejada. Así como también construir las trayectorias de vida de los pacientes en la enfermedad.

Las entrevistas se realizaron de manera presencial o asistidas, los asuntos de orden público se atendieron no ingresando al territorio que estaba en alerta, ingresando a los territorios con personas conocidas de la comunidad, líderes o profesionales de salud identificados por la comunidad para no poner en riesgo la vida de ninguna persona. Las entrevistas se hicieron de manera oral previa firma del consentimiento informado y con el aval para la grabación de estas. Asimismo, el acompañamiento de las auxiliares y jefes de enfermería encargadas del programa fue elemental para la recolección de la información.

Por último, la recolección de los datos empíricos estuvo acompañada con el análisis cuantitativo de datos agregados con el cuál se extrajo la información de bases de datos de entidades públicas tales como el DANE, ICBF, INPEC, SIVIGILA, SISPRO y entre otros, para procesarla y analizarla de acuerdo con el objetivo 1 de esta investigación.

Esta contextualización sociodemográfica y socioeconómica de la población municipal y departamental del Cauca, permitió fortalecer el análisis de la información cualitativa por medio de la descripción de indicadores claves para el análisis de la adherencia al tratamiento, sustentados en los estudios sobre vulnerabilidad social y TB del estado del arte del presente trabajo (23,24,25, 26 y 27), tales como: el hacinamiento, el bajo nivel educativo, el sexo, la pertenencia étnica, población privada de la libertad, población víctima del conflicto armado y demás condiciones demográficas y socioeconómicas de la población de interés que estarán descritas con mayor minuciosidad en el apartado resultados.

5.5. Manejo y control de calidad de los datos

Los/as participantes del estudio tuvieron conocimiento de los fines académicos de la investigación. Se le informó sobre el propósito de la investigación acerca de indagar una enfermedad como la TB y la importancia de su relato para la comprensión de este fenómeno en la salud pública. El diseño de la entrevista comienza con un guion de entrevista que guio la conversación entre la investigadora y los/as participantes del estudio.

Se realizó el registro por medio de grabaciones de la entrevista. Cada entrevista tuvo su respectiva transcripción, que fue analizada por medio de las categorías de análisis. Las grabaciones y las transcripciones fueron codificadas para dar orden a los archivos que se obtuvieron.

Respecto a los datos documentales de la revisión documental se procesan en fichas y rejillas elaboradas en Excel o Word con los componentes que permiten realizar el análisis

de contenido referente a la TB. Estas fueron codificadas en una matriz de información y procesadas en una ficha analítica para realizar la operacionalización de las categorías sobre la TB y la interseccionalidad.

Finalmente, las bases de datos agregados que se tomaron desde un análisis cuantitativo se procesaron desde la descarga directa de la información de las entidades gubernamental o las instituciones que realizan la recolección de los datos cuantitativos por medio de encuestas, censos y registro de información estadística disponible para fines académicos. Estas se procesaron desde la construcción de tablas en Excel con las variables que componen los indicadores sociodemográficos, socioeconómicos y epidemiológicos. Luego del diseño de las tablas se realizó la gráfica correspondiente a las variables que mejor representan los indicadores.

Por último, otro aspecto importante es que los datos epidemiológicos fueron obtenidos por medio de la Secretaría de Salud del Cauca, desde la PhD Regina Plaza de la Universidad del Cauca encargada del objetivo 4 en el proyecto al que se encuentra adscrita esta investigación, de manera que el proyecto general sobre Gestión del Riesgo de la Tuberculosis brindó esta información epidemiológica, ya que no se encontraba con facilidad en las bases de datos de acceso abierto. Sin embargo, la investigadora Yuly Gaitán creó las gráficas que se presentan en este trabajo.

5.6. Plan de análisis

El análisis de la información se concentró en la triangulación de la evidencia empírica recogida por medio del relato de los participantes y la información operacionalizada de las bases de datos agregados que requieren un procesamiento de estadística social, seguido de los datos documentales obtenidos a partir de las revisiones de las rutas, guías e información sobre las rutas del programa.

Los relatos de las personas (entrevistas y construcción de trayectoria de vida) nos permitieron ver la intersección entre las categorías género, clase social, étnico-racial y la

adherencia al tratamiento de la TB. Ya que por medio de ellos se logra según Pujadas (40) “tener una riqueza de matices y un testimonio que permite conocer cómo opera la correlación causal entre las variables” (p. 44), pero además este proceso posibilita observar la profundidad de las relaciones sociales, en donde a través del relato se puede visualizar la dinámica de las relaciones de género, familiares, comunitarias, institucionales del individuo (40).

Esto último es importante para dar respuesta al objetivo 2 y 3 (ver cuadro 2), ya que permite conocer la experiencia social de los individuos que tienen la TB. Esto nos permitió también acercarnos a la realidad social de los individuos o al modo de vida que estos llevan (45).

Cuadro 2. Definiciones del plan de análisis de las categorías y objetivos		
Objetivos	Categorías	Definición
2. Determinar los limitantes y facilitadores en la adherencia al tratamiento de la TB en los casos de estudio de los municipios de interés.	Adherencia al tratamiento (Experiencia en la enfermedad: género. Étnico-racial-clase social)	Limitaciones y facilidades que tiene los/as pacientes para la adherencia. Las inequidades sociales evidenciadas en la interseccionalidad de las categorías género, étnico-racial y clase social interfieren en la adherencia al tratamiento. Los facilitadores por motivo de redes sociales de apoyo, comunidad, economía y comportamientos en salud que posibilitan la adherencia.

		Los recursos y servicios que ofrecen las instituciones de salud en el Cauca para generar adherencia al tratamiento de la TB. Aspectos socioculturales, prácticas de cuidado de la salud y comprensión de la enfermedad que tiene la comunidad.
3. Problematicar la intersección entre las categorías sociales: género, étnico-racial y clase social en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB en hombres y mujeres	Interseccionalidad	La articulación del género, etnia-raza y la clase social en las experiencias de la adherencia al tratamiento de la TB. Desigualdades por razones de género, etnia-raza y clase social en el acceso a los servicios de salud, al tratamiento de la TB. La interacción entre las inequidades por de sexismo, racismo y pobreza.
	Clase social	Capacidad económica, recursos para el cuidado de la salud, régimen de salud, condición económica, trabajo, posición en la familia, redes, capitales heredados.
	Étnico-racial	Relaciones de poder, identidad étnica, cuidados en la salud, acceso a los servicios de salud según pertenencia étnica, experiencias de

		racismo, practicas sociales.
	Género	Relaciones y prácticas de género; prácticas de cuidado en salud según hombre o mujer; roles de género; autocuidado; costumbres y cotidianidad; identidad de género.

La contextualización sociodemográfica, socioeconómica y epidemiológica de la población que reside en los municipios de interés se realiza por medio de datos organizados como indicadores sociales de entidades públicas y privadas que generan información cuantitativa para construir bases de datos. En este punto, se empleó la estadística descriptiva por medio de Epidat, SPSS y Microsoft Excel, como lo muestra el cuadro 3 sobre los indicadores y las definiciones para este objetivo.

Cuadro 3. Definiciones del plan de análisis de las categorías y objetivo de contexto.		
Objetivo	Indicadores	Definición
1. Contextualizar sociodemográfica, socioeconómica y epidemiológicamente (TB) los municipios y la población participante del estudio de Santander de Quilichao y Puerto Tejada.	Sociodemográficos	Características de la población definidas como importantes para una enfermedad como la TB: en cuanto a la distribución poblacional, niveles educativos, pertenencia étnica, población en desplazamiento forzado, población privada de la libertad.
	Socioeconómicos	Características de la población en cuánto a actividad productiva: si son obreros, técnico, tecnólogos, profesionales, gerencias. Situación de empleabilidad, activo o

		desempleados, pensionados, régimen de afiliación social, índice de pobreza multidimensional, índice de jefatura femenina, sexo jefe del hogar, número de personas por vivienda, número de hogares por vivienda, asistencia escolar.
	Epidemiológicos	Número de casos de TB, Mortalidad por TB, tasas de incidencia de la TB en la población y éxito del tratamiento.

Asimismo, una propuesta de los componentes que abordó el guion de entrevista son los siguientes:

Ciclo vital: La persona se encuentra en edad adolescente, adultos o adultos mayores.

Sexo: hombres o mujeres

Pertenencia étnica: Indígenas, afrodescendientes y mestizos.

Lugar de la vivienda: sector rural o sector urbano.

Seguido por las experiencias en tres aspectos: género, económicas y étnico-raciales que se detallan a continuación:

Las experiencias de género: abordaron la distribución del tiempo de las actividades cotidianas, sobre si se concentran en el hogar o son fuera del hogar, si se percibían las responsabilidades de género como impuestas, la asistencia a los chequeos médicos, el conocimiento sobre la importancia de acudir al médico y la frecuencia de esos chequeos médicos. Asimismo, el espacio que ocupa la enfermedad en las responsabilidades diarias, sobre si las ha alterado y cuál ha sido el impacto en la familia, cuáles son los comportamientos de salud que son adecuados para sí misma/o. Otro punto es, la

percepción sobre lo que implica y significa cuidar la salud, si se sentían como una carga o un alivio, lo que implica la ingesta de los medicamentos diarios para el tratamiento de la TB y cómo sucede en la vida diaria, se pregunta también por el apoyo familiar en este proceso de la TB.

Las experiencias económicas: preguntaban por las condiciones en el lugar donde las personas viven, si la vivienda es arrendada o propia, así como sobre el nivel educativo y sobre las condiciones de trabajo, si están laborando, en búsqueda de empleo o desempleados, si las personas laboran se indagan las perspectivas que tienen sobre su trabajo, si este implica algún desplazamiento que tenga costos económicos, sobre todo porque las personas de Santander de Quilichao y Puerto Tejada alguna laboran en Cali. Luego, se preguntaba por con quienes habitan la vivienda, si tienen responsabilidad como jefe de hogar o no, para pasar al tema de la afiliación al régimen de salud: si contributivo o subsidiado. Para finalizar, se indaga por el acceso a los medicamentos y si este implica un costo económico, también se preguntaba por la experiencia de tener una enfermedad como la TB en cuanto a costos económicos.

Las experiencias étnico-raciales: indagaban por la pertenencia étnica, las prácticas culturales correspondientes a la etnia, la consideración racial, la percepción de las personas de su misma raza y condición étnica en los diferentes escenarios sociales, la percepción del trato de los profesionales de salud hacia el paciente con condición étnico-racial, la oportunidad para acceder a los requerimientos en salud del paciente étnico-racial, el diálogo de las costumbres étnico-raciales con las prácticas de cuidado y prevención en el tratamiento de la TB, tales como alimentación, condiciones del espacio, condiciones de bioseguridad, uso de tapabocas, lavado de manos y taparse al toser.

Por último, se esperaba nutrir los análisis con bibliografía de estudios previos sobre el tratamiento de las enfermedades transmisibles y la interseccionalidad. Así como literatura sobre la antropología médica y el enfoque de la interseccionalidad para fortalecer los análisis de los resultados de las entrevistas y de la información empírica recolectada que se hace en el apartado de discusión.

6. Consideraciones éticas

Para la recolección de la información se hizo una carta de confidencialidad, donde quedó explícito que los fines de la investigación son académicos y se respetó la privacidad de los sujetos entrevistados, de manera que los nombres de los/as entrevistados no quedarán expuestos y serán reemplazados por un seudónimo, o un “anónimo”, para no exponer a ningún/a paciente.

Para los procesos de entrevista que se pretenden hacer, se comprende, según Vicent (42) “que la investigadora tiene el deber de preservar el anonimato de sus fuentes y garantizar que la información obtenida sirva sólo para los fines para los que fue recolectada” (p. 170). Asimismo, la investigadora tiene el deber de proteger la información, de manera que ningún tercero pueda utilizar los datos de manera que perjudique a las personas entrevistadas (42).

De acuerdo con la resolución No. 8430 del Ministerio de Salud esta investigación no experimenta con humanos ni tampoco obedece a una investigación científica médica, por lo tanto la investigación tiene un riesgo mínimo por posible pérdida de confidencialidad, ya que es un estudio que obedece a técnicas de investigación documental retrospectiva y de herramientas de la etnografía como la entrevista, en donde no se realiza ninguna intervención o modificación de variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio. Además, las herramientas utilizadas no tratan de aspectos sensitivos de la conducta, sino que son entrevistas.

En consecuencia, para cada sujeto a entrevistar se hizo un consentimiento informado con los apartados que corresponden con la resolución 8430 del Ministerio de Salud, tales como: la justificación y los objetivos de la investigación; los fines académicos para los cuales se obtiene la información; la garantía de recibir respuesta a cualquier duda que tenga el sujeto y aclaración a cualquier duda; la seguridad de que se garantizará la

seguridad de su identidad manteniendo la confidencialidad de la información dada y darle la información necesaria sobre el estudio y sus avances.

Seguido del cumplimiento de las siguientes pautas establecidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas CIOMS y la OMS (39), esta investigación se acogió a la pauta 1 sobre “valor social y científico, y respeto de los derechos” ya que con el objetivo de generar conocimiento son fundamentales los individuos, la salud individual y pública para generar bienestar social, no sólo se pretende aportar al departamento del Cauca y sus dos municipios que son fuente de estudio en esta investigación, en el tratamiento de la tuberculosis desde un enfoque interseccional, sino que también se espera generar aportes a las comunidades en la comprensión de esta problemática de salud, se desea promover la salud (39). Asimismo, se aplicó todo el rigor científico pues quién dirige este proyecto es el doctor y profesor de salud pública Nicolás Ortiz que es PhD en Salud colectiva y quien escribe e investiga es socióloga y estudiante en salud pública. Ambos capacitados para desempeñar este proyecto con el enfoque metodológico que se programó (39).

Por consiguiente, la pauta 2 de la guía establecida por el CIOMS y la OMS fue necesaria para este proyecto, ya que esta investigación se realiza en contextos de escasos recursos, y se proyectó una capacidad de respuesta aterrizada a la realidad de los territorios en estudio, no centralizada en las dinámicas urbanas de salud o en prácticas sociales fuera del territorio caucano, con el fin de fortalecer la necesidad en salud de ponerle fin a la tuberculosis en el Cauca (39).

La otra pauta que se aplicó es la 10, la cual tiene en consideración las modificaciones y dispensas del consentimiento informado en donde es importante crear el consentimiento informado de cada participante (39).

Este proyecto también se acogió a la pauta 12 sobre “recolección, almacenamiento y uso de datos en una investigación relacionada con la salud” (39), en donde los derechos y el bienestar de las personas de quienes se recolectó la información priman, y todos los

datos recolectados son para fines académicos, acompañados del consentimiento informado de la pauta 10. La confidencialidad de la información dada por los participantes será garantizada, por lo tanto, los participantes aparecen sin nombre propio de manera anónima y codificada por la investigación, así como se limita el acceso de terceros a los mismos datos.

La información fue manejada por la investigadora Yuly Yojana Gaitán Lemos, en su computador personal, con un manejo de los nombres a través de códigos. La transcripción de las entrevistas fue codificada. La custodia de la información estará bajo la investigadora durante 3 años, periodo en el que si se requiere la información para investigaciones posteriores pudiera ser compartida sin nombres ni identificación de los participantes.

Para proteger a los participantes de riesgos potenciales por pérdida de la confidencialidad, se escribió un consentimiento informado, en donde quede explicito que los fines de la investigación son académicos y se respetará la privacidad de los sujetos entrevistados, de manera que los nombres de los/as entrevistados no quedarán expuestos.

Sin embargo, se reconoce que la confidencialidad puede presentar riesgos: 1) el riesgo de que los datos se filtren o sean robados y lleguen a manos de terceros no autorizados (39). 2) Es posible vincular datos de fuentes diferentes (por ejemplo, registros de salud, registros laborales, etc.) debido a los adelantos tecnológicos, que permiten cada vez más a los investigadores u otros identificar a las personas incluso cuando se trabaja con datos anónimos o codificados (39). 3) Lograr una identificación cuando el contexto en el cual se realiza la investigación es reducido. Pero esta investigación tiene la intención de garantizar el riesgo mínimo, que la confidencialidad sea garantizada (39).

Dado que los riesgos son mínimos, se aportó información para mejorar el manejo de los tratamientos de TB. Ya que los datos recolectados se quedaron dentro del mismo departamento del Cauca, pues esta investigación hace parte de un proyecto más

grande que se titula “Evaluación de la gestión del riesgo en TB pulmonar en contextos específicos del departamento de Cauca, en el marco de la pandemia COVID-19, 2020-2021” con la Universidad del Cauca, la secretaria de salud del Cauca, la secretaria de salud municipal de Popayán y la Universidad del Valle.

La última pauta a la que este proyecto se suscribe es la 15 sobre “investigación con personas y grupos vulnerables”, como ya se ha mencionado los derechos y el bienestar de las personas que participen en la realización de la investigación, por lo tanto, se tiene cuidado de no vulnerar los derechos de las personas. Por último, es importante declarar que esta investigación no tiene conflicto de intereses.

7. Resultados esperados

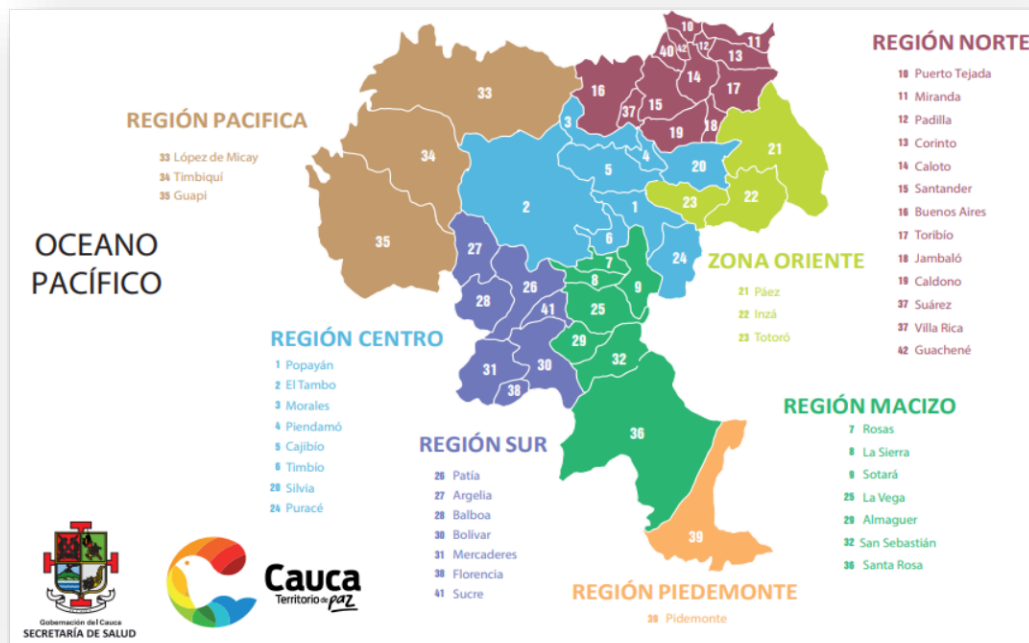
Esta investigación pretende aportar al estudio de la adherencia al tratamiento en una realidad colombiana como la del departamento del Cauca, desde la interseccionalidad para obtener una interpretación más cercana a la realidad de la población. En donde se logre comprender las fortalezas que se deben mantener para que se tengan pacientes adherentes al tratamiento y cuáles son las debilidades y posibles mejoras que de parte de las instituciones y desde intervenciones en salud pública se pueden implementar para garantizar el éxito del tratamiento y el control de la TB e impactar indicadores como la mortalidad por TB y la incidencia.

También se espera servir como modelo para futuras investigaciones o programas que deseen abordar la adherencia al tratamiento desde un enfoque de la interseccionalidad. Se desea compartir la información obtenida con los participantes en la investigación y que la comprensión de sus realidades sea útil para fortalecer el autocuidado de su salud y la permanencia en el programa de TB o el tratamiento.

8. Resultados

A continuación, se presentan los resultados, inicialmente la caracterización sociodemográfica, socioeconómica y epidemiológica respecto a la TB en los municipios de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, ubicados en el norte del departamento del Cauca (ver mapa 1). Esta descripción, corresponde al objetivo 1. Posteriormente se desarrolla el objetivo 2 sobre los facilitantes y limitantes en la adherencia al tratamiento de la TB, en base a los datos recogidos en las entrevistas. Finalmente, se da cuenta del objetivo 3 sobre la intersección entre las categorías sociales género, étnico-racial y clase social en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB en hombres y mujeres.

Mapa 1. Departamento del Cauca y municipios



Fuente: Secretaría de Salud de la Gobernación del Cauca

8.1 Factores sociodemográficos y socioeconómicos de Santander de Quilichao y Puerto Tejada

Existen unas condiciones sociodemográficas y socioeconómicas que son relevantes para comprender el contexto en donde sucede una enfermedad como la TB. Como anteriormente se ha definido, en este trabajo comprendemos la TB como una enfermedad transmisible que tienen efectos y riesgos a nivel fisiológico y biológicos que se encuentra influenciada por el ambiente, los espacios sociales, las condiciones de pobreza y los determinantes sociales (11).

Por ende, en este trabajo se analizan estas condiciones del contexto sociodemográfico y socioeconómico desde los datos agregados, haciendo uso de base de datos del DANE, INPEC y el Registro Único de Víctimas con el objetivo de construir el contexto del territorio de Santander de Quilichao y Puerto Tejada a nivel municipal con las variables: distribución poblacional, pertenencia étnica, número de hogares por vivienda, desplazamiento forzado por sexo y grupo étnico, así como el índice de pobreza multidimensional, el sexo jefe del hogar, el índice de jefatura femenina, la tasa de dependencia juvenil y senil, el hacinamiento y las condiciones de la vivienda. Ya que las historias de vida en el objetivo 2 brindan una perspectiva muy particular y con el objetivo 1 se muestran las condiciones de vida a nivel sociodemográfico y socioeconómico en las que viven las personas residentes en los municipios de interés.

Los estudios previos revisados han mostrado (23, 24, 25 y 26) que estas condiciones están relacionadas con la propagación de la enfermedad, sobre todo porque en condiciones de vulnerabilidad es difícil garantizar adherencia al tratamiento y lograr que sea exitoso (27 y 37). Debido a que para construir el contexto del espacio social en esta enfermedad transmisible se establecen las variables epidemiológicas: número de casos, tasa de mortalidad por TB, tasa de incidencia de TB, oportunidad de inicio del tratamiento y éxito del tratamiento de la TB como indicadores relevantes para conocer la dimensión que tiene esta enfermedad en los municipios de interés, también comparar con un periodo de tiempo para observar el comportamiento que ha tenido la TB durante los años 2019 – 2022.

Muchos investigadores evidencian que los factores sociodemográficos y socioeconómicos están relacionados con los factores epidemiológicos en la TB (14, 26 y 66). Las anteriores variables están asociadas a factores de riesgo de TB en comunidades vulnerables, entre ellas, comunidades étnicas (14). De acuerdo con la literatura revisada, Madjid et al (14) encontraron que los factores sociodemográficos estaban relacionados con la incidencia de la TB (14), por ejemplo, cuando observaron que de la sobrepoblación dados los espacios reducidos en donde conviven varias personas, se deviene la mala ventilación y las malas condiciones ambientales (basuras, deficiencia de higiene en el hogar) (14).

Los determinantes sociales están conectados con el aumento en las tasas de incidencia de la TB, coinfección, VIH y el abandono del tratamiento (26). Además, con la tasa de mortalidad, debido a que malas prácticas en el tratamiento por situaciones de origen sociodemográfico o socioeconómico pueden llevar a la muerte (64). Lo que permiten se observa en estos factores es que la TB es una enfermedad prevenible que necesita la comprensión de las situaciones sociales y económicas que vivencian las personas para garantizar adherencia al tratamiento y con ello pacientes curados.

La interseccionalidad que se observa a través de los siguientes indicadores son las condiciones de pobreza, de distribución poblacional, situar la distribución de los grupos étnicos, la cantidad de mujeres y hombres en es espacio social, las vulnerabilidades económicas y las condiciones en las que viven las poblaciones de interés en estos municipios. La función de este apartado es descriptiva y por lo tanto el análisis interseccional se realizó en el objetivo 3 que aparece en la discusión del presente trabajo.

Santander de Quilichao es un municipio categoría 5 según la Contaduría General de la Nación (51). Ubicado en el Norte del departamento del Cauca el cual tiene de acuerdo con el Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) 2018 del DANE 95.348 habitantes, de los cuales 46.247 son hombres y 49.101 mujeres. Este municipio está a

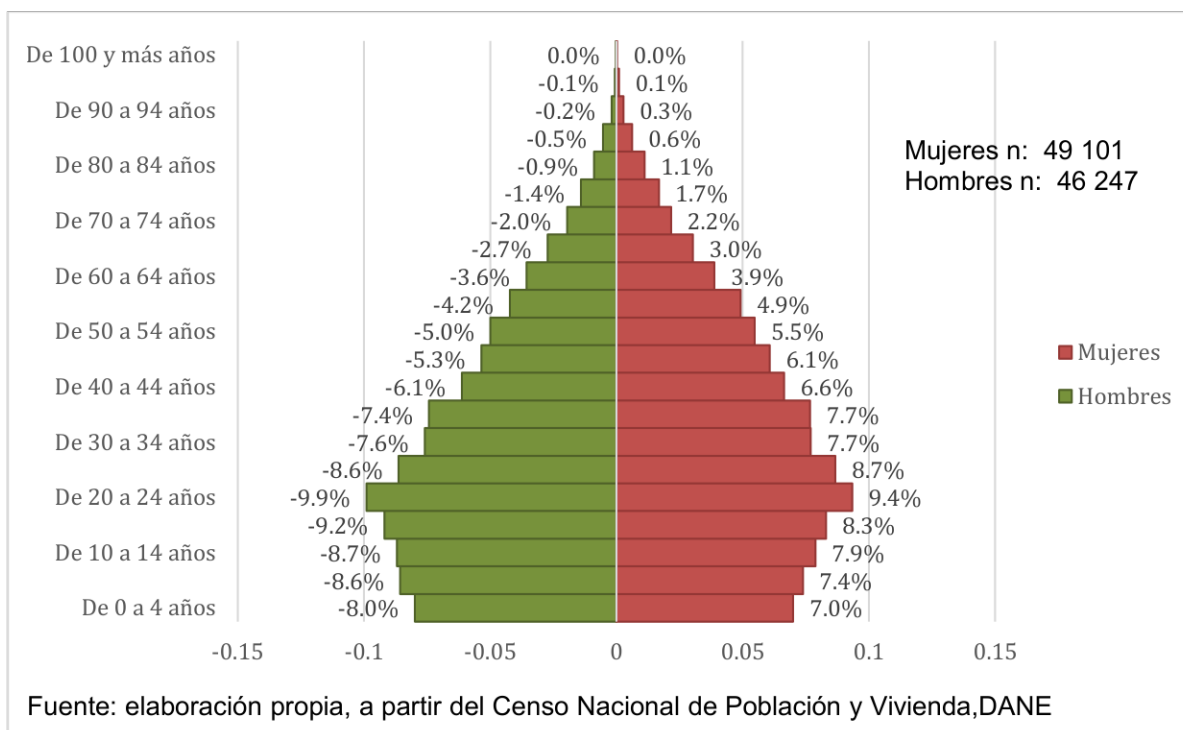
45 km al sur del municipio de Cali y a 97km al norte de Popayán (52), lo que hace que tenga una buena conexión y rápido desplazamiento vial con ambas capitales.

El CNPV 2018 del DANE indica que (37.593) de los habitantes están en el rural disperso, (10.577) en el centro poblado y (47.178) habitantes en la cabecera municipal. La economía de este municipio proviene del cultivo del café, caña de azúcar y yuca. Los ingresos, de acuerdo con la Alcaldía, son generados por el sector agricultor (54). Con la Ley Páez¹, el sector de la industria y servicios pasó a ocupar un lugar importante en la economía del municipio (54). La ubicación geográfica de Santander de Quilichao permite su desarrollo, a través del intercambio de productos y el flujo de personas, debido a su cercanía a Cali y su conexión a través de la infraestructura vial sobre la vía Panamericana (54).

La pirámide poblacional de Santander de Quilichao de la gráfica 1 muestra, de acuerdo con el CNPV que gran parte de la población se concentra en la base y en el medio, siendo en el vértice con menos población. Es decir que las edades entre los 0 a 4 años (niñas 7,0% y niños 8,0%) y los 10 a 14 años (7,9% niñas y adolescentes y 8,7% niños y adolescentes) presentan mayor porcentaje que las edades de adulto mayor de 70 a 74 años (2,2% mujeres y 2,0% hombres) y 90 a 94 años (0,3% mujeres y 0,2% hombres). Lo que expresa que, si bien para la edad infantil los hombres son mayoría, en adultos mayores disminuyen. Se observa también entre 20 a 24 años (9,4% mujeres jóvenes y 9,9% hombres jóvenes) representa el mayor porcentaje de la población. Esto indica que predomina una población joven y adulta entre los 20 y los 44 años.

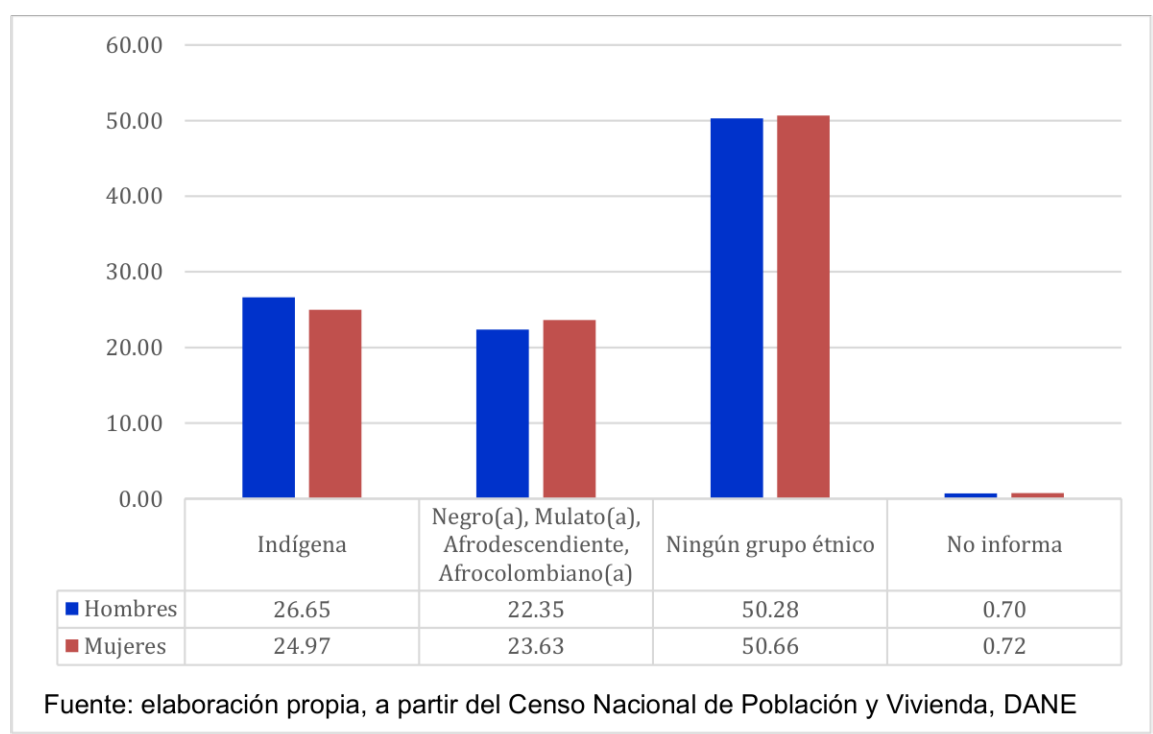
¹ La ley Páez (ley 218 de 1995) fue creada con el fin de incentivar la inversión económica y empresarial en el territorio del río Páez, ya que tras una avalancha en junio 1994 sucedieron numerosas pérdidas de vidas humanas, infraestructura y económicas que estaban generando pobreza en el territorio (65). Entonces, se otorgó incentivos tributarios para empresas constituidas en la zona afectada por el desastre natural, con el fin de impulsar el desarrollo económico y social de la región en los municipios: Caldono, Inzá, Jambaló, Toribío, Caloto, Tutoró, Silvia, Páez, Santander de Quilichao, Tambo, Timbío, Suárez, Buenos Aires, Puerto Tejada, Piendamó, Corinto, Patía, La Sierra y Cajibío (65). Esta exención de la renta era para empresas del sector agrícola y ganadero, microempresas, establecimientos comerciales, turísticos y compañías exportadoras, las cuales debían establecerse en la zona donde había ocurrido el sismo y demostrar generación de empleo para los habitantes (65).

Gráfica 1. Pirámide poblacional de mujeres y hombres, Santander de Quilichao -Cauca, 2018



En la gráfica 2 se observa que la distribución étnico-racial según el autorreconocimiento étnico es variada. Es un municipio con presencia de poblaciones tanto indígenas como afrodescendientes, pero también atravesado por procesos de mestizaje. Respecto al autorreconocimiento étnico por sexo 50,28% de los hombres y 50,66% de las mujeres no pertenece a un grupo étnico; 26,65% de los hombres y 24,97% de las mujeres se reconoce como indígena y 22,35% de los hombres y 23,63% de las mujeres se identifica como afrodescendiente. Esto indica que casi el 50% de la población se reconoce dentro de grupos étnicos.

**Gráfica 2. Distribución poblacional por autorreconocimiento étnico y sexo
Santander de Quilichao – Cauca, 2018**



En su nacimiento Santander de Quilichao era un poblado indígena en donde existían los llamados “Los quilichaos”, a donde fueron llegando los españoles en busca de las minas de oro, las cuales fueron descubiertas y paralelamente los españoles traían esclavos negros para su explotación (66). Como se evidencia en la foto 1 los indígenas, afrodescendientes y mestizos como parte de su constitución como municipio.

Foto 1. Santander de Quilichao en sus inicios



Fuente: Periódico Proclama Cauca y Valle, recuperado de:

<https://www.proclamadelcauca.com/el-16-de-julio-de-1755-nacio-santander-de-quilichao/>

El nombre del municipio significa en lengua Nasa Yuwe “Tierra de Oro” “Tierra de tigre” (66). En el 1700 se pobló de minas Agua Blanca, y tras la existencia de varias minas de oro los españoles construyeron templos doctrineros² en Agua Blanca, Cerro Gordo, San Bernabé, Quilichao, Santa María, San Vicente y Dominguito (67) (ver foto 2).

² Iglesias construidas en el siglo XVII durante la colonia española, en donde se evangelizaba o se adoctrinaba a las comunidades nativas: indígenas y afrodescendientes en el catolicismo.

Foto 2. Capilla doctrinera de la vereda Domingullo



Fuente: toma propia

En el CNPV se señala que en Santander de Quilichao predominan las viviendas compuestas por 1 hogar (94,50%), seguido de las viviendas compuestas por 2 hogares (4,09%) y con 3 hogares (1,06%). No obstante, existen viviendas con 8 hogares, en un porcentaje muy bajo (0,001%).

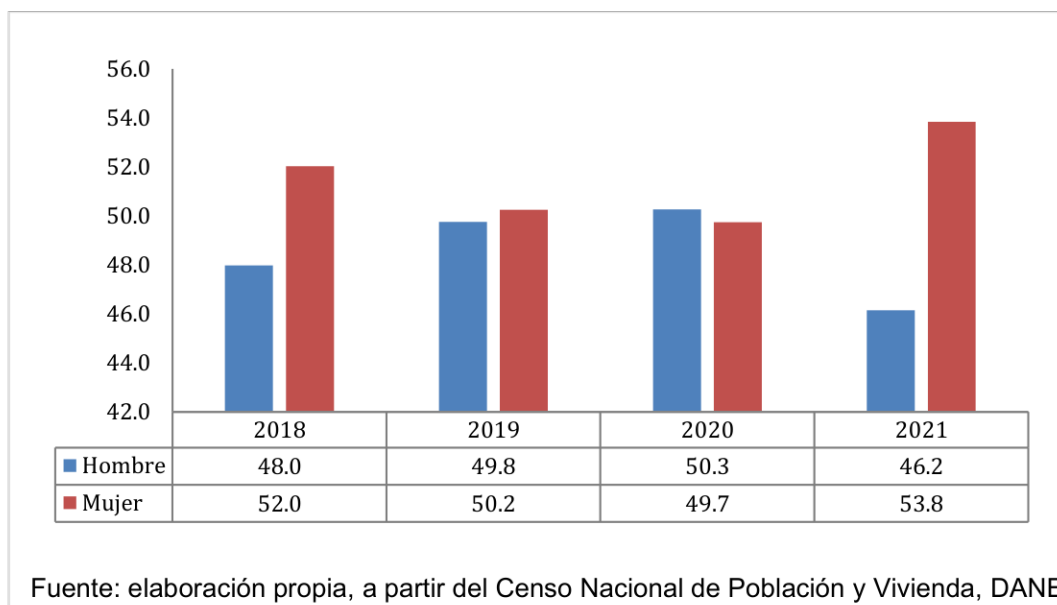
En cuanto al número de personas por hogar, se encontró, que 3 personas por hogar representan el mayor porcentaje con 24,74%; 2 personas con 22,16%, 4 personas con

20,07% y 1 personas con 17,38%. Cifras que podrían indicar hacinamiento, muestran 7 personas en 1,54%, hasta 19 personas en 0,01%.

Respecto a la población víctima de desplazamiento forzado según sexo en Santander de Quilichao, la gráfica 3 con cifras de la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas 2018-2021, muestra que en 2018 hubo 173 personas desplazadas, de las cuales 48,0% eran hombres y 52,0% mujeres. En 2019, 201 personas de las cuales 49,8% hombres y 50,2% mujeres. Para 2020 fueron 189 personas desplazadas, 50,3% hombres y 49,7% mujeres. En 2021 hubo 364 personas en condición de desplazamiento forzado, con 46,2% hombres y 53,8% mujeres. Durante el periodo descrito, se evidencia una leve mayoría de las mujeres.

Desde el 2018 al 2021 se evidencia un aumento de personas desplazadas por el conflicto armado que llegaron a Santander de Quilichao. Estos grupos viven bajo situaciones de vulnerabilidad social, económica, psicosocial debido a las causas violentas de su desplazamiento, experimentaron rupturas con sus territorios y vínculos familiares y afectivos, pérdida de propiedades, tierras y otros bienes y en una alta proporción, viven condiciones de pobreza en Santander de Quilichao.

Gráfica 3. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según sexo en Santander de Quilichao - Cauca



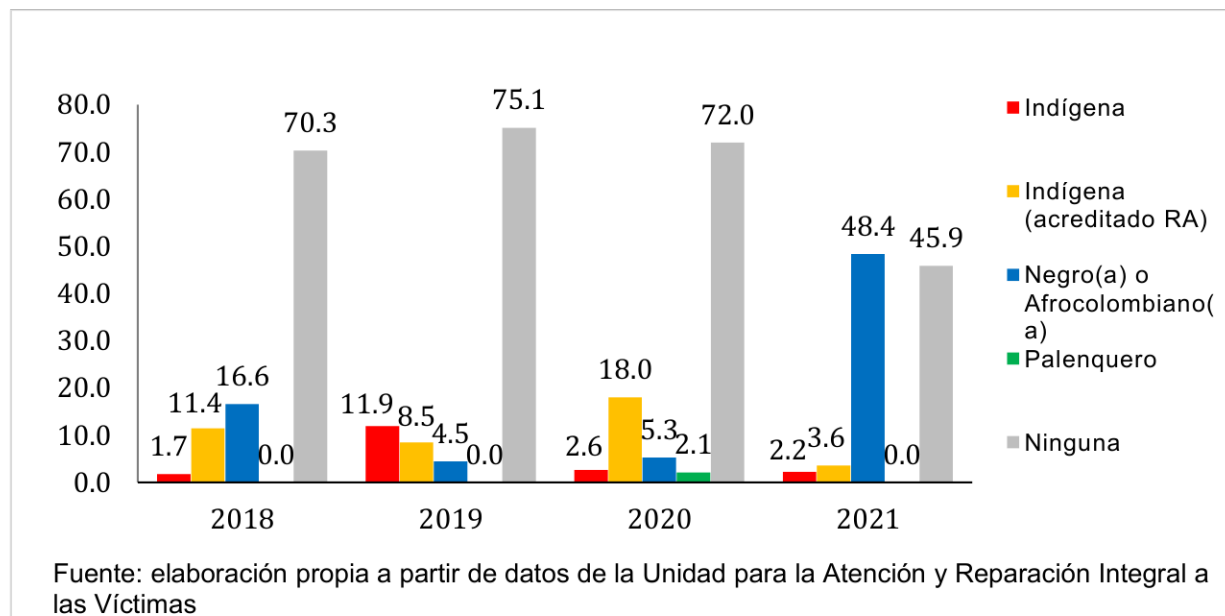
En la gráfica 4 la Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas reporta que el desplazamiento forzado según la etnia fue: En 2018, los 175 registrados pertenecían 1,7% a etnias indígenas; 11,4% indígena (acreditado RA)³; 16,6% afrocolombianos y 70,3% no tienen etnia. En 2019, de los 201 11,9% indígenas; 8,5% indígenas (acreditado RA); 4,5% afrocolombianos y 75,1% sin etnia. Durante 2020, de los 189 registrados 2,6% indígenas; 18,0% indígenas (acreditado RA); 5,3% afrocolombianos; 2,1% palenqueros y 72,0% no tienen etnia. Por último, en 2021, las 364 personas desplazadas, eran 2,2% indígenas; 3,6% indígenas (acreditado RA); 48,4% afrocolombianos y 45,9% sin etnia.

En general se observa que los grupos étnicos son afectados por el desplazamiento forzado, sin embargo, el mayor porcentaje alto de personas que no se identifican dentro de ninguna etnia. A lo largo del periodo hubo variaciones sobre los porcentajes de personas desplazadas según grupos étnicos, sin embargo, llama la atención el elevado

³ Son todas aquellas personas que cuentan con la certificación como miembro de la comunidad indígena, es decir que poseen un aval comunitario.

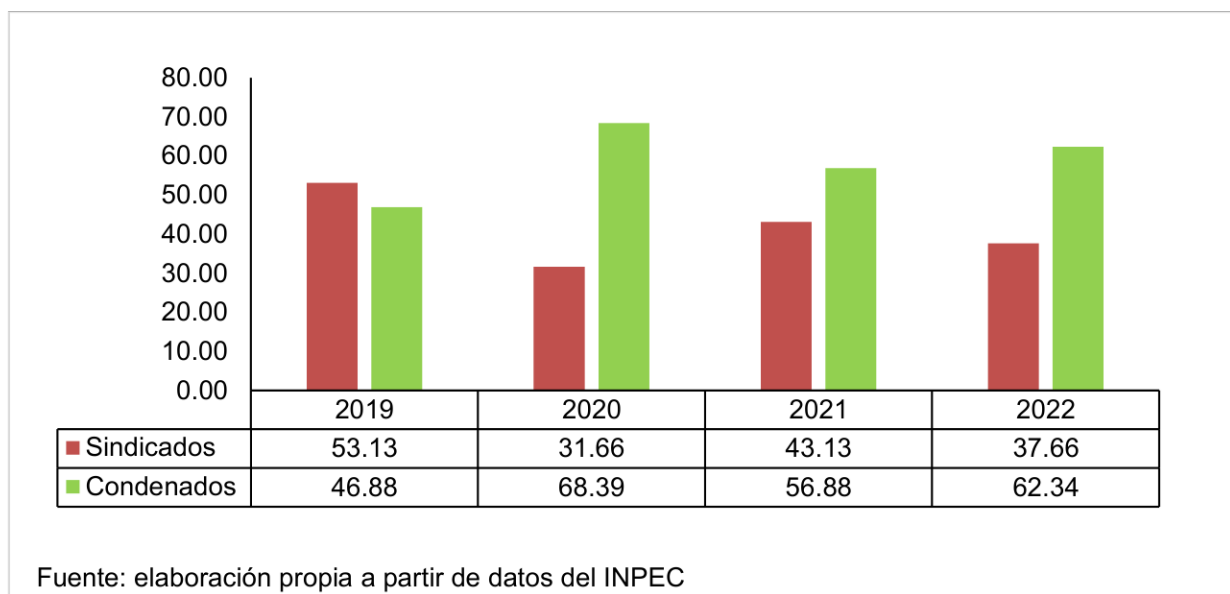
porcentaje de la población afrodescendiente en 2021 que supera a los que no se identifican con ninguna etnia.

Gráfica 4. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según la etnia en Santander de Quilichao - Cauca 2018 - 2021



Otra población que presenta alto riesgo de contagio de TB es la población privada de la libertad. Según el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), de acuerdo con la variable sexo en la población carcelaria no hay mujeres. La gráfica 5 presenta que en la cárcel de hombres en 2019 hubo 480, de los cuales 53,13% eran sindicados y 46,88% condenados. En 2020 fueron 310 hombres, 31,61% sindicados y 68,39% condenados. Durante 2021 la población fue de 329 hombres, de los cuales 43,13% eran sindicados, y 56,88% condenados. En lo que corresponde al 2022, la población total fue de 308, divididos en 37,66% sindicados y 62,34% condenados.

Gráfica 5. Población privada de la libertad por sexo masculino en Santander de Quilichao 2019 - 2022



Los indicadores presentados indican que Santander de Quilichao tiene una población predominantemente joven, también, con una importante presencia de grupos étnicos. Además, reciben año tras año población desplazada por fenómenos del conflicto armado. Por último, se observa una población de hombres privados de la libertad que, junto con personas de los grupos étnicos, pertenecen a grupos vulnerables con alta susceptibilidad de ser afectados por TB.

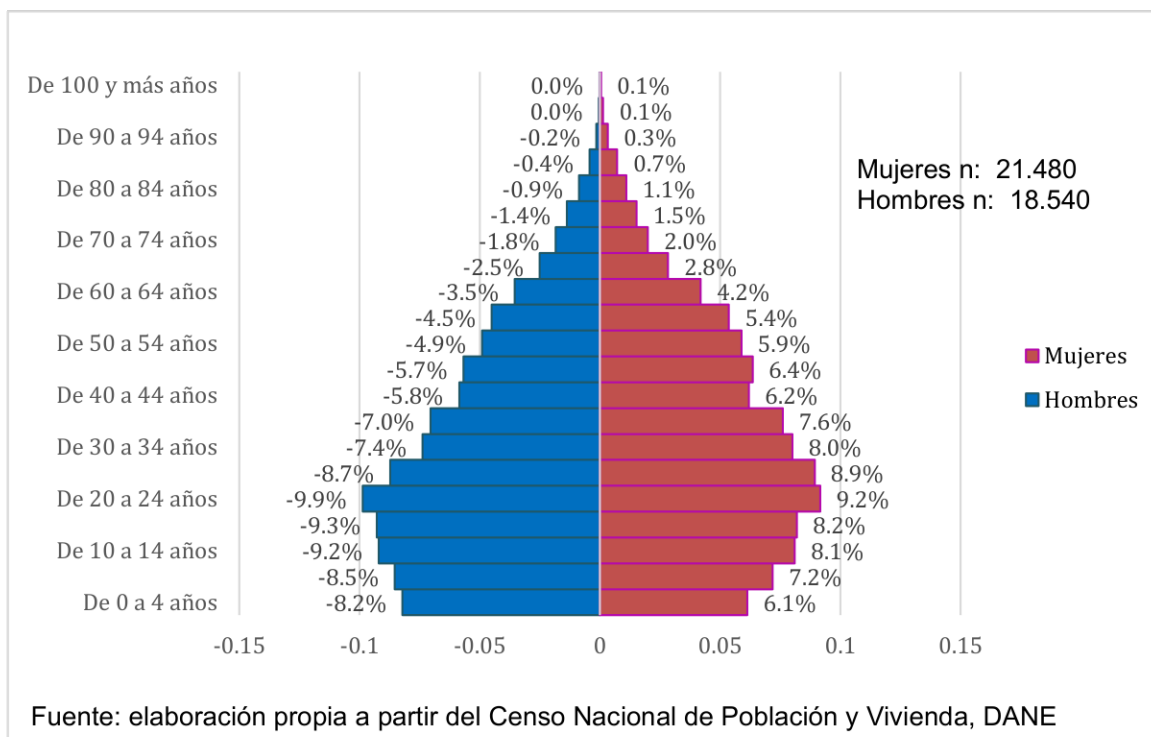
Puerto Tejada:

Puerto Tejada es un municipio categoría 6 de acuerdo la Contaduría General de la Nación (51). Está ubicado en el Norte del departamento del Cauca (ver mapa 1) el cual tiene de acuerdo con el CVPV (2018) del DANE 40.020 habitantes, en donde 21.480 son mujeres y 18.540 hombres. Su ubicación geográfica es más cercana a Cali que Santander de Quilichao, siendo a unos 23Km al sur de Cali y 21Km de Candelaria – Valle (53).

Según el CNPV 2018 de los habitantes (621) son del rural disperso, (3.929) habitantes del centro poblado y (35.470) de la cabecera municipal. Su economía es mayoritariamente agrícola, principalmente cultivos de caña de azúcar, en segunda medida cultivos de pan coger, ganadería y pecuarios (55). La industria azucarera es la principal fuente de ingresos y varias de esas industrias están asentadas en este territorio (55).

Para comenzar, la gráfica 6 muestra que existe una alta proporción de niños/as y adolescentes: de 10 a 14 años (8,1% niñas y adolescentes y 9,2% niños y adolescentes); y de 15 a 19 años (8,2% mujeres adolescentes y 9,3% hombres adolescentes). Seguido de los jóvenes de 20 a 24 años que se encuentran con el porcentaje más alto de la pirámide poblacional (9,2% mujeres y 9,9% hombres). En último término, el vértice de la pirámide con las edades de adultos mayores representa menores porcentajes en las edades de 70 a 74 (1.84% hombres y 1.99% mujeres); y las edades de 90 a 94 (0,3% mujeres y 0,2% hombres). Lo que indica que la población es joven.

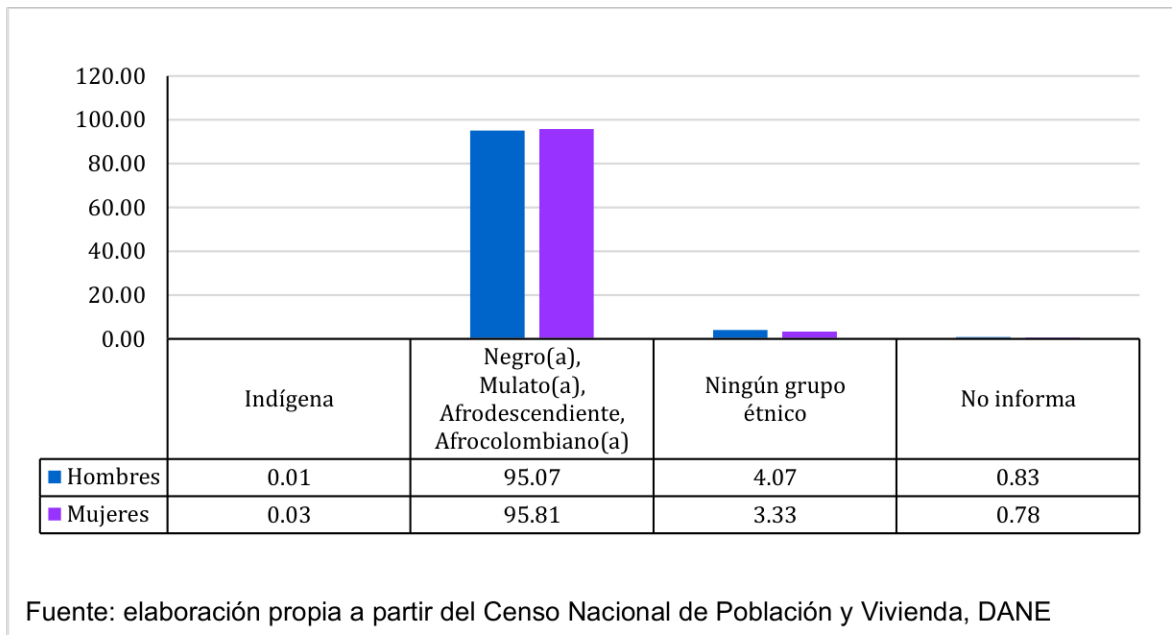
Gráfica 6. Pirámide poblacional de mujeres y hombres, Puerto Tejada - Cauca, 2018



La gráfica 7 muestra la distribución poblacional según el autorreconocimiento étnico. Según el CNPV 2018 la mayoría de portajedeños/as se reconocen como negros, mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos (hombres 95,07% y mujeres, 95,81%). Además, tiene una escasa población indígena (0,01% hombres y 0,03% mujeres). Los mestizos hacen parte de la población minoritaria (hombres son 4,07% y mujeres 3,33%).

En suma, es una población joven con alto reconocimiento étnico-racial como negros, mulatos, afrodescendientes y afrocolombianos. Esta parte podría estar conectada con lo que la Alcaldía de Puerto Tejada comenta en la identificación e historia del municipio. Puerto Tejada es un municipio fundado por la población negra que escapaba de la esclavitud, sus primeros habitantes fueron palenqueros, afrodescendientes que quedaban libres y huían de las tierras que estaban bajo decreto esclavista por parte de los terratenientes de la caña de azúcar y demás cultivos (56).

Gráfica 7. Distribución poblacional por autoreconocimiento étnico y sexo, Puerto Tejada - Cauca, 2018



En su nacimiento se constituyó como corregimiento, y luego empezó a ser habitado por una cantidad poblacional importante lo que produjo su crecimiento poblacional (ver foto 1) (56), fue luego de la abolición de la esclavitud que empezó a tener una economía propia que giraba en torno a las industrias del sector primario y se constituyó como municipio, importante para la economía y el sector agrario que abastecía ciudades principales como Cali y Popayán (56).

Foto 3. Inicios del municipio de Puerto Tejada



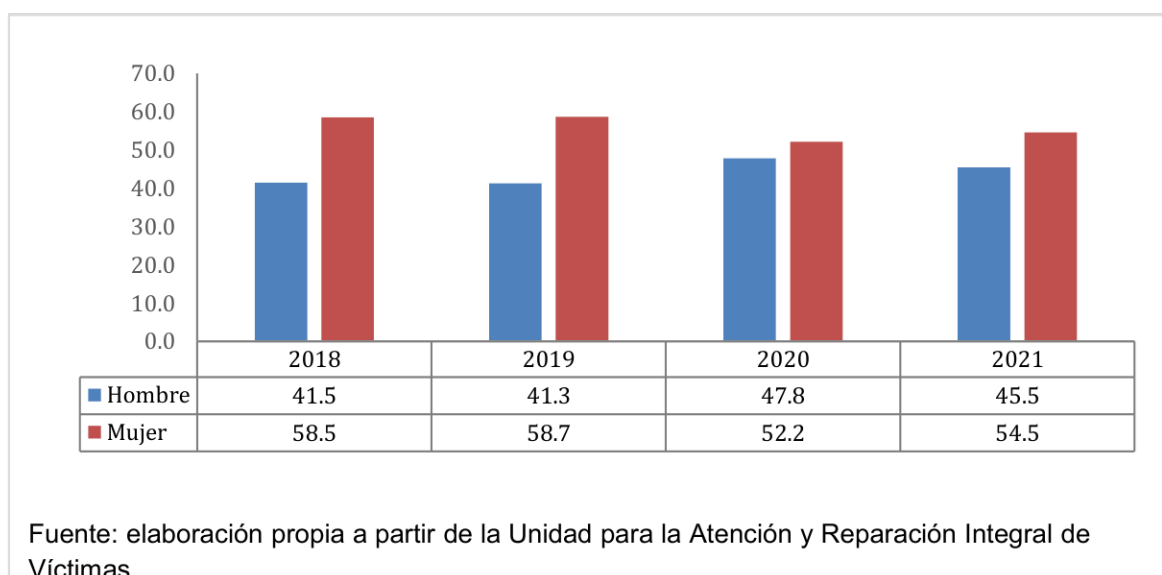
Fuente: Pagina web de la Alcaldía de Puerto Tejada – Cauca, recuperado de:
<https://www.puertotejada.gov.co/publicaciones/255/identificacion-e-historia/>

Respecto al número de hogares por vivienda según el CNPV 2018, predominan las viviendas con un hogar (96,36%), seguido de dos hogares (2,98%) y las de tres hogares (0,49%) hasta llegar a 7 hogares (0,01%). De acuerdo con el CNPV 2018, el número de personas por hogar es importante para analizar en los factores sociodemográficos de la TB, ya que los estudios revisados confirman que mucho de la organización que tienen las personas en los hogares está relacionado con el riesgo de contagio (11, 15 y 23).

Cerca de la cuarta parte de los hogares en Puerto Tejada tienen tres personas (24,41%), seguido de dos personas (21,41%), cuatro personas (19,47%) y en último, una persona (18,31%). Lo que expresa que los hogares unipersonales son los menos frecuentes en este municipio. No obstante, Los datos van hasta veintidós personas por hogar, con una distribución porcentual menor, en cinco a siete personas por hogar (de 9,04% a 1,89%). Desde ocho personas a veintidós personas (entre 0,79% - 0,01%).

Según datos de la Unidad para la Atención y Reparación Integral de Víctimas (UARIV), la gráfica 8 muestra que en 2018 hubo 123 víctimas de desplazamiento forzado, de las cuales 41,5% fueron hombres y 58,5% mujeres. Para 2019, 92 personas desplazadas de los cuales eran 41,3% hombres y 58,7% mujeres. Se puede observar que las mujeres sostienen mayor porcentaje que los hombres. Por consiguiente, para 2020 hubo 23 personas desplazadas, de ellas 47,8% hombres y 52,2% mujeres. En 2021 fueron 22 personas, 45,5% hombres y 54,5% mujeres.

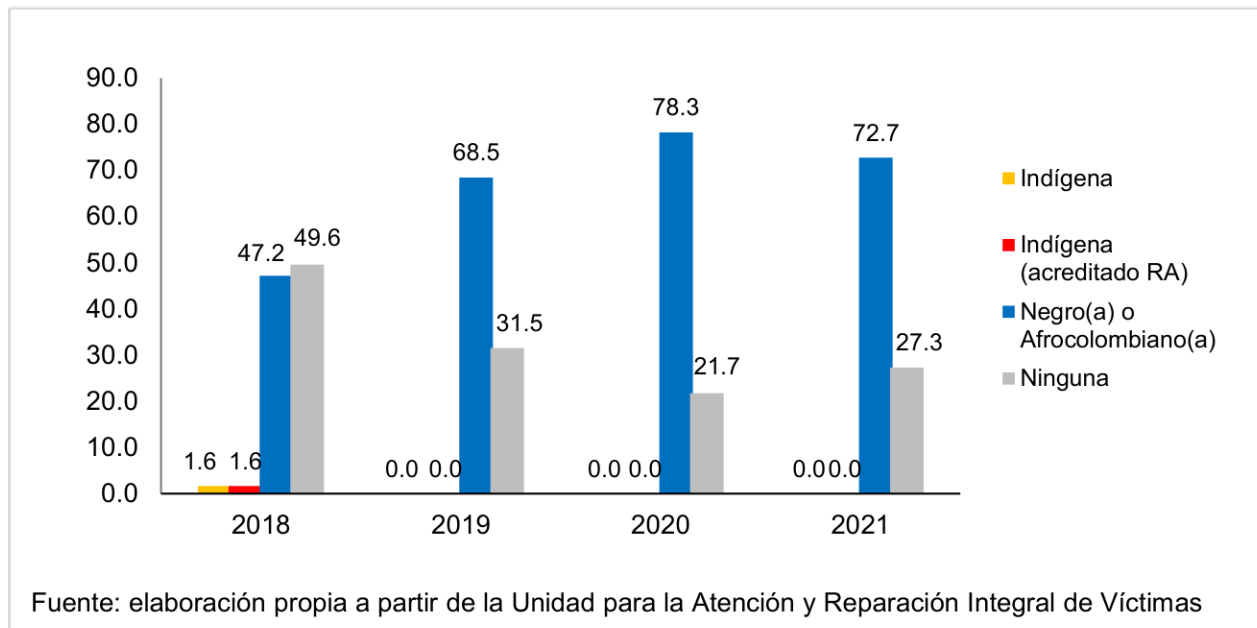
Gráfica 8. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según sexo en Puerto Tejada - Cauca, 2018 - 2021



En la gráfica 9 se presentan los datos de la población víctima de desplazamiento forzado según el grupo étnico. En 2018 hubo un total de 123 personas desplazadas, 1,6% indígenas; 1,6% indígenas (acreditado RA); 47,2% afrocolombianos y 49,6% sin grupo étnico. En 2019 de las 92 personas desplazada, no hubo indígenas, 68,5% fueron afrocolombianos y 31,5% sin grupo étnico. En 2020 hubo 23 personas, 78,3% afrocolombianos y 21,7% sin etnia. Por último, en 2021 fueron 22 personas desplazadas, de las cuales 72,7% fueron afrocolombianos y 27,3% sin etnia.

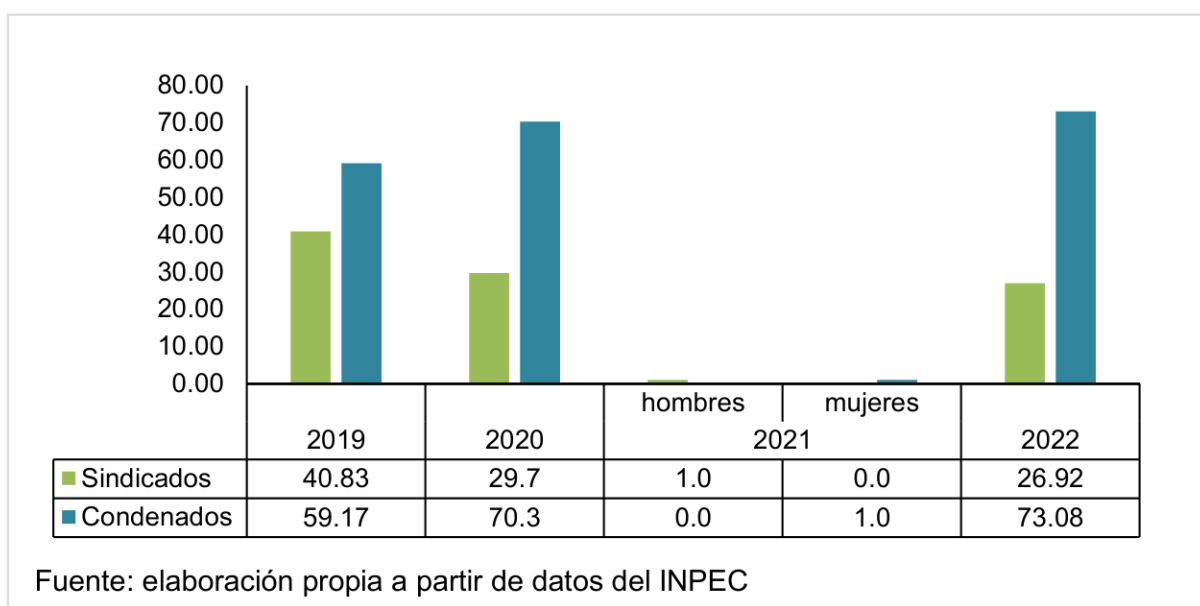
En general se observa que la población afrodescendiente es la más afectada por este fenómeno social del desplazamiento forzado, todos los años figura como la más afectada, seguido de la población mestiza o sin grupo étnico que también tiene una significativa representación.

Gráfica 9. Distribución de la población víctima de desplazamiento forzado según la etnia en Puerto Tejada - Cauca 2018 - 2021



Dentro de la población privada de la libertad de acuerdo con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), durante el 2019 hubo 120 hombres (40,8% sindicados y 59,2% condenados). En 2020 fueron 101 (29,7% sindicados y 70,3% condenados). Durante el 2021 la población fue de 2 casos, uno de los cuales era una mujer condenada. En 2022 la población total de hombres fue de 104 (26,92% sindicados y 73,08% condenados).

Gráfica 10. Población privada de la libertad por sexo masculino en Puerto Tejada 2019 - 2022



Para este municipio de Puerto Tejada observamos que la economía es principalmente agraria, por ende, en el contexto ambiental encontramos que tiene suelos y espacios acondicionados para la economía rural. Predomina una población joven y mayoritariamente afrodescendiente y afrocolombiana. Lo que muestra en la variable sobre víctima de conflicto armado por desplazamiento forzado, una mayor afectación que sufren las comunidades afrodescendientes, pasando a tener mayores porcentajes que los mestizos e indígenas que habitan este territorio. Al ser un municipio con población carcelaria resulta importante para el contexto en la TB, ya que como se ha mencionado estas poblaciones se encuentran en riesgo de TB.

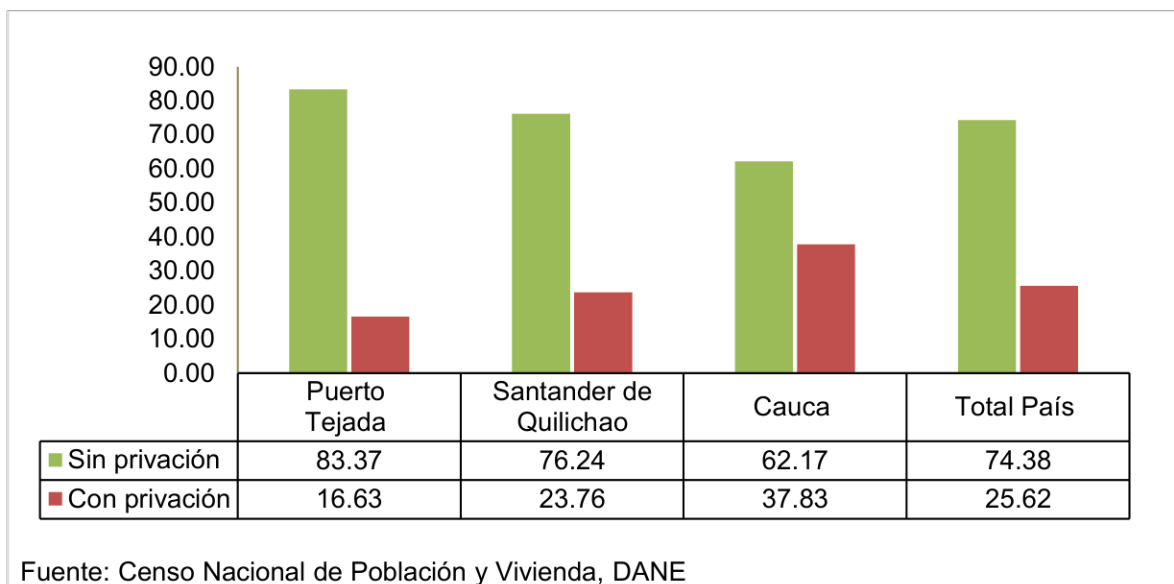
A continuación, se describen datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 del DANE y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, en donde se indagan variables como: sexo jefe del hogar. Índice de jefatura femenina, índice de pobreza multidimensional, índice de necesidades básicas insatisfechas, hacinamiento, tasa de dependencia juvenil y senil, régimen de

afiliación al sistema General de Seguridad Social en Salud, asistencia escolar y condiciones de la vivienda: alcantarillado, acueducto, conectividad, energía, recolección de basuras y tipo de piso. Estas variables fueron seleccionadas porque presentan relaciones con la incidencia, adherencia y éxito del tratamiento de TB (15, 25, 61 y 65).

Las dificultades en el tratamiento de la TB aparecen en la mayoría de los estudios recientes impulsadas por el bajo nivel educativo, el hacinamiento, la falta de apoyo económico, coinfección por VIH, consumo de alcohol, habitar en zonas rurales, escasos recursos, malnutrición y pobreza (15). Ya que estos factores socioeconómicos pueden dar lugar a una desnutrición, hacinamiento, entornos antihigiénicos (sin alcantarillado, recolección de basuras y sin agua potable) que aumentan el riesgo de transmisión de TB (15, 63). Por lo tanto, la tasa de incidencia de la TB está asociada a estas variables socioeconómicas y sociodemográficas (25). Así mismo, la mortalidad por TB se asoció con los trabajos poco cualificados y con baja remuneración como el trabajo doméstico, minería, ventas informales en la calle y ser habitante de calle (65).

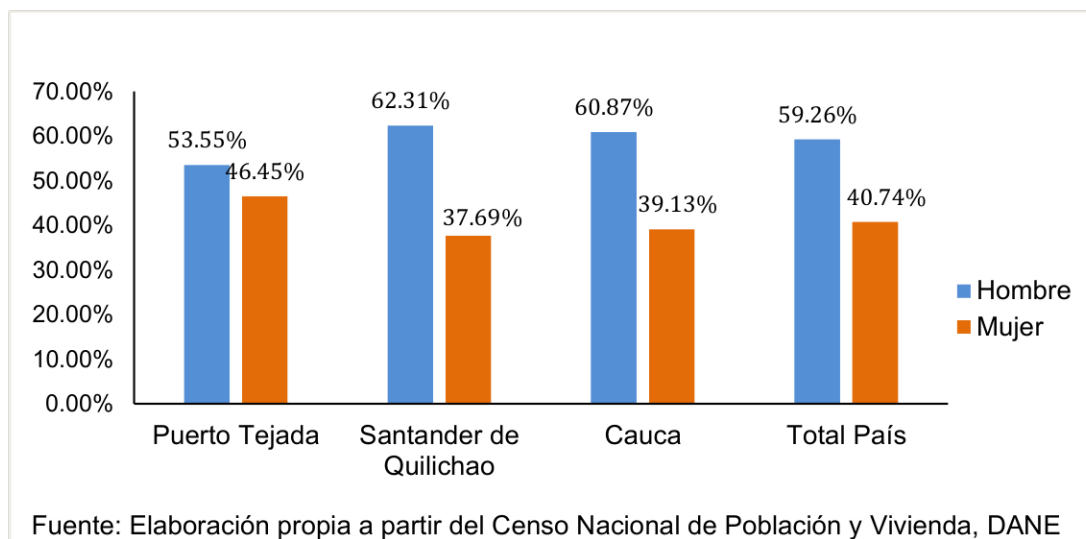
En la gráfica 11, de acuerdo con CNPV 2018 el porcentaje de personas que se encontraban en pobreza multidimensional a nivel nacional fue de 74.38% sin privación y 25.62% con privación. En el Cauca correspondió al 62.17% sin privación y 37.83% con privación. En Puerto Tejada fue de 83.37% sin privación y de 16.63% con privación. Santander de Quilichao presentó 76.24% sin privación y 23.76% con privación. Se observó que sin privación es superior en Santander de Quilichao al resto de las localidades, superando al departamento.

Gráfica 11. Índice de Pobreza Multidimensional en municipios, Cauca y total país, 2018



En la gráfica 12, según CNPV de 2018, a nivel nacional hubo 14.253.223 jefes del hogar, de los cuales según la variable sexo fueron 8.440.991 hombres (59.26%) y 5.802.232 mujeres (40.74%). En el departamento del Cauca hubo 432.493 jefes del hogar, de los cuales 263.275 hombres (60.87%) y 169.218 mujeres (39.13%). En el municipio de Puerto Tejada, se tiene 12.992 de jefes de hogar, de las cuales hubo 6.957 hombres (53.55%) y 6.035 mujeres (46.45%). Para finalizar, en Santander de Quilichao, hubo 31.191 jefes de hogar, de los cuales 19434 hombres (62.31%) y 11.757 mujeres (37.69%). Los datos presentados claramente reflejan una superioridad porcentual de jefes de hogar masculinos.

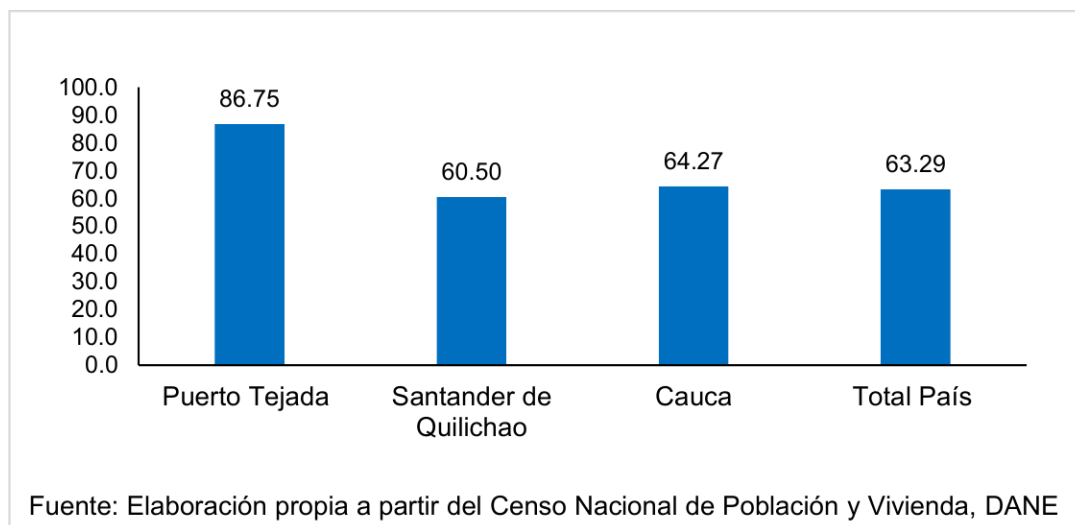
Gráfica 12. Distribución sexo jefe del hogar en municipios, Cauca y total país, 2018



Ahora bien, el CNPV 2018 muestra que el índice de jefatura femenina (ver gráfica 13) nacional fue 63,29% y en el departamento del Cauca de 64,27%. Respecto a los municipios, en Puerto Tejada fue de 86,75% y en Santander de Quilichao de 60,50%. Un estudio del DANE (2021) (68) encontró que la pobreza multidimensional es mayor en hogares con jefatura femenina que en hogares con jefatura masculina en el periodo 2012-2020 (p. 50). Se presentan hogares monoparentales liderados por mujeres por encima del 50%, siendo Puerto Tejada con casi 90% de la jefatura femenina.

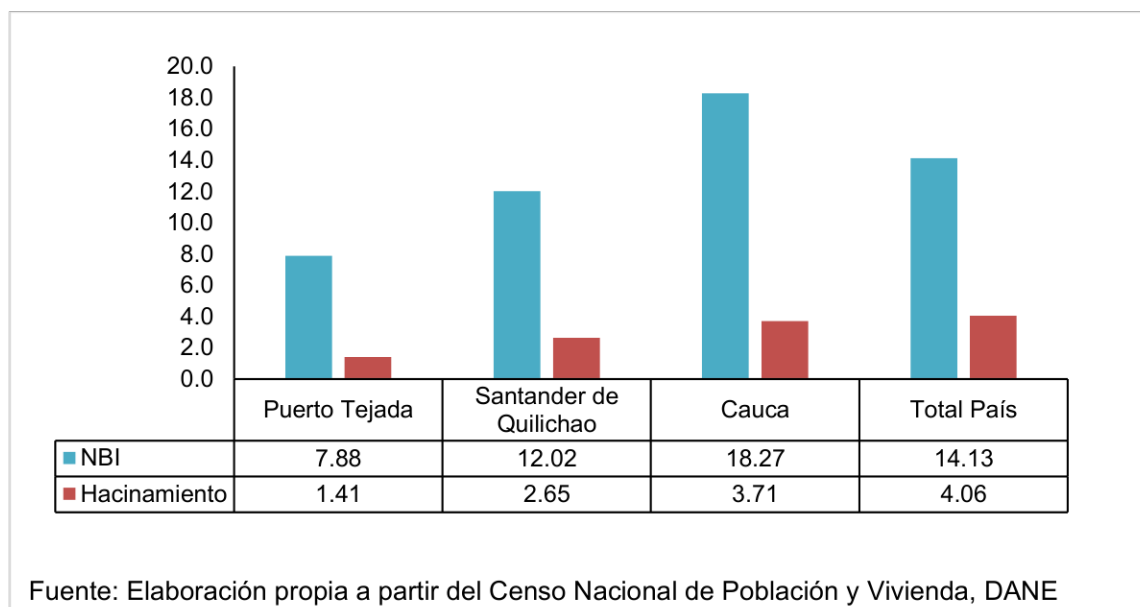
El índice de jefatura femenina mide los hogares monoparentales (69) en donde son las mujeres las principales responsables económicas y de actividades de sus hogares. La situación en los hogares con jefatura femenina monoparentales puede deberse a: 1) ruptura conyugal o divorcio. 2) ruptura conyugal con separación legal o de hecho y abandono del núcleo familiar por parte de uno de los integrantes de la pareja. 3) Maternidad en solitario que puede ser elegida: como en la adopción y reproducción asistida. 4) Causas sociales que obligan a la pareja a vivir separada: encarcelación, emigración y hospitalización prolongada (69).

Gráfica 13. Índice de jefatura femenina en municipios, cauca y total país, 2018



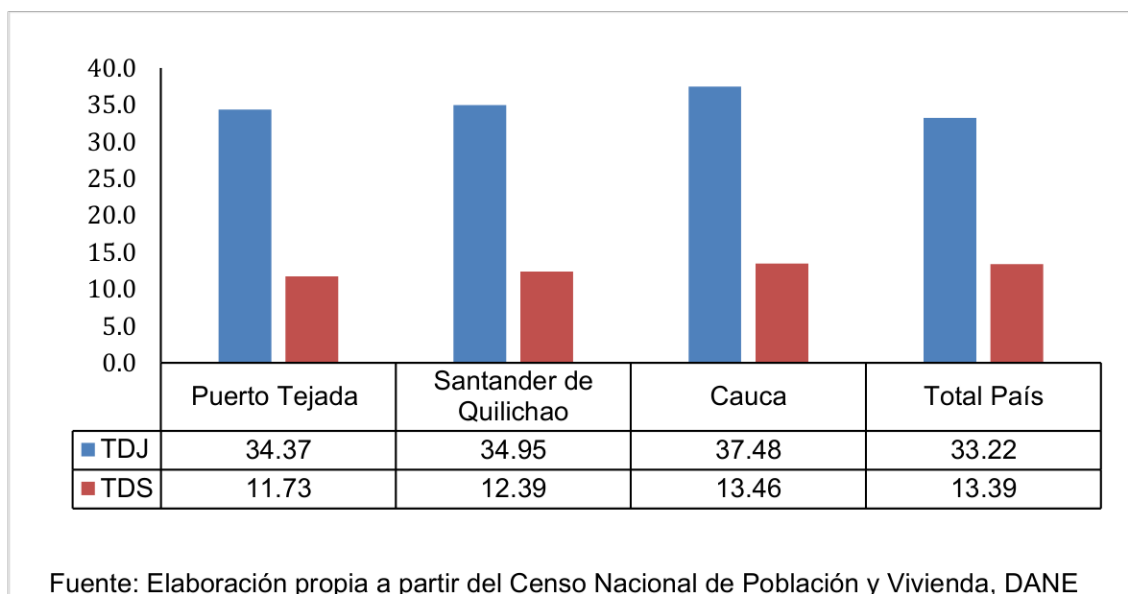
Según el CNPV de 2018 en Colombia hubo 14.13% persona con NBI, en el Cauca 18.27%, en Puerto Tejada 7.88% y en Santander de Quilichao 12.02%. En puerto Tejada las NBI fueron la mitad del nivel Colombia y en Santander se acerca al nivel nacional, siendo las NBI más altas que en Puerto Tejada. El departamento del Cauca presenta NBI mayores que a nivel país. Respecto al hacinamiento, en el país fue de 4,06%, en el departamento del Cauca 3,71%. En Puerto Tejada fue de 1,41% el hacinamiento, en Santander de Quilichao hubo un 2,65% de hacinamiento. El porcentaje nacional supera al departamento y los municipios, siendo un hacinamiento grave, dentro de eso, el Cauca presenta el mayor hacinamiento en el territorio, de los municipios Santander presenta hacinamiento.

Gráfica 14. Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas y Hacinamiento en los municipios, Cauca y total País, 2018



La gráfica 15 presenta el Tasa de Dependencia Juvenil (TDJ) y el Tasa de Dependencia Senil (TDS). A nivel nacional, el TDJ fue 33.22 y el TDS 13.39. En el Cauca el TDJ fue de 37.48 y de 13.46 el TDS. A nivel municipal, en Puerto Tejada el TDJ 34.37 fue de y el TDS 11.73. En Santander de Quilichao arrojó TDJ 34.95 y TDS 12.39. Las proporciones son muy similares e indican que cada 100 personas económicamente activas dependen económicamente tres niños o un adulto mayor.

Gráfica 15. Tasa de Dependencia Juvenil (TSJ) y Tasa de Dependencia Senil (TDS) en los municipios del departamento del Cauca y Colombia, 2018



En otro orden, la variable régimen de afiliación social muestran la afiliación al sistema de salud en tres categorías: contributivo, excepción y subsidiado. Esta variable es esencial para el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual se encarga de garantizar la prestación de los servicios de salud (60).

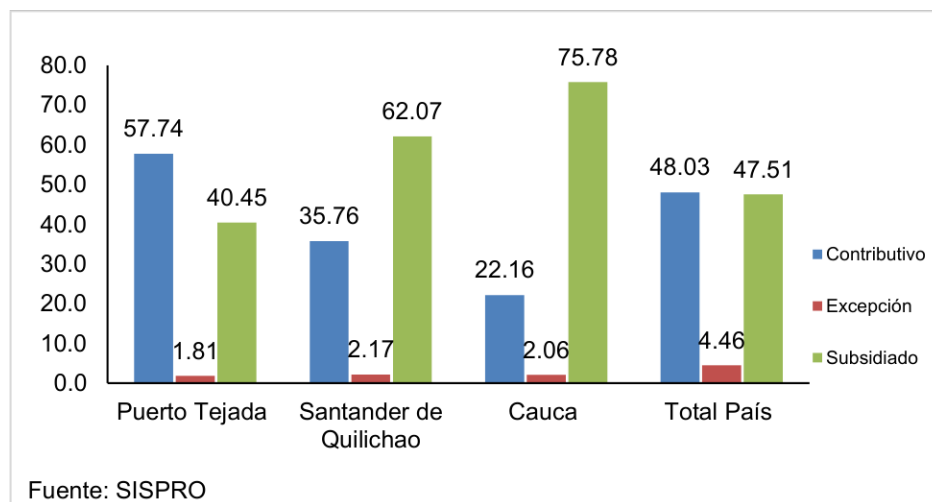
En cuanto al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), las fuentes indican que en Colombia la afiliación al régimen subsidiado y contributivo entre 2019, 2020 y 2021 incluyen casi el 50% respectivamente, con pequeñas variaciones y una proporción de alrededor de 4% de personas afiliadas a regímenes de excepción (ver gráfica 16, 17 y 18). El departamento del Cauca en cambio tiene una mayor proporción de afiliados al régimen subsidiado con, aproximadamente tres cuartas partes de afiliación a este régimen (casi 76%), seguido del régimen contributivo (22%).

Durante el periodo 2019 – 2021, Santander de Quilichao tuvo un comportamiento similar al departamento, con una afiliación al régimen subsidiado del 60% y al régimen

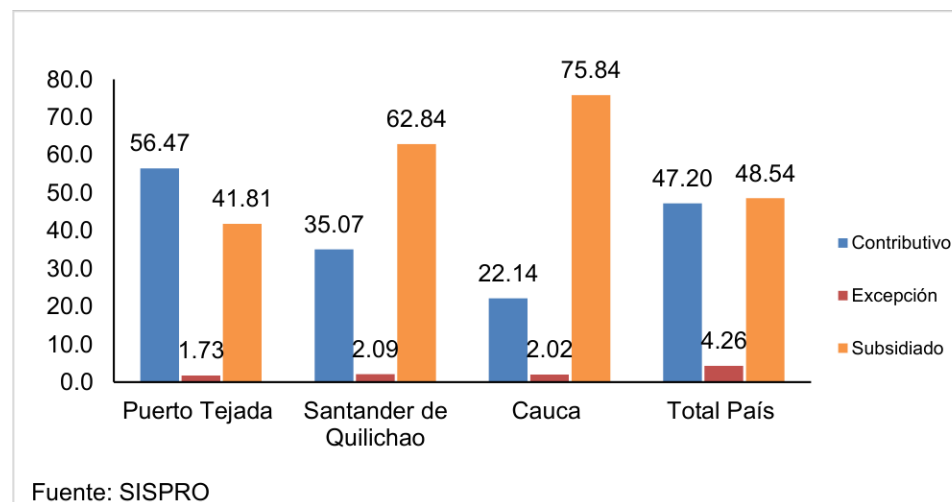
contributivo alrededor del 36%. Mientras que Puerto Tejada se comporta diferente, con mayor proporción de afiliación al régimen contributivo, alrededor de 55%-57%, y en el régimen subsidiado próximo al 41% (ver gráfica 16, 17 y 18). No obstante, en Puerto Tejada los porcentajes del régimen subsidiado y contributivo están muy próximos, siendo de igual manera significativo.

Esta mayor proporción de personas vinculadas al régimen subsidiado en el departamento y Santander de Quilichao significa mayor proporción de personas sin capacidad de pago y mayores niveles de vulnerabilidad. Respecto al régimen de excepción, Santander de Quilichao en el periodo 2019 – 2021 mostró una distribución del 2% y en Puerto Tejada es próxima al 2% (ver gráfica 16, 17 y 18) lo que indica que la mayoría de las personas no pertenecen al régimen de excepción.

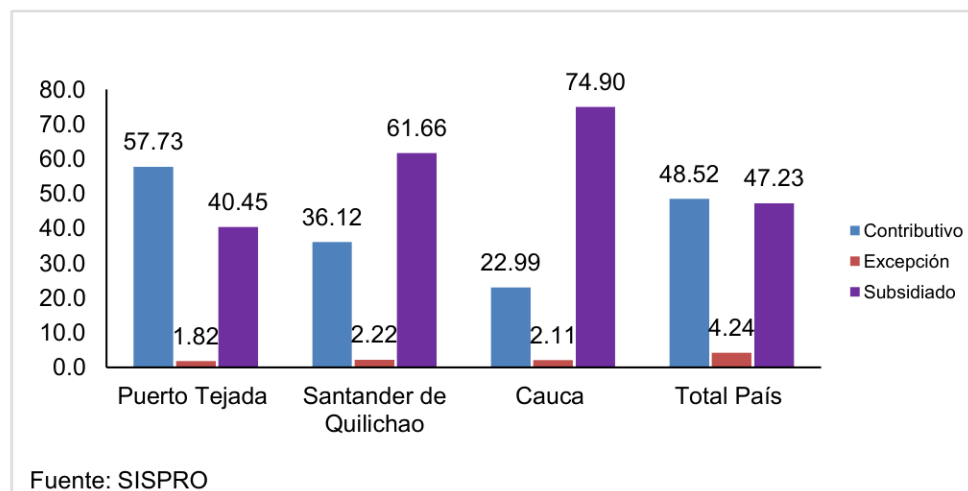
Gráfica 16. Distribución porcentual del tipo de régimen social en los municipios del Cauca y total país, 2019



Gráfica 17. Distribución porcentual del tipo de régimen de afiliación social en los municipios del Cauca, departamento y total país, 2020



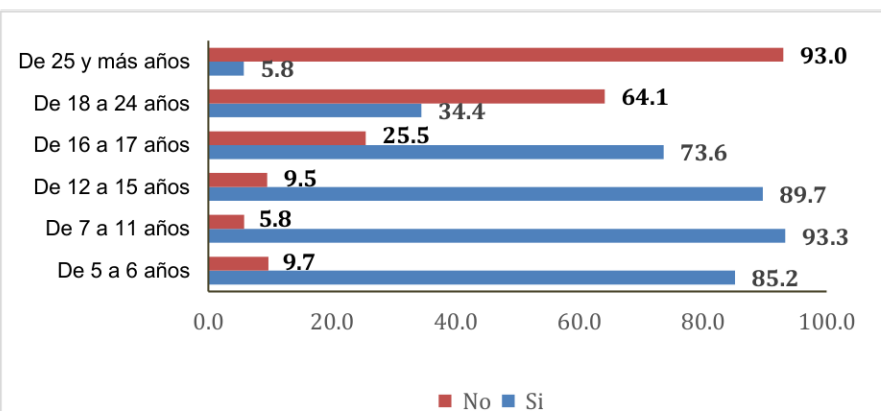
Gráfica 18. Distribución porcentual del tipo de régimen de afiliación social en los municipios del Cauca, departamento y total país, 2021



Para la asistencia escolar se observó en la gráfica 19 y 20 la tendencia de que los jóvenes y algunos adolescentes son quienes menos asisten a la escuela, a nivel país entre las edades de 18 a 24 años 64,1%, en las edades de 16 a 17 años 25.5%. Tendencia que se repite a nivel departamento llegando a un 70% la inasistencia en las edades de 18 a 24 años, y a 34% las edades de 16 a 17 años. En Puerto Tejada y Santander de Quilichao la inasistencia tuvo un aumento (ver gráfica 21 y 22), siendo en las edades de 18 a 24 años de 65% y en Santander aproximadamente un 70%. En las edades de 16 a 17 años presenta el mismo comportamiento que a nivel país y departamento.

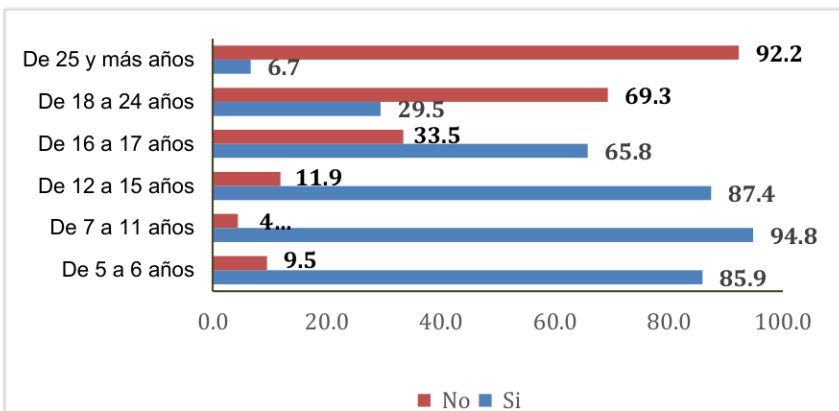
La asistencia escolar fue positiva en las edades de la infancia, a nivel país y departamento para las edades de 5 a 6 años fue alrededor de 85% y en las edades de 7 a 11 años cerca al 95%. Para Santander de Quilichao y Puerto Tejada en las edades de 5 a 6 años se mantuvo en el rango de 90% a 93%, y en las edades de 7 a 11 años estuvo entre 93% a 97%. Lo que muestra que la asistencia escolar es más frecuente en infantes siendo en la adolescencia y juventud un reto sostenerla.

Gráfica 19. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Colombia, 2018



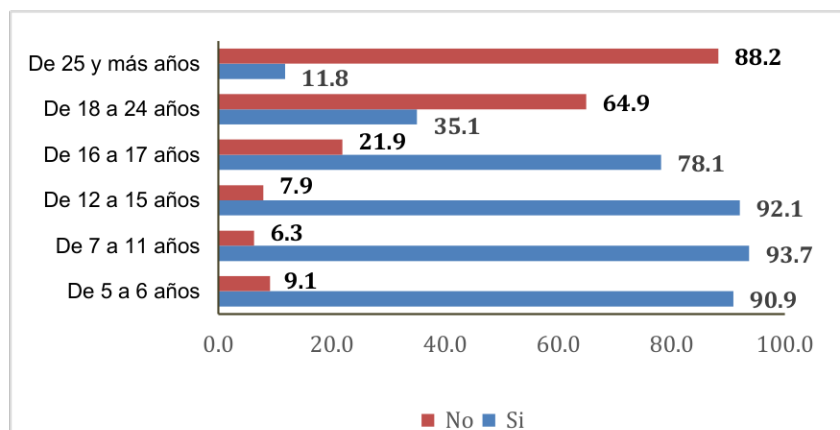
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE

Gráfica 20. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Cauca - Colombia, 2018



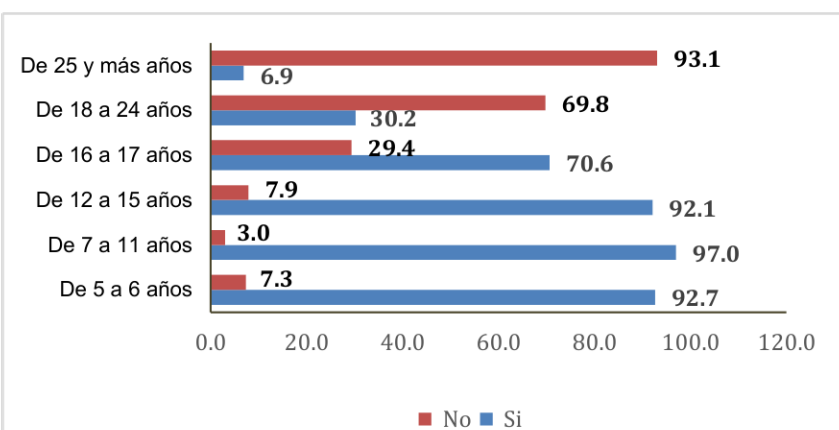
Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE

Gráfica 21. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Puerto Tejada- Cauca, 2018



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE

Gráfica 22. Asistencia escolar de forma virtual o presencial en edades escolares en Santander de Quilichao - Cauca, 2018



Fuente: Censo Nacional de Población y Vivienda, DANE

Cobertura de servicios públicos domiciliarios

En cuanto a la distribución porcentual en el servicio de acueducto, según el CNPV 2018 (ver gráfica 23), en Colombia un 86% de la población posee acueducto, siendo un 13,6% quienes no tiene este servicio. En el Cauca un 35% de la población no posee este servicio, siendo mayoría quienes lo tenían, cerca de un 65%. Aunque predominan las personas que poseen este servicio, se observa que, en comparación con el total país, son más las personas sin acueducto.

Para Santander de Quilichao la situación mejora, pues 82.6% cuenta con acueducto, pero Puerto Tejada lo sobrepasa al 97% de las viviendas con acueducto. Así pues, la no tenencia de este servicio es menor en Puerto Tejada, siendo un tercio de la población, lo que en Santander marcó como 17% de viviendas sin acueducto. En resumen, Puerto Tejada cuenta con mejor satisfacción del servicio acueducto en las viviendas que incluso el total país, el departamento y Santander de Quilichao.

En lo que refiere al alcantarillado, la gráfica 24 muestra que a nivel nacional la mayoría de las viviendas tenían alcantarillado alcanzando un 77%, con una diferencia de 23% de viviendas sin este servicio. A nivel departamento se estimó que un 44,4% tenían alcantarillado y un 55,6% estaban sin alcantarillado. Lo que indica que en Cauca hay más viviendas en condición de vulnerabilidad por higiene ya que no se cuenta con alcantarillado en una media parte.

En Santander de Quilichao hay una semejanza entre la distribución porcentual ya que las viviendas que cuentan con alcantarillado fueron 54% y las que no 46%. Es decir que, así como hay una cantidad de viviendas con alcantarillas, hay una cantidad importante de viviendas que no poseen este servicio. Para el caso de Puerto Tejada casi todas las viviendas cuentan con alcantarillado, siendo un 94%.

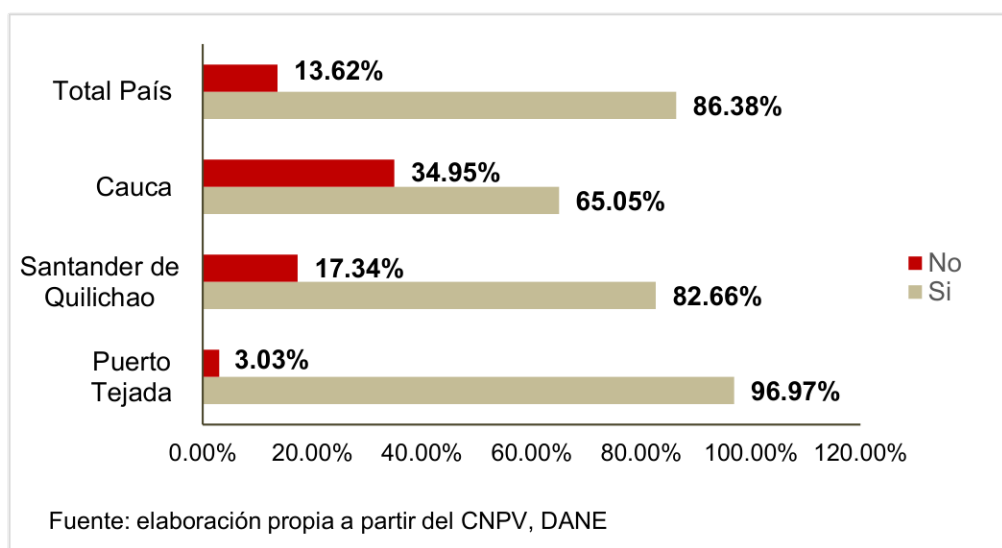
La energía eléctrica es una de las condiciones de la vivienda que mejor presentó comportamiento (ver gráfica 25), siendo un servicio satisfactorio y que cubre el País

(95%), el Cauca (92%), Santander de Quilichao (97,2%) y Puerto Tejada (98%).

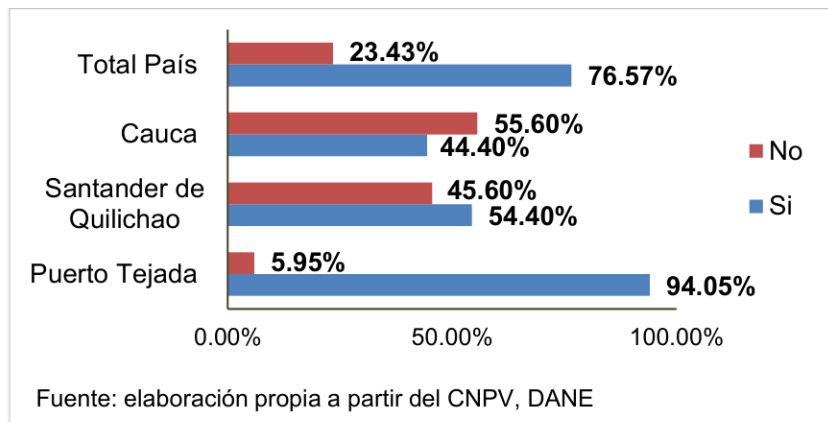
Los servicios de conectividad a nivel país se cubrieron un 43%, de resto hubo un 55,6% sin internet (ver gráfica 26). A nivel departamental la mayoría de las viviendas no tenían internet, alrededor de 84% y solo 15% tenía este servicio. En Santander de Quilichao casi la mayoría no contaba con internet, siendo 77% y casi un cuarto de la población tuvo internet 22%. Para Puerto Tejada este valor aumentó al ser 81% de viviendas sin conectividad y solo 18% con internet. Lo que refiere que a nivel departamental y de los municipios la población se encuentra sin acceso a internet y por ende comunicada.

Respecto a la recolección de basuras (ver gráfica 27) se tuvo que por lo general es un servicio cubierto a nivel nacional al ser 82% de las viviendas, fueron menor cantidad las viviendas sin este servicio, alrededor de 18%. En el departamento la mitad de las viviendas se dividieron entre las que contaban con este servicio, alrededor de 45% y la otra mitad aquellas que no lo tuvieron cerca del 55%. Igualmente, en Santander de Quilichao, hubo una proporción importante de viviendas sin recolección de basuras, aproximadamente 46%, y las que sí lo tenían fue de 54%. Para Puerto Tejada casi todas las viviendas contaban recolección de basuras 97%.

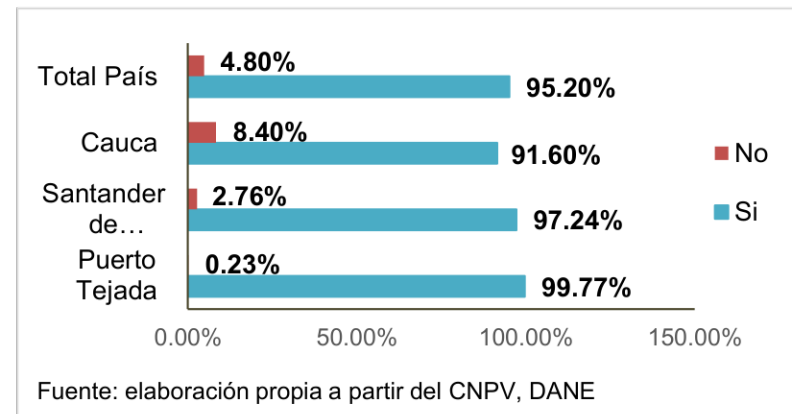
Gráfica 23. Distribución porcentual del servicio de acueducto en los municipios del Cauca y total país, 2018



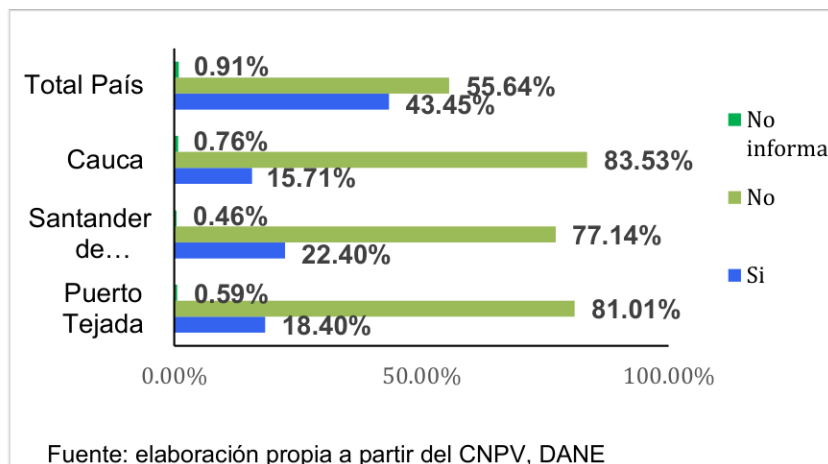
Gráfica 24. Distribución porcentual del alcantarillado en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018



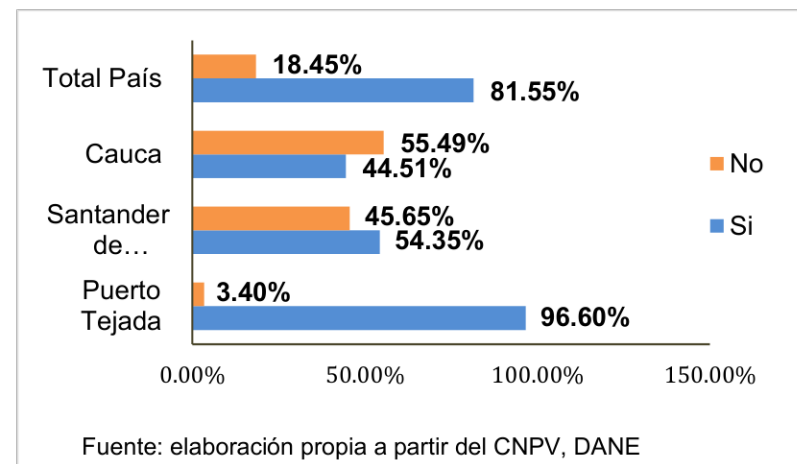
Gráfica 25. Distribución porcentual de la energía eléctrica en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018



Gráfica 26. Distribución porcentual del servicio de internet en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018



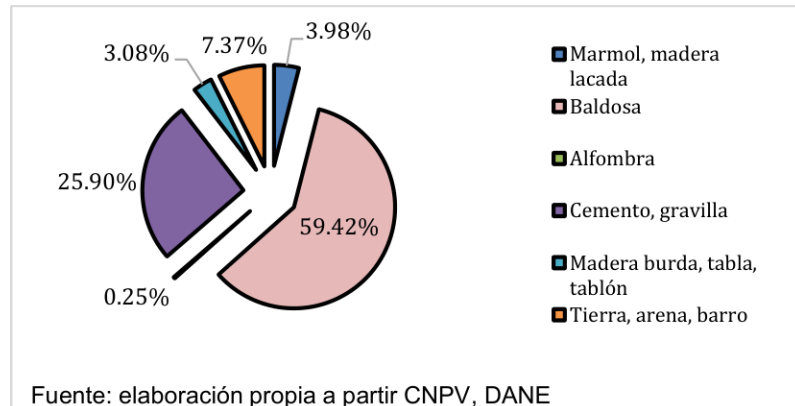
Gráfica 27. Distribución porcentual de la recolección de basuras en viviendas de los municipios del Cauca y total país, 2018



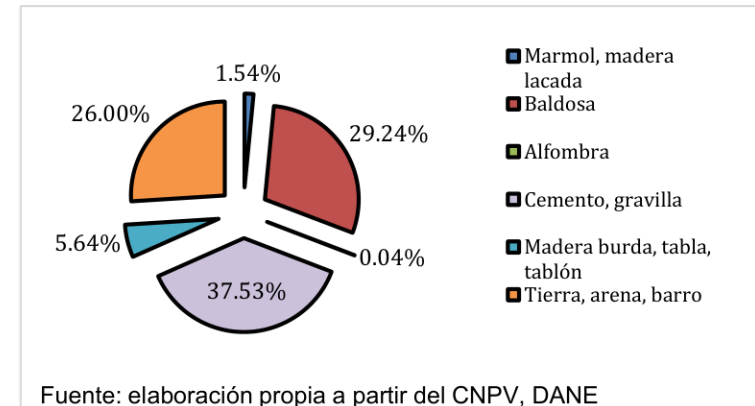
Por último, se observó la variable tipo de piso, en donde a nivel país (ver gráfica 28) la mayoría de las viviendas tienen piso baldosa, casi un 60%. Seguido del piso de cemento o gravilla un 26% y en menor proporción el piso en tierra, ya que fue de 7% y piso en mármol, alfombra y madera en casi un 4%. A nivel departamental (ver gráfica 29), una gran parte de los pisos fueron en cemento o gravilla alrededor de un 39%, paralelamente le sigue la baldosa con un 29% y la tierra, arena o barro con un 26%.

El anterior comportamiento de la variable para el Cauca se observó de manera similar en Santander de Quilichao (ver gráfica 30), en donde primó la baldosa en un 44%, el cemento en un 36% y la tierra 17% como los pisos más representativos. En cambio, en Puerto Tejada (ver gráfica 31), el piso que más tienen las viviendas es baldosa, alrededor de un 57%. Otro piso que es mayoría es el cemento siendo un 33% en comparación con el mármol, la tierra y la alfombra ubicados de 0% a 7%.

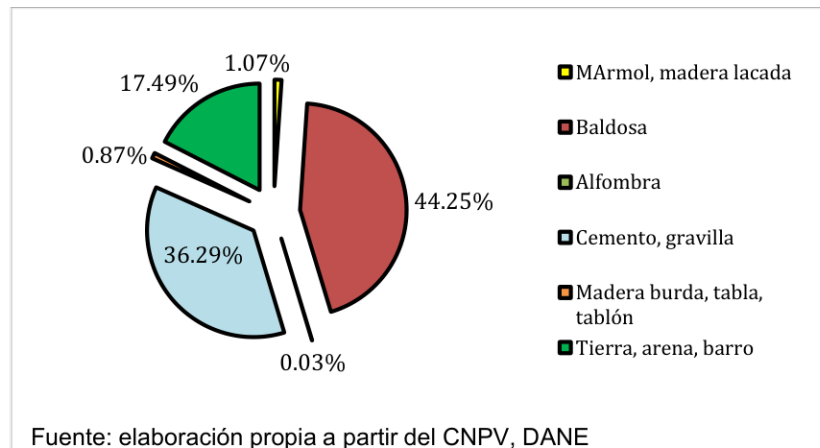
Gráfica 28. Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Colombia, 2018



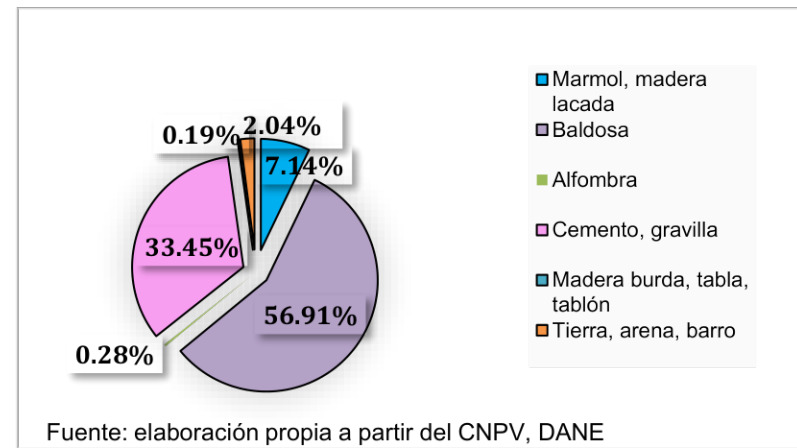
Gráfica 29. Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en el Cauca - Colombia, 2018



Gráfica 30. Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Santander de Quilichao, 2018



Gráfica 31. Distribución porcentual del tipo de piso en la vivienda en Puerto Tejada, 2018



8.2. Factores epidemiológicos en Tuberculosis en Santander de Quilichao y Puerto Tejada

Para describir el comportamiento epidemiológico de la TB, se describen las siguientes variables: número casos de TB, mortalidad por TB, la tasa de incidencia en TB, oportunidad en el inicio de tratamiento de TB, éxito de tratamiento en casos nuevos.

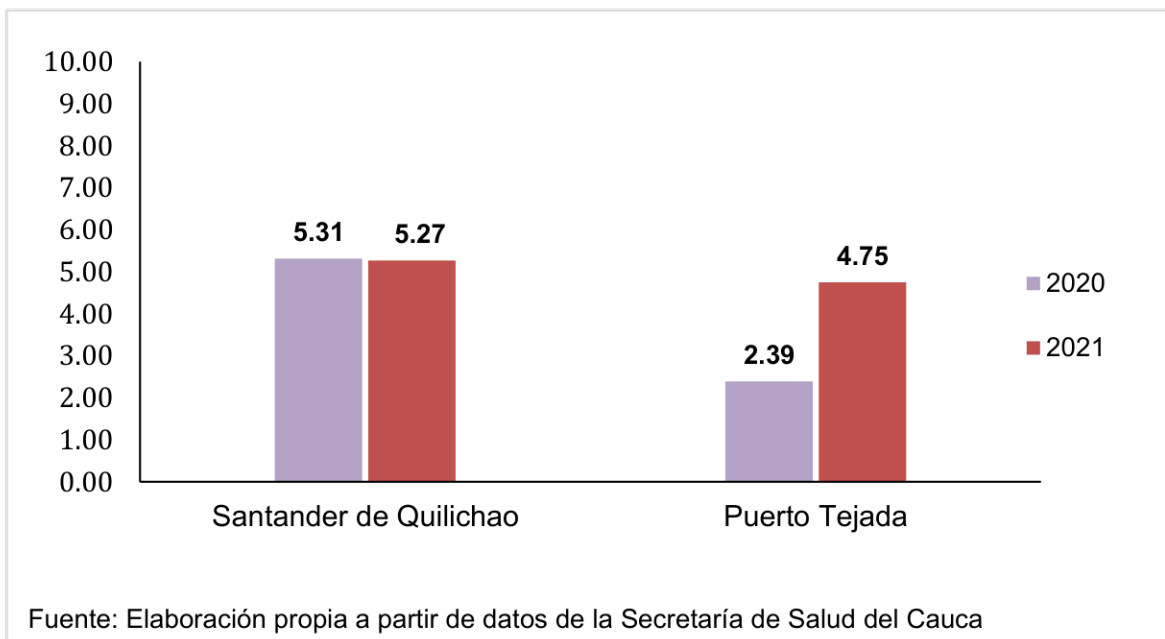
En cuanto a los factores epidemiológicos, de acuerdo con el sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), la TB pulmonar ha tenido aumento desde el año 2020 al 2022 a nivel nacional, pasando de 9593 a 15189 casos, dentro de ellos los hombres (6319 - 9972) han tenido mayor número de casos que las mujeres (3277- 5217). En el departamento del Cauca se observó que de 129 pasó a 212 casos aproximadamente. En donde hubo similar comportamiento al de país, con un aumento de TB en los hombres (85 – 133) y en las mujeres un menor número de casos (44 – 79).

Durante el mismo rango de años en Santander de Quilichao hubo un aumento de TB (12 a 23 casos), en donde solo el 2020 tuvo una distribución distinta a 2021 y 2022, ya que las mujeres fueron las más afectadas por la TB (7 casos) que los hombres (5 casos). Sin embargo, para los otros años los hombres volvieron a tener mayoría de casos (9 y 17). En Puerto Tejada se observa una menor cantidad de casos en comparación que las demás localidades descritas, pero continua la tendencia de aumento de TB (1 – 10 casos). En 2020 y 2022 los hombres obtuvieron la mayoría de los casos (1 – 8) y en 2021 las mujeres (4 casos).

Según la Secretaría de Salud del Cauca la tasa de mortalidad en el 2020 en Santander de Quilichao (ver gráfica 32) fue de 5,31, para el 2021 fue 5,27. Para el caso de Puerto Tejada en 2020 fue de 2,39 y en 2021 fue de 4,75. Como se observa, la tasa de mortalidad fue mayor en Santander de Quilichao en ambos años y se mantuvo constante. Mientras en Puerto Tejada en 2021 hubo un aumento aproximadamente del doble a 2020.

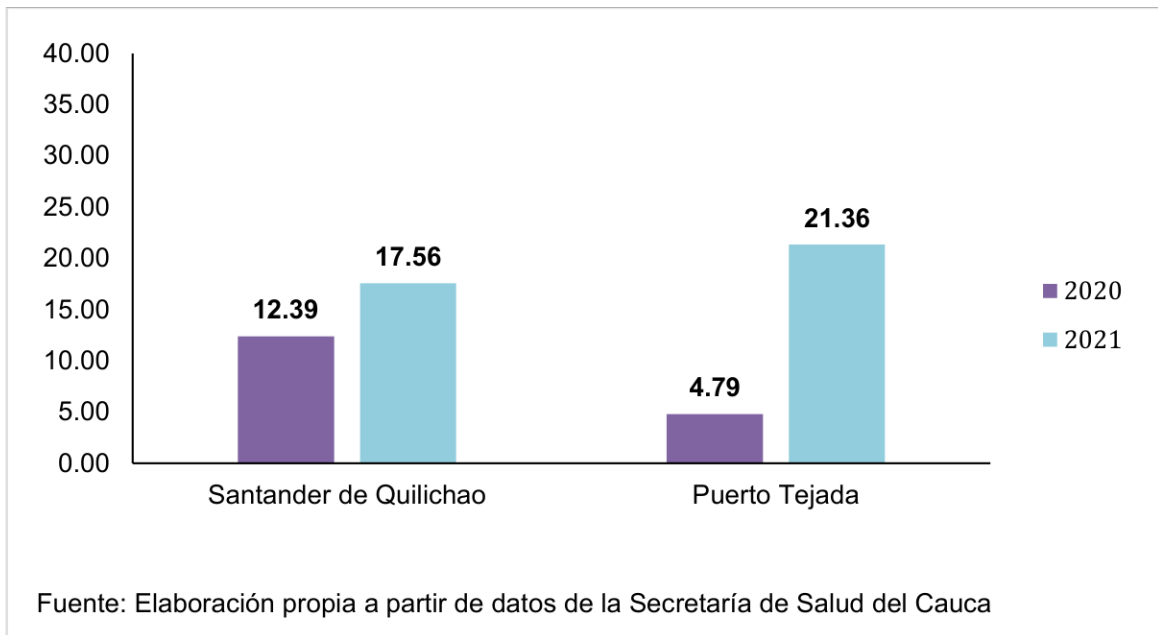
Es decir que aproximadamente 5% de las personas muren por TB entre 2020 y 2021 en Santander de Quilichao de cada 100.000 habitantes. Para Puerto Tejada cerca de 2% - 5% de personas fallecieron por TB entre esos años. Es decir que la TB a pesar de ser una enfermedad prevenible no alcanzó a impedirse por completo durante estos años generando mortalidad (62 y 63).

Gráfica 32. Tasa de mortalidad pacientes con TB en Santander de Quilichao y Puerto Tejada - Cauca, 2020-2021



De acuerdo con la gráfica 33, en ambos municipios se produjo un aumento en la tasa de incidencia de 2020 a 2021. En Santander de Quilichao de 12,39 pasó a 17,56. En Puerto Tejada de 4,79 ascendió a 21,36. Para ambos municipios el aumento del volumen de casos de personas con TB fue significativo, aunque llama la atención el aumento en Puerto Tejada por la magnitud del incremento. Es decir, que tenemos una población para la que en el periodo de los años observados aumentó el riesgo de ocurrencia de la TB.

Gráfica 33. Tasa de incidencia de TB pulmonar en Santander de Quilichao y Puerto Tejada - Cauca, 2020-2021



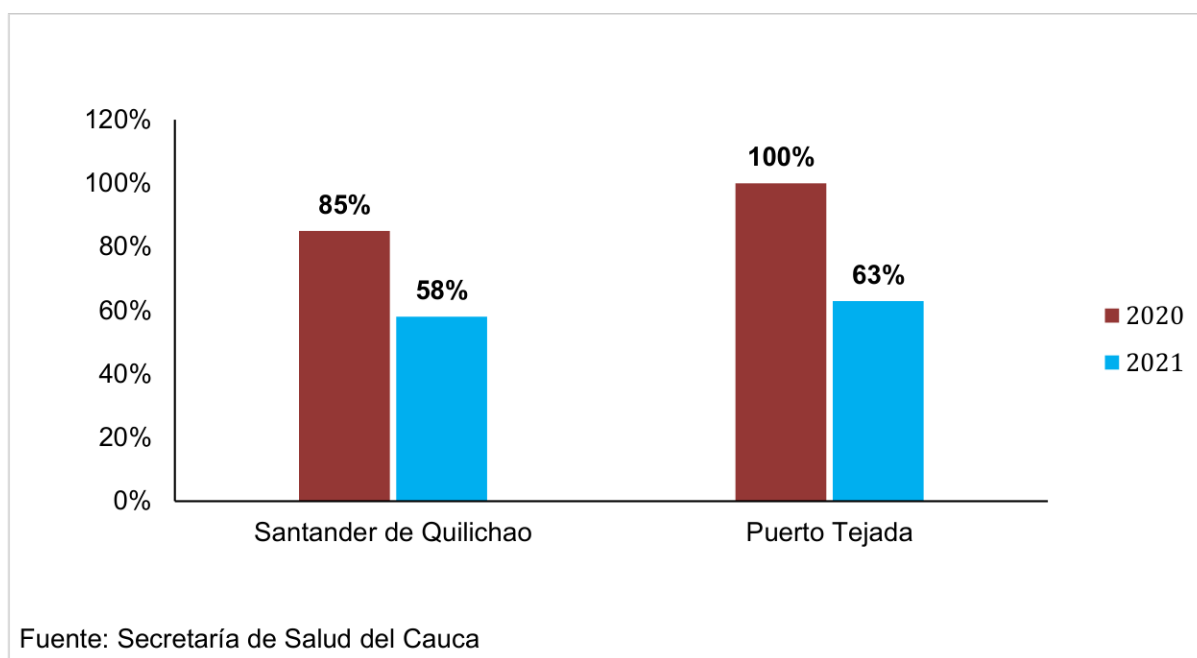
La Secretaría de Salud del Cauca reporta que la oportunidad de inicio del tratamiento de la TB en casos nuevos (ver tabla 1), en Santander de Quilichao en 2020 fue de 6 días y en 2021 de 19 días. En el caso de Puerto Tejada la oportunidad en 2020 fue de 1 día y en el 2021 fue de 6 días. En ambos municipios predominó el incumplimiento de la meta, con excepción de Puerto Tejada en 2020.

Tabla 1. Oportunidad en el inicio de tratamiento de TB pulmonar en municipios del Cauca 2020 - 2021*

Municipios	2020	2021
Santander de Quilichao	6	19
Puerto Tejada	1	6
*La meta es <2 (menor o igual a 2 días)		
Fuente: Secretaría de Salud del Cauca		

En cuanto al éxito del tratamiento en casos nuevos de TB Pulmonar, la Secretaría de Salud del Cauca refiere que en Santander de Quilichao fue de 85% en 2020 y en 2021 58%. En Puerto Tejada en cambio, fue del 100% en 2020 y en 2021 63%. Se observa en ambos municipios que en 2021 hubo una disminución, incumpliendo la meta que indica que debe ser mayor o igual al 85% (ver gráfica 34).

Gráfica 34. Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos TB pulmonar confirmados y diagnosticados en Santander de Quilichao y Puerto Tejada 2020-2021



8.3. Trayectorias de vida y experiencias en la adherencia al tratamiento de TB en Santander de Quilichao y Puerto Tejada

8.3.1. Caracterización de los participantes

En este apartado se desarrolló el objetivo 2 del presente trabajo, enfocado en los facilitantes y limitantes en la adherencia al tratamiento de la TB para los casos de estudio en Santander de Quilichao y Puerto Tejada. A continuación, se describen las principales características de los participantes que, servirán de insumo para los análisis de la interseccionalidad (ver tabla 2).

En Santander de Quilichao se entrevistaron 2 mujeres (María y Paola)⁴, y 4 hombres: (Tino, Fabio, Luis y Juan). De estos, residen en zona urbana Juan (barrio sobre la vía panamericana), Luis (barrio Bello Horizonte) y María (Barrio Morales Duque), y en zona rural Tino (Vereda la Arrobleda), Fabio (Vereda Domingullo) y Paola (Vereda Carbonero Bajo). Se detalla que en este grupo de participantes hay edades de varios ciclos vitales: Tino es adulto mayor de 81 años, Fabio, Juan y Paola son adultos de 37, 50 y 42 años, Luis y María son jóvenes de 24 y 30 años.

En Puerto Tejada se entrevistaron 2 mujeres (Julia y Patricia) y 5 hombres (Javier, Miguel, José, Roberto y Emilio) (ver tabla 2). De los cuales la mayoría reside en el sector urbano, excepto Emilio que vive en zona rural (Vereda Perico Negro). De acuerdo con los grupos de edad: Julia, José, Roberto, Miguel son adultos mayores de 70, 71 y 73 años. Patricia y Emilio son jóvenes de 23 y 30 años, y Javier adulto de 50 años.

En ambos municipios los participantes se encontraban en diferentes etapas de tratamiento, para Santander de Quilichao se contó con seis participantes, de ellos la mitad se encontraban curados de TB pulmonar (Tino, Fabio y Juan, ver tabla 2); la otra parte se encontraba en la fase dos, una con TB pulmonar (Paola) y la otra con TB Ganglionar

⁴ En adelante se usan seudónimos. Este trabajo se reserva la divulgación de los nombres propios de los participantes.

(María) y un participante en la fase inicial con TB pulmonar sensible. En Puerto Tejada fueron siete participantes, de los cuales tres estaban en la fase dos del tratamiento de la TB pulmonar (Julia y Patricia) y TB extrapulmonar (Emilio), uno de ellos se encontraba finalizando el tratamiento de TB pulmonar (Javier), otro había abandonado el tratamiento (Miguel), un participante se había curado de TB pulmonar (Roberto) y otro se encontraba en la fase uno de la TB pulmonar (José).

De los participantes en Santander de Quilichao, solo dos no tienen hijos (Fabio y Juan), de resto tienen hijos de 1 a 4 (ver table 2). En cuanto a los pacientes en Puerto Tejada todos tienen hijos de 1 a 7 (ver tabla 2). Julia y Javier tienen hijos que han fallecido. La primera fue un neonato y el otro, el hijo mayor por la violencia urbana. Del total de los entrevistados seis hombres son jefes de hogar (Tino, Luis, Javier, José, Roberto y Emilio) y solo una mujer es madre cabeza de familia y jefe de hogar (Patricia).

Con relación al nivel educativo, la mayoría de los participantes en Santander de Quilichao terminó la primaria (Fabio, María, Paola y Juan), pero la otra parte llegó hasta tercero de primaria (Tino y Luis). De todos, solo una participante se graduó de bachiller y cursó hasta tercer semestre de una carrera profesional (María) que fue interrumpida por la migración a Colombia. El resto de los participantes no lograron culminar el bachillerato, quedando en noveno y sexto (Fabio y Paola). En Puerto Tejada dos participantes no estudiaron (Miguel y Jose), otros dos llegaron hasta quinto de primaria (Patricia y Roberto), la otra parte logró ser bachiller (Julia), formarse como técnico electrónico del SENA (Emilio) y profesional en derecho (Javier).

De acuerdo con los relatos de los hombres de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, la escolaridad se interrumpió para la mayoría por problemas económicos en sus familias de origen, a excepción de un participante (Fabio) que interrumpió sus estudios por la pandemia, se enfermó de TB y no continuó. Otro de los participantes (Luis) no culminó sus estudios por el fallecimiento de su padre y hermano.

La economía si era buena prácticamente era buena, pero digamos había condiciones de vida muy precarias, por lo menos el estudio era muy costoso y a veces lo que ganábamos no nos alcanzaba, sino para comer y para que ella como era mujer también criando 3 nietos entonces le quedaba muy difícil, o sea, si ella hacía una cosa no podía hacer la otra, entonces tocaba alejarse de los estudios para poderle ayudar a ella para el sostenimiento de la comida y todo eso (entrevista - Juan).

Las mujeres también presentan especificidades en la situación que las llevó a abandonar sus estudios o las adversidades vividas para culminarlos. En Puerto Tejada persistió la falta de apoyo familiar para que en la etapa de dependencia económica de la infancia y adolescencia se culminaran los estudios. De manera que la inmersión en trabajos feminizados como el doméstico se transformó en un empleo para obtener recursos y dinero para finalizar los estudios. En Santander de Quilichao se observó una inmersión temprana a la vida laboral (en la adolescencia) que remplazó los estudios.

En cuanto a la pertenencia étnico racial, en Santander de Quilichao la mitad de los participantes son afrodescendientes (Tino, Fabio y Juan), de resto mestizos (Luis y María) y una paciente indígena (Paola). En Puerto Tejada la mayoría de los participantes son afrodescendientes (Julia, Javier, Miguel, José, Roberto y Emilio) y solo una participante es mestiza (Patricia). En Puerto Tejada predomina la pertenencia afro, mientras en Santander se evidencia mayor diversidad.

La identidad étnico racial, por su parte, es reconocida por algunos participantes como algo necesario para construir sociedades con respeto, en donde es necesaria la defensa de los derechos de la comunidad afrodescendiente:

Siempre del grupo étnico racial, siempre hemos estado identificados con Las Panteras Negras, que ha sido un grupo afroamericano que dio toda la lucha racial por lo étnico y siempre hemos estado ahí con Mandela, con Obama (pensativo), con... se me escapan los nombres ya. Sí, porque nosotros siempre hemos estado en esa lucha étnica y seguiremos estando en la lucha étnica. Todos somos seres humanos, todos somos en la misma condición, todos nos vamos a morir (entrevista - Javier).

Sin embargo, de los entrevistados muchos se identificaban con los grupos campesinos y agrarios antes que con grupos étnico-raciales. En Santander de Quilichao la identificación ha sido hacia los grupos campesinos que capacitan en habilidades técnicas a los pequeño productores y campesinos de ganadería y cultivo de piña en alianza con la junta de acción comunal. Asimismo, grupos de campesinos que realizan limpieza en las zonas veredales y cuidado del agua para uso de la vereda:

Mi abuela me mandaba a mí, ella se quedaba en la finca, y entonces siempre estuve en el medio de ese campesinado, y mi abuela también en la finca tenía como sembrar, sembraba yuca, sembraba si más que todo yuca, había palo de mango, palos frutales y ella los cosechaba y los traíamos a la galería (entrevista - Juan).

De manera que, la participación en actividades campesinas permitió que se formaran en cursos de agronomía en venenos para cucarachas y plagas en cultivos. Esos conocimientos los aplican a nivel laboral en negocios estacionarios. De igual manera, la no identificación a un grupo político o étnico también expresa que a pesar de estar en contextos que pudieron ser muy políticos no hay una participación comunitaria, si no trae un beneficio particular. Como es el caso del señor Tino, quien consigue su vivienda gracias a la participación en un grupo político que ayudaba en la gestión de lotes y vivienda en la vereda La Arrobleda por medio de un contacto:

Entonces este señor Caicedo que les digo, ellos querían que las personas tuvieran estabilidad en la vereda y nosotros en casa ajena, entonces salieron vendiendo estos lotes (...) Y verdad vinimos y conversamos con el señor de aquí y nos fuimos a Puerto Tejada a hacer los papeles, aquí nos pusieron un veedor para que si nosotros debíamos tener en cuenta el material que gastábamos lo que vendíamos y lo que quedaba y todo, y este señor, venía cada ocho días, en la primera reunión que hicimos ese señor se fue (entrevista - Tino).

En Puerto Tejada los hombres no mostraron esta identidad porque el contexto es urbano. Así como las mujeres en ambos municipios no mostraron asociación a grupos políticos o étnico-raciales:

Los grupos comunitarios no se veía, aunque eran épocas políticas lo que más se veía en mis tiempos era liberales y conservadores, pero yo siempre he sido muy aparte de eso (entrevista - Julia).

Tabla 2. Características sociodemográficas de participantes entrevistados

	Nombre	Tipo de TB	Etapas del tratamiento en TB	Género	Edad	Localidad residencia	padre o madre de familia (jefe de hogar)	# de hijos	Nivel educativo	Grupo étnico racial
Santander de Quilichao	Participante 1. Sr Tino	TB pulmonar	Curado	Hombre	81	Vereda La Arrobleda	Padre soltero y abuelo - jefe de hogar	4	Tercero de primaria	Afrodescendiente
	Participante 2. Sr Fabio	TB pulmonar	Curado	Hombre	37	Vereda Domingullo	No	0	Noveno de bachillerato	Afrodescendiente
	Participante 3. Sr Juan	TB pulmonar	Curado	Hombre	50	Barrio vía Panamericana	No	0	Primaria	Afrodescendiente
	Participante 4. Sr Luis	TB pulmonar Sensible	Fase inicial	Hombre	24	Barrio Bello Horizonte	Padre y jefe de hogar	1	Tercero de primaria	Mestizo
	Participante 5. Sra María	TB Ganglionar	Fase 2	Mujer	30	Barrio Morales Duque	Madre,	1	Bachiller con tercer semestre de administración	Mestiza
	Participante 6. Sra Paola	TB pulmonar	Fase 2	Mujer	42	Vereda Carbonero Bajo	Madre	2	Sexto grado de bachillerato	Indígena
Puerto Tejada	Participante 7. Sra Julia	TB pulmonar	Fase 2	Mujer	70	Barrio Antonio Nariño	Madre y abuela	4	Bachiller	Afrodescendiente
	Participante 8. Sra Patricia	TB Pulmonar	Fase 2	Mujer	23	Barrio Antonio Nariño	Madre cabeza de hogar y jefe de hogar	1	Quinto de primaria	Mestiza
	Participante 9. Sr Javier	TB Pulmonar	Finalizando	Hombre	50	Barrio Esperanza	Padre y jefe de hogar	5	Profesional-abogado.	Afrodescendiente
	Participante 10. Sr Miguel	TB pulmonar	Abandono	Hombre	Adulto mayor	Barrio Jorge Eliecer Gaitán	No refiere	No refiere	No refiere	Afrodescendiente
	Participante 11. Sr Jose	TB pulmonar	Fase 1	Hombre	71	Barrio Carlos Alberto Guzmán	Padre y abuelo, jefe de hogar	7	No estudió	Afrodescendiente
	Participante 12. Sr Roberto	TB pulmonar	Curado	Hombre	73	Barrio Villa Clarita	Padre y jefe de hogar	3	Quinto to de primaria	Afrodescendiente
	Participante 13. Sr Emilio	TB extrapulmonar	Fase 2	Hombre	30	Vereda Perico Negro	Padre y jefe de hogar	2	Técnico electrónico del SENA	Afrodescendiente

Fuente: Elaboración propia

8.3.2. Trayectorias de vida y condiciones socioeconómicas

Ahora bien, se observó dentro de las trayectorias de vida de los participantes de ambos municipios hitos migratorios, ya que han tenido que movilizarse desde el territorio origen de sus familias a otros territorios de residencia. Retomando a las familias de origen, las actividades laborales de su núcleo familiar estaban conectadas con prácticas de la agricultura y ganadería (Santander de Quilichao), en otros estaban relacionados con prácticas de obreros (Puerto Tejada), ventas ambulantes de cultivos de Pancoger (maíz, frijol, soya, plátano, cacao y café) (Santander de Quilichao y Puerto Tejada) y oficios varios (Puerto Tejada).

En Santander de Quilichao se observó (ver figura 1) que algunos participantes migraron de una vereda a otra de diferente municipio al de origen (Tino y Fabio), no obstante hay casos de participantes que nacieron en vereda y migraron a un barrio urbano (Juan), así como aquellos que se movilizaron de un país a otro (Luis y María) y una participante (Paola) que tuvo varios lugares de residencia: desde la ciudad a las veredas en diferentes municipios (Cali- Valle, Tambo- Cauca, Tumaco – Nariño y vereda Carbonero bajo en Santander de Quilichao). Esto muestra que la mayoría de las personas vivenciaron migración interna⁵, en donde los cambios de residencia se desarrollan dentro del mismo municipio y departamento de origen o hacia un departamento diferente al de origen. Pero también hay migrantes venezolanos, que experimentaron migración internacional (en modalidad caminante).

La mayoría de las ocupaciones laborales de los padres y abuelos de los participantes de Santander se dividieron en agricultor de cultivos de Pancoger, cuidadores de finca, artesanos, obreros de construcción y vendedores ambulantes. Solo uno era contador y profesional. Así mismo, los niveles de estudios eran nulos o llegaron hasta la primaria.

⁵ El factor migración interna en Colombia está conectado con la economía y transformaciones productivas (71), se genera por: motivos de desplazamiento forzado de campesinos, en donde la movilidad no es por voluntad propia, este se manifiesta desde las zonas rurales a las ciudades, o dentro de la ciudad por motivos de intercambios migratorios de trabajo, educación o búsqueda de oportunidades (71). Es decir, que este tipo de migración se da dentro de un municipio o dentro de un departamento (intra) en un país, pero también se da a nivel interdepartamental e intermunicipal dentro del país.

Para el caso de las madres y abuelas⁶ de los participantes en este mismo municipio (ver figura 1), su ocupación fue de vendedoras de los cultivos de Pancoger (yuca, maíz, frijol, frutales, yuca, arracacha, choclo y tomate) en las plazas de mercado, sin embargo, hubo un caso en el que la mujer vendía y cultivaba. También ejercieron trabajos como guardia de seguridad, lavanderas de ropa, aseadoras y artesanas. Se resalta que dentro de sus ocupaciones registraba el ser ama de casa en sus viviendas como una responsabilidad percibida por los hijos.

Otra cosa era, que por eso no me gustaba la agricultura, porque imagínese que mi mamá me llevaba para “el pueblo” a vender la cosecha, y había que llegar donde el que compra la cosecha y a preguntarle a él que por cuánto le pagaba eso, y esto tiene tantas libras ¿cuánto me da por eso? Entonces yo le decía mamá pero ¿por qué él le tiene que poner el precio? Si eso es suyo. Entonces ella me decía que eso eran costumbres, porque se había cogido la costumbre que había que llevarle los productos allá y ellos le ponían el precio. ¡Ay a mí eso no! No me sonaba, entonces yo ¿pero por qué? No, yo tengo que ponerle el precio... porque la necesidad es vender ¿cierto? Pero también que siempre uno tenga una ganancita, porque el tiempo se va y uno no sabe cómo (entrevista -Tino).

Todos los participantes tienen hermanos y muchas veces la participación en la relación familiar se manifestaba en que son estos hermanos les ayudan para el sustento económico en momentos de dificultad financiera. Por ejemplo: los hermanos eran apoyo económico para la compra del mercado familiar y apoyo económico en ideas de negocio estacionaria. También algunos participantes se diferenciaban de ellos.

Vea yo prácticamente, yo decía, yo veía que mi hermano iba a trabajar a esas empresas y llegaban todos revolcados, todos sucios, eso se me metió a mí y yo dije que nunca trabajaría en ninguna empresa (entrevista – Tino).

⁶ Quienes ejercían el rol mamá y papá en los hogares de los participantes. Las abuelas pasan a hacerse cargo de la crianza de sus nietos.

En la actualidad, la ocupación laboral de los participantes es: repostería y moldes (Tino); ganadería y cultivo de piña en Caquetá, Huila y Cauca (Fabio); vendedor de venenos para plagas de cultivos y cristalería para el hogar (Juan); carretero de alimentos (Luis); arreglo de uñas (María) y ventas esporádicas de catálogos (Paola). Casi todos estos trabajos son informales y en algunos casos vienen luego de una situación de desempleo.

La situación económica en la mayoría de los casos en Santander de Quilichao estuvo atravesada por dificultades, aunque en el ambiente comunitario campesino se resalta la disposición para compartir lo que se cosechaba con los vecinos, como un acto de solidaridad. Esto hacía la situación de consecución de los alimentos menos pesada.

Yo pienso que había como más posibilidades de conseguir la comida, pero uno pasaba muy mal rato, uno pasaba muy mal rato, porque imagínese que en los tiempos de fiesta los vecinos llevaban comida a las casas, hacían envueltos de mote, que nosotros llamamos, el frijol era regalado, eso iba y le llevaban unas 3, 4 libras de frijol... (entrevista - Tino).

En Santander de Quilichao se encontraron varios hogares monoparentales en donde la abuela era la jefa de hogar, se detalla que los participantes perciben que hay necesidades básicas insatisfechas. En el caso de los participantes migrantes, la economía la describen acompañada de la situación política de su país y con ello una razón para migrar fue la situación de escasez en su país de origen. En el caso de una participante migrante se observó miedo al estigma que podría traer la TB y ello la movilizó a tener una migración interna estando en Colombia.

No obstante, la situación económica de los migrantes que viven en Santander de Quilichao sigue inestable y con necesidades básicas insatisfechas porque no encuentran empleo formal por la situación de sus documentos legales. Sin embargo, poco a poco han logrado incorporarse al mercado laboral, principalmente informal.

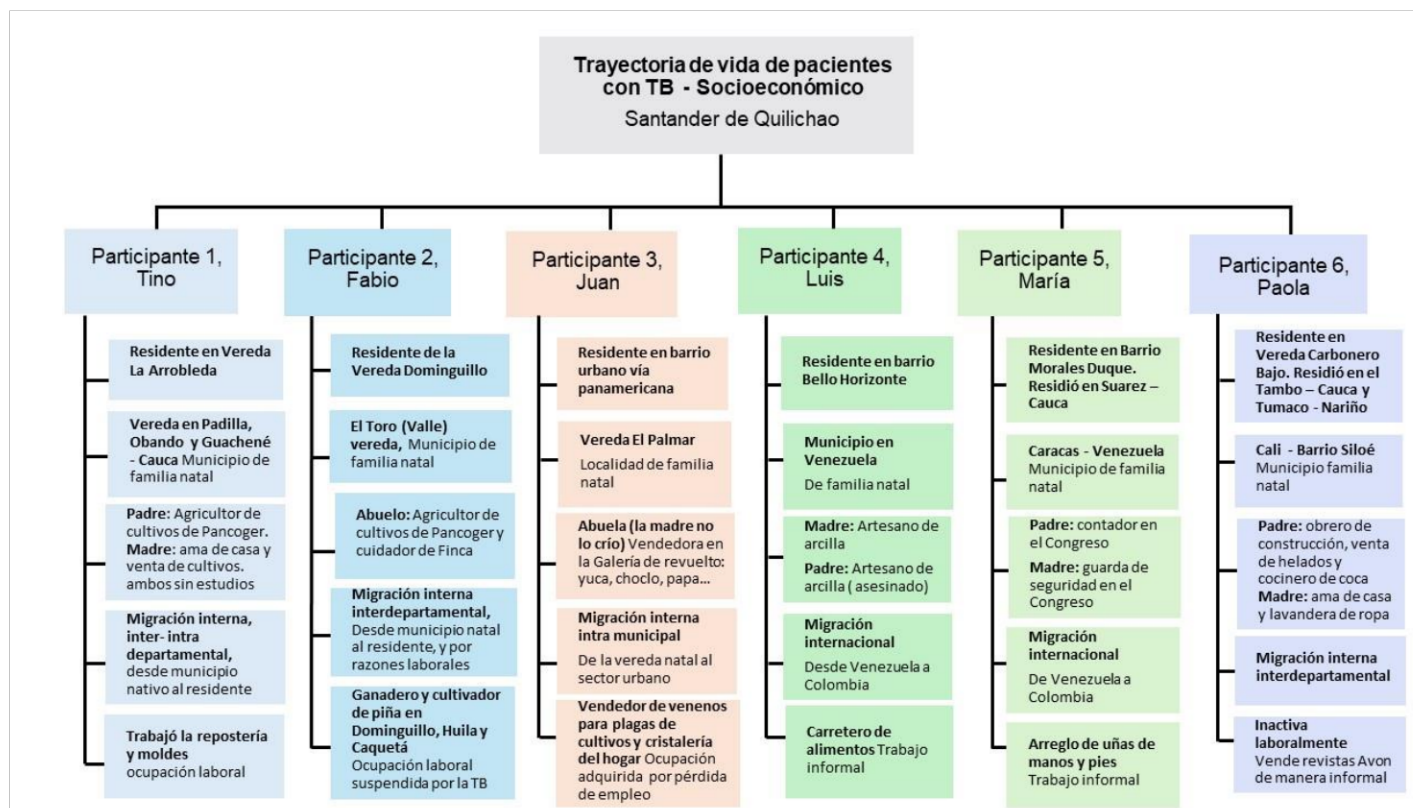
Siempre estuvo así, hasta ahora ya hace poco, pero no, siempre fue estable. ¿La verdad? No me ha dado que me he sentido, así como que bien. Los primeros días no pude conseguir

empleo, si me tocó duro porque uno sin permiso acá no, o sea era difícil conseguir trabajo y todo eso, pero no ya no. (Entrevista-María).

Por último, se observó que la inmersión en el mundo laboral informal para algunos se dio a temprana edad, en dos participantes desde niños debieron trabajar. Hubo una participante que trabajó en la ilegalidad como cocinera de coca en Tumaco. Un trabajo al que son tentados la mayoría de los campesinos por el recurso que este promete:

Entonces o cosechaba o cocinaba, los trabajadores. Mientras uno cocina, no eso es normal, ya es cuando sacan la droga, pero es para cada quién ¿no? Solamente lo hice una vez, y gané muy bueno, pero lo bueno no me agradó porque me costaba la vida ¿no? Y pues realmente de ese dinero no queda nada, porque más es lo que ganamos problemas con mi papá, nosotros fuimos desplazados con mi papá, entonces no. (Entrevista -Paola).

Figura 1. Trayectorias de vida a nivel socioeconómico Santander de Quilichao



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

En Puerto Tejada se identificó (ver figura 2) que dos participantes que migraron de veredas de sus familias de origen a barrios urbanos en Puerto Tejada, una próxima a Padilla (Julia) y la otra entre Guapi y Timbiquí (José). También unos migraron desde un barrio a otro, pero en diferentes municipios (de Padilla a Puerto Tejada). Otros se movilizaron de un barrio a otro dentro del mismo municipio por razones de desplazamiento forzado incentivado por los ingenios azucareros:

Aquí no había pobreza, pero después de que llegó acá, que llegaron los ingenios azucareros, que llegó la caña, ¡la caña nos acabó! Fueron acabando con todas las fincas de los padres de nosotros: e iban comprando un pedacito, cuando quemaban esa caña le quemaban todo el cultivo al abuelo a la abuela, se cansaban de eso vendían eso y se iban. Entonces ahora ya no tenemos tierra, ahorita en Colombia las tierras que tenemos están cultivadas en ¡caña!, anteriormente no, nosotros teníamos de todo y esto era un vivero demasiado rico. (Entrevista - Javier).

Igualmente, una participante migró de un país a otro y en un caso la migración sucedió de la ciudad al campo en el mismo municipio. Hubo una migración interna intramunicipal e intradepartamental, pero también internacional de Venezuela a Colombia (en modalidad caminante) (ver Figura 2).

Las ocupaciones de los padres de los participantes en Puerto Tejada eran de obreros fabricantes de ladrillos en adobe (barro); agricultores de cultivos de Pancoger y ganaderos, campesinos pescadores en mar y río y obreros en industria. Las madres y abuelas generalmente tenían trabajos no remunerado, solo tres de ellas habían trabajado, eran campesinas, agricultoras de cultivos de Pancoger y aseadoras de viviendas. El resto eran amas de casa.

Dentro de las historias de vida, una de ellas muestra una fractura por el fallecimiento de la madre en la infancia (Julia). Pero también, dentro de las relaciones familiares se observa sobrecarga de actividades sobre la niña que se quedó sin madre. Para la mayoría de los participantes hubo empleo a temprana edad motivado porque no había quién llevara el sustento económico a sus hogares. Es entonces, donde las relaciones

familiares se tradujeron en apoyo (en el cuidado de los hijos) y en los hogares monoparentales trabajo doméstico. Todos los y las participantes tienen hermanos y hermanas.

Es importante anotar que en Puerto Tejada se observa que las actividades en el hogar durante la infancia y adolescencia fueron asignadas de acuerdo con roles de género. Al ser mujer las actividades eran de trabajo doméstico y cuidado y en los hombres agricultura y llevar provisión económica.

Las ocupaciones de los participantes se distribuyeron en: oficios varios (Julia), vendedora en telecomunicaciones (Patricia), inspector de policía (Javier), técnico electrónico de manera informal (Emilio), pensionado como cortador de caña “al sol y al agua”. Así lo describe (José), pensionado de conductor en empresa de transporte (Roberto). Miguel no refiere datos sobre este punto. A pesar de que persiste la informalidad laboral, en comparación con Santander de Quilichao, hay más trabajadores formales y quienes han llegado a la pensión.

Yo trabajaba en el campo cortando caña en un ingenio, era un trabajo estable y directo, con el ingenio paraba 2 días que descansábamos, era directo, llevando agua en esos, llevando sol y agua en esos cañales, caña quemada, a veces la cortaba caliente. Trabajaba desde 1976, en ese tiempo tenía unos 16 años. (Entrevista - Jose).

La economía es percibida por la mitad de los participantes como apretada e inestable. Quienes no tienen casa propia definen que los esfuerzos se centraban en suplir el arriendo, los servicios y educación de los hijos. Otros se encontraban en situación de desempleo y rebusque en la informalidad laboral. Sin embargo, los trabajadores formales por empresa y obreros definieron la economía como estable cuando eran trabajadores activos, pero en su vida de pensionados resaltan una desmejora. Estos últimos trabajadores tenían vivienda propia al momento de la entrevista.

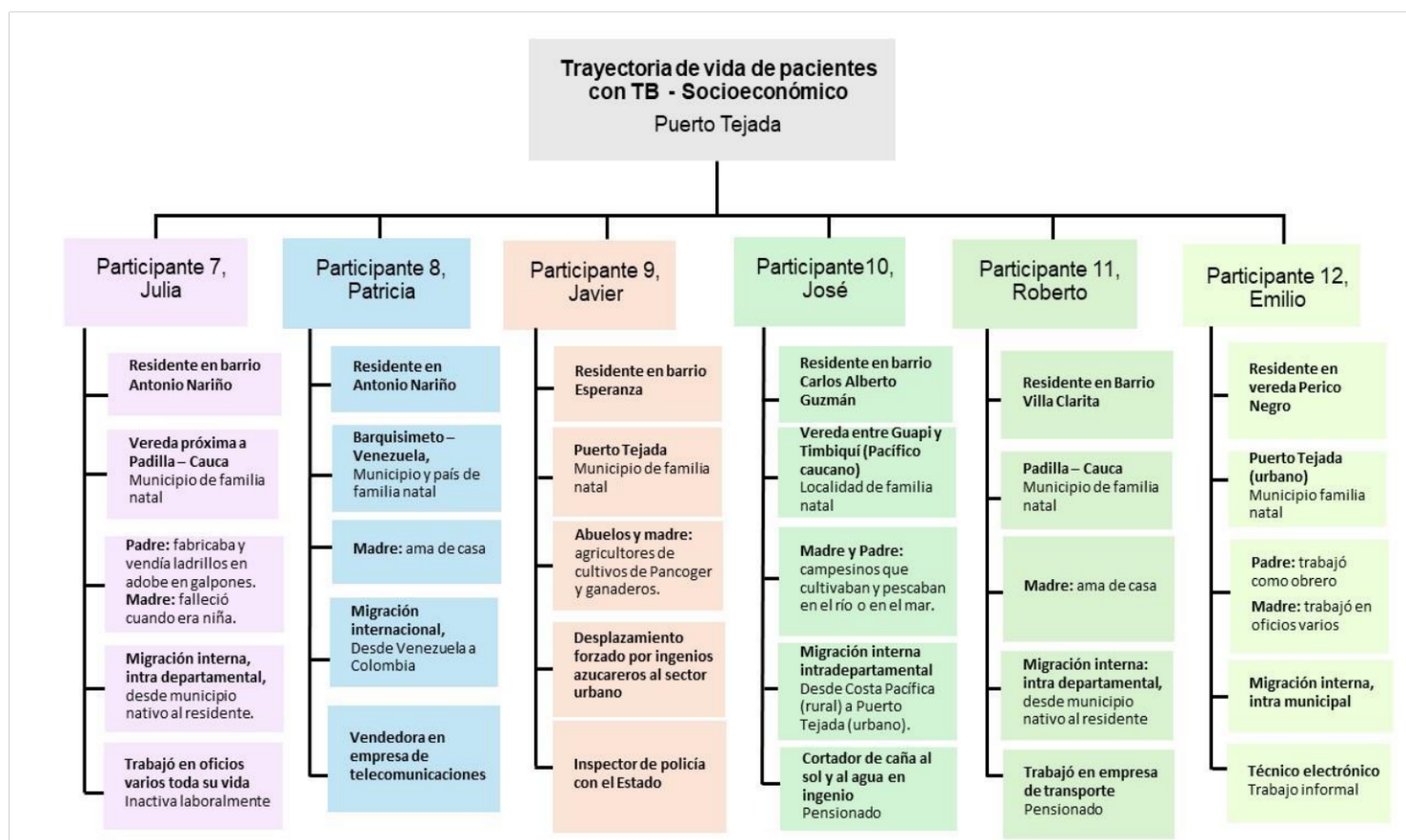
Para la participante migrante el estar en Colombia significaba la mejora de su economía, ya que consiguió trabajo, su madre y hermanos ya se encontraban en Puerto Tejada

antes que ella llegara, por eso tuvo en quienes apoyarse mientras se adaptaba. Aunque regresar a Venezuela es una opción en el futuro.

El trabajo se encontró asociado a la identidad personal de algunos hombres, como un pilar importante de sus vidas que debe funcionar para que el resto de las cosas estén bien.

A mí desde el principio siempre me ha gustado mi trabajo ¿si me entiende? Porque pues la electrónica yo la entiendo desde los 11 años, y luego me metí a estudiar y ahora trabajo prácticamente la electrónica. (Entrevista - Emilio).

Figura 2. Trayectorias de vida a nivel socioeconómico Puerto Tejada



Fuente: Elaboración propia a partir de las entrevistas

8.3.3. Trayectorias, contexto de los pacientes y diagnóstico de TB

Ahora bien, dentro de las condiciones económicas que viven los pacientes, las condiciones de la vivienda resultaron ser un factor relacionado con la TB. Los pacientes curados en Santander de Quilichao habitaban en viviendas espaciosas con circulación de aire, a pesar de ser viviendas con piso en tierra o cemento, así como con paredes en barro y cemento. La vivienda resultó favorable en el proceso de curación. Según el Instituto Nacional de Salud (INS) el tratamiento de la TB requiere de un ambiente higiénico-sanitario con ventilación y aislamiento del paciente en la fase inicial del tratamiento, en los primeros 15 días que es cuando sucede la transmisión del bacilo (72).

Las viviendas además de jugar un papel fundamental en la recuperación de la TB son un foco de vectores que pueden conducir a enfermedades infecciosas, de acuerdo con la salubridad. En una de las visitas se observó que algunas viviendas rurales presentaban alta congruencia de moscas y mosquitos (vector de enfermedades infecciosas como la Malaria y Leishmaniasis), que pueden ser un factor expositor a otras enfermedades infecciosas.

Otra característica del contexto es que en los territorios de viviendas rurales había presencia de actores armados al margen de la ley. en Santander de Quilichao (vereda Domingullo y Carbonero Bajo) desde la entrada a la vereda había panfletos y comunicados de grupos armados al margen de la ley. Esto aumentaba la amenaza de desplazamiento del territorio, ya que se comentaba que los enfrentamientos producían que la gente quisiera salir de allí.

Otra condición del contexto fue que la casa de un participante al estar ubicada sobre la vía panamericana de Santander de Quilichao – Popayán, frecuentemente se ve afectada por los bloqueos de parte de organizaciones sociales, habitantes de los municipios, de comunidades afrodescendientes e indígenas del Cauca, así como de actores del conflicto armado colombiano (73 y 74). La vía Panamericana es muy representativa para el Norte del Cauca, ya que es la única vía de conexión con la capital del Cauca y el Valle del Cauca.

Algunos participantes estuvieron expuestos a condiciones de riesgo para TB por las condiciones de vivienda, como por ejemplo el participante que vivía sobre la vía panamericana quien narraba que después de un aguacero en su venta estacionaria adquirió TB, su venta se encuentra ubicada en un espacio donde hay mucho polvo y moho. Otra participante vive en una casa con techo en zinc, paredes de esterilla, sin ventanas ni puertas y piso en tierra lo que presenta mayor vulnerabilidad. La participante migrante vivía en una habitación encerrada y baño con su familia mientras estaba en tratamiento de la TB y VIH. En la siguiente foto se puede observar el lugar donde permanece uno de los participantes.

Foto 4. Condición de la vivienda y el espacio en la entrevista



Fuente: Toma de Quilisalud ESE

Los participantes que residen en los barrios urbanos, como fue el caso de la mayoría de los participantes en Puerto Tejada viven situaciones de violencia urbana, una condición de vulnerabilidad social. A un participante la violencia urbana arrebató la vida de un hijo:

Aquí no había cosa de que los padres tuvieron que enterrar a los hijos, sino que los hijos tenían que enterrar a sus padres. Ahora los padres tenemos que enterrar a nuestros hijos, por consecuencia de la droga, por consecuencia de las balas perdidas, por consecuencia de la violencia que tenemos en nuestro país. (Entrevista-Javier).

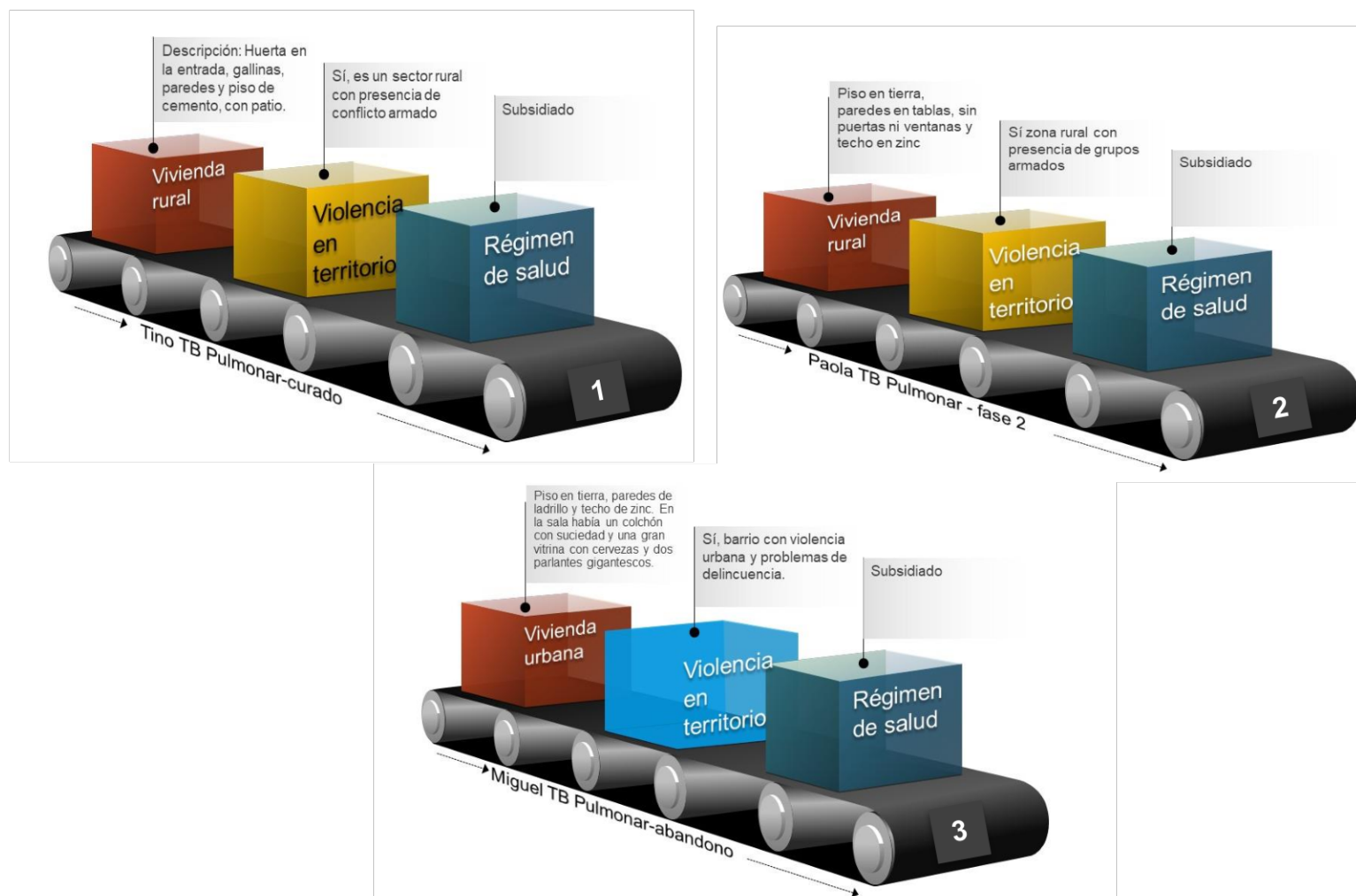
En Puerto Tejada, las viviendas ubicadas en la zona urbana contaban con ambientes amplios y con ventilación. Solo en el caso del participante que se encontraba en abandono del tratamiento (Miguel) la vivienda tenía piso en tierra y en ladrillo, en donde la amenaza urbana era la frecuencia de robos, inclusive los profesionales de salud realizaban la visita a su vivienda con temor.

La figura 3 ilustra cómo funcionan estas condiciones de vulnerabilidad, en la dinámica de vida de tres casos de pacientes con: 1) adherencia al tratamiento exitosa, 2) tratamiento en proceso y 3) abandono del tratamiento, tanto de Santander de Quilichao y Puerto Tejada. Sin embargo, esta misma dinámica se observó en todos los casos para ambos municipios como se señala en los anteriores párrafos de esta sesión. Adicionalmente, es importante anotar que la mayoría pertenece al régimen subsidiado, excepto algunos de Puerto Tejada que trabajaban como obreros y tenían régimen contributivo.

La atención de la ESE Quilisalud en Santander de Quilichao fue adecuada y positiva para la curación de los pacientes, poniendo en marcha estrategias como la atención temprana a los participantes y atención oportuna cuando se encontraban en el tratamiento. Como se ha observado no todos los pacientes se encontraban curados. En el caso del participante migrante, la ESE Quilisalud lo sensibilizaba sobre el tratamiento de la TB y sobre la gratuidad de este.

Pero en el caso de Puerto Tejada la prevención por parte de los hospitales y las clínicas a cargo no ha sido adecuada, los pacientes no solo presentaron diagnósticos tardíos, sino también barreras en el acceso a los medicamentos, reprocesos y continuos traslados a Cali para ser atendidos. En el caso de la migrante de Venezuela ella confirma que no tenía documentos ni afiliación a salud, debió pagar particular para el diagnóstico y luego por medio de consultas logró ser asistida por la Secretaría de Salud para el tratamiento de la TB, por parte de la ESE Norte 3.

Figura 3. Factores del contexto en Santander de Quilichao y Puerto Tejada



Fuente: elaboración propia a partir de la entrevista

Hubo barreras que venían por parte de la acción tardía de los participantes para reaccionar frente a la TB, ya que en muchos casos se confundió con gripa, pérdida del apetito, decaimiento, pérdida de oxigenación y escalofrío. Muchos pacientes fueron de manera tardía al médico, tras experiencias de diagnóstico tardío, traslados a Cali para ser diagnosticados con exámenes especializados o durante una hospitalización en clínicas privadas. Se logró la identificación de la TB y con ello el inicio del tratamiento.

Yo desde el 10 de enero (2023) comencé como a decaer a bajar de peso, venía con fiebre y ya en mayo ya el cuerpo se me descompensó totalmente, ya fui y me hice unos exámenes, y ahí me habían detectado que tenía VIH y bueno me hicieron su proceso, pues ya también haciéndome estudios y todo eso ya también me salió eso de la tuberculosis. (Entrevista - María).

Y yo ¡ah sí! Yo voy a ir al médico, y ya el pecho me sonaba como un pollo, ¡horrible! Pero yo no le presté atención a eso y yo creo que duré 2 meses con ese sonido en el pecho, pero después, imagínese, a parte de los 4 meses, ahí fue que ya empezó la toz, una toz y ya con esa toz ahí sí fue que ya fui. (Entrevista – Paola).

Algunos participantes de Santander de Quilichao interpretaron los síntomas de la TB como un maleficio:

Una sobrina mía le dijo a mi hermana que de pronto a mí me habían hecho “algo”. Entonces yo le dije, no eso no es, porque es que yo estoy sintiendo, yo votaba coágulos de sangre y me lavaba en sangre, eso es horrible, ahí fue que ya me hicieron los exámenes, pero después de los 4 meses, sufrí. (Entrevista - Paola).

También hubo creencias por parte de pacientes masculinos de que ir al médico era para mujeres, no asunto de hombres que debían trabajar y llevar el sustento económico a sus hogares. En Puerto Tejada una participante reconoce el contagio como la falta de prevención frente a un familiar con TB, ya que al haber sido cuidadora no tuvo el cuidado adecuado.

Mi hijo, visitándolo él fue, sí el fue que la tuvo, pero antes de mi hijo la tuvo un primo de él, pero como ellos convivían en una casa acá a la vuelta... él empezó a sentirse más maluco, entonces lo llevamos al médico, del hospital lo mandaron a la Clínica Uribe Uribe (Cali) allá le hicieron serie de exámenes, porque a él le descubrieron la tuberculosis por medio del pulmón, una biopsia que le hicieron, porque los exámenes que a él le hicieron le salían negativos y por medio de la biopsia del pulmón fue que le descubrieron la tuberculosis. Y la mía me la descubrieron fue pues como yo tuve contacto con mi hijo en la Clínica, entonces a mí me la descubrieron por medio de los exámenes que me tomaron, los exámenes dieron positivo. (Entrevista -Julia).

No solo su hijo, sino también la nieta y el esposo tienen TB. En el mismo núcleo familiar se presenta: TB latente (nieta y esposo), TB con derrame (hijo) y TB pulmonar (el propio caso). Sin embargo, al momento de la entrevista no había recibido una notificación por parte del centro médico sobre su tipo de TB y ya estaba en la fase 2 del tratamiento:

Mire que a mí me dicen que mi tuberculosis es pulmonar pero pulmonar es como la que tuvo mi hijo, pero la de mi hijo era con derrame pleural, un derrame que tuvo él pleural, pero la mía es pulmonar pero no me han especificado claramente si es pulmonar. (Entrevista-Julia).

Por último, la inconformidad en Puerto Tejada persiste por parte de algunos participantes que señalan haber sufrido negligencia médica en el diagnóstico de la TB. Tras ser hospitalizado y sometido a procedimientos médicos insensibles, primero lo reportaron a la Secretaría de Salud y en su área de trabajo antes que informarle a él.

Fue tan así que cuando paso eso (ser refiere a la TB) ni a mí me lo dijeron, sino que eso llegó a la Secretaría Salud Departamental, lo que más rabia me dio. Si porque teniendo mis teléfonos, teniendo mi número nunca me avisaron, nunca me dijeron nada, no en cualquier momento yo le coloco una denuncia a la clínica, es una cosa que yo los puedo denunciar a ellos porque eso se llama negligencia médica, falla en el servicio. Yo vengo a conocer fue porque la Secretaría de Salud me llamó, y cuando la Secretaría de Salud me llamó yo me aterrre, yo dije ¿cómo? Lo digo de verdad y con mucha piedra vivo con eso. Sí porque hasta mis compañeros y compañeras asustados qué yo sabiendo, les dije que yo no sabía nada, de yo haber sabido ni vengo a trabajar, ni los vengo a arriesgar a ustedes. (Entrevista-Javier).

8.3.4 Trayectorias de vida, hito de la TB y servicios de salud

En las entrevistas se evidencian prácticas que han acompañado las trayectorias de vida de las personas, ya que desde su infancia, adolescencia y niñez han construido gustos con los cuales se identifican. Para los pacientes hombres de Santander de Quilichao, que crecieron en el área rural se evidenció un gusto en la infancia por los juegos relacionados con soldados, bolas, trompo. En la adolescencia se identificó el gusto por los sonidos de las armas, es decir, por pertenecer al ejercicito, es visto como un logro meritorio y respetado.

Los hombres en Puerto Tejada tenían preferencia por las actividades deportivas como el fútbol. Pero en algunos casos, durante la infancia y la adolescencia, las actividades de ocio y que realizaban por placer fueron interrumpidas por situaciones económicas complicadas que los llevó a ocuparse en actividades laborales remuneradas. Se identifica que para los más jóvenes el gusto está en las nuevas tecnologías, en tener celulares.

En el caso de quienes crecieron en contextos rurales debieron participar de esas actividades agrarias y campesinas. Este trabajo y las actividades escolares formaban parte de su cotidianidad:

Me tocaba ir a trabajar ¡Primero! A mí, a mí primero me tocaba ir a la finca a trabajar a las 4:00 am, para a las 5:00am ya estar en la casa con la leche de las vacas que se ordeñaban y luego hacer el aseo en la casa, de los pollos que se criaban ahí y eso, y dejar barrido para que luego cuando mi abuelo y mi abuela se levantaran ya la tienda estuviera lista. Y ahí ya a las 6:30am ó 7 iba uno arrancando para la escuela. (Entrevista-Javier).

Las mujeres en la infancia y adolescencia se identificaron con actividades de estudio, con espacios de compartir con sus familias (Santander de Quilichao) y cocer los vestidos de sus muñecas (Puerto Tejada). El gusto por la costura en algunas se mantiene hasta la vejez:

No, cómo le digo, no tuve como el espacio de yo desarrollar lo que yo quería, porque 11 a 15 años la pasé con mi tío y de los 15 a los 16 ya estaba conviviendo con mi esposo. No tuve tiempo de quemar esa etapa. Pero le digo que yo desde muy niña siempre me ha gustado la modistería, yo cogía trapo, yo hacía vestiditos, con mis muñecas le hacía ropita. Pero ahora ya tuve la, cómo le digo, la oportunidad de convivir con mi esposo, él paga caja de compensación en Comfacaucá. En Comfacaucá a uno le dan espacio para que las esposas puedan estudiar lo que ellas han querido, entonces entré yo a hacer el curso de modistería (Entrevista-Julia).

Las actividades de disfrute en la infancia y adolescencia se vieron interrumpidas por los deberes de hacer oficios: cocinar y lavar, ya que muchas desde temprana edad (10 y 12 años) debían cocinar y hacer aseo en sus hogares de origen (tanto en Santander de Quilichao como en Puerto Tejada). También el cuidado de los demás hermanos, en familias monoparentales:

Niñez no tuve, como se dice lo que le dan a uno así, sólo porque yo convivía con mi papá, mi mamá en ese tiempo pues, no estaba con nosotros. No tuve mucha experiencia así niñez, porque de los hermanos yo era la mujer, era yo la mayor. Tenía que hacerme cargo de mis otros hermanitos y de la casa. Hacerme cargo de lo que hacía mi mamá, porque yo era la que quedaba al frente (Entrevista -Julia).

Con mis hermanas una lavaba la loza, la otra barría, la otra lavaba el baño y así. Ya sabía hacer el aseo de la casa. Mi papá desde pequeños nos compraba ollitas y nos enseñó a cocinar. Desde los 12 años cocino, éramos tres mayores y tres menores, nosotras las mayores cuidábamos de las menores (Entrevista – Paola).

En consecuencia, la notificación de la TB para muchos participantes hombres en Santander de Quilichao tuvo alto impacto, ya que creyeron que podrían fallecer. Otros lo tomaron como un momento de arrepentimiento y reflexión por el abandono de la salud propia. Para las mujeres también tuvo impacto alto impacto e inmediata reacción de continuar con el tratamiento.

Por Dios, le digo que vea, se me subió como un corrientazo, sinceramente, yo sentí como algo que, como que no, no, no. Yo dije como ¿Cómo así? Y ¿esto por qué?... Me dio un no sé, como un susto algo así. Pero ya al otro día ya tomé las cosas en serio, y yo dije bueno pues si me toca partir, yo siempre pensando que el señor es el que tiene la última palabra, vamos a los medicamentos y todo, y ya cuando entramos en contacto allá, que así y asa... (Entrevista - Tino).

Porque uno dice hasta aquí llegó uno (Entrevista - Fabio).

Pues si me decaí un poco y todo eso, porque eran 2 diagnósticos a la vez, duro al principio sí, pero había algo que motivaba y es que tengo una hija y mi familia, eso me ayudó a sacar fuerzas y a ser más fuerte y a tomar medicamentos (Entrevista - María).

En Puerto Tejada algunos participantes hombres lo vivieron como un momento de derrumbe por temor a la afectación emocional que pueda tener en la familia. También de aceptación ante lo inevitable que se veía la enfermedad (hombres y mujeres),

Me dio duro, yo no soy de llorar, pero pues sí me dio duro porque primeramente yo convivo con mi hija menor, ¿si me entiende? Cuando yo estaba hospitalizado a mí no me gustaba que mi pareja fuera por allá, pero ella que no que yo voy, que yo voy. Cuando ya veía la sorpresa ¿cómo hacía pa' decirle que se fuera? Sí la verdad si me dio duro (Entrevista - Emilio).

Yo la recibí como que le dicen a uno usted está diabética, usted está sufriendo de la presión, pero en el momentico yo sí tenía como un temor, pero de ver por lo que pasó mi hijo, porque mi hijo se vio fue en las verdes y las maduras, estuvo gravísimo (Entrevista -Julia).

Los médicos me dijeron que es normal porque ya está ¿qué vamos a hacer? (Entrevista- Jose).

La importancia de la guía de los profesionales de salud fue clave para el proceso de entender la enfermedad en muchas experiencias, tanto en Santander de Quilichao como en Puerto Tejada:

Es una enfermedad que al principio me bloqueé, mentalmente me bloqueé, me deprimí y pues gracias a Dios, gracias a todos los consejos y, o sea era algo psicológico, gracias a lo que fue la muchacha de Secretaría ellas me ayudaron mucho a, como quién dice, me ayudaron a asimilar lo que yo tenía. (Entrevista-Patricia).

Por último, en la experiencia de la notificación en uno de los participantes de Puerto Tejada generó emociones fuertes como la ira y buscaban que sus familiares no se enteraran para que no los vieran en momento de debilidad y necesidad de cuidado:

Pues cuando yo sabía de eso, que yo estaba solo, yo me quedaba solo en mi sala, y si mis hijos estaban arriba, estaban arriba; y si mis hijos estaban abajo, yo no me quedaba abajo y yo me iba pa' mi cuarto y yo los dejaba ahí tranquilos. Es tan así que ni para ni para decir que fueran a a a sentir temor, yo no les dije nunca nada de eso, le dije a a mis compañeras, a los médicos y a las doctoras que ellos les explicaran, que ellos lo trataran, que ellos miraran cómo hacían la mejor manera, pero no ponerse a generar un escándalo, porque uno si yo psicológicamente no manejo la situación, porque todo es mental ¿ya? (Entrevista - Javier).

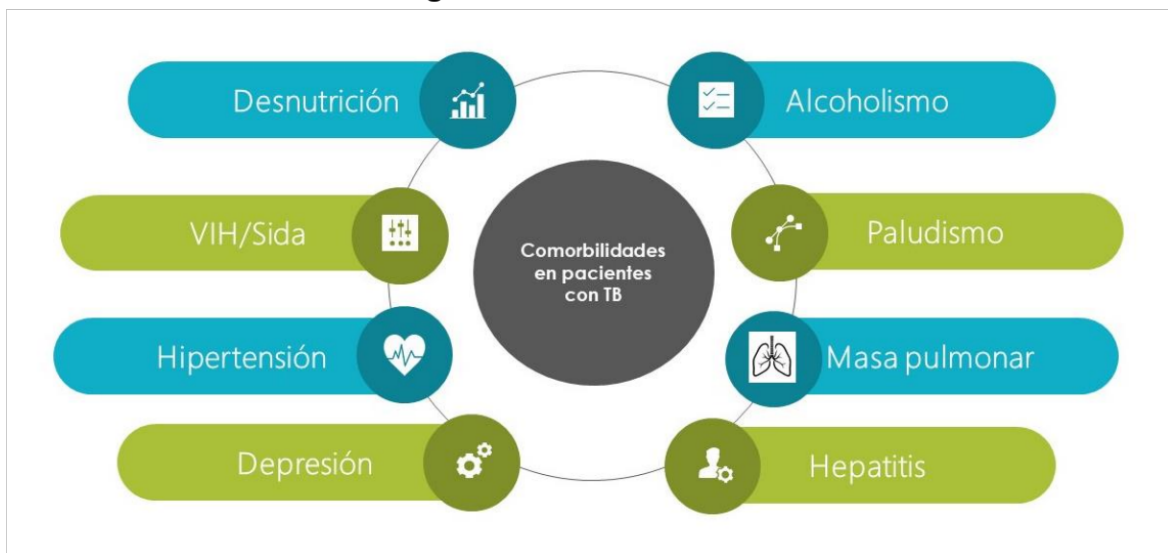
8.3.5. Comorbilidades, experiencias de cuidado en la TB y servicios de salud

Dentro de las comorbilidades encontradas (ver figura 4) unos participantes adquirieron comorbilidades durante la enfermedad y otros antes. En Santander de Quilichao durante la enfermedad presentaron desnutrición (Tino y Fabio). Antes de la enfermedad un participante (Juan) tenía alto consumo de alcohol y reconoce un descuido en su alimentación, lo que resultó en desnutrición en el momento de la enfermedad. Una participante tenía VIH y desnutrición antes de la TB (María). Otra participante (Paola) tuvo paludismo antes de la TB y durante desnutrición la TB.

En Puerto Tejada, durante la TB una de las participantes fue diagnosticada con Hepatitis debido a los medicamentos (Julia). Durante la enfermedad una participante tuvo desnutrición y depresión (Patricia). El participante en condición de abandono sufrió de

alcoholismo antes y durante la TB (Miguel). Un participante era hipertenso antes de la TB (José) y otro (Roberto), antes de la enfermedad tenía una masa en el pulmón y durante ella padeció de esta lesión y la TB.

Figura 4. Comorbilidades



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas

En continuidad con lo anterior, dentro de esas experiencias de la enfermedad, hay participantes que logran salir de la situación de la enfermedad a pesar de las comorbilidades en ambos municipios. Ya que los pacientes curados son una muestra de adherencia al tratamiento exitoso. Los pacientes en finalización también lo son y los pacientes que están empezando o en la fase 2 son una muestra de cómo sucede este proceso de adherirse y cuáles son los mayores retos que deben solventar los pacientes y las instituciones de salud en el proceso del tratamiento de la TB. Hubo un caso no exitoso en el que el paciente se encontraba en situación de abandono del tratamiento, este participante tenía una comorbilidad de alcoholismo.

Sí, si no que no sé qué me pasó y deserté. Llevo 8 días que abandoné el tratamiento.
(Palabras del señor Miguel en la entrevista).

La figura 5 muestra cómo suceden los servicios de salud y el cuidado a lo largo de las experiencias en el tratamiento de la TB en ambos municipios. A continuación, se despliegan una serie de aspectos que surgieron en las entrevistas relacionadas con los servicios de salud, el cuidado y autocuidado de los pacientes. En esta figura se identifica en primer lugar los servicios de salud, encargados del suministro de los medicamentos y los costos que este tiene para las personas.

Se encontró que los servicios de salud ofrecidos por la ESE Quilisalud en Santander de Quilichao, difieren de los de otras instituciones de salud como la Fundación Propal, Nueva EPS, Comfacauca, Clínica S.O.S y la ESE Norte 3 en Puerto Tejada. Para Santander de Quilichao la mayoría de los pacientes tenía un buen suministro de medicamentos. Había auxiliares encargadas de darles los medicamentos diarios a los pacientes (Tino, Fabio, Juan, Luis, María y Paola), si el paciente no podía ir por motivos de dificultad familiar o económica, la auxiliar se desplazaba hasta la residencia del paciente para llevárselos. Además, realizaban seguimiento y monitoreo al tratamiento y toma de los medicamentos de manera continua.

El suministro de los medicamentos en Puerto Tejada funciona diferente, pues las instituciones de salud no solo no vigilan y monitorean sus pacientes, sino que en algunas ocasiones los dejan sin medicamentos. Solo la Secretaría de Salud Local de Puerto Tejada se encarga de hacer seguimiento a los pacientes en condición de vulnerabilidad que necesitan los medicamentos de TB y están en riesgo, tales como los migrantes. Pero la situación con los pacientes de IPS y EPS es diferente, pues no solo no hay una atención de calidad, sino que se identificó irrespeto, rechazo y racismo en algunas atenciones. Una participante relata que durante la atención médica sintió rechazo por parte de la doctora, porque se tapó y se distanció con asco de ella y se sintió afligida.

Si yo me los tomaba los medicamentos puntalmente a cómo eran, pero yo sentí, yo empecé a sentir que me estaban cayendo mal, yo les dije al médico: a mí cuando me tomo los medicamentos el dolor de aquí (se señala la barriga) se me aumenta más, y el estómago se me pone ¡delicadísimo! Irritable, y el medico me dijo que eso era normal de los medicamentos. Hasta que llegué a un, a un proceso que la inflamación del hígado me

estaba produciendo hepatitis; porque se me pusieron los ojos amarillos, orinaba amarillo... Ahí fue que me remitieron para la Clínica Nuestra (Cali) para que me llevaran el tratamiento de eso. (Entrevista-Julia).

Otros rechazos en pacientes con TB en Puerto Tejada son los vividos en espacios laborales, pues una de las pacientes expresa que se ha sentido excluida por sus compañeros de trabajo, en donde dialogar el tratamiento con su trabajo ha sido un reto. Para este proceso ha recibido apoyo psicológico por parte de la Secretaría de Salud Local de Puerto Tejada, ya que en su condición de migrante de Venezuela ha sido difícil llevar la TB y superar el miedo al rechazo de la gente.

Es importante anotar que la experiencia de la toma de medicamentos, para algunos, conlleva otra enfermedad. Por otra parte, en algunos casos, el médico subestima el dolor u otros síntomas que refiere los pacientes hasta el punto de agravarse, como lo señaló en el punto anterior, asociado con hepatitis. Aunque la paciente se encontraba en la fase 2, comentaba que la Fundación Propal había dejado de darle los medicamentos para la TB y que por ello la Secretaría de Salud estaba haciendo seguimiento.

En Puerto Tejada, la forma de consumo de los medicamentos se dividió en: Aquellos que deben ir a reclamarlos a la institución de salud (Fundación Propal, Clínica S.O.S, Nueva EPS, Comfacauca) (Javier, José, Miguel, Julia). Aquellos que pueden tomarlos en casa enviando evidencia fotográfica (Emilio y Patricia).

En Santander de Quilichao el seguimiento de la toma de los medicamentos se evidenció de manera presencial, por video o foto. Acompañado de visitas frecuentes por el personal de salud. Sin embargo, estas últimas fueron calificadas como por los pacientes en Santander de Quilichao como generadora de estigma frente a los vecinos.

¡Ah no! Porque es que yo les dije que me dieran eso pa', pa' que la gente no tuviera que estar cada rato ta. Entonces allí me dijeron que había que llevar un orden y si era posible tomarse una foto cuando se estaba tomando el medicamento, porque había personas que no tomaban, entonces yo dije: Dios mío cómo es posible que uno es el enfermo, le están

dando el medicamento que no le vale a uno nada y no se lo va a tomar sabiendo que tiene una enfermedad. (Entrevista - Tino).

Tanto en Santander de Quilichao como en Puerto Tejada se resalta la toma de los medicamentos como imprescindible en el tratamiento de la TB y como un proceso arduo que requiere disciplina. Se reconoció que la mayoría de los pacientes que tenían una mirada de aceptación frente a la toma de los medicamentos eran adultos mayores. Por su parte los hombres jóvenes no se percibieron tan convencidos de la toma de los medicamentos. Las mujeres jóvenes sí debido a que eran madres y su mayor motivación para la recuperación eran sus hijos.

Como segundo aspecto representado en la figura 5 son los costos que tiene el proceso del tratamiento. Se encontró que cuando la institución de salud suplía los medicamentos y se desplazaba hasta la residencia del paciente para seguimiento de la toma, hubo una percepción de que no había costo alguno en el tratamiento de la TB (Santander de Quilichao). Pero, cuando no hay presencia ni participación de la institución de salud frente a los procesos de la TB, desde el diagnóstico hasta el suministro y monitoreo del consumo de estos, los participantes percibieron gastos altos en el tratamiento de la TB (Puerto Tejada).

Para Puerto Tejada una de las clínicas daba suministro de medicamentos, pero el participante de la tercera edad debía desplazarse hasta la clínica todos los días. Todos los participantes consideraron costoso un suceso de hospitalización, traslado y atención clínica en Cali (Clínica Colombia, Clínica Desa y “Clínica de colores”), por las implicaciones de transporte desde sus municipios de residencia a Cali por parte de sus familiares, tiempo, alimentación y gastos económicos asociados a la hospitalización:

Fue un golpe duro porque casi no, no tenían así, como les tocaba viajar todos los días y la forma paa pa’ los pasajes y todo eso hasta la Clínica Colombia en Cali. (Entrevista-Fabio).

Es costoso, a veces voy sola a Cali porque no hay para el acompañante y hay veces me mandan con el infectólogo, con el neumólogo, ahorita que pa’ Santander y en esa parte no

hay un apoyo. El único apoyo es mi esposo, mi familia y mi suegra, que mi suegra nos colabora mucho. (Entrevista-Julia).

Por otra parte, un participante de Puerto Tejada percibió desinterés por parte de la atención médica al ser humano, Javier reflexiona que pareciera que no se pensara que cualquiera puede tener un problema de salud y necesitar la atención médica, incluso no hay una sensibilidad por parte del médico hacia los pacientes. Por ende, se ha sentido irrespetado.

Lo que sucede y acontece es que hay médicos y medicas que no se ponen en los zapatos de las demás personas... Eso tiene que ser con una valoración de respeto. A mí me hicieron un examen y la doctora dijo que no me podían dar nada y no me dieron nada y me pusieron a aguantar hambre toda la mañana y me llené de gases, y al día de hoy todavía sigo con eso. Y desde ahí vivo con bronca por eso. (Entrevista - Javier).

Ahora bien, el tercer aspecto se refiere al impacto del consumo de los medicamentos en la salud de los participantes. Es vivido como algo tormentoso (ver figura 5). La mayoría de los participantes lo señalan como la experiencia más difícil en el proceso de recuperación, por varios factores:

- 1) No están acostumbrados a la medicina occidental constante.
- 2) Implica tener constante relación con la institución de salud para suministro de los medicamentos, lo que resulta tormentoso para pacientes que dejan sin medicamentos o que deben estar yendo a la EPS por reprocesos.
- 3) Son varias pastillas (2, 3 y 4 pastillas) en un día, son grandes y requieren disciplina y constancia.
- 4) La experiencia de su comunidad y en su familia conocen remedios naturales que están cuestionando los medicamentos usados en TB debido a los efectos secundarios que generaban: sudor, ansiedad, vómitos, mareo, ardor estomacal...
- 5) La etapa más difícil son los primeros 2 meses de adaptación de la toma de los medicamentos:

Al inicio era difícil, porque semejantes pastillas para uno bajárselas, ¡uy juepucha! ¡juum! Y yo ¡uy no! Me tocaba tomar un poco de agua para poder bajar eso, ¡uy esas pastillotas! (Entrevista-Fabio).

Al principio ya no quería, quería como rendirme, ya no quería porque eran tantos, o sea eran muchísimas que tomaba y ya en la ayuda de los doctores y todo eso, pues ellos me ayudaron muchísimo, sino que eso dependía de mí. (Entrevista- María).

Los primeros días si me tocaba muy duro porque eran todas seguidas así: unas tras la otra y ya luego, pues ya cuando salí de la Clínica estuve como 1 mes tomándolas todas, ya el doctor me dijo que los exámenes me estaban saliendo muy bien, que yo estaba muy juiciosa con los medicamentos, pues ellos fueron mermándolos un poquito (Entrevista-María).

Eran muchas cosas, pero como te digo gracias a Dios se detectó a tiempo y ya voy aquí ya voy en la segunda fase del tratamiento y pues las pastillas si caen un poquito mal, porque hay veces que me dan unos achaques, y que ¡uy! me mareo y esas cosas, pero es normal porque son antibióticos. Y pues igualmente, la doctora me dijo que apenas terminara el tratamiento ella me iba a mandar como a hacer un lavado y como a tomar vitaminas, todos los antibióticos que yo vi, se me curara el cuerpo de tanto antibiótico porque, o sea al principio, la primera fase eran tres pastas, pero en la segunda fase son cuatro y son más fuertes (Entrevista-Patricia).

Fue muy duro esa droga al comienzo, que siempre me la tomé sí, pero de decir yo que quería tomarla no porque me hacía sentir horrible (Entrevista-Paola).

Dentro de la calidad de los servicios de salud se encuentra el proceso de explicación al paciente sobre el programa TB: socialización de los componentes del programa, en qué consistía y cuál era la ruta para seguir en el proceso del tratamiento (ver figura 5). Resultó importante porque el conocimiento adecuado que los participantes tenían sobre la enfermedad se observó relacionado a la capacitación, asesoría o socialización que la institución de salud hizo sobre la TB. Conocimiento oportuno que se reflejó en las practicas adecuadas en el tratamiento de la TB, esperanza en la recuperación y atención médica interdisciplinaria.

Ya a través de eso, yo les dije que yo era extranjera que no tenía papeles de acá ¿Qué cómo hacía yo? Que yo trabajaba. Imagínate yo con eso siempre lo he conocido como algo que se pega. Pues ya de ahí todo eso me dijeron, que yo podía seguir trabajando tranquilamente mientras tuviera las cosas de protección que era el tapabocas que no tosiera delante de nadie y esas cosas. Para quitar el tapabocas o algo así que me retirara de la gente (Entrevista - Patricia).

Otro punto es que los procesos del tratamiento de TB en Santander de Quilichao aparecieron acompañados por médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos en la ESE Quilisalud. Se evidencia un modelo de atención interdisciplinar. No obstante, las recomendaciones de la nutricionista no fueron consideradas por todos los pacientes, pues a pesar de haber la concientización de una alimentación sana, sobre todo para pacientes con desnutrición, no todos contaban con los recursos para llevar a cabo una alimentación como la nutricionista exigía.

Las recetas eran inalcanzables y desconectadas con la cultura de las personas afrodescendiente y rurales (recetas fitness). Adicionalmente, muchos no cuentan con los recursos para conseguir alimentos que están fuera de la canasta familiar:

Si yo la seguía, si no que a veces mandaban a comer una cosa que uno no tenía en la casa pues, y me tocaba comer otra cosa, ni modo (Entrevista-Fabio).

En Puerto Tejada se observó desconocimiento sobre el programa TB en la mayoría de los participantes. Expresaban prácticas inadecuadas de prevención para que la familia no se contagie. Lo que agravó la situación de propagación de la TB, así como la estigmatización de la enfermedad, en donde las personas creaban un concepto de la TB en donde se estigmatizan así mismos por tenerla, de modo que las formas de cuidarse resultaban en prácticas inadecuadas que no previenen contagios.

Eso no me dijeron (la explicación del programa TB), no más dijo que tenía eso y me estaban dando el tratamiento, pero de resto no me dieron más nada. (Palabras del señor José en la entrevista).

Los participantes de Santander de Quilichao calificaron la atención de la ESE Quilisalud como buena y se halló un agradecimiento hacia los profesionales de salud. Sobre todo, hacia las auxiliares de enfermería que se desplazan hasta sus residencias para la atención y gestión del proceso del tratamiento en la TB. Esta gestión consistió en asignación de citas médicas, exámenes, entrega de medicamentos y asesoría sobre el acceso a los servicios de salud que la persona requiriera.

Maravillosa, gracias a Dios fue maravillosa, eso es lo más importante porque hay momentos que uno llega donde el médico o que no está o que lo atienden mañana o yo no sé qué, entonces todo eso lo va como molestando a uno. Pero siempre que hubo que lidiar allí estuvo y allí estaban ellos, ahora esta niña hermosa (se refiere a la auxiliar de enfermería) que, gracias a Dios, que se viene hasta acá. (Entrevista-Tino).

La falta de atención oportuna en los participantes de Puerto Tejada es percibida a nivel personal como una pérdida de la esperanza en la recuperación y una resignación. Algunos casos en Puerto Tejada mostraron una calidad baja del programa, en donde el suministro de los medicamentos es deficiente.

Por medio de la Fundación Propal ellos me estaban suministrando los medicamentos, pero hubo una falla, no sé por qué, pero el apoyo mutuamente ha sido de la Secretaría de Salud, pa' qué ellos sí han estado muy atentos con nosotros, ellos me llaman: doña cómo está, doña cómo se siente... (Entrevista - Julia).

No obstante, el monitoreo por parte de la Secretaría de Salud fue fundamental para darle apoyo a quienes se encontraban atravesando dificultades, aunque la Secretaría no facilita procesos médicos o de exámenes.

No, yo misma hago mis trámites por medio de la Fundación, si tengo que autorizar, tengo que esperarme hasta que la S.O.S me los autorice. Yo creo que con ellos debía de ser más rápido, pero no. (Entrevista-José).

Es decir, también los reprocesos administrativos por parte de las clínicas IPS y EPS en el trámite de la solicitud de medicamentos, citas médicas y exámenes por requisito administrativo que vuelven tardía la atención médica, los controles y la asistencia en el tratamiento. Lo que resulta complejo en que un paciente adulto mayor deba desplazarse de manera diaria a la institución de salud.

El cuarto aspecto es que el tratamiento de la TB implica que los participantes desarrollen la habilidad para resolver retos. Dentro de sus contextos culturales existen creencias sobre cómo curarse de las enfermedades. Tanto la participante indígena como los participantes afrodescendientes debieron negociar el consumo de remedios naturales con los medicamentos formulados por el médico:

De ahí para allá seguí padeciendo porque esa droga me daba, eso todo el tiempo sí, fiebre ¡no! Sudaba demasiado... ¡Uy Dios mío! Yo le digo que soy enemiga de los antibióticos, yo por mí los tomo sé que no me hubiese... más de uno me dijo: No vea que tome eso de leche de cabra, otros me decían de otra y suspenda esa droga, sabiendo que yo de enemiga dije no: esta droga me la voy a terminar porque esta vez yo no voy a jugar con mi salud, pueden ser buenos pero lo que yo tengo ellos no saben, yo no yo me voy a tomar la droga, porque me podrían haber hecho pensar que no me tomara esa droga, porque era horrible esa droga (lo dice con voz asqueada) (Entrevista-Paola).

No obstante, la mayoría de los pacientes hizo más uso de los remedios caseros antes de ser diagnosticado con TB porque confundían la TB con otras enfermedades y maleficios como gripa, resfriado y las comorbilidades.

Antes de eso sí pura cosa casera, pura yerba como el limoncillo, citronela, yerbamora y otras yerbas más que le traían a uno que yo ni sabía qué era eso. Mi abuelo, otra tía, gente de afuera era: vea mijo tómese esto pa' que se mejore, de pronto tiene gripa, tiene resfriado qué tenía... ujum, hasta pipilongo tomé yo ¿Cómo la ve pues? Me la echaban ¡hasta en el

caldo! Canela de páramo, pero la mejoría era momentánea. Y me cogió un dolor de barriga que no me dejaba ni comer entonces ya pal hospital, por un dolor de barriga que no me dejaba ni comer casi, yo apenas ¡ay! estaba agachado ahí entonces por eso ya me llevaron. (Entrevista-Fabio).

Los remedios caseros aparecieron proporcionalmente con el tratamiento médico para ambos municipios, porque ayudaban a solventar las falencias nutricionales, físicas y emocionales que se agravaban con el tratamiento:

Remedios caseros sí, esos ¡uy claro! mi hermana me daba mucho té de limoncillo dee ¿no mija? Agua de cúrcuma, agua de jengibre o sea cositas así y eso me hacía muy bien. Esas agüitas así y entre otras porque ella se cuida mucho y los alimentos, en jugo verde los tomaba, pero vea el jugo verde me hacía dar apetito, me comía los alimentos bien, pero por lo que me había adelgazado mucho entonces yo lo suspendí. Pero los jugos rojos si no me los aceptaba el estómago, en cambio el verde sí y ese me hacía bien porque me levantaba el ánimo, yo ni me paraba, me ponía a pensar, yo digo que ni pensaba, yo digo que uno enfermo de verdad parece como una persona ya de los loquitos (Entrevista-Paola).

Para otros pacientes los remedios caseros fueron la única manera de poder acompañar el tratamiento de la TB y las otras enfermedades que estaban surgiendo por negligencia médica:

Yo ahorita con lo de la inflamación del hígado, yo como no estoy llevando tratamiento pa' la segunda fase yo estoy tomando plantas, me estoy tomando la raíz del cimarrón con el azafrán en rama... Entonces me estoy ayudando con esa, con la, con la, con el boldo. El boldo también es bueno para desinflamar el hígado ¡estoy tomando mucha hierba, y con la hierba he visto mejoría. (Entrevista- Julia).

El participante que se encuentra en abandono del tratamiento de la TB por no tomar los medicamentos y huir del seguimiento de las profesionales de salud, conserva una garrafa de curao⁷ en la sala de su casa que suele tomar para tratar la enfermedad. El curao es

⁷ Bebida tradicional considerada uno de los principales medicamentos usados por los médicos tradicionales de las comunidades negras del Pacífico colombiano. Los cuales ofrecen curao de acuerdo

una bebida curativa para las comunidades afrodescendientes. No obstante, dado que su comorbilidad es alcoholismo, vemos que el curao funciona como un remedio que está ligado a los gustos adictivos del paciente porque contiene licor.

En conclusión, en la mayoría de los pacientes (ambos municipios) el aprendizaje de sostener el consumo de los medicamentos del tratamiento de la TB vino acompañado de experiencias en donde ninguno de los remedios caseros quitaba la TB o desaparecía los síntomas, por ello conocieron que la clave para la recuperación exitosa eran los medicamentos.

Si no aprendes a tener un orden para los medicamentos y abandonas el tratamiento, como te recomiendan los médicos y las enfermeras, que es lo primero que te dicen, no abandonar el tratamiento y tratar de seguirlo, entonces es muy difícil deshacerse de la enfermedad pues, o sea, cuando la enfermedad la presenta y ella te lleva al médico y la enfermedad se puede volver a presentar. (Entrevista - Juan).

Para finalizar, el quinto aspecto es el significado del cuidado y autocuidado para cada experiencia de la enfermedad (ver figura 5). Este elemento en el proceso de la adherencia al tratamiento trajo consigo transformaciones en los pacientes, que fueron en su mayoría asertivas y receptivas a los procesos de salud. Se encontró que los pacientes reconocen como elemental la toma de los medicamentos y atender las recomendaciones médicas y de salud que vienen de la ESE y clínicas. Ya que al no acatarlas se pone en riesgo la salud.

Algunos nombran en su práctica de cuidado el no salir de casa y aislarse de la familia y vecinos, para evitar serenos y complicaciones en la TB. Las experiencias de cuidado estaban conectadas con el hecho de si alguno de la familia había pasado por la misma enfermedad antes, para aquellos que habían sido cuidadores se mostraban más conocedores de los síntomas y atentos a los síntomas como alerta para ir al médico.

con el género y hay de distintas clases: para asma, para calentar el cuerpo, para cólicos menstruales, para el ahogo, para espantar malas energías y demás. Fuente: <https://cococauca.org/2019/05/24/curao/>

No salía y estaba encerrado, salía cuando estaba el sol caliente y todo eso, pero ya cuando estaba así mucho viento y todo eso tocaba que encerrarse y yo ¡uy! No serenase. Yo mantenía encerrado y con tapabocas (entrevista - Fabio).

Por ende, cuidarse significa cambiar hábitos. Pasar por el tratamiento de la TB produjo superar prácticas de elevado consumo de alcohol. Sin embargo, aunque el cuidado en la alimentación fuera costoso los pacientes resaltaron que hay que aferrarse a las ayudas que brindan las instituciones de salud en el tratamiento para lograr el éxito del tratamiento.

Aparte del medicamento lo que los médicos le recomiendan a uno es comer mucha fruta y salir por lo menos de los malos hábitos, la mala alimentación, salir de los malos hábitos y aferrarse de los hábitos más buenos que es la leche, el huevo, las cosas que te nutren y te ayudan. (entrevista - Juan).

En la forma de alimentarse se encontró un hito en la mayoría de los participantes. Algunos que antes comían de cierta manera, luego de la enfermedad cambiaron ese hábito. A pesar de que la dieta era difícil de seguir, los participantes buscaban estrategias para solventar la necesidad de alimentarse saludable.

Un participante refiere que la dieta sugerida por la nutricionista era difícil de seguir, cuando tenía la enfermedad desayunaba aguapanela con pan y antes de tener la enfermedad solía desayunar con caldos. Lo que marcó un antes y después porque ahora debía alimentarse con comida de enfermo y coladas, como lo señala. Su rutina alimenticia sufrió una transformación en donde por varios meses durante el tratamiento solo consumía caldos sin harinas.

Tanto en Santander de Quilichao como en Puerto Tejada el trabajo de cuidado del paciente era asumido por las mujeres, comenzando por la preparación de los alimentos que era realizada principalmente por tías, cuñadas, hijas, vecinas, madres y abuelas.

Entonces la recuperación se siente en que las ganas de comer vuelven, en que regresa el apetito que antes no daba, de modo que de pesar 37 Kg a 43 Kg y ahora estoy en 45 Kg (entrevista-Paola).

En suma, la TB fue percibida como una enfermedad con cura. Siempre y cuando se asuma el tratamiento como lo recomiendan los profesionales de salud, o como paso mínimo sostener la toma de los medicamentos:

Esta es una enfermedad que de esta nosotros podemos salir adelante, que tiene cura, pero tomando nuestras medidas de seguridad, andando con nuestros tapabocas, sabemos que no podemos comer, en el plato en que comemos nosotros no pueden comer los demás. Ese es el consejo que yo le podía dar a las personas, cuidarse y de no llegar a enfermar a otra persona y tener mucho cuidado. (Entrevista - Julia).

Otro reto fue el mantener el uso de los medios de bioseguridad porque en algunos generaba vergüenza ante su núcleo familiar y comunidad. Tanto en Santander de Quilichao como en Puerto Tejada el uso del tapabocas no se presentó en la mayoría de los pacientes al momento de la entrevista.

Un conocimiento adquirido por la experiencia de la TB en los participantes para ambos municipios fue la habilidad para identificar los síntomas de la TB en otras personas cercanas y familiares, así como facilitarles las recomendaciones de acudir de manera inmediata al médico. Pasaron de la adversidad a ser conocedores en TB.

Yo conviví con un amigo, o sea yo tengo un amigo que él también convivió conmigo y él tiene los mismos síntomas: él tiene tos, de aquí a ahí se agita. Entonces yo le he dicho una y mil veces: andá hacete exámenes; qué sí yo he ido, que le han salido negativo (le contesta el amigo). Incluso, él me dijo que había hablado con la jefe de la Secretaría de Salud local Puerto Tejada. Ahí si se me sale de las manos, él tiene dos niñas también, yo le he dado mil y uno, cinco mil consejos. La última vez que le dije me trató hasta mal, entonces ya. (Entrevista - Emilio).

Vea yo de ir al hospital, a mí no me gusta eso, pero pues yo fui primeramente porque ya mi mamá me llevó, porque yo, o sea yo sentía que ya no podía más. Yo me estaba ahogando. Incluso mi primo que me la pegó, a mí me dijeron que eso se podía repetir, yo le digo: primo cuídate, cuídate... él que no, que la vida y como él es de esas pandillas, él no para bolas. (Entrevista - Emilio).

Comportamientos modificados en el cuidado:

1. Cambio en la percepción sobre ir al médico, de no gustar a ser considerados importante para el tratamiento. Se producía luego de la capacitación y explicación sobre lo que era la TB.
2. Uso de tapabocas, lavado de manos frecuente y aislamiento preventivo en la calle y en la casa para no contagiar al núcleo familiar.
3. Cuidar los alimentos que se consumen, fomentar las frutas y la alimentación sana, así como cambiar malos hábitos: consumo de licor frecuente.
4. El cuidado se convierte en estilo de vida.
5. La experiencia los convierte en expertos identificadores de síntomas de TB, los cuales pueden referenciar a quien esté pasando por ellos sobre ir al médico de manera inmediata.

Comportamientos inoportunos en el cuidado:

1. Medidas de cuidado como no uso de los mismos utensilios entre la familia para no contagio y malas prácticas de cuidado por falta de conocimiento sobre la enfermedad y socialización del programa TB por parte de la institución de salud.
2. Negarse al uso de tapabocas y medidas recomendadas por los médicos y personal de salud.
3. Descuido en las prácticas alimenticias.

Figura 5. Línea del tiempo de la adherencia al tratamiento de la TB



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas

En conclusión, en la tabla 3 están condensados los limitantes y facilitadores encontrados en esta investigación durante y en el tratamiento de la TB, con base en las experiencias de pacientes hombres y mujeres en Santander de Quilichao y Puerto Tejada. Este cuadro comparativo permite observar cómo la meta de la adherencia al tratamiento en la TB podría volverse más efectiva si se solventan los limitantes y se fortalecen los facilitadores en las comunidades del Cauca estudiadas.

Tabla 3. Facilitadores y limitantes en la adherencia al tratamiento de la TB

Facilitadores	Limitantes
Ambientes higiénicos, casas grandes y ventiladas con espacio propio para la recuperación.	Espacios reducidos e insalubres.
Diagnóstico oportuno.	Asistencia tardía a consulta médica para el diagnóstico, que agrava los síntomas de TB y genera desnutrición y decaimiento.
Conocimiento de la enfermedad.	Trabajo informal (las personas no sacan tiempo para ir al médico).
Toma de medicamentos cumplida y constante.	Perspectiva sesgada sobre la importancia de ir al médico (visto como algo de mujeres o subestimación del dolor de la población afrodescendiente).
Remedios caseros (practicados en su mayoría por las poblaciones étnicas) que dialogan con los tratamientos médicos.	Malas prácticas de prevención por desconocimiento sobre el contagio de la TB, en donde se expone al grupo familiar y vecinos de la comunidad. Estas malas prácticas se transmiten desde la primera experiencia frente a la TB (por otra persona cercana) hasta la última (la propia).
Asistencia a las citas médicas.	Comorbilidades que se presentan en la trayectoria de vida antes de la TB y durante la TB.
Participación oportuna de las instituciones de salud que prestan los servicios a los pacientes, en donde facilitaban acceso a medicamentos (sin costo), exámenes y	Poca sensibilización sobre la TB de parte de los servicios de salud, en donde no hubo socialización sobre el programa TB y su ruta de atención durante el tratamiento.

citas médicas. También realizaban monitoreo frecuente y respuesta rápida a los pacientes.	
Conocimiento sobre el programa TB, sus fases en donde se cambia la perspectiva de la TB de enfermedad grave a enfermedad curable.	Contextos de violencia urbana, contextos con actores de conflicto armado que impiden la circulación de las personas.
Prácticas adecuadas de prevención del contagio: aislamiento, uso de tapabocas, habitar espacios ventilados y tomar los medicamentos.	Tratamientos que no son llamativos para los jóvenes, por la exigencia, estigma y cantidad de pastillas, de manera que se aburren del proceso y son menos adherentes.
Profesionales de salud atentos a las situaciones de los pacientes, supervisando las solicitudes de atención médica, vigilando la correcta atención y agilizando los trámites administrativos.	Negligencia médica que genera rechazo, discriminación y reprocesos. Falta de Sensibilización al dolor de los pacientes.
Adaptabilidad de los alimentos saludables: frutas, verduras y fibra a las prácticas alimenticias culturales. Creatividad en la forma de consumir alimentos sanos.	Recomendaciones, recetas y dietas sugeridas por los nutricionistas que están descontextualizados a las prácticas alimenticias de la población étnica afrodescendiente e indígena. Además, son difíciles de cumplir por el costo y que son productos fuera de la canasta familiar.
Suspensión de los malos hábitos como el consumo de alcohol y alimentación inadecuada	Suspensión de suministro de medicamentos por parte de las instituciones de salud a los pacientes que se encuentran en tratamiento de la TB (fases iniciales), lo que los expone a riesgo de abandono del tratamiento.
Apoyo familiar y comunitarios en los procesos de salud – enfermedad. Para superar los primeros meses del tratamiento que se identificaron como los más fuertes.	Procesos administrativos largos y tardíos en el tratamiento de la TB que generan agotamiento, ya que los pacientes deben ir a 2 partes a realizar autorizaciones y aun así se quedan sin medicamentos.

Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas

9. Discusión, la interseccionalidad en la adherencia al tratamiento de la TB

En este apartado se desarrolla el objetivo 3 en el que se detalló la intersección entre las categorías clase social, género y étnico racial en las experiencias de cuidado y tratamiento de la TB en hombres y mujeres de Santander de Quilichao y Puerto Tejada. También surgieron categorías emergentes encontradas en las trayectorias de vida, como el territorio (rural/urbano), la migración y la familia.

9.1. Factores económicos, clase social en la experiencia del tratamiento de TB

En los municipios estudiados (Santander de Quilichao y Puerto Tejada) se evidenció que la clase social y las condiciones de vulnerabilidad social tenían una continuidad de desventajas socioeconómicas en las historias de los participantes. Las ocupaciones y la identificación propia se observaron conectadas con factores étnico-raciales y de género. En esta sesión analizaremos las trayectorias de vida de los participantes y la articulación con estos componentes económicos y de clase.

La mayoría de los hombres y las mujeres entrevistadas, al igual que sus familias de origen, tenían bajos niveles de escolaridad, se desempeñaban en trabajos manuales con baja remuneración o que les suponen bajos ingresos, generalmente en el sector informal y habitaban en viviendas en condición de vulnerabilidad. Es importante resaltar que los participantes de este estudio fueron en su mayoría personas afrocolombianas, el 70% del total de la población entrevistada, solo 30% no entra en esta categoría, porque se auto reconocen como mestizos e indígena.

Ligado a esto, los hombres y mujeres entrevistadas se ubican dentro de grupos minoritarios⁸ étnico raciales y de campesinos, que en Colombia experimentan una desigualdad estructural, en términos de desventajas en el acceso a bienes y servicios, barreras en el acceso a formación educativa cualificadas, trabajo remunerado, salud y entre otras. Para efectos de este estudio, estas posiciones sociales de desventaja y vulnerabilidad social los expone a riesgos que por una parte los llevó al contagio y desarrollo de la TB, una enfermedad asociada a situaciones de precariedad material y biológica (23 y 24).

En este trabajo se identificaron cómo la clase obrera baja, que en términos de Giddens (1991) son aquellos empleados descualificados, que tienen salarios bajos e inferior seguridad en el empleo que las ocupaciones cualificadas (78). Los hombres entrevistados trabajaban en el campo como agricultores, ganaderos, en ventas ambulantes y estacionarias (Santander de Quilichao), o realizaban actividades como obreros en la industria (Puerto Tejada). Así mismo, Marx (93) define que los trabajos de los obreros traían consigo malas condiciones de vida, que no solo sucedían en sus hogares sino en el lugar de trabajo, ya que los trabajos de la clase obrera tenían ausencia de espacios adecuados para ejercer estas labores: no había ventilación, acceso a luz, sin descanso para alimentarse y las jornadas de trabajo eran extenuantes (93). Además, muchos de estos trabajos manuales en las industrias de algodón, textil y manufacturas químicas traían consigo efectos nocivos para la salud (93). Este punto se encontró en las historias de vida, en donde para las personas que trabajaban en empleo no cualificados e informales, traían consigo un descuido en su salud. Ya que ir al médico era una pérdida de tiempo.

Otro punto que se encontró conectado con las trayectorias de vida eran las ocupaciones laborales que habían tenido sus familias de origen, porque quienes tenían tierras continuaron trabajando en los cultivos, quienes aprendieron a vender en los puestos de

⁸ Los grupos minoritarios se definen en: 1) miembros perjudicados por la discriminación en derechos y oportunidades que resultan denegadas para ellos y accesibles para otro conjunto de personas. 2) Tienen algún sentido de solidaridad de grupo y de pertenencia común. 3) Están socialmente aislados de la comunidad más amplia (81).

la galería con sus abuelas, continuaron ejerciendo esa labor. Lo que podría llamarse una movilidad intergeneracional, “en donde se detalla hasta qué punto los hijos emprenden el mismo tipo de ocupación que sus padres o abuelos” (78). Y se evidencia que se repite en varias trayectorias de vida.

En el caso de las mujeres, a largo de sus trayectorias de vida se desempeñaron en trabajos que en la actualidad no ejercían, con la característica de ser trabajos sin cualificación de estudios. Aquellas que tenían alguna actividad económica era en trabajos informales feminizados: aseadoras, empleada doméstica, vendedoras de revistas de belleza y atención al cliente. También había desempleadas. Es de anotar que en sus familias de origen estas actividades también eran ejercidas por sus madres y abuelas, quienes laboraron en el empleo doméstico y ventas informales. Marx (93) expresa en su obra *Maquinaria y Gran Industria*, que las mujeres (y los infantes) fueron esa fuerza de trabajo que no quedó por fuera para la industria, con los trabajos más pesados y con peores condiciones como el caso de las mujeres que trabajaban en la clasificación de trapos para la industria del papel y el abono, y esos trapos era vehículos de infección de la viruela y de otras enfermedades infecciosas, resultado ellas las primeras víctimas (93).

Lo anterior se observa en las historias de los trabajadores obreros del sector informal, en donde para ellos el abandono de la salud estaba argumentado porque el ir al médico requería una pausa en sus actividades productivas que no estaban dispuestos a asumir, ya que le generaba pérdidas en sus ventas. No obstante, el estado de gravedad en el que se encontraban los lleva a asumir las asistencias al médico, los procedimientos, y las pausas necesarias para recuperarse de la TB. Como en el caso de los pacientes curados.

Las mujeres entrevistadas se encontraron en mayor dependencia económica y con empleos más inestables que los hombres. Porque si bien había hombres en situación de pensionados, de trabajadores informales, de obreros y algunos en inactividad laboral por el hito del TB, las mujeres se encontraban desempleadas y asumiendo empleos informales no como una actividad principal, sino secundaria. Siendo la actividad principal el trabajo de cuidado y doméstico en sus hogares. Para el caso de los hombres no se

encontraron comprometidos con el trabajo doméstico y el cuidado de los infantes. Más si un compromiso con su situación laboral y el querer proveer en sus hogares, hasta en situación de inactividad laboral. Llegando al punto de que la inmersión en el mercado laboral se realiza a temprana edad (infancia y adolescencia) en los hombres, con abandono de los estudios de primaria y bachillerato.

El teórico Giddens explica que el género debe ser considerado en los análisis de clase social y estratificación, sobre todo porque es en esta categoría donde confluyen las divisiones de poder, la riqueza y el prestigio (78). Las desigualdades de clase invitan a que se reconozca la posición subordinada en que se hallan las mujeres en la fuerza de trabajo (78). Las mujeres tienen trabajos de tiempo parcial con mayor frecuencia que los hombres y tienden a tener una experiencia laboral más variable, ya que son más propensas a abandonarlo al dar a luz y cuidar de sus hijos durante largos periodos (78). Esto lo evidenciamos en las historias de vida de las mujeres.

La situación de dependencia económica trae consigo, de acuerdo con Giddens, que la posición de clase de las mujeres esté regida por la posición de clase de sus maridos (78). En las historias de las participantes, se evidenció que la mayoría de ellas había pasado por periodos intermitentes de ocupación laboral remunerada en donde algunas señalaban que su elección era depender de la manutención que enviaban los padres de sus hijos (Paola), depender de la familia y del esposo (Julia y María).

De manera que se observó en los hogares de las participantes una trayectoria tradicional, en donde la maternidad ocupa un lugar importante. Esta elección, en sociología es considerada como trayectoria tradicional, que sucede cuando “las mujeres se establecen el dar a luz y criar a los hijos a tiempo completo, y solo trabajan fuera del hogar cortos periodos, si lo hacen. Pues para este tipo de experiencia, las mujeres ven la maternidad como una carrera con la cual están satisfechas” (Giddens 78, p. 260). La paternidad en los hombres participantes fue asumida en su rol de proveedores.

Ahora bien, la TB implicó afectaciones en su rol de madres y su actividad productiva. Majombozi (2019) señala que la TB en las mujeres es vista como una interrupción biográfica en la buena maternidad. Porque las mujeres viven la TB como perturbadora por la desigualdad y la pobreza en la que se ven enfrascadas durante la enfermedad (75). Esta perturbación se evidenciaba para Majombozi en la pérdida de empleo e imposibilidad para trabajar que vivían las mujeres jefas de hogar (75). Para el caso de la madre soltera en Puerto Tejada se mostraron tensiones dentro de su ámbito laboral por parte de sus compañeros de trabajo y el riesgo de perder el trabajo, resultados del rechazo de estos hacia ella en el uso frecuente del tapabocas y la toma de las medicinas.

No obstante, en los participantes hombres y mujeres se encontró que el tratamiento de la TB se enfrentaba a retos en el ámbito laboral, dado que asumir las prácticas que implicaba el tratamiento de la TB en la vida laboral alimentaba rechazos por parte de los compañeros y compañeras en sus empleos. Sumado a esto se encontró que el factor migratorio hacía que las personas se enfrentaran a barreras para el acceso en la atención de la TB, por el desconocimiento del sistema de salud y donde los podían atender, generando una detección tardía de la TB. Las tensiones vividas en el ámbito laboral (migrantes contratados sin derecho a salud ni pensión) por esta condición de vulnerabilidad produjo una comorbilidad de depresión producida por el rechazo de las personas de su entorno en una paciente migrante.

La situación de clase social está conectada con las identidades colectivas, en Santander de Quilichao como para Puerto Tejada con campesinos y afrodescendientes. La participante indígena no pertenece a una comunidad indígena. Los participantes mestizos eran migrantes. Se observó que la situación de la mayoría de los participantes afrodescendientes, mestizos e indígena no era de una posición social alta, su situación de clase era de clase obrera o en situación de pobreza.

En la situación de clase Weber (48) describe que las poblaciones no se enmarcan en clase lucrativa, ni propietaria, pero si una clase trabajadora en la economía informal y en la economía formal (48). En Puerto Tejada es notorio que la mayoría de los hombres

ocupan la clase obrera por sus antiguos trabajos y trabajos actuales de manera informal. En Santander de Quilichao la mayoría tienen trabajos informales, en ventas ambulantes o estacionarias. Ahora bien, solo un participante en Puerto Tejada tiene mejores condiciones de vida por sus antecedentes familiares y su formación profesional. Pero esto no implica un ascenso de clase, sino que este participante ha llegado a tener más posesiones por su formación académica que los demás. Lo que Giddens nombra como “movilidad vertical”, en donde hay un desplazamiento de *móviles ascendentes* que se desplazan hacia arriba en la escala socioeconómica (78).

Asimismo, se observa lo que Bourdieu (49) desarrolla sobre la clase social y las trayectorias de vida, en donde las personas tienen un capital de origen que es lo que poseen en periodo de tiempo, y un capital de llegada en donde hay circunstancias que cambian y los individuos han llegado a esa situación o circunstancia de una forma o manera (49). Vemos que algunos de los trabajos que se transmiten de una generación a otra tienen una tierra que ha sido heredada, o un espacio para desarrollar determinada actividad que ha sido heredada. Pero también a lo largo de la vida las personas consiguen sus propiedades y pertenencias que los diferencian de sus antecesores.

López (80) encontró que cuan menor es la posición económica peor es la salud, específicamente en la TB, las personas en condición socioeconómica baja o en condición de pobreza tienen una salud que tiende a empeorar, dado que hay acceso a nutrición inadecuada, baja calidad de vida y bajos niveles educativos (80). Este autor logra identificar en Manizales la TB como influenciada por determinantes estructurales que se ven reflejados en que unos tengan más probabilidad de buena calidad de vida y otra mayor probabilidad de enfermar, en forma diferencial; en este sentido las frecuencias de enfermedad y muerte varían con la clase social, género, edad y territorios.

En continuidad, se observó que para ambos géneros (de ambos municipios) la TB es perturbadora por las dificultades que deben superarse para desarrollar las actividades económicas de la vida cotidiana con regularidad y cumplir con las medidas del tratamiento. Majombozi desarrolla la idea de que, en la ruptura de la enfermedad vivida,

la desigualdad y la pobreza generan una constante amenaza de enfermedad y dificultades para sanar (75). Estas dificultades se vieron reflejadas en el tratamiento de la TB en relación con la toma de los medicamentos y la asistencia médica en algunos hombres y la mujer madre cabeza de hogar, ya que producía que el tratamiento tuviera que retroceder, porque cada que no podía cumplir con la toma de medicamento debía volver a comenzar.

Estos factores económicos de vulnerabilidad social muestran que la mayoría de los participantes se encuentran en pobreza, dado que casi todos reconocen unas necesidades básicas insatisfechas a lo largo de su vida y en su situación presente, en donde sobreviven, pero no viven en comodidades o son poseedores de riqueza. Se podría categorizar como una pobreza de subsistencia, definida por Giddens (78), como se citó en Charles Booth (p. 268), en “la carencia de los requisitos básicos para mantener una existencia física saludable, alimento y cobijo suficientes para hacer posible el funcionamiento eficaz del cuerpo”.

También se evidenció en las historias de los participantes que se experimentaron momentos a lo largo de su vida donde la pobreza se sentía más que en otros momentos, como una pobreza relativa, en donde había necesidades y carencias de recursos para mantener las condiciones de vida debido a factores circunstanciales (78), tales como empleos inseguros, desempleos, no tener afiliación al sistema de salud.

Durante las experiencias se observaron injusticias laborales por parte de unos participantes afrodescendientes. Para un participante (Emilio) que fue operado por TB extrapulmonar tuvo complicaciones en la atención de salud por falta de afiliación al sistema de seguridad social por parte de su jefe. Otro participante (Jose), declara que él se dedicó toda su vida a ser cortero de caña y percibe que era un trabajo en donde permanecía “al sol y al agua” y debía coger los cuchillos así estuvieran hirviendo. Viveros (2013) expresa que los corteros de caña vivencian condiciones precarias y largas horas de trabajo (77).

La pobreza tiene influencia en el cumplimiento del tratamiento y los procedimientos médicos. La mayoría de los participantes experimentaron dificultades económicas cuando se presentó el evento de la TB. Dado que la enfermedad generaba gastos en el momento del diagnóstico, pues algunos debieron desplazarse a Cali para ser atendidos y en algunos casos graves debido a la hospitalización, eventos que trajeron para los participantes gastos de bolsillo que calificaron como limitantes en el tratamiento (ver figura 7).

La precariedad económica relacionada con los bajos ingresos tiene efectos directos con los gastos de bolsillo que deben asumir cuando deben desplazarse a otros municipios para algún tratamiento adicional que se encuentra por fuera de los controles rutinarios (ver figura 7) Igualmente, cuando tienen comorbilidades que les suponen tratamientos o medicamentos adicionales que no cubre el plan de beneficios. Como se evidencia, aquí se combinan (interseccionalidad) tres situaciones que pueden afectar la adherencia al tratamiento: los bajos ingresos, por una parte, las comorbilidades que implica una vulnerabilidad física y biológica con efectos económicos y el territorio, ya que algunos municipios o zonas rurales dispersas, no disponen de ciertos servicios de salud y medicamentos por lo que sus habitantes deben incurrir en gastos para acceder a estos.

Estudios han comprobado que los gastos de bolsillo son una barrera para la adherencia al tratamiento de la TB (82) relacionados con el desplazamiento geográfico y los costos de tiempo y movilidad para ser atendidos (82). Asimismo, otros estudios comprueban que entre mayores sean los gastos de bolsillo durante el tratamiento de una enfermedad, menor es la adherencia (83). Por ende, la ayuda económica y social tiene un efecto positivo en el tratamiento de la TB, reflejado en tasas de éxito del tratamiento más elevadas que cuando no había apoyo económico (83). Córdova-Santos et al., refieren que la disminución del gasto directo para los cuidados y tratamiento de las personas con enfermedades de alto impacto como la TB, mejorarían la adherencia al tratamiento (83).

Las vulnerabilidades perjudican el tratamiento cuando son invisibilizadas por los servicios de salud, y por otro lado vencen las barreras para conseguir pacientes adherentes al tratamiento cuando las instituciones de salud desarrollan una atención basada en la comunidad que habita los territorios a su cargo (ver figura 6). En Santander de Quilichao los procesos y la adherencia al tratamiento fue más frecuente que en Puerto Tejada por la gestión, monitoreo y constante acercamiento que tuvieron con los pacientes durante el tratamiento. Situación que no sucedió en Puerto Tejada en donde las clínicas ni siquiera tenían un servicio con un acercamiento comunitario, evidenciado en que los pacientes adultos mayores debían desplazarse todos los días por el medicamento, teniendo una población en la vejez con condiciones económicas bajas y un aumento de riesgo de la no adherencia.

El tratamiento de la TB requiere de una identificación de grupos prioritarios a los cuales no se les puede abandonar ni dejar de prestar el servicio de salud. Sobre todo, porque la mayoría de los participantes pertenecía al régimen subsidiado. Chirico et al (70) refieren que las condiciones de pobreza que propician que la TB se sostenga en contextos de vulnerabilidad social son: la vida en hacinamiento, las malas condiciones de trabajo, la vivienda inadecuada, la desnutrición, las enfermedades como el VIH y bajos niveles de instrucción (70). Los anteriores funcionan como situaciones y factores del contexto social en vulnerabilidad que deben sobrellevar los pacientes para lograr la adherencia al tratamiento de la TB (70).

Esta investigación propone que más allá de la identificación de los factores, las instituciones de salud tomen acción frente a la meta de la adherencia al tratamiento y usen esa información para construir tratamientos sostenibles. La figura 6 expresa la carrera de la adherencia al tratamiento de la TB que recorrieron la mayoría de los participantes curados, con los facilitantes que hicieron su proceso exitoso. Por otro lado, la figura 7 muestra el camino peligroso que se recorre en la adherencia al tratamiento de la TB cuando los factores económicos pesan y el acceso a los servicios de salud es inoportuno.

Figura 6. Facilitadores socioeconómicos para una adherencia al tratamiento exitosa



Figura 7. Barreras socioeconómicas en la adherencia al tratamiento de la TB



Fuente: elaboración propia a partir de las entrevistas.

Lima, Dos Santos y Duque (27) expresaron que la identificación de áreas de riesgo, es decir, el mapeo de los grupos que se encuentran con TB en condición de vulnerabilidad, la sola identificación ayuda a refinar el foco de atención para control de la TB (27). Es decir, que las instituciones de salud deberían asumir la tarea de construir una mejor orientación de las estrategias de prevención y control de la TB con enfoque diferencial (27), en donde no se fortalezcan los limitantes en el tratamiento, sino los facilitadores, y las barreras en el tratamiento sean resolubles para las condiciones de vida de los pacientes.

Muchos de los estudios previos revisados, comprobaron que la TB es una enfermedad que afecta en mayor proporción a las personas en condición de vulnerabilidad social (23, 24, 25, 26, y 27). Lima, Dos Santos y Duque (27) refieren que la posibilidad de que la TB se desarrolle está asociada a factores de la pobreza, malas condiciones de vida, la vivienda y la aglomeración. Ortiz y Díaz (84) encuentran que la vulnerabilidad social se concibe como una dinámica para mantener las sociedades desiguales, minimizando la posibilidad de movilidad social en un contexto económico capitalista (84). Es decir, que las personas se encuentran en una situación de desventaja que no controlan porque obedece a un orden social.

La gravedad de este aspecto es que, tal como lo confirman Alves et, al., el riesgo de muerte por TB es un problema asociado a los determinantes sociales en salud (26). En donde los programas de salud bien implementados pueden ser una solución al problema que deja de manifiesto la vulnerabilidad social, ya que los determinantes sociales identificados sirven como una vía para alcanzar la integralidad en salud (26), pues muchos de ellos se relacionan con el aumento de las tasas de incidencia de la TB, el aumento de las coinfecciones y el abandono del tratamiento de la TB (26).

El paciente que se encontró en estado de abandono del tratamiento residía en Puerto Tejada, tenía varias características: era afrodescendiente, era pobre, su casa estaba en materiales como piso de tierra, algunas paredes en ladrillo y el colchón donde reposaba

tenía condiciones no higiénicas (ver foto 5). Residía en un barrio con alta violencia urbana y su vivienda era un lugar que resultaba tensionante visitar para las profesionales de salud. La violencia, la tensión, la vulnerabilidad en la que se encontraba este participante, lo caracterizan como fácil de abandonar para el sistema de salud, por las barreras en su contexto. Miguel debía desplazarse hasta la ESE Norte 3 para recibir las medicinas, lo que no hacía, porque antes de desear ir por ellas y tomárselas estaba su dependencia a la bebida alcohólica.

Foto 5. Condición de la vivienda en abandono del tratamiento



Fuente: toma de la Secretaría de Salud Local Puerto Tejada

Respecto a la vinculación al Sistema General de Seguridad Social de Salud (SGSSS), se evidenció que la mayoría es del régimen subsidiado. En Santander de Quilichao no hubo barreras para que las personas de este régimen tuvieran atención oportuna durante el tratamiento, así como el acceso a los medicamentos. Pero en Puerto Tejada se evidenció abandono a este tipo de pacientes y reprocesos administrativos en el acceso a los servicios de salud desde el subsidiado hasta el contributivo. Solo la población migrante no regularizada en Puerto Tejada tiene acceso a la atención integral en el tratamiento de la TB.

La priorización que tiene la población migrante en Puerto Tejada obedece a que es un mandato desde el Ministerio de Salud sobre garantizar el aseguramiento en salud de la población migrante venezolana al régimen contributivo cuando es trabajador formal e independiente con capacidad de pago y al régimen subsidiado cuando es categorizado por el SISBEN como pobre o vulnerable, en la resolución 572 de 2022 para identificación de los migrantes venezolanos en el SGSSS (85). Asimismo, al Alcaldía de Puerto Tejada junto con la Secretaría de Salud Local han procedido de manera ordenada en el aseguramiento de las personas migrantes venezolanas desde febrero de 2023, garantizando acceso a servicios de salud (86).

9.2. Factores del contexto e interseccionalidad en la experiencia del tratamiento de TB

Dentro de lo que se ha mencionado anteriormente, se encuentra el contexto social, el cual obedece a las interacciones, relaciones y prácticas sociales que suceden en un espacio determinado. En lo que respecta a este estudio se encontró que los procesos de adherencia al tratamiento de la TB son situados desde las experiencias de las personas en la enfermedad, y que estas suceden en un contexto determinado, así como en un territorio. La interseccionalidad sucede cuando la salud es ubicada dentro de una experiencia, en un espacio social y territorio que puede ser rural o urbano. Dentro del territorio hay una riqueza sociocultural y sociohistórica que, en Puerto Tejada y Santander de Quilichao, pasa por lo étnico racial, la identidad y la institucionalidad.

Borde y Torres (87), refieren que el concepto de territorio en salud expresa el bienestar o malestar que presenta la sociedad, en donde históricamente la comprensión del territorio esta asociada con los conflictos por el control del espacio físico y la disposición de los recursos naturales (Gombrich, citado en Borde y Torres, 87). Esta disputa lleva consigo procesos de aculturación, jerarquización de razas y legitimación del espacio social (87). En Colombia, por ejemplo, el desplazamiento forzado, en algunas ocasiones identificado

como migración interna, está asociado con expropiación de tierras, privatización de bienes comunes y despojo territorial (87).

Para pensar en el contexto del norte del Cauca y los municipios estudiados, se debe tener presente que la historia de las tierras y del territorio caucano cuenta con un protagonismo de luchas sociales por parte de las comunidades afrodescendientes (ver figura 8). Los campesinos, agrarios, mujeres y hombres, hijos, padres, madres y demás participantes en este estudio son en su mayoría afrodescendientes. En este estudio se observó que algunas personas afrodescendientes tienen identidad étnico racial, pero fue más frecuente que la mayoría de estas no se identificaba en lo étnico racial, sino que tenían una identidad campesina.

En las comunidades afrodescendientes esto se debe, de acuerdo con Hurtado (76) a que la defensa de la tierra y la búsqueda de la autonomía socioeconómica se dio para las comunidades negras del norte del Cauca en primer lugar por medio del campesinado negro antes que por la identidad étnico racial de la ley 70⁹, en donde no obtuvieron la posibilidad de titulación colectiva y protección del medio ambiente (76).

Durante la ley 70, Hurtado (76) señala que las organizaciones del norte del Cauca tenían la esperanza de ser incluidas en esta ley como territorio de Comunidades Negras debido a la concentración de la población negra localizada en el área rural, pero no lo lograron (p. 88). Sin embargo, como campesinos lograron luchar por el territorio, conformar Consejos Comunitarios y capacitar a la población en diferentes temas agrarios y étnicos. Lo que vimos reflejado en las historias de algunos participantes, por ejemplo: Fabio y Juan quienes eran beneficiarios de programas que manejaban los consejos comunitarios afrodescendientes y campesinos a los que pertenecían.

⁹ Esta ley se observó el procedimiento para el reconocimiento del derecho a la propiedad colectiva de las "tierras de las comunidades negras". Según la Comisión de la Verdad, disponible en: <https://web.comisiondelaverdad.co/actualidad/noticias/ley-70-propiedad-colectiva-del-pueblo-negro-cumple-27-anos#:~:text=La%20Ley%2070%20de%201993,fundamentales%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20afrocolombiana.>

Los territorios en las comunidades étnicas presentan un panorama sociohistórico de conflicto social y lucha comunitaria por el territorio (ver figura 8), sobre todo por la lucha entre la apropiación y tenencia de la tierra frente a las fuerzas productivas y la industrialización (76). Este tipo de conflictos sociales es resaltado por uno de los participantes (Javier) en Puerto Tejada cuando expresa que en la época de sus abuelos Puerto Tejada se encontraba en mejores condiciones, conservaban mucha agricultura y ganadería hasta que fueron asediados por los ingenios azucareros y fueron desplazados de sus tierras. Así como las frecuentes migraciones internas hablan de este factor socio político.

Durante las trayectorias de vida se evidenciaron hitos migratorios en donde todos y todas las participantes experimentaron migración interna de sus territorios. Este fenómeno social puede estar asociado al desplazamiento por movilidad ya sea forzada o voluntaria de la ciudad al campo, del campo a la ciudad o de una vereda a otra, dentro o fuera del departamento de origen. La migración interna está relacionada con la búsqueda de oportunidades, ya que se observó que el nuevo lugar de residencia traía la búsqueda de un espacio social con mejores condiciones: acceso a un trabajo, a educación o a lugares libres de la presencia de actores armados.

Puerto Tejada es un ejemplo de este tipo de luchas, dado que desde sus comunidades han trabajado la concientización del territorio y de sus derechos como campesinos negros (76). No es casualidad la conciencia étnica y agraria que presenta el entrevistado Javier, quien ha sido capacitado por sus abuelos e instruido en el reconocimiento de lo propio y lo expropiado en su territorio. La concientización generacional se debe a un proceso histórico, en donde Puerto Tejada, entre los territorios poblados del norte del Cauca, se constituyó como el principal núcleo de formación de una élite negra que, además de ejercer el poder local, alcanzó notoriedad regional y nacional (76). Esta élite estaba conformada, según Hurtado, por “líderes políticos e intelectuales de la población negra del norte del Cauca, la comarca de Jorge Fidel Fory, Alejandro Peña, Natanael Díaz, Gonzalo Lerma, Rafael Cortés Vargas, Miguel Gómez y Arquímedes Viveros (p. 81 y 80)”.

Figura 8. Hechos sociohistóricos, territorio e identidad campesina afro



Estos aspectos sociohistóricos y socioculturales (87) son relevantes para comprender los procesos de adherencia al tratamiento de la TB. Borde y Torres (87) expresan que comprender las dinámicas del territorio y del contexto social conecta con la salud y la vida, dado que en el campo de la salud pública es el territorio donde se dan los procesos de producción y reproducción social, así como la salud-enfermedad y mortalidad (87). Es decir, las personas viven, se enferman y fallecen dependiendo las condiciones ligadas al territorio (87). Para estos autores, el territorio es una categoría central porque revela las dinámicas poblacionales y las determinaciones que producen bienestar o deterioro en las comunidades (87).

En este trabajo, identificamos el territorio como una categoría emergente llena de sentido en las dinámicas de la salud y la enfermedad, sobre todo en las experiencias de la enfermedad y del tratamiento en la TB que compete a esta investigación. Estudios en determinantes social, tratamiento de la TB y condiciones del ambiente han demostrado que el espacio y el territorio es influyente en la TB (27), ya que permite que haya una identificación de áreas de riesgo y grupos que deben ser prioritarios en la atención de la TB (27). Otro punto es, que los territorios hablan de dinámicas de pobreza, una población que ha vivido despojo territorial es históricamente empobrecida en comparación con quienes no han vivido este tipo de despojo.

Espinosa et, al., (88), expresan que la categoría territorio habla acerca de la gestión contra la TB en una localidad, en donde para su estudio encontraron que en el Valle del Cauca hay un encadenamiento de debilidades en la gestión de la TB que se explican por el bajo desempeño de la institucionalidad en las localidades (88). Los sectores más perjudicados eran los municipios pequeños pues tenían un déficit de capacidades para la gestión contra la TB, ya que a medida que aumentaban los municipios en tamaño, aumentaban las capacidades (88).

Otros estudios han encontrado que la ruralidad influye en la TB porque está asociada a mayores condiciones de pobreza, resultando en entornos desfavorecidos y con menor

acceso a los servicios de salud (23). Aunque lo anterior fue encontrado también en esta investigación, pues las personas se encuentran en su mayoría en situación de pobreza, la ruralidad en algunas ocasiones no se observó como limitante para el desarrollo de la adherencia al tratamiento, debido a que la mayoría de los pacientes curados eran de veredas de Santander de Quilichao. A esto contribuyó una mayor capacidad de la ESE Quilisalud. Por su parte los pacientes con problemas y dificultades en los suministros de los medicamentos, así como el abandono del tratamiento se presentó en zonas urbanas del municipio de Puerto Tejada.

Una idea que aplica en este estudio es el resultado al que llegó Senanayake et al., sobre que la agrupación de casos de TB podría ser mayor en las sociedades urbanizadas porque los espacios sociales suelen estar más aglutinados (37). Aunque lo que más se evidenció fue que la adherencia al tratamiento de la TB presenta dificultades cuando la gestión del programa TB por parte de la institución de salud no se cumple de manera adecuada, como lo encontrado en Puerto Tejada en donde hay barreras de acceso desde los servicios de salud que van desde desinformación sobre el programa TB, diagnósticos inoportunos y reprocesos administrativos para acceso a medicamentos.

Las viviendas rurales tampoco resultaron inadecuadas respecto a la amplitud y ventilación requerida para el tratamiento de la TB, pero sí en condiciones de tipo de piso, materiales de la vivienda y exposición a factores del entorno no salubres por presencia de vectores conductores de otras enfermedades. Algunas viviendas en el área urbana presentaban condiciones no aptas para el tratamiento de la TB por ser espacios pequeños y sin ventilación que correspondían a los participantes migrantes de Santander de Quilichao.

Los grupos armados al margen de la ley con presencia en los territorios de las veredas de Santander de Quilichao resultaron ser actores amenazantes para los participantes, pues condicionaban la libre movilidad de la población. Una estrategia puesta en marcha por Quilisalud ESE que atendió este problema fue que las visitas domiciliarias para seguimiento del tratamiento eran realizadas por personal de salud del mismo contexto

social, esto permitió que la profesional y auxiliares pudieran ingresar al territorio para la atención al paciente, haciendo uso del conocimiento sobre el espacio. Pero también el acceso a los territorios con presencia de grupos armados no sucedía sin el debido protocolo de seguridad en contextos de violencia, una de las actividades visibles era que el ingreso se hacía en ambulancia o con la brigada de salud en los sectores con presencia de grupos armados. En Puerto Tejada, las auxiliares y profesionales de la Secretaría de Salud local debían acceder a los barrios con presencia de violencia urbana sin protección, con su propio medio de transporte, lo que resultaba en temor y prestaciones de monitoreo de la TB con afán e inadecuadas por presencia de pandillas.

9.3. El sentido, el cuidado y género en el tratamiento de la TB

Cada experiencia de la enfermedad reflejó unas relaciones y prácticas de género que se desarrollaban en los procesos de cuidado de la TB. Desde Scott (46), el género permite que analicemos los significados que las personas le dan a la vida cotidiana, sus creencias, valores y la identidad subjetiva. Como categoría de la interseccionalidad observaremos las dinámicas de cuidado, familiares y culturales en las personas entrevistadas.

Tanto mujeres y hombres tienen maneras de “gestionar la enfermedad”, las personas construyen formas, estrategias y modalidades en la vida cotidiana para hacer frente a la enfermedad (20). La TB para todos los participantes significó un quiebre y exigía una reorganización de la vida cotidiana. La variabilidad de ese impacto en los participantes comienza desde ser un momento de fragilidad reflejada en los síntomas producidos por la TB (Tos con sangre, pérdida de peso, decaimiento, sudoración...), las comorbilidades (porque en algunos casos exigía la alternancia con tratamientos para esas enfermedades), susto por la posibilidad de morir, hasta la asimilación y aceptación de la TB reflejada en la rutina de cuidado. En el caso del participante en situación de abandono del tratamiento no había un proceso de aceptación ni de asimilación.

La aceptación del tratamiento de la TB fue diferencial en hombres y mujeres, dado que en la mayoría de los participantes hombres de Santander de Quilichao y Puerto Tejada los motivos para permanecer en el tratamiento fueron individuales: por su salud, por su vida, por su situación personal. Solo dos participantes en Puerto Tejada pensaban en el peligro que corría su familia. Asimismo, en los hombres hubo un factor común a nivel familiar y era que las estrategias de cuidado no fueron asumidas por ellos, sino por las mujeres de sus hogares. Ellas estaban pendientes de la fecha y hora de la toma de los medicamentos, de sostener la alimentación adecuada y de proveer el cuidado en el hogar.

En cuanto a las mujeres de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, la familia ocupó un lugar importante en el momento de comenzar y permanecer en el tratamiento de la TB, porque la enfermedad se reconoció como la amenaza de dejar a los hijos/as y personas dependientes de su cuidado solos por la posibilidad de ocurrencia de la muerte. Ninguna de las entrevistadas se encontraba curada, aunque estaban en la fase 2 del tratamiento se identifica que en el momento de la notificación de la TB hay un miedo a faltarle a sus hijos, pero también hubo miedo de transmitir la TB a sus hijos e hijas.

Es decir que en los hombres observamos el impulso individualizador que describen Beck y Beck-Gernsheim (94) en donde la preocupación por sí mismo es rol principal y lo familiar es secundario, pero en las mujeres se encontró una vinculación directa a la familia hasta en la forma de pensarse ellas mismas, esto es, no hay cambio entre los roles adscritos y los adquiridos para ambos géneros.

No obstante, en algunas mujeres se observó que a pesar de estar sujetas al ambiente familiar tienen unas expectativas que trascienden el ámbito familiar (94), como lo es que la mayoría de ellas se haya esforzado por alcanzar un nivel educativo alto y sostener una participación en actividades laborales para aportar a la economía de sus hogares. Es el caso de Julia que durante toda su vida se propuso terminar el bachillerato y lo logró por medio de su empleo en el trabajo doméstico. Así como el caso de Patricia que sostiene su hogar siendo jefe de hogar. Algunos hombres por su parte han avanzado en su

formación solo si es un requerimiento en su ámbito social, laboral y político, como en el caso de José, pero de resto se quedan en el mismo nivel educativo en el que alcanzaron su puesto laboral.

Se observó que para ambos géneros la TB es perturbadora por las dificultades que deben superarse para desarrollar las actividades cotidianas y económicas con regularidad y cumplir con las medidas del tratamiento. Otra actividad que se observó asumida por las mujeres (ambos municipios) fueron las actividades domésticas. Lo que quiere decir que independientemente de sus ocupaciones, debían atender los quehaceres domésticos en sus hogares. Lo que generaba una sobrecarga en las responsabilidades de cuidado, pues no solo debían cuidar de su familia, sino también de ellas mismas.

En contraste, no se evidenció participación por parte de los hombres en el cuidado de la enfermedad de las mujeres. Algunas participantes expresaron que durante el tratamiento de TB fue importante el cuidado que viene de los otros hacia a ellas, ya que el estar solas en estos procesos lo experimentaron como descuido. Aquellas que recibieron cuidados y acompañamiento durante la TB fue por parte de sus hijas, hermanas y madres.

Sin embargo, este rol de cuidadoras resultó favorable en el tratamiento de la TB, ya que las mujeres (ambos municipios) estaban atentas con la toma de los medicamentos, estaban pendientes de sus procesos y además estaban pendientes a la monitorización por parte de las profesionales de salud, así como las conversaciones sobre su estado de salud fueron más fluidas con las auxiliares de salud que les realizaban el seguimiento. Los hombres (para ambos municipios) presentaban más dificultades para expresarse durante el tratamiento ante los profesionales de salud. De manera que la enfermedad resultaba ser una debilidad.

Se identificó que durante el servicio de salud las auxiliares de salud que realizaban el seguimiento no eran ajenas a su comunidad, eran conocidas por ellos, eran del mismo contexto rural (Santander de Quilichao) o urbano (Puerto Tejada) de residencia del paciente. Cuando se daba una constante monitorización y construcción de confianza los

pacientes tanto hombres (Tino y Juan) como mujeres solían expresarse con las profesionales de salud, eran las personas con quienes estaban sumamente agradecidos. Esto sucedió en para algunos participantes en Santander de Quilichao y en Puerto Tejada en el caso de la participante migrante y la participante que estaba sin medicamento.

Este proceso de expresar lo que se siente es favorable para que las profesionales de salud puedan hacer el seguimiento de la TB. Desde la interseccionalidad se comprende que las mujeres y hombres asumen roles tradicionales en sus hogares que pasan por relaciones de poder, porque el género se construye a través de la organización simbólica, económica y política de la sociedad (46). Es decir, que hay una relación que puede ser desigual en cuanto a la participación de la mujer espacios fuera del hogar, pero también en trabajos remunerados y en grupos políticos. Se observó que ninguna de ellas participa en grupos identitarios afro o campesinos, no tienen una idea de la importancia de esa participación para la obtención de derechos, en contraste los hombres sí.

Debido a que ambos géneros son de la clase social obrera, se detalla que algunas mujeres trabajadoras participan en decisiones sobre sus hogares, pero las mujeres que estaban en situación de desempleadas o con empleos inestables asumían una postura de no ser las tomadoras de decisión en ellos. Como si el dinero estuviera conectado con las decisiones que se toman en el hogar, Beck y Beck-Gernsheim (94) definen que el trabajo tiene un hito en la vida de las mujeres, porque no solo aporta más dinero del que obtienen por medio de su relación conyugal o de manutención, sino que aporta “dinero propio”, lo que se traduce en autonomía y capacidad de autoafirmación, ya que las posibilidades de lo que puede hacer no se reducen a lo que recibe de los demás, sino que se amplían por medio del dinero propio” (94).

Lo anterior está conectado en que la condición económica de vulnerabilidad en la que se encontraban los hombres no era la misma de las mujeres, pues ellas estaban más empobrecidas, dependían de sus maridos, parejas y jefes de hogar para movilizarse al hospital, tomar los medicamentos o tener condiciones para llevar el tratamiento de la TB. Los hombres se encontraban con mayor posesión económica.

Para finalizar, se observó una feminización de la pobreza como en donde las trayectorias de las mujeres se encuentran atrapadas entre un “ya no más” y un “todavía no” (94). Ya que a pesar de los esfuerzos por trabajar (Paola y Patricia) y por estudiar y formarse académicamente (Julia y María) las mujeres de ambos municipios se encontraron abandonando el empleo por motivos de embarazo o de dependencia económica en sus hogares, y las que estaban formadas no encontraron empleos que no estuvieran feminizados y sin cualificación. Julia toda su vida trabajó el aseo, y María a pesar de tener tercer semestre de administración se encontraba atrapada por su condición de migrante y su falta de experiencia en lo administrativo.

Por último, se observa que muchas mujeres reconocen su situación de dependencia económica como un riesgo, pero luego lo definen como “está bien” porque es cumplir el rol en sus familias desde la responsabilidad principal asignada a su género, en forma de cuidado del hogar y los hijos. En el caso de los hombres las inconformidades eran generadas por la pausa obligada de sus actividades laborales que para algunos significó la TB, que se traducía en que deben hacer trabajos informales que no les satisfacían.

9.4. Lo étnico racial y servicios de salud en las experiencias en el tratamiento de TB

La interseccionalidad muestra que, en el caso de los pacientes afrodescendientes de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, las categorías hasta el momento estudiadas no suceden de manera separada, las personas no son solo pobres, sino que tienen un género que los diferencia y excluye, y una condición étnico racial afrodescendiente e indígena. Sucede como una experiencia entrelazada en la vida cotidiana de las personas, en donde debido a las desigualdades sociales se viven opresiones.

Por ende, la comprensión de los problemas sociales revela y analiza cuáles son esas desigualdades que suceden por condiciones de opresión y están entorpeciendo los

procesos de salud-enfermedad y de adherencia al tratamiento de enfermedades infecciosas como la TB (31).

Desde esta perspectiva, las opresiones se manifiestan por una relación de poder que se transmite en la experiencia de la salud y la enfermedad en la TB. En este proceso se evidencia una interacción directa entre el tratamiento de la TB y los contextos culturales y sociales de las personas (79), que muchas veces incluye condiciones de clase social, etnia, raza y género. En este punto, Wade (47) definió que estas opresiones en la dinámica social y de las relaciones sociales tienen una simultaneidad, reflejada en que varias categorías (género, clase y raza) se presentan en un espacio social al mismo tiempo que suceden en la biografía de una persona como contradictorias y congruentes (47). Esto es, la simultaneidad es una inclusión y exclusión presentada al mismo tiempo en un mismo lugar y mediante una misma serie de prácticas (47).

Así pues, la inclusión racial y étnica existe junto a prácticas discriminatorias (47) y se observa en diferentes espacios una ambigüedad y claridad racial. En temas étnico-raciales este tipo de simultaneidad se evidencia en que culturalmente se aceptan las expresiones de las comunidades afrodescendientes (47), las personas que no pertenecen a esta etnia adoptan turbantes, peinados, comida típica de estas comunidades, pero en temas raciales hay evasión y no se asume en la mayoría de los casos los actos de racismo, muchos prefieren decir que hay discriminación a reconocer las formas del racismo (47). La salud y las instituciones de salud como integrantes de la sociedad no están exentas de asuntos raciales.

En esta investigación se observó esa simultaneidad en los servicios de salud respecto al tratamiento de la TB, sobre todo en los actos discriminatorios vividos por parte de algunos participantes frente a los médicos. Julia y Javier participantes afrodescendientes vivieron experiencias de deslegitimación de su dolor en los procesos de atención médica, este dolor desatendido (90) durante el tratamiento de la TB trajo nuevas enfermedades que aparecieron durante la TB. Para ellos hubo una resistencia del médico a escucharlos, pero también una subestimación del dolor experimentado por la toma de los

medicamentos y los diferentes cambios que estaban teniendo por los efectos secundarios de los medicamentos. Canesqui (2017) argumentaba que las experiencias de dolor deben ser consideradas porque son legítimas en los enfermos (89). El que el médico deslegitime esta experiencia no la desaparece.

Estudios previos realizados en la costa Pacífica colombiana, como el de Carvajal (91), encontraron que algunos profesionales de salud que trabajan en TB tienen adecuados conocimientos sobre la enfermedad, pero también conservan actitudes de estigma frente a las personas con TB (91). se evidenciaron posiciones asimétricas entre algunos miembros del personal de salud y los pacientes, bajo una lógica de superioridad/inferioridad, marcada principalmente por un saber técnico y experto, por encima de un saber popular y encarnado en una experiencia de la enfermedad. Esta relación personal de salud y pacientes también están marcadas por la condición educativa y socioeconómica de los pacientes, además por el tipo de enfermedad que padecen, asociada con vulnerabilidad social los sectores marginados.

Esto constituye una relación en la que el profesional prescribe y el paciente obedece y muchas veces se siente limitado a expresar lo que experimenta directamente por el tratamiento u otras necesidades relacionadas con su salud. Lo que constituye una relación en la que el profesional prescribe y el paciente obedece y muchas veces se siente limitado a expresar lo que experimenta directamente por el tratamiento u otras necesidades relacionadas con su salud.

No obstante, se encontró que los pacientes viven un proceso de entender y acostumbrarse al tratamiento de la TB, partiendo de que no están acostumbrado a la medicina occidental, ya que ni siquiera solían ir al médico antes de vivir la experiencia del tratamiento de la TB. Pasar por la enfermedad los obligó a mantener una relación con la institución de salud para el suministro de los medicamentos a lo que no estaban acostumbrados y debieron adaptar sus costumbres y vida cotidiana a ello.

Todos los participantes mujeres y hombres de ambos municipios y de comunidades étnicas contaban con una creencia propia sobre la experiencia de enfermar y recuperarse, con una cultura y conocimientos propios para la gestión de la enfermedad. En la práctica muchas realizaron una adaptación cultural del tratamiento por medio del dialogo de los remedios caseros con los medicamentos.

En este caso, los remedios caseros entraron a fortalecer las falencias que no suplía el tratamiento occidental, como en el caso de los jugos nutricionales en la incapacidad para el consumo de alimentos al inicio del tratamiento que vivió Patricia (Santander de Quilichao), y la inexistencia de las medicinas para el tratamiento de la TB en Julia (Puerto Tejada) que fue suplida por hierbas. Todo este conocimiento es valioso adaptado con el tratamiento de la TB y entra a aportar en los procesos de adherencia.

Todos los participantes resaltaron la toma de los medicamentos como una experiencia a la que habían llegado por la gravedad de su condición en la enfermedad, luego de agotar el uso de los remedios caseros que eran de conocimiento en sus comunidades. Lo que produjo que la TB afectara a nivel psicológico y físico en la mayoría de ellos y ellas. Sin embargo, luego de esa experiencia son los remedios caseros una manera de manifestar cuidado se sí durante la TB por medio de alimentos con contenido nutricional que ayuda al cuerpo a salir de estados de desnutrición.

Por último, se evidenció que la mayoría de las adherencias exitosas traen consigo un diálogo entre las prácticas de cuidado que tienen los pacientes durante el tratamiento, que muchas veces están conectadas con su cultura, etnia, contexto social, y la toma diaria de los medicamentos suministrados por la institución de salud. A su vez, la forma en el trato que tienen los profesionales de salud hacia los pacientes influye en que estos se sientan cómodos con los procesos de interacción médico-paciente, paciente-hospital al cual están inmersos mientras se encuentran en el tratamiento de la TB.

10. Limitaciones del estudio

Se presentaron las siguientes limitaciones, la primera fue en el momento del trabajo de campo, ya que se programó hacer entrevistas en población indígena, pero hubo dificultades de acceso al territorio por presencia de grupos al margen de la ley, además de que la población vinculada a las instituciones de salud en donde se realizó esta investigación no tenía variedad de participantes indígenas. A nivel del análisis étnico racial no se pudo hacer el comparativo entre estos dos grupos poblacionales por imposibilidad para localizar a la población indígena.

La segunda fue en las entrevistas realizadas en Puerto Tejada, dado que las profesionales de salud no realizaban las visitas en los barrios de la manera adecuada para un actor institucional, sino con sus propios medios exponiéndose en contextos de violencia urbana, estas entrevistas fueron en su mayoría cortas, porque si se quedaban más de quince minutos corrían riesgo de robo de acuerdo con sus experiencias en el territorio. Esto resultó tensionante en el momento de aplicar la entrevista, porque se debió priorizar unas preguntas sobre otras, no alcanzando la profundidad que era intencional en este trabajo en las trayectorias de vida.

La tercera fue la falta de conexión en transporte para acceso a ciertas veredas, en Santander de Quilichao hay poblaciones étnicas en total aislamiento geográfico, es decir, que no hay vías de acceso a ellas, pero también es peligroso acceder por la presencia de grupos al margen de la ley. Entonces durante la investigación hubo momentos de impotencia por inaccessibilidad a ciertas veredas con pacientes de TB. Ya que el aislamiento geográfico pudo ser un elemento importante para analizar en el enfoque interseccional aquí presentado.

11. Conclusiones

Este estudio se propuso comprender la interseccionalidad en la adherencia al tratamiento de la TB en la población de Santander de Quilichao y Puerto Tejada, municipios categoría 5 y 6 que se encuentran con una población significativa rural. Aquí se encontró que cada municipio tenía participación de grupos étnicos y campesinos tanto afrodescendientes como campesinos de cultivos de piña, Pancoger y ganaderos. También se observó que las personas que habitan estos municipios y se encuentran en tratamiento de la TB la mayoría estaban en condiciones de pobreza, eran de clase obrera baja y algunos tenían inestabilidad laboral. Así como se encontró que estas situaciones de la experiencia vital están atravesadas por un proceso de simultaneidad que pasa por la clase social, el género y lo étnico racial. A medida que avanzaban los resultados se descubrieron categorías emergentes como la migración, el territorio (rural/urbano), la familia, servicios de salud y la institucionalidad.

El enfoque interseccional aplicado a la adherencia al tratamiento de la TB se mostró en las trayectorias de vida de las personas que vivenciaron la enfermedad y se encontraban en tratamiento, los tipos de TB presentes en los participantes eran: TB pulmonar, TB extrapulmonar, TB Ganglionar y TB pulmonar sensible. Asimismo, los participantes se encontraban en las etapas: curados, fase 2, fase 1, inicial y abandono. La experiencia de la enfermedad trajo para la mayoría de los pacientes cambios en la concepción que tenían sobre ir al médico, la toma de medicamentos occidentales, la toma de exámenes y las frecuentes visitas al médico para seguimiento y monitorización. Además de cambios en los hábitos alimenticios, cambios en los hábitos de consumo de alcohol y la malnutrición.

Los y las participantes realizaron una adaptación cultural al tratamiento, que se reflejó en el diálogo de los remedios caseros para apoyar y sobrellevar la toma de los medicamentos, uso del conocimiento de la comunidad sobre cómo curarse frente a una enfermedad y diálogo con los profesionales de salud sobre la manera de tomarse los medicamentos. Cuando las dietas asignadas por los nutricionistas, debido a que la mayoría se encontraba en desnutrición, eran inalcanzables para los participantes porque

contenían alimentos que no tenían al alcance y se encontraban fuera de la canasta familiar. Estos hacían uso de sus conocimientos en alimentación sana de acuerdo con su cultura, tal como la toma de jugos verdes, tes para aliviar el organismo, cambios en los hábitos alimenticios hacia el consumo de alimentos que creían adecuados durante la enfermedad.

Otro punto fue que la mayoría de los pacientes tenían comorbilidades, que partían de ser adquiridas durante el tratamiento de la TB y otras que traían desde antes. Los remedios caseros para algunos fueron la forma de tener un tratamiento a la comorbilidad experimentada cuando había deslegitimación del dolor y falta de sensibilidad por parte del médico frente a los dolores y enfermedades que surgían durante el tratamiento de la TB.

Igualmente, el apoyo comunitario de las mujeres (madres, hermanas, abuelas, vecinas, tías y demás) en el proceso de cuidado de la TB tanto en los hombres y en ellas mismas fue una labor que ayudó a que muchos tratamientos se realizaran de manera exitosa. Esta labora asumida por las mujeres desde su trayectoria de rol asignado en una organización tradicional de género en donde lo primero para ellas son la familia y los hijos. En los hombres se observa que tuvieron una preocupación por cumplir el rol de proveedores en sus hogares. Ambos géneros experimentaron la TB como perturbadora en la vida cotidiana, en sus trabajos y en su biografía.

La experiencia de la toma de los medicamentos trajo consigo efectos secundarios: sudor, ansiedad, vómitos, mareo, ardor estomacal... que fueron difíciles de sobrellevar para la mayoría durante los 2 primeros meses de adaptación al tratamiento, en donde las varias pastillas (2, 3 y 4 pastillas grandes) en un día, exigían disciplina y constancia. Por ende, la adaptación cultural al tratamiento implicó también poner límites a las recomendaciones comunitarias sobre la suspensión de los medicamentos y el remplazo por remedios caseros. Los procesos de desconfianza hacia al medicamento traían conflictos sobre su viabilidad debido a los efectos secundarios.

Es de anotar, que la riqueza de esas experiencias de vida en el tratamiento de la TB fueron las que le dieron forma a este trabajo, pero también la intención de observar la TB desde unos lentes de la interseccionalidad y la salud pública. Por ello en la contextualización general sobre los municipios se ubicaron las características poblacionales a nivel sociodemográfico, socioeconómico y epidemiológico, en donde se evidenció que ambos municipios tenían una historia particular y a la vez conectada en el despliegue de su economía y distribución poblacional. Pero esos datos fueron acercándose a las realidades de las personas con TB, por medio de la información empírica que daban las entrevistas. Es aquí donde el enfoque interseccional toma un sentido, ya que la vida cotidiana de los participantes con TB es mucho más intrincada de lo que suponemos en los datos estadísticos.

El papel de la institucionalidad que presta los servicios de salud se encontró como fundamental para la adherencia al tratamiento. Ya que el diagnóstico oportuno, el acceso al tratamiento, el seguimiento que implica que los profesionales de salud se desplacen hasta la vivienda del paciente si este no tiene los recursos para asistir diariamente a la institución de salud, el acceso a las citas médicas, exámenes, y el suministro de los medicamentos sin costo. Resultaron ser facilitadores para la adherencia al tratamiento. En cambio, cuando había ausencia de seguimiento, acceso a medicamentos, diagnósticos inoportunos que implicaban gastos de bolsillo, falta de sensibilización sobre las condiciones de vulnerabilidad de los pacientes, se fortalecían los limitantes para la adherencia exitosa.

Por ende, la institución de salud como autoridad sanitaria tiene influencia en que las personas no abandonen el tratamiento, pero también las personas desde sus diferentes realidades acomodan su vida para cumplir con los requerimientos médicos. Es decir, tiene un rol importante la entidad de salud en prevenir y lograr tratamientos exitosos, porque independientemente de la situación biográfica, los apoyos de la institución de salud son elementales para la recuperación de pacientes de escasos recursos, que atraviesan dificultades para cumplir con el tratamiento.

En suma, la sensibilización y legitimación de la experiencia del paciente en la TB trae consigo la adopción de tratamientos más viables. El dolor desatendido, la relación de poder entre el médico y pacientes, ubicó a los participantes en una posición a travesada por la clase social en donde el saber médico era considerado superior y el de los participantes en condición de vulnerabilidad como inferior, generando una experiencia de estigma y discriminación hacia las personas con esta enfermedad.

En definitiva, la interseccionalidad se encontró en todas las trayectorias de vida, pues las personas no son solo pobres, sino que también habitan en lugares en la ruralidad dispersa o en localidades con violencia urbana o grupos al margen de la ley, tienen un género, una pertenencia campesina afro, comorbilidades, condición migratoria, tienen trabajos informales e inestables y un nivel educativo bajo, todas estas condiciones suceden en la biografía de las personas al mismo tiempo que deben llevar el tratamiento de la tuberculosis y adoptar unas maneras de cuidarse.

12. Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud OMS. Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. ISBN 978-92-4-003702-1. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2020: sinopsis [Global tuberculosis report 2020: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [citado el 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340396/9789240022652-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Español, Inglés.
3. Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis. [Internet]. 2021 [citado el 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>. Español, inglés.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis en las Américas, informe regional 2020. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud; 2020 [citado el 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55047>. Español, Inglés.
5. Instituto Nacional de la Salud. Tuberculosis, período epidemiológico II Colombia. [Internet]. 2022 [Citado el 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/TUBERCULOSIS%20PE%20II%202022.pdf>. Español.
6. Rojas Ochoa F. El componente social de la salud pública en el siglo XXI. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2004 Sep [citado 2022 Jul 20]; 30(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300008&lng=es.
7. Gobernación del Cauca y Secretaría de Salud. Plan Estratégico Cauca: hacia el fin de la tuberculosis 2016-2025. 2016 [citado el 4 de junio de 2022].
8. Villegas ST, Velásquez TL, Hernández SJM. Tuberculosis en comunidades indígenas del Chocó, Colombia. Análisis epidemiológico y perspectivas para disminuir su incidencia. Enf Infec Microbiol. [Internet]. 2018 [citado el 8 de marzo de

- 2022] ;38(4):104-114. Disponibles en:
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92779>
9. Secretaria de Salud del departamento del Cauca. Plan de asistencia técnica, dimensión 6, tuberculosis y Hansen: programa departamental de control de tuberculosis y Hansen. 2021 [citado el 19 de septiembre de 2022].
 10. Secretaria Departamental del Cauca. Indicadores epidemiológicos TB- Cauca 2021: Programa departamental de control de tuberculosis y Hansen. 2021 [citado el 20 de septiembre de 2022].
 11. Bidegain, E A. Más allá de la bacteria: Tuberculosis Pulmonar, su relación con el espacio y los modos de entender y atender la enfermedad en lugares de prácticas biomédicas y vida cotidiana. [Tesis doctoral] [Internet]. México. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología. Agosto 2019. [citado el 1 de octubre de 2021]. Disponible en:
<https://ciesas.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1015/949>
 12. Organización Mundial de la Salud OMS. Adherencia a los tratamientos de largo plazo, pruebas para la acción. [Online]. Ginebra: World Health Organization; 2004 [citado el 17 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2003.pdf>
 13. Departamento Nacional de Estadística DANE. Enfoque diferencial e interseccional. Colombia: DANE; 2022 [citado el 28 de septiembre 2022]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/enfoque-diferencial-e-interseccional>.
 14. Madjid A, Syafar M, Arsunan A A, Maria I L. Social determinants and tuberculosis incidents on empowerment case finding in Majene district. Enfermeria Clinica. [Internet]. 2020 [citado el 3 de febrero de 2022]; 30: 136-140. DOI: 10.1016/j.enfcli.2020.02.011
 15. Cannon, L.-A. L., Oladimeji, K. E., & Goon, D. T. Socio-economic drivers of drug-resistant tuberculosis in Africa: a scoping review. BMC Public Health. [Internet]. 2021 [citado el 28 de febrero de 2022]; 21(1): 1–8. <https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1186/s12889-021-10267-0>

16. Aizenberg, L. Miradas sanitarias en torno a las mujeres bolivianas en Argentina: un aporte desde la interseccionalidad. *Migr. Inter* [online]. 2019 [citado 2022-07-20]; vol.10, e2242. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-89062019000100120&lng=es&nrm=iso>. Epub 01-Ene-2019. ISSN 2594-0279. <https://doi.org/10.33679/rmi.v1i1.2242>.
17. Ilunga BB, Eales OO, Marcus TS, Smith S, Hugo JF. Interpreting Mamelodi Community-Oriented Primary Care data on tuberculosis loss to follow-up through the lens of intersectionality. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. [Internet]. 2020 [citado 20 de julio de 2022]; 4;12(1):e1-e6. doi: 10.4102/phcfm.v12i1.2081. PMID: 32129651; PMCID: PMC7061220.
18. Turan J M, Elafros M A, Logie C H et al. Challenges and opportunities in examining and addressing intersectional stigma and health. *BMC Med* [Internet]. 2019 [citado 20 de julio de 2022]; 17, 7: 1-15. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12916-018-1246-9>
19. Baig K. Contextualising gender intersectionality with the COVID-19 pandemic. *Public Health*. [Internet]. 2021 [citado el 7 julio de 2022]; 198: 171-173. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.07.033>
20. Margulies, S., Barber, N y Recoder M L. VIH-SIDA y “adherencia” al tratamiento: enfoques y perspectivas [Internet]. 2006 [citado el 25 de oct de 2022]; (3): 281-300. Disponible en: <https://revistas.uniandes.edu.co/doi/epdf/10.7440/antipoda3.2006.11>
21. Mukerji, R., & Turan, J. M. Challenges in accessing and utilising health services for women accessing DOTS TB services in Kolkata, India. *Global Public Health*. [Internet]. 2020 [cited 25 de abril de 2022]; 15(11): 1718–1729. Available from: <https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1080/17441692.2020.1751235>.
22. Miller PB, Zalwango S, Galiwango R, Kakaire R, Sekandi J, Steinbaum L, et al. Association between tuberculosis in men and social network structure in Kampala, Uganda. *BMC Infectious Diseases* [Internet]. 2021 Sep 30 [cited 2022 Apr 8];21(1):1–9. Available from: <https://search-ebshost.com.bd.univalle.edu.co/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=152743573&lang=e>

s&site=ehost-live

23. Cannon, L.-A. L., Oladimeji, K. E., & Goon, D. T. Socio-economic drivers of drug-resistant tuberculosis in Africa: a scoping review. BMC Public Health. [Internet]. 2021 [citado el 28 de febrero de 2022]; 21(1): 1–8. [https://doi-org.bd.univalle.edu.co/10.1186/s12889-021-10267-0](https://doi.org/bd.univalle.edu.co/10.1186/s12889-021-10267-0)
24. Zille A I, Werneck G L, Luiz R R, y Conde, M.B. Social determinants of pulmonary tuberculosis in Brazil: An ecological study. BMC Pulmonary Medicine. [online]. 2019 [citado el 28 de abril de 2022]; 19 (87): 1-9.
DOI: 10.1186/s12890-019-0855-1
25. Pereira T V, Nogueira M C, y Campos E M S. Spatial analysis of tuberculosis and its relationship with socioeconomic indicators in a medium-sized city in Minas Gerais [Article@Análise espacial da tuberculose e sua relação com indicadores socioeconômicos em um município de médio porte em Minas Gerais]. Revista Brasileira de Epidemiologia. [Internet]. 2021 [citado el 13 de julio de 2022]; 24, (E210021): 1-13. doi: 10.1590/1980-549720210021.supl.1
26. Alves J D, Arroyao L H, Moraes M A, Cartagena D, Zamboni T, Seles L,... Arcêncio R A. Magnitud de los determinantes sociales en el riesgo de mortalidad por tuberculosis en el Centro-Oeste de Brasil. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2022 [citado el 19 de julio de 2022]; 34, (2): 171-178. Disponible en: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.01.004>>. ISSN 0213-9111.
27. Lima, S.V.M.A., dos Santos, A.D., Duque, A.M. et al. Spatial and temporal analysis of tuberculosis in an area of social inequality in Northeast Brazil. BMC Public Health. [Internet]. 2019 [citado el 26 julio de 2022]; 19, 873. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7224-0>
28. Organización Mundial de la Salud. Género y salud. [Internet]. 2018 [citado el 29 de junio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>. Español, inglés.
29. Couto MT, De Oliveira E, Alves Separavich MA, Do Carmo Luiz O. La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas. Salud Colectiva [Internet]. 2019 [citado 15 junio 2022];15 (e1994): 1-14. Disponible en:

<https://doi.org/10.18294/sc.2019.1994>.

30. Viveros Vigoya M. La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista* [Internet]. 2016 [citado el 1 de julio de 2022]; 52: 1- 17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.df.2016.09.005>.
31. Hill Collins P. It's all in the family: intersections of gender, race and nation. *Hypatia: Multicultural and postcolonial feminist* [internet]. 1998 [citado el 28 de noviembre de 2022]; 13 (3): 62-82. Disponible en: <http://www.jstor.org/stable/3810699>
32. Alves PC. “A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócioantropológicos da doença: breve revisão crítica”, *Cad. Saúde Pública*. 2006;22(8):1547-1554).
33. Recoder, ML. Experiencia de enfermedad y narrativa: Notas etnográficas sobre vivir con VIH/Sida en una ciudad del nordeste brasileiro. *Pap. trab. - Cent. Estud. Interdiscip. Etnolingüíst. Antropol. Sociocult.* Jun 2011; 21:80-98.
34. Arango, Y. Autocuidado, género y desarrollo humano: hacia una dimensión ética de la salud de las mujeres. *Manzana de la discordia*. 2007; (4): 107-115.
35. Estrada Montoya, JH. La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Rev. Gerenc. Polit. Salud* [online]. 2009 [citado el 25 de abril de 2022]; 8 (17): 106-122. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272009000200007&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1657-7027.
36. Castro C R, Cama M J, Fernández II F. Apoyo familiar y adherencia al tratamiento en personas afectadas de tuberculosis. *Medisur* [Internet]. 2020 Oct [citado 2022 Jul 26]; 18(5): 869-878. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000500869&lng=es. Epub 02-Oct-2020.
37. Senanayake MGB, Wickramasinghe SI, Samaraweera S, De Silva P, Edirippulige S. Examining the social status, risk factors and lifestyle changes of tuberculosis patients in Sri Lanka during the treatment period: a cross-sectional study. *Multidiscip Respir Med*. 2018 Apr 1;13:9. doi: 10.1186/s40248-018-0121-z. PMID: 29619219; PMCID: PMC5878935.
38. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema de Seguridad Social

- en Salud y se dictan otras disposiciones. Enero 19 de 2011. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201438%20DE%202011.pdf.
39. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud en seres humanos. [Internet]. 2017 [citado el 15 de octubre de 2022]. Disponible en: https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
 40. Pujadas J J. Los usos de los métodos biográficos. En: Centro de Investigaciones Sociológicas. El método biográfico: el uso de las historias de vida en las ciencias sociales. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 2002. P 41-51.
 41. Ragin C. El uso de los métodos cualitativos para el estudio de aspectos comunes. En: Rodríguez C, Rico L, editores. La construcción de la investigación social: introducción a los métodos y su diversidad. 21 ed. Colombia: Siglo del Hombre Editores; 2007. P 143-176.
 42. Vincent D. Cómo adelantar una investigación mediante entrevistas. En: Amaya JA, Hurtado CA, editores. La Caja de Herramientas del Joven Investigador: Guía de iniciación al trabajo intelectual. 1era ed. Colombia: La Carreta Editores E. U; 2007. P 167-178.
 43. Sepúlveda L. Las trayectorias de vida y el análisis de curso de vida como fuentes de conocimiento y orientación de políticas sociales. Revista Perspectivas. [Internet]. 2010 [citado el 9 de febrero de 2023]; (21), 27-53. Disponible en: <http://ediciones.ucsh.cl/ojs/index.php/Perspectivas/article/view/436>
 44. Foucault M. Introducción. En Mancera G, editores. La Arqueología del Saber. 1 era ed. México: Siglo XXI Editores; 1970. P 3 -29.
 45. Montenegro L. Geografía humana de Colombia, pagar por el Paraíso. Bogotá, Colombia: Editora Guadalupe, 1997.
 46. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En, *Género e Historia*. México: Fondo de Cultura Económica; 2008. pp. 48-74.
 47. Wade, P. “El significado de raza y etnicidad”, *Raza y etnicidad en Latinoamérica*. Quito, Ediciones Abya-Yala; (2000)[1997]. Pp 11-34.

48. Weber, M. Cap. IV. Estamentos y clases. Tomo I, En. J. Winckelmann. (Ed.), *Economía y Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica; (1977) [1922]. Pp. 242-248.
49. Bourdieu. P. El espacio social y sus transformaciones, En: *La Distinción: Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus. 1998 [1979]. P. 97-168.
50. Smith S. "Una defensa marxista de la interseccionalidad". *Marxismo Crítico: praxis, conciencia y libertad* [Internet]. 2017 [citado el 18 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://marxismocritico.com/2017/10/17/una-defensa-marxista-de-la-interseccionalidad/>
51. Resolución 207 de 2021. Por la cual se expide la certificación de categorización de las entidades territoriales: departamentos, distritos y municipios, conforme a lo dispuesto en las leyes 136 de 1994, 617 de 2000 y el Decreto 2106 de 2019. Noviembre 30 de 2021. Disponible en: https://xperta.legis.co/visor/legcol/legcol_286aa28417a1422e9221abc73bf85285
52. Alcaldía de Santander de Quilichao. Información del municipio. Colombia: Alcaldía de Santander de Quilichao; 2024 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://santanderdequilichao-cauca.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Informacion-del-Municipio.aspx>
53. Municipios de Colombia. El municipio de Puerto Tejada. Colombia: Municipios de Colombia; 2024 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.municipio.com.co/municipio-puerto-tejada.html>
54. Alcaldía de Santander de Quilichao. Economía del municipio. Colombia: Alcaldía de Santander de Quilichao; 2024 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://santanderdequilichao-cauca.gov.co/MiMunicipio/Paginas/Economia.aspx>
55. Alcaldía de Puerto Tejada. Economía e indicadores. Colombia: Alcaldía de Puerto Tejada; 2019 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.puertotejada.gov.co/publicaciones/258/economia-e-indicadores/>
56. Alcaldía de Puerto Tejada. Identificación e historia. Colombia: Alcaldía de Puerto Tejada; 2019 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.puertotejada.gov.co/publicaciones/255/identificacion-e-historia/>
57. Departamento Nacional de Estadística DANE. Necesidades Básicas Insatisfechas

- (NBI): DANE; 2024 [citado el 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>
58. Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS vivienda y salud [internet]: Organización Panamericana de la salud; 2022. 3, Hacinamiento en los hogares. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583397/>
 59. Boldú J., Cebollero P., Abu J., Prado A. de. Tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2007 [citado 2024 Mar 08]; 30(Supl 2): 99-115. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400008&lng=es.
 60. Secretaría Distrital de Salud SDS. Información sobre afiliación al sistema general de seguridad social en salud. [Internet]. Bogotá: Alcaldía de Bogotá; 2024. [citado el 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://bogota.gov.co/servicios/guia-de-tramites-y-servicios/informacion-sobre-afiliacion-al-sistema-general-de-seguridad-social-en-salud>
 61. Shoemaker R, & Delgado M. *Fundamentos de epidemiología*: Universidad del Cauca. [internet]. 2019 [citado el 18 de octubre de 2021] Recuperado de: <https://www-digitaliapublishing-com.bd.univalle.edu.co/a/82779>.
 62. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S y Corcho-Berdugo A. Principales medidas en epidemiología. Salud Pública de México [online]. 2000 [citado el 5 agosto de 2023]; 42 (4): 337-348. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2000.v42n4/337-348/es>
 63. Sales C M M, Sanchez M N, Ramalho W, Bertolde A I & Maciel E L N. Social determinants of tuberculosis via a zero-inflated model in small areas of a city in Southeastern Brazil. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. [online]. 2018 [citado el 24 de febrero 2022]; 51 (5): 638-643. DOI: 10.1590/0037-8682-0015-2018
 64. Saavedra C J y Muñoz A I. Determinantes sociales de la Salud: La mortalidad por tuberculosis en Bogotá C. C. 2011-2013. (no es claro qué tipo de texto es, ni hay los datos para referenciarlo). [internet]. 2014. [citado el 10 de abril de 2023] Recuperado de:

https://editorial.unal.edu.co/fileadmin/recursos/focos/focossalud/docs/trabajos_cientificos/ensayos_cortos/cantor_y_munoz_determinantes_sociales_de_la_salud_la_mortalidad_por_tuberculosis_en_bogota_d.c._2011-2013.pdf, consultado el 2 de febrero de 2022.

65. Alonso JC y Lotero AM. La ley Páez, una oportunidad de cambio. En Alonso JC y Lotero AM, editores. 10 años de la ley Paéz: transformación de la economía caucana. 1era ed. [Internet] Cali: Universidad Icesi. 2008 [citado el 29 de abril de 2024]. p. 15-28. Disponible en: https://repository.icesi.edu.co/biblioteca_digital/bitstream/10906/65050/6/alonso_le_y_%20paez_2008.pdf
66. Rentería J. La historia del municipio de Santander de Quilichao. Medium. [Internet]. 2021. [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://medium.com/@JavierMoisesRenteriaHurtado/la-historia-del-municipio-de-santander-de-quilichao-se-remonta-hacia-1543-aunque-adffa797f59d>
67. Moreno, JW. Reseña histórica del municipio de Santander de Quilichao. De Quilichao. [Internet]. 2010. [citado el 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://dequilichao.blogspot.com/2010/11/resena-historica-de-santander-de.html>
68. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Pobreza en Colombia, un análisis con perspectiva de género. DANE. [Internet] Colombia: Editorial DANE, 2021 [citado el 14 de mayo de 2024]. 59 p. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/dic-2021-nota-estadistica-pobreza-en-colombia-perspectivas-genero-1.pdf>
69. Fernandez-Martinez, C M y Aviles-Hernandez, M. Análisis de necesidades en familias monoparentales con jefatura femenina usuarias de servicios sociales de atención primaria en España. *Prospectiva* [online]. 2020 [citado el 15 de mayo de 2024], n.30, pp.145-173. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-12132020000200007&lng=en&nrm=iso. DOI: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i30.8855>.
70. Chirico C, Iannizzotto A, Telles H, Valiente J, Rojas S, Etchevarria M. El amparo económico para mejorar el tratamiento de la tuberculosis. *Salud(i)Ciencia* [Internet].

2018 [citado el 15 de mayo de 2024]; 23(3): 1-10. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1667-89902018000400001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.21840/siic/159135>.

71. Cuervo S M, Barbieri A F. & Rangel J. I. La migración interna en Colombia en la transición al siglo xxi. Una aproximación multiescalar. *Revista Latinoamericana De Población [online]*. 2018 [citado el 1 de junio de 2024]; 12(22): 50–68. Disponible en: <https://revistarelap.org/index.php/relap/article/view/85>, DOI: <https://doi.org/10.31406/n22a4>.
72. Instituto Nacional de Salud INS. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de Tuberculosis. versión 6. [Internet] Colombia: Instituto Nacional de Salud. 2022 [citado el 1 de junio de 2024]. P. 1-33. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Lineamientos/Pro_Tuberculosis%202022.pdf. DOI:<https://doi.org/10.33610/infoeventos>
73. Colprensa. Vía Panamericana permanece bloqueada tras atentado de las disidencias de las Farc. Periódico El Colombiano [online]. 14 de abril 2024 [citado el 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elcolombiano.com/colombia/via-panamericana-permanece-bloqueada-tras-atentado-de-las-disidencias-de-las-farc-DB24252652>
74. El País. Vía Panamericana sigue bloqueada por protestas de comunidades afro. Periódico El País [online]. 25 abril de 2016 [citado el 2 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.elpais.com.co/judicial/via-panamericana-sigue-parcialmente-bloqueada-por-protestas-de-comunidades-afro.html>
75. Majombozi Z. Care, contagion and the good mother: narratives of motherhood, tuberculosis and healing. *Anthropology Southern Africa* (2332-3256) [Internet]. 2019 Dec 15 [cited 2024 jun 22];42(4):290–301. Available from: <https://search-ebscohost-com.bd.univalle.edu.co/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=140311669&lang=es&site=ehost-live>
76. Hurtado T. La construcción de un modelo de ciudadanía diferenciada: el empoderamiento político de la población afrocolombiana y el ejercicio de la movilización étnica. En: Rojas AA. Estudios Afrocolombianos Aportes para un estado del arte: memorias del primer coloquio nacional de Estudios

- Afrocolombianos. García F. Cauca: Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2001. P. 75-96.
77. Viveros M. Alteridad, género, sexualidades y afectos: reflexiones a partir de una experiencia investigativa en Colombia. *Cadernos Pagu* [Internet]. 2013 [citado el 25 de junio de 2024]; (41): p. 41-52. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332013000200005>
 78. Giddens A (1991). Capítulo 7. Estratificación y estructura de clase. En: *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial Textos. p. 238-272.
 79. Le Gautier R, Wallace J, A. Richmond J, Pitts M. The role of explanatory models of chronic hepatitis B on illness experience: a qualitative study of Vietnamese participants in Australia. *Ethnicity & Health* [Internet]. 2021 Nov [cited 2024 jun 22];26(8):1225–41. Available from: <https://search-ebscohost-com.bd.univalle.edu.co/login.aspx?direct=true&db=asn&AN=153407995&lang=es&site=ehost-live>
 80. López J D. Determinantes sociales de la salud En pacientes con tuberculosis - Manizales – Colombia 2012 -2014. *Archivos de Medicina*. [Internet]. 2017. [citado el 27 de junio de 2024]; 17 (1), 38-53. Doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.1.1896.2017>.
 81. Giddens A (1991). Capítulo 8. Etnicidad y raza. En: *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial Textos. p. 273-299.
 82. Polanco-Pasaje JE, Bolaños MC, Tello-Hoyos KY, Sierra-Torres CH. Barreras para la detección de tuberculosis infantil en el departamento del Cauca, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* [Internet]. 19 de enero de 2024 [citado 28 de junio de 2024];42:e354827. Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/354827>
 83. Córdova-Santos EP, Heysen-Vasquez JM, Puentes-Sánchez PR. Gastos de bolsillo, apoyo económico a pacientes y la adherencia al tratamiento. *Rev. Cuerpo Med. HNAAA* [Internet]. 26 de febrero de 2020 [citado 4 de julio de 2024];12(4):348-9. Disponible en: <https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/571>
 84. Ortiz-Ruiz, N y Díaz-Grajales C. Una mirada a la vulnerabilidad social desde las familias. *Revista Mexicana de Sociología*. [Internet]. 2018 [citado 26 de junio de 2024];

- 2024]; 80 (3). ISSN 2594-0651. Disponible en: <<http://revistamexicanadesociologia.unam.mx/index.php/rms/article/view/57739/51193>>. Fecha de acceso: 26 jul. 2022 doi:<http://dx.doi.org/10.22201/iis.01882503p.2018.3.57739>.
85. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Población Migrante Venezolana. [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 2023. [citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-al-sistema-de-seguridad-social-en-salud-de-extranjeros-y-colombianos-retornados.aspx>
 86. Alcaldía de Puerto Tejada. Información población migrante regular para afiliación. [Internet]. Puerto Tejada: Secretaría de Salud; 2023. [Citado el 1 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.puertotejada.gov.co/publicaciones/109146/informacion-poblacion-migrante-regular-para-afiliacion/>
 87. Borde, E y Torres-Tovar M. El territorio como categoría fundamental para el campo de la salud pública. Saúde em Debate [online]. 2017, v. 41, n. spe2 [citado 3 Julio 2024] , pp. 264-275. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>>. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S222>.
 88. Espinosa-Arana M, Ortiz N, Díaz-Grajales C, Carvajal-Barona R, Zamudio-Espinosa, D, & Luna-Miranda L. Procesos y capacidades en la Estrategia Alto a la Tuberculosis Valle del Cauca - Colombia. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2020 [citado 4 de julio de 2024]; 47(1). Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/1332/1609>
 89. Canesqui, AM. Legitimidade e não Legitimidade das Experiências dos Sofrimentos e Adoecimentos de Longa Duração.. Cien Saude Colet [periódico na internet] (2017/Set). [Citado em 24/06/2024]. Está disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/legitimidade-e-nao-legitimidade-das-experiencias-dos-sofrimentos-e-adoecimentos-de-longa-duracao/16394?id=16394>
 90. Afroféminas. Dolor desatendido: la realidad oculta de la experiencia negra en la atención médica. Afroféminas [online]. 19 de marzo de 2024 [citado el 26 de junio de 2024]. Disponible en: <https://afrofeminas.com/2024/03/19/dolor-desatendido-la->

realidad-oculta-de-la-experiencia-negra-en-la-atencion-medica/

91. Carvajal-Barona Rocio, Hoyos-Hernández Paula Andrea, Varela-Arévalo Maria Teresa, Angulo-Valencia Eliana Sofía, Duarte-Alarcón Carolina. Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana. *Hacia promoc. Salud* [Internet]. 2018 Jan [cited 2024 June 26]; 23(1): 13-25. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772018000100013&lng=en. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2018.23.1.2>)
92. Marx K. Trabajo asalariado y capital. En: obras escogidas. Marx K y Engels F: Moscú, editorial progreso, tomo i; (1976) [1849]. P. 145-178
93. Marx. K. Maquinaria y gran industria. En: EL Capital, Vol. 1, capítulo XIII. México: Fondo de Cultura Económica; 1973. P. 302-424.
94. Beck U y Beck-Gernsheim E. De “vivir para los demás” a “vivir la propia vida”: la individualización y la mujer. En B. Moreno (Trad.), La individualización: el individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas. Barcelona, España: Ediciones Paidós Ibérica. 2002 [1983]. P, 117-163.

13. Anexos

Anexo 1, guion de entrevista

Guion de entrevista						
Enfoque interseccional de la adherencia al tratamiento de tuberculosis en dos municipios del departamento del Cauca						
Número de entrevista:		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr></table>				
Nombre de la entrevistadora:						
Fecha de la entrevista (DD/MM/AAAA):						
I. Datos generales del entrevistado(a)						
1. Nombre: _____						
2. Género: H__ M__ Otro: _____						
3. Raza (autoidentificación): Afrodescendiente, afrocolombiano, negro__ Indígena__ Raizal __ Palenquero__ Mestizo__ Ninguna__						
4. Edad: ____ (en años) Fecha de nacimiento: ____/____/____ (DD/MM/AAAA)						
5. Estado civil: _____						
6. Profesión: _____ (Qué estudió/ocupación regular en su vida)						
7. Ocupación actual: _____ (actividad de la que obtiene ingresos u ocupa la mayor parte de su tiempo)						
8. Nivel de escolaridad: _____ (último curso realizado)						
9. Tipo de vínculo con el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS): Régimen Subsidiado__ Régimen Contributivo__ Otros, ¿Cuál? _____						
10. Con quién vive						
Relación/vínculo	Edad	Condición migratoria				

11. Municipio de residencia: _____
12. Dirección de la vivienda actual: _____
13. Nombre el barrio donde vive actualmente: _____
14. Teléfono de contacto: _____

Email de contacto: _____

Inicio

Haremos un recorrido por su historia de vida, su infancia, adolescencia y adultez. Luego hablaremos un poco de cómo ha sido tener tuberculosis.

Infancia

Cuándo usted era niños/a ¿cómo era su relación con la familia? ¿Usted era el hijo menor o mayor de la familia? ¿Cuántos hermanos tenías? ¿Qué era lo que más le gustaba hacer cuando era niño/a? (autocuidado)

¿Quién mandaba en su familia y cómo era ese ejercicio? ¿Cuáles eran las ocupaciones de sus padres y cuáles las principales actividades de subsistencia de su familia? ¿Cómo percibía la economía en su familia, alcanzaba para todo, había muchas necesidades, tenían para lo básico (comer y vivir)? (condiciones económicas). ¿Cómo eran las relaciones en su familia?

Podría contarme dónde vivían, ¿cómo recuerda su casa y su barrio?

¿Cuáles eran sus deberes en ese entonces? (asistencia escolar, formación educativa)

¿Cuáles son los recuerdos más importantes para usted en esta etapa de su vida?

Ahora pasaremos a la Adolescencia y Juventud

En continuidad con lo anterior, ¿qué de lo vivido en la infancia permaneció durante su juventud? Y ¿qué cambió?

¿Cómo era su relación con la familia, amigos y compañeros del colegio en esta etapa de su vida?

¿Cuáles eran sus actividades diarias? ¿Realizaba alguna actividad productiva que le generara ingresos? ¿cuáles eran los espacios que más te gustaba frecuentar y por qué?

¿Cuáles eran los lugares a los que menos le gustaba ir y por qué? ¿cuáles eran tus responsabilidades en esta etapa?

Sabemos que la adolescencia y juventud es una etapa de muchos cambios muy importante para la identidad personal, ¿cómo recuerda su adolescencia y juventud? ¿Tenía muchas necesidades económicas o no tenía ninguna necesidad económica? ¿Qué temas le llamaba la atención en esa época, cuáles eran sus intereses y gustos? ¿Se identificaba dentro de algún grupo social: étnico, campesino, comunitario? ¿Se sentía parte de ellos/as? (Es importante preguntar por la identificación étnico-racial y de género)

¿Cuáles son las relaciones o las personas que más recuerda positiva y negativamente y por qué?

¿Cuáles son esos recuerdos más importantes para usted en esta etapa de su vida?

Adultez

Ya en la edad adulta, ¿qué cambió para usted en esta etapa de su vida? Y ¿Qué permaneció desde su juventud en la edad adulta?

Cuénteme, acerca de ¿cómo era su relación con sus familiares, vecinos, amigos y conocidos en esa época? ¿Qué destaca como positivo o negativo?

Si tuvo pareja o hijos: ¿Cómo era la relación con la familia que usted creo ya en la vida adulta?

¿Cuáles eran sus actividades diarias? ¿en dónde trabajaba? ¿cómo era la relación en el ambiente laboral? ¿cuáles eran los lugares que más le gustaba frecuentar? ¿cuáles era los lugares a los que no le gustaba ir? ¿cambiaron las responsabilidades de la juventud en la edad adulta? ¿cómo podría describir tus finanzas en esta etapa: estables, no suficientes, ajustadas...? ¿la casa en la que vive es propia o heredada?

¿Cuáles son esos recuerdos más importantes en esta etapa de su vida?

Ya en la Vejez (si aplica)

¿Qué cambió o permaneció en su vida desde la adultez?

¿Cómo era la relación con su familia u otras personas? ¿cuáles eran sus principales actividades diarias? ¿a qué se dedica en esta etapa? ¿cuáles son los lugares a los que más le gusta ir y por qué? ¿cuáles son los lugares a los que casi no vas porque no es de tu agrado y por qué?

¿Cómo define su economía en esta época?

¿Cuáles son los recuerdos más importantes para usted en esta etapa?

Servicios de salud y Tuberculosis

¿Cómo fue su estado de salud y su relación con los servicios de salud a lo largo de su vida? ¿le tocaba desplazarte mucho para ir al hospital?

¿Cómo fue su relación con los servicios de salud y con el personal que los presta a lo largo de su vida? ¿Respondían a sus necesidades? ¿Cómo se sintió tratada/o? ¿Alguna vez tuvo

usted o su familia problemas de salud que no haya podido resolver? ¿Cuáles fueron las razones?

¿Qué pensó cuando le dijeron que tenía TB? ¿Cómo fue o es para usted el estar yendo al Hospital por el tratamiento de la TB? (desplazamiento, retos en la experiencia de mujeres y hombres con los servicios de salud) ¿Cómo es el acceso a los medicamentos para la TB? ¿en qué etapa del tratamiento está o estaba: empezando, terminando? (si abandonó el tratamiento ir al apartado con este nombre y luego retomar desde aquí).

¿Le dieron alguna asesoría o capacitación sobre lo que era la TB y el proceso de tratamiento? ¿Le fue útil?

¿Le ha tocado desplazarse a Cali o Jamundí por algún trámite de salud?

¿Alguna vez se ha enojado por la atención del servicio médico hacia usted?

¿Alguna vez ha sentido que lo/la traten diferente por ser un paciente con TB o por alguna otra razón?

-Si abandonó el tratamiento:

¿Cuáles fueron las razones que lo/la llevaron a decidir abandonar el tratamiento? ¿Qué lo/la llevó a regresar al tratamiento? ¿Cuáles fueron los mayores retos para sostener el tratamiento? ¿Cuáles fueron las ventajas de tener un tratamiento?

Autocuidado y Tuberculosis:

¿Qué relación tiene para usted la frase *cuidarme es importante* con la tuberculosis? ¿Cada cuánto suele visitar al médico? (autocuidado) ¿Siente apoyo en este proceso de recuperación de la TB?

¿Qué hace o hizo para cuidar su salud durante el tratamiento y cómo cuidó a las personas que estaban cerca?

¿Qué le diría a una mujer/hombre que recién se entera de que tiene TB? ¿Qué es lo que más le da miedo de tener TB? ¿Qué le genera tranquilidad?

Cuándo sabe que alguien está enfermo o se siente enfermo/a, ¿qué es lo primero que hace?

¿Cómo han cambiado sus prácticas de control de la tuberculosis y de cuidado de su salud desde el diagnóstico hasta ahora?

¿Cómo ha afectado la TB su vida y qué situaciones de su vida afectan el cuidado o tratamiento de la tuberculosis? ¿Qué fue o ha sido lo más difícil de tener TB y del tratamiento?

¿Alguna vez tuvo que gastar dinero para el tratamiento de la TB, desplazamiento, alimentación, servicios o medicamentos adicionales y eso cómo afectó su economía o la de su familia?

Anexo 2, consentimiento informado



Escuela de Salud Pública Maestría en Salud Pública

Consentimiento informado entrevista

Proyecto: Enfoque interseccional de la adherencia al tratamiento de tuberculosis en dos municipios del departamento del Cauca

El objetivo de esta investigación es dar a conocer la experiencia de la enfermedad en la tuberculosis en cuanto al género; si se es mujer y hombre, lo étnico racial; la identidad racial y la clase social; las condiciones económicas que acompañan esas experiencias, para ayudar a cerrar brechas y vacíos en tuberculosis. Así como conocer las realidades de la población que vivencian la enfermedad y el cómo han sido su experiencia en el tratamiento de esta enfermedad.

La información recogida tiene un fin meramente académico e investigativo. Quiero contarles que esta investigación hace parte de un Proyecto más grande, desarrollado con la Secretaría de Salud de Popayán y del Cauca, así como las Universidades del Cauca y del Valle, que se llama “Evaluación de la gestión del riesgo en TB pulmonar en contextos específicos del departamento del Cauca, en el marco de la pandemia COVID-19, 2020-2021”.

La información obtenida de este estudio estará abierta a ser compartida con ustedes si lo desean. También si quieren aparecer con nombre propio o de manera anónima. Por motivos de protocolo de la investigación y para dejar por escrito la participación voluntaria es necesario firmar lo siguiente:

La Sra/Sr_____ identificado con la cédula de ciudadanía No._____ hará parte del estudio titulado “Enfoque interseccional de la adherencia al tratamiento de tuberculosis en tres municipios del departamento del Cauca” realizado por la estudiante de maestría en salud pública Yuly Yojana Gaitán Lemos de la Universidad del Valle – Cali. Estudio que tiene planteado realizar 15 entrevistas, número que está presto a ajustes de acuerdo al desarrollo del trabajo.

Expresa el deseo voluntario de hacer parte del presente estudio, conoce el objetivo del estudio. Fue informada/o que la recolección de la información se realizará de acuerdo con la disponibilidad de su tiempo, a través de una entrevista semiestructurada que durará aproximadamente 40 minutos.

Conoce que realizar la entrevista no le traerá ningún riesgo físico ni mental, igualmente que los temas tratados son privados y recolectados con fines académicos y no se le dará información a nadie sobre su identidad ni lo hablado en la entrevista.

Se le informó que no está obligada/o a participar en la investigación y que puede dejar de participar cuando quiera, sin que haya ninguna consecuencia. Si decide retirarse, no será contactada por la investigadora.

Fue informada/o que los resultados del estudio ayudarán a conocer las características, necesidades y vida cotidiana de pacientes con tuberculosis en tres municipios del departamento del Cauca: Santander de Quilichao y Puerto Tejada. Esta información permitirá estudiar la adherencia al tratamiento de la tuberculosis desde la realidad caucana y desde la interseccionalidad (género, étnico racial y clase social) para comprender las fortalezas que se deben mantener para que se tengan pacientes adherentes al tratamiento y cuáles son las debilidades y posibles mejoras que de parte de las instituciones y desde intervenciones en salud pública se pueden implementar para garantizar el éxito del tratamiento y el control de la TB e impactar indicadores como la mortalidad por TB y la resistencia.

Por tanto, la responsabilidad de la entrevistada/o es responder con sinceridad priorizando su comodidad.

En el futuro, autoriza el uso de la información tratada en las entrevistas para otros

estudios de investigaciones similares, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle: SÍ__ NO__

Indica que escuchó y entendió la exposición de la investigadora sobre los objetivos del proyecto y las actividades en las que participará. También, realizó las preguntas y quedó satisfecha/o con las preguntas. Queda claro que si tiene preguntas adicionales sobre las actividades del estudio puede contactar a la investigadora Yuly Yojana Gaitán Lemos al número 3042175334 o al Comité de Ética de Investigaciones en Salud eticasalud@correounivalle.edu.co o al 60 (2) 518 56 77. Por último, le fue informado que recibirá una copia de este documento.

Santander de Quilichao, fecha: DD/MM/AAAA

Puerto Tejada, fecha: DD/MM/AAAA

Firma participante: _____

Nombre Testigo No. 1: _____ CC: _____

Nombre Testigo No. 2: _____ CC: _____