



Invirtiendo en nuestro futuro

El Fondo Mundial

De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

CEMOPLAF

ESTUDIO DE ASOCIACION PUBLICA – PRIVADA DE ENTIDADES

QUE OFERTAN SERVICIOS DE SALUD EN TUBERCULOSIS Y CAP EN LA POBLACION -ECUADOR-

JUAN PROANO, ERNESTO PINTO, INES HERRERA, ANA ILBAY

2008

Este es el documento del Informe Final de la Fase II, que contiene la información correspondiente al estudio de la encuesta APP (PPM) – CAP, en los pacientes con tuberculosis de cualquier forma detectados en las organizaciones del censo de proveedores de servicios de salud que han sido identificadas en el Ecuador y que han manifestado expresamente su interés o no, en desarrollar o continuar algún tipo de coordinación, con el Programa de Control de la Tuberculosis – PCT, del Ministerio de Salud Pública del Ecuador; así como de una muestra de pacientes con TBBk+ que se encontraban bajo DOTS y de un grupo de pacientes con tuberculosis de cualquier forma que se encontraban internados en algunos hospitales públicos de la provincia de Guayas, además del estudio hecho en los grupos focales de miembros familiares de pacientes con tuberculosis.

CONTENIDO

INFORME FASE II.....	3
1.- INTRODUCCION:.....	3
2. OBJETIVOS GENERALES DE LA CONSULTORIA:	3
3. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
Objetivo general No. 2.3.....	4
Objetivo general No. 2.4.....	4
4.- METODOS Y TECNICAS	5
4.1. Organización del equipo de Investigación:	5
4.2. Etapas del proceso de Investigación:	5
5. RESULTADOS	15
6. ANALISIS Y CONCLUSIONES	38
7.- RECOMENDACIONES.....	44
8.- BIBLIOGRAFIA.....	46
9.- ANEXOS	47
ANEXO 1: PERSONAL DE LOS EQUIPOS: ADMINISTRATIVO, INVESTIGACION, AUDITORIA TECNICA.	47
ANEXO 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE PACIENTES SOMETIDOS AL ESTUDIO PPM-CAP POR UNIDAD DE ATENCION. ECUADOR, 2007.	50
ANEXO 3 INFORME GRUPOS FOCALES:.....	53
ANEXO 4 FORMULARIO DE ENCUESTA PPM – CAP	71

INFORME FASE II

1.- INTRODUCCION:

CARE como administrador del Fondo Global y en el contexto del “Proyecto de expansión de la estrategia DOTS a todo el territorio nacional”, proyecto que aborda de manera horizontal las poblaciones vulnerables y pobres del Ecuador, con especial atención a poblaciones en zonas de alta pobreza, poblaciones en zonas urbano-marginales, poblaciones migratorias, población indígena, población privada de libertad, población Infantil, población femenina; convocó a un concurso para presentar ofertas para una “Consultoría para realizar un estudio de asociación pública privada de entidades que ofrecen servicios de salud en tuberculosis y CAP de la población”.

En los antecedentes de los “términos de referencia” de la convocatoria al concurso para la consultoría mencionada, se cita que: “Los pacientes con síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis buscan la atención de su enfermedad seleccionando a un proveedor de entre los diferentes proveedores de salud de su comunidad, dependiendo de la accesibilidad, aceptabilidad, costo y otros factores. El tipo de proveedor, público o privado, disponible puede variar de una localidad a otra. Teóricamente todos los proveedores de salud pueden contribuir al control de la TB realizando pesquisa, diagnóstico, referencia, tratamiento, notificación, etc. Dado que el Ministerio de Salud Pública -MSP es por ley el ente Rector de las acciones de salud en el país y que el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PCT) es la instancia normadora y reguladora de las acciones para el control de esta enfermedad en el Ecuador, es necesario identificar las instituciones, tanto públicas como privadas, que ofrecen servicios de salud en la detección, el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, con o sin estrategia DOTS, con el fin de integrarlas a un sistema nacional unificado”.

Con estos antecedentes se ha elaborado una serie de “términos de referencia” que serán los objetivos de la consultoría y por tanto, de la investigación que se diseñe y ejecute.

2. OBJETIVOS GENERALES DE LA CONSULTORIA:

- 2.1. Identificar y caracterizar a proveedores que no pertenezcan al Ministerio de Salud Pública.
- 2.2. Recolectar y sistematizar información cuantitativa sobre algunos de los indicadores clave del Objetivo 1 del “Proyecto de expansión de la estrategia DOTS a todo el territorio nacional”.

- 2.3. Conducir la Encuesta Básica de Asociación Público Privada – DOTS, diseñada por la OPS, en una muestra de proveedores y pacientes, para conocer algunos aspectos relacionados con el diagnóstico, costos de la atención médica y ciertas características de los proveedores de servicios de salud.
- 2.4. Establecer un perfil cualitativo y cuantitativo de las condiciones sociodemográficas, características culturales relevantes y actitudes y conocimientos respecto de la Tuberculosis en la población beneficiaria del proyecto.

3. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Objetivo general No. 2.3.

- 2.3. a. Establecer la contribución de los diferentes proveedores de salud en el diagnóstico de la tuberculosis, tratamiento (supervisado o no) y la referencia.
- 2.3. b. Definir la demora diagnóstica en los casos de TBBk+, dependiendo del proveedor
- 2.3. c. Medir los costos para el paciente, previo al inicio del tratamiento TB, según el tipo de proveedor
- 2.3.d. Establecer el tipo de proveedores utilizados de acuerdo a algunas características de los usuarios.

Objetivo general No. 2.4.

- 2.4.a. Establecer un perfil cualitativo y cuantitativo de las condiciones sociodemográficas, características culturales relevantes. 2.4.b. Establecer el nivel y tipo de conocimientos que los pacientes con tuberculosis tienen sobre su enfermedad
- 2.4. c. Caracterizar las actitudes de los pacientes con tuberculosis, respecto de la enfermedad.
- 2.4. d. Caracterizar las prácticas que los pacientes con tuberculosis, realizan.

En el presente informe se encontrarán los resultados para cada uno de los objetivos específicos 3 y 4, presentados en cuadros y en tablas.

4.- METODOS Y TECNICAS

En vista de que existen tres componentes de esta segunda fase: una encuesta de Asociación Público Privada-APP [**Public-Private Mix (PPM)**], una encuesta de conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con tuberculosis y un estudio de comportamiento de los familiares de los pacientes con tuberculosis, se decidió realizar dos estudios, uno de tipo cualitativo y otro cuantitativo, considerando que las respuestas de los participantes pueden ser tabuladas para obtener agrupaciones y caracterizaciones colectivas y promediales o porcentuales.

Las técnicas de observación elegidas fueron: la encuesta para las instituciones proveedoras de servicios de salud, la entrevista estructurada para los pacientes con tuberculosis y los grupos focales para los familiares de los pacientes.

4.1. Organización del equipo de Investigación:

CEMOPLAF dispuso a través de su planta directiva y gerencial que en la ejecución de la consultoría participe toda la estructura organizacional en las provincias en las cuales tiene un centro de atención y servicios comunitarios, mientras que en aquellas en las cuales no tiene una presencia física, se contrate a personas vinculadas directamente con el sector de los servicios de salud. Se conformó un equipo central de investigación para que dirija y coordine todo el proceso (**ANEXO 1**), en base del equipo presentado en la propuesta entregada a CARE.

4.2. Etapas del proceso de Investigación:

Todas las etapas tienen dos fases (programación y ejecución) y un producto.

4.2.1. PRIMERA ETAPA:

Elección de una población para la realización de la investigación.

4.2.1.a. Programación.

A partir de las personas que padecen tuberculosis o pacientes identificados como tales, se seleccionó a una muestra de la población para ser estudiada.

El universo estuvo conformado por los pacientes con tuberculosis, que estaban recibiendo tratamiento bajo el esquema DOTS, así como aquellos bajo otro tipo de esquemas terapéuticos, detectados durante la primera fase del estudio, en el censo de las organizaciones públicas y privadas, No MSP. Además se incorporó a los pacientes con tuberculosis, atendidos por las unidades del MSP, tanto en forma ambulatoria como en internación hospitalaria.

4.2.1. b. Ejecución:

Se tomaron tres tipos de poblaciones: 1. una muestra obtenida de todos aquellos pacientes TbBk+ bajo DOTS, atendidos por las unidades de atención del MSP en todo el país; 2. la totalidad de los pacientes con tuberculosis de todas las formas pertenecientes a los hospitales del MSP, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social-IESS y de la Junta Nacional de Beneficencia-JNB, de la ciudad de Guayaquil; 3. La totalidad de los pacientes con tuberculosis de todas las formas, detectados en las organizaciones de la primera fase censal, del estudio, en el territorio nacional.

4.2.1. c. Producto:

Marco muestral, cálculo de tamaño muestral, definición de metodología de selección de unidades muestrales, unidades finales de muestreo con unidades de análisis incluidas. Definición de la población de pacientes con tuberculosis de todas las formas, ubicados en las organizaciones públicas y privadas No MSP y de las poblaciones de pacientes TbBk+ bajo DOTS atendidos por las unidades de atención del MSP con internación hospitalaria.

4.2.1. c.1. Aspectos metodológicos y organización de la muestra

4.2.1. c.1.1. Marco muestral: El marco muestral a nivel nacional para el estudio de enfermos con TB+, estuvo conformado por el número de enfermos registrados a nivel de Áreas de salud del MSP y actualizada al 15 de Octubre del 2.007. El universo de estudio fue de 791 enfermos registrados por el MSP.

4.2.1. c.1.2. Tamaño de la muestra: El tamaño de la muestra está en función de los objetivos del estudio, del nivel de confianza que se espera de los resultados, el error de muestreo dispuesto a admitirse, la varianza de alguna variable importante del estudio y del tamaño del universo. Para tener un 95% de confianza en los resultados, un error de muestreo absoluto no mayor de 0.05, utilizando la mayor varianza de una proporción (0.25) y con el universo de 791 enfermos, resulta un tamaño de muestra de 260 enfermos.

4.2.1. c.1.3. Tipo de muestreo: El tipo de muestreo estadístico utilizado fue del tipo, probabilístico, sistemático y por conglomerados. Se estableció tamaños de conglomerados de 10 enfermos y se seleccionaron 26 conglomerados. La unidad primaria de muestreo fue el Área de salud; si el área seleccionada no tenía por lo menos 10 enfermos (que fue la mayoría), se le anexaban áreas de salud en orden de cercanía geográficamente hasta completar el conglomerado de 10 enfermos.

4.2.1. c.2. Distribución de la muestra:

Cuadro No. 1.
Distribución de la Muestra TbBk+ por conglomerados, áreas de salud y provincias.

PROVINCIAS	AREAS	APLICADOS	MUESTRA
Cañar	Area 3	9	10
Chimborazo	Area 1	5	10
El Oro	Area 2	6	10
	Area 9	3	10
Esmeraldas	Area 4	7	10
Guayas	Area 1	36	10
	Area 2	35	10
	Area 3	31	20
	Area 4	34	10
	Area 6	17	10
	Area 7	26	10
	Area 10	8	10
	Area 11	32	10
	Area 12	43	10
	Area 17	28	10
	Area 19	3	10
Los Ríos	Area 23	8	10
	Hospital Valenzuela	4	10
	Area 1	19	10
Manabí	Area 3	4	10
	Area 8	2	10
Pichincha	Area 6	1	10
	Area 17	18	10
	Hosp. Pablo Arturo	8	10
Orellana	Area 2 (Sacha)	4	10
Total			260

4.2.1. c.3. Rendimiento de la muestra: la muestra satisfizo a cabalidad los requerimientos del estudio.

4.2.1. c.4. Rendimiento de la población asignada: se asignó 365 pacientes con tuberculosis que se encontraron en internación de los hospitales del Ministerio de Salud Pública y en los servicios de atención de las organizaciones públicas y privadas No MSP. (**ANEXO 2**)

Cuadro No. 2.
Pacientes con tuberculosis, identificados en las organizaciones públicas y privadas NoMSP y los internados en hospitales públicos y privados de la ciudad de Guayaquil

PROVINCIA	MSP	Otros	Total
S I E R R A			
Bolívar	-	1	1
Cotopaxi	10	3	13
Cañar	10	-	10
Imbabura	-	1	1
Chimborazo	10	1	11
Pichincha	32	8	40
Tungurahua	10	6	16
Loja		1	1
TOTAL	72	21	93
C O S T A			
El Oro	22	-	22
Esmeraldas	22	13	35
Guayas	150	13	163
Los Ríos	20	1	21
Manabí	20	1	21
TOTAL	234	28	262
A M A Z O N I A			
Sucumbíos	10	-	10
TOTAL	10		10
TOTAL	316	49	365

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF 2007.

4.2.1. SEGUNDA ETAPA:

Definición de las técnicas de observación y elaboración de los instrumentos de recolección de información:

4.2.2.a. Programación:

Entre los meses de abril y mayo del 2007, se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva sobre la parte teórica de los estudios CAP (KAP) (*Andreu y Sieber, 2000*), así como sobre los principios de la participación comunicativa (*Hábermas, 1999*) y las realidades conversacionales (*Shotter, 2001*); también sobre diferentes categorías de conocimientos y actitudes: para ver cómo la gente de diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la enfermedad (*Proaño, 1993*) o qué es lo que hacen cuando llegan a sentirse enfermos, modelos de utilización de los servicios de salud basados en los determinantes personales de la conducta de la salud, tipos de variables utilizados como determinantes de la utilización de

servicios de salud (Patiño, 2002), modelos de recursos familiares, comunitarios, organizacionales, modelos de sistemas y de creencias en salud, modelos conductuales de la utilización de servicios de salud. Todos estos *aportes sirvieron para fundamentar los componentes de las encuestas*

A partir de la encuesta Public–Private Mix - PPM de la Organización Panamericana de la Salud-PAHO, provista por CARE a CEMOPLAF y modificada por el equipo de investigación con previo acuerdo del Dr. Roberto Armengol, autor del formulario, se decide, incorporarle algunas variantes de forma y de contenido. La encuesta versa sobre aspectos relacionados a datos generales de filiación del paciente, de la institución que oferta servicios de salud en tuberculosis, tipos de servicios, accesibilidad a ella, gastos efectuados antes de iniciar el tratamiento para tuberculosis. Está orientada a recoger información secundaria en los servicios de salud que dispongan de sistemas de información sobre tuberculosis.

El equipo de investigación de la consultoría, desarrolla otra encuesta de Conocimientos, Actitudes y Prácticas – CAP, sobre la tuberculosis y algunos aspectos de esta enfermedad; esta encuesta tiene en su estructura, una entrevista estructurada.

4.2.2. b. Ejecución:

El equipo de investigación central, realizó tres aplicaciones de los formularios de las encuestas, para las validaciones de los instrumentos para definir la consistencia interna de ellos, el lenguaje, comprensión y la completitud.

La primera se realizó en una paciente internada en el Hospital Alfredo Valenzuela de la ciudad de Guayaquil en julio del 2007, la segunda con pacientes tuberculosos ambulatorios de la provincia de Tungurahua en agosto del 2007 y la tercera en unidades de atención ambulatoria del MSP, en la ciudad de Quito, el día 18 de septiembre del 2007.

Las validaciones se hicieron utilizando a varias personas para que se familiaricen con la forma de usar los formularios de las entrevistas estructuradas de las encuestas. Se recurrió a un lector de las preguntas y a uno o más anotadores de las respuestas.

4.2.2.c. Producto:

Formularios de encuestas debidamente validados y estructurados.

Se decidió, integrar las dos encuestas, tanto la de PAHO cuanto la de CAP, desarrollada por el equipo, con títulos de grandes capítulos. (**ANEXO 4, como archivo electrónico**).

4.2.2. TERCERA ETAPA

Capacitación del equipo de encuestadores para la recolección de información de la encuesta PPM-CAP.

4.2.3. a. Programación:

CEMOPLAF, procedió a la conformación de los equipos de encuestadores para la aplicación de las encuestas PPM-CAP, para lo cual reunió a su personal con experiencia en encuestas pero que perteneciera a las zonas en las cuales estaba distribuida la muestra de pacientes con tuberculosis, así como a la contratación de encuestadores especiales. El personal fue trasladado a la ciudad de Quito, para participar en una capacitación intensiva en el manejo de los formularios de las encuestas institucionales y personales.

4.2.4. b. Ejecución:

Los días 17 y 18 de septiembre del 2007, se concentró al equipo de encuestadores que actuaría en las diferentes provincias en donde cayó la muestra aleatoria de pacientes con tuberculosis y se procedió de acuerdo con la siguiente programación.

SEMINARIO DE CAPACITACION SEGUNDA FASE
ENCUESTAS APP Y CAP
SEPTIEMBRE 17-18, 2007.

Horario	Actividad	Responsable
Lunes 17 de septiembre		
9h00 a 9h15	Registro de participantes	Inés Herrera y Anita Ilbay
9h15 a 9h30	Inauguración	Nadia Endara
09h30 a 09h45	Explicación de la metodología de trabajo	Inés Herrera
09h45 a 10h00	Explicación de los objetivos de la Investigación	Anita Ilbay
10H00a 10H30	Estructura del formulario	Inés Herrera
10h30 a 10h45	Receso	
10h45 a – 11h15	La tuberculosis: Enfermedad prevenible y curable	Juan Proaño
11h15 a 13h00	El formulario de la encuesta CAP Parte A	Juan Proaño Asistentes
13H00 – 14H00	Almuerzo	
14H00 – 16H00	El formulario de la encuesta CAP. Parte B	Juan Proaño Asistentes
16H00 – 16H20	Receso	
16H20 – 18H00	Continuación Parte B	Juan Proaño Asistentes
18H00 – 18H15	Receso	
18h15 - 18h30	Aspectos relacionados con la Muestra	Ernesto Pinto
Síntesis/Evaluación	Expositores	

Martes 18 de septiembre		
08H00 – 08H15	Resumen e inquietudes	Juan Proaño Asistentes
08h15 a 9h00	Continuación del contenido Parte B	Juan Proaño Asistentes
9h00 a 10h30	Prácticas en uso del formulario	J. Proaño, F. Patiño A. Ilbay, I. Herrera
10h30 a 11h00	Receso	
11h00 a 13h00	Aspectos Financieros y Logísticos	Nadia Endara Anita Ilbay
13h00 a 14h00	Almuerzo	
14h00 a 15h30	Reunión de Programación sobre actividades para la aplicación del CAP	Instructores Coordinadores Encuestadores (Asistentes)
15h30 a 15h45	Receso	
15h45 a 16h30	Ejercicio de aplicación	Trabajos de grupo
16h30 a 17h00	Ajustes finales	A. Ilbay/ I. Herrera

4.2.4. c. Producto:

8 coordinadores y a 22 encuestadores, provinciales, provinciales. Los ejercicios de aplicación de las encuestas se realizaron en el Centro de Salud No. 1 del MSP, en la ciudad de Quito.

PROVINCIA	NOMBRE
Chimborazo, Cotopaxi	Cecilia Sánchez
El Oro	Marilú Solano
El Oro	Yeni María Rodríguez
Esmeraldas	Yanina Altafuya
Esmeraldas	Mary Alexandra Quintero
Guayas	Cecilia Avila
Guayas	Rosa Elena Pacheco
Guayas	Sandra Carrera Bravo
Guayas	Mary del Rocío Freire
Guayas	Jackeline Jaramillo
Guayas	Lisette Bustamante
Guayas	Andrea Mariuxi Acosta
Guayas	Elsy Mariela Diaz
Guayas	Gina Sabando Andrade
Guayas	Luisa Johnson Angeles
Guayas	Hipatia Johnson Angeles
Guayas	Luis Daniel Jiménez
Guayas	Mary Yadira Montiel Acosta
Guayas	Ricardo Cuesta Beltrán
Guayas	Edgar Josué Alcívar
Los Ríos	María de Lourdes Junco
Los Ríos	Jessica Aracely Rodríguez
Manabí	Néstor Gallegos
Orellana	Caterina Zurita
Pichincha	Mary Yolanda Mantilla
Pichincha	Yolanda Arieta
Pichincha	Jenny Vásquez
Tungurahua	Patricia Condo
Pichincha	Fausto Patiño
Cañar	Dr. Emanuel Flores
PCT	Miguel Calunga Ros
Nacional	Nadia Endara
Nacional	Inés Herrera
Nacional	Ana Ilbay
Nacional	Juan Proaño

4.2.4. CUARTA ETAPA:

Aplicación de la encuesta PPM – CAP en los pacientes con tuberculosis seleccionados.

4.2.4.1. **Programación:** el equipo de investigación central, de CEMOPLAF, estableció un tiempo de 22 días, a partir del 24 de septiembre del 2007, para la realización de las encuestas. Se seleccionó al equipo de encuestadores que trabajarían en las provincias de Guayas y Manabí de un pool de ellos, mientras

que para el resto de las provincias de la muestra los equipos estaban previamente definidos antes de iniciar la capacitación, siendo básicamente los mismos integrantes del equipo de encuesta de la fase I.

4.2.4.2. **Ejecución:** La encuesta se ejecutó en un período de 17 días, mas debido a que en el transcurso de la realización de la misma se decidió que se trabajaría con la totalidad de los pacientes con tuberculosis que se encontraban hospitalizados, debido a que estos tenían características particulares que los volvía diferentes del resto de pacientes ambulatorios y que si fueron muestreados, la encuesta tomó un total de 40 días de realización. La encuesta cubrió toda la muestra ambulatoria seleccionada de 260 pacientes, la totalidad de los 49 pacientes pertenecientes a las unidades de atención de las organizaciones detectadas en el censo de la primera fase del estudio de proveedores de servicios de salud; así como a los 217 pacientes con tuberculosis, hospitalizados en todos los hospitales del Ministerio de Salud Pública, el IESS y la Junta de Beneficencia, de la provincia de Guayas, en los días de la encuesta: Alfredo Valenzuela, Luis Vernaza, Teodoro Maldonado, Alejandro Mann, Francisco de Icaza Bustamante, Guayaquil, De Infectología.

4.2.4.3. **Producto:** 526 formularios de encuesta PPM – CAP, llenos, revisados y sometidos a un proceso de control de calidad, por el mismo encuestador, el coordinador provincial, y la revisora de bases de datos.

4.2.5. QUINTA ETAPA:

Realización de Grupos Focales

4.2.5.1. **Programación:** con los resultados de la identificación de los pacientes con tuberculosis a quienes se les realizó la encuesta PPM-CAP, así como sobre su ubicación: urbana, urbana marginal, rural, se decidió que se realizaría la convocatoria para que sus familiares, asistieran a la ciudad de Guayaquil durante los días 8 al 10 de noviembre del 2007.

Se diseñó un formulario que contenía varios grupos de preguntas, con la participación del Dr. Alberto Loaiza, Psicólogo Clínico y del Dr. Juan Proaño, Director del Proyecto de investigación, de CEMOPLAF, así como del Dr. Fausto Patiño, Coordinador del Proyecto de Tuberculosis en CARE. Se conformaron nueve grupos de trabajo: uno para una validación rápida del contenido y el lenguaje y ocho para el uso de la entrevista estructurada.

4.2.5.2. **Ejecución:** Se realizaron conforme al cuadro que se adjunta

NUMERO DE ORDEN	No. MIEMBROS	FECHA	PROCEDENCIA
GRUPO 0: PILOTO	9 PERSONAS	08/11/2007	HOSPITALARIO-RURAL
GRUPO 1	8 PERSONAS	08/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 2	8 PERSONAS	08/11/2007	HOSPITALARIO-AMBULATORIO
GRUPO 3	6 PERSONAS	08/11/2007	URBANO-AMBULATORIO
GRUPO 4	7 PERSONAS	09/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 5	7 PERSONAS	09/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 6	12 PERSONAS	09/11/2007	URBANO MARGINAL
GRUPO 7	9 PERSONAS	09/11/2007	RURAL-AMBULATORIO
GRUPO 8	10 PERSONAS	10/11/2007	URBANO MARGINAL

Los familiares de los pacientes con tuberculosis, fueron citados y asistieron al sitio de congregación en forma puntual. Llegaron solos o acompañados de familiares o amigos y participaron de acuerdo a las indicaciones previas, en grupos cada uno de los cuales tuvo un conductor y un anotador. Toda la reunión se registró en cinta magnética de audio y se tomaron algunas fotos de algunos de los grupos. Cada grupo tomó un tiempo aproximado promedio, de 90 minutos de duración.

4.2.5.3. **Productos:** Formulario con una entrevista estructurada probada para lenguaje y contenidos. Nueve grupos focales reunidos en la ciudad de Guayaquil, en la sede de CEMOPLAF: Ciudadela Los Sauces 2, manzana 113, cuyo informe se adjunta ([ANEXO 3: Formulario e Informe](#)).

4.2.6. SEXTA ETAPA:

Procesamiento de la Información de la encuesta PPM-CAP.

4.2.6.1. **Programación:** se había previsto que luego del control de calidad, los formularios pasen al equipo de estadística para que este proceda a elaborar una base de datos con el programa SPSS para Windows versiones 12 y 16 y, que una vez realizada sea sometida a un proceso de limpieza y de revisión de consistencia interna.

4.2.6.2. **Ejecución:** el procesamiento de la información tomó un tiempo de aproximadamente tres semanas, aunque la alimentación de la base de datos comenzó luego de que fueran revisados los formularios para su control de calidad

por la revisión en Quito, inmediatamente a cuando fueron llegando procedentes de los diferentes coordinadores provinciales.

4.2.6.3. **Producto:** bases de datos en SPSS para Windows y Excel 2003 - 2007, debidamente depuradas, sobre los diferentes componentes de las encuestas PPM y CAP, fusionadas.

4.2.7. SEPTIMA ETAPA:

Análisis y elaboración de informe final

4.2.7.1. **Programación:** se mantuvo una reunión con los personeros de CARE, relacionados con el proyecto de Tuberculosis, con quienes se definió las fechas de entrega de un informe final de la fase II así como uno o dos talleres para la presentación de resultados

4.2.7.2. **Ejecución:** En base de la información procesada, se han elaborado una serie de tablas y cuadros, que han sido sometidos al análisis estadístico y de contenidos, para elaborar el informe.

4.2.7.3. **Producto:** el presente informe.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan algunos resultados de la encuesta de PPM combinada con la de CAP, en la parte descriptiva univariada y algunos aportes explicativos bivariados. Estos resultados pretenden dar cuenta de los objetivos inicialmente planteados por la investigación. La información procesada provee datos de caracterización de los diferentes proveedores de servicios de salud, en los cuales se encontraban los pacientes con tuberculosis; también sobre situaciones de diagnóstico y de gasto realizado por los pacientes o usuarios de esos servicios; además los resultados de los tipos y niveles de conocimientos, actitudes y prácticas, de ellos sobre y ante la enfermedad, la familia, la comunidad, los servicios de salud.

5.1. Para el objetivo específico 2.3.a. “Establecer la contribución de los diferentes proveedores de salud en el diagnóstico de la tuberculosis, tratamiento (supervisado o no) y la referencia”, se presenta la Tabla No. 1, que contiene datos obtenidos del cruce de las variables de las preguntas 1.4 con la 1.9 de la parte A del capítulo I de la encuesta PPM.

Tabla No. 1. Contribución de los diferentes proveedores de salud en el diagnóstico de la tuberculosis, tratamiento (supervisado o no) y la referencia.

ORGANIZACIONES	En esta unidad de salud		Transferido de otra unidad de salud del MSP		Derivado de otra unidad de salud del MSP		Se refirió de otra unidad NO MSP		No hay información		TOTAL	
	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos
PCFL	100,0%	12									100,0%	12
SCC					33,3%	1	66,7%	2			100,0%	3
IESS	72,7%	8					9,1%	1	18,2%	2	100,0%	11
DNRS	80,0%	8	10,0%	1	10,0%	1					100,0%	10
MSP	66,8%	326	4,7%	23	23,2%	113	4,5%	22	0,8%	4	100,0%	488
GL	50,0%	1					50,0%	1			100,0%	2
Total	67,5%	355	4,6%	24	21,9%	115	4,9%	26	1,1%	6	100,0%	526

Fuente: Encuesta PPM_CEMOPLAF-2007

5.2. Para el objetivo 2.3.b. "Definir la demora diagnóstica en los casos de TBBk+, dependiendo del proveedor", se ha preparado la Tabla No. 2, en la cual se han incluido los datos obtenidos de la diferencia de las fechas consignadas en las preguntas 2.4 y 2.7 del capítulo II de la parte A de la encuesta PPM.

Tabla no. 2.
Tiempo transcurrido entre la recolección de la primera muestra y el inicio del tratamiento

ORGANIZACION	tiempo transcurrido														Total	
	0-1		2-3		4-9		10-15		16-29		30-40		41- +		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PCFL	3	27,3			6	54,5	2	18,2							11	100,0
SSC					1	100,0									1	100,0
IESS					4	100,0									4	100,0
DNRS	1	11,1	2	22,2	3	33,3	2	22,2			1	11,1			9	100,0
MSP	68	15,9	111	25,9	171	39,9	38	8,9	25	5,8	5	1,2	11	2,6	429	100,0
GL			1	100,0											1	100,0
Total	72	15,8	114	25,1	185	40,7	42	9,2	25	5,5	6	1,3	11	2,4	455	100,0

FUENTE: CEMOPLAF_ESTUDIO PPM-CAP.2007.

5.3. Para el objetivo 2.3.c. "Medir los gastos para el paciente, previo al inicio del tratamiento TB, según el tipo de proveedor", se preparó la Tabla No. 3, que contiene información referente a lo ocurrido en cuanto a gastos por consulta médica, en las primera, segunda y tercera, consultas, durante el período inmediatamente anterior al inicio del tratamiento de la tuberculosis.

Tabla No. 3.
Promedio en US \$ de pago al Médico,
previo al inicio del tratamiento de tuberculosis.

Establecimientos visitados antes del tratamiento	1era. Consulta		2da. Consulta		3era. Consulta	
	Promedio	Casos	Promedio	Casos	Promedio	Casos
PCFL	13,0	227	16,0	91	6,1	27
PSFL	14,4	7	4,0	8	5,8	4
JB	7,3	9	10,0	1	0,0	1
SOLCA	45,0	1	8,7	3	50,0	2
CR	22,5	2	0,0	1		
SSC	0,0	2	0,0	5	0,0	2
IESS	0,3	17	0,0	1	0,0	4
FFAA	5,0	2	0,0	1	0,0	1
P	0,0	1			0,0	1
DNRS	1,1	9			0,0	1
MSP	3,3	190	0,3	184	0,2	94
GL	0,6	9			0,0	1
PR	7,7	3				
Promedio / Total	7,4	479	3,0	295	0,6	138

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF-2007.

En la Tabla No. 4. Se ha incluido la información del gasto por concepto de exámenes de laboratorio en los cuales ha incurrido el paciente con tuberculosis, en la primera, segunda y tercera, consultas, en el periodo inmediatamente anterior al inicio del tratamiento de su enfermedad tuberculosa.

Tabla No. 4.
Promedio en US \$, de gasto en exámenes de laboratorio,
previo al inicio del tratamiento de tuberculosis

Establecimientos visitados antes del tratamiento	1era. Consulta		2da. Consulta		3era. Consulta	
	Promedio	Casos	Promedio	Casos	Promedio	Casos
PCFL	11,8	227	15,2	91	26,7	27
PSFL	52,0	7	18,3	8	72,5	4
JB	54,6	9	0,0	1	0,0	1
SOLCA	0,0	1	62,3	3	0,0	2
CR	25,0	2				
SSC	0,0	2	0,0	1	0,0	2
IESS	5,0	17	60,0	5	25,0	4
FFAA	0,0	2	0,0	1	0,0	1
P	0,0	1			0,0	1
DNRS	0,6	9	0,0	1	0,0	1
MSP	16,3	190	7,1	184	4,3	94
GL	4,1	9			0,0	1
PR	7,3	3				
Promedio / Total	13,0	479	6,3	295	2,9	138

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF-2007.

En la Tabla No. 5, aparece el gasto promedio que ha hecho el paciente con tuberculosis por concepto de medicamentos hasta la primera, segunda y tercera consultas, antes de haber iniciado su tratamiento por tuberculosis.

Tabla No. 5.
Promedio en US \$ de gasto en medicamentos,
previo al inicio del tratamiento de tuberculosis

Establecimientos visitados antes del tratamiento	1era. Consulta		2da. Consulta		3era. Consulta	
	Promedio	Casos	Promedio	Casos	Promedio	Casos
PCFL	31,8	227	23,0	91	18,1	27
PSFL	44,4	7	23,1	8	42,5	4
JB	26,0	9	85,0	1	0,0	1
SOLCA	0,0	1	49,3	3	3,0	2
CR	19,0	2	0,0	1		
SSC	6,0	2	25,0	5	0,0	2
IESS	12,8	17	0,0	1	6,5	4
FFAA	0,0	2			0,0	1
P	0,0	1			0,0	1
DNRS	2,3	9	0,0	1	0,0	1
MSP	39,5	190	23,7	184	12,1	94
GL	11,3	9			0,0	1
PR	31,7	3				
Promedio / Total	30,0	479	13,3	295	3,5	138

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF-2007.

En la Tabla No. 6, se exponen los valores del gasto incurrido por el paciente con tuberculosis hasta la primera, segunda y tercera consultas, previas al inicio del tratamiento de la tuberculosis

Tabla No. 6.
Promedio en US \$ de gasto en hospitalización,
previo al inicio del tratamiento de tuberculosis

Establecimientos visitados antes del tratamiento	Primera consulta		Segunda consulta		Tercera consulta	
	Promedio	Casos	Promedio	Casos	Promedio	Casos
PCFL	5,4	227	1,6	91	0,4	27
PSFL	0,0	7	0,0	8	0,0	4
JB	19,4	9	0,0	1	0,0	1
SOLCA	0,0	1	0,0	3	21,0	2
CR	0,0	2				
SSC	0,0	2	0,0	1	0,0	2
IESS	47,1	17	0,0	5	0,0	4
FFAA	2,5	2	0,0	1	0,0	1
P	0,0	1			0,0	1
DNRS	0,0	9	0,0	1	0,0	1
MSP	4,8	190	2,3	184	4,3	94
GL	0,0	9			0,0	1
PR	0,0	3				
Total	5,9	479	1,1	295	0,9	138

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF-2007.

En la Tabla No. 7 se presentan los valores promedios en los cuales el paciente con tuberculosis incurre, por concepto de otros tipos de gastos no contemplados en los ítems anteriores, hasta llegar a la primera, segunda y tercera consultas, previas al inicio del tratamiento de tuberculosis.

Tabla No. 7.
Promedio en US \$ de otros gastos, previo al inicio del tratamiento. Ecuador, 2007.

ORGANIZACION	tiempo transcurrido														Total	
	0-1		2-3		4-9		10-15		16-29		30-40		41- +		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
PCFL	3	27,3%			6	54,5%	2	18,2%							11	100,0%
SSC					1	100,0%									1	100,0%
IESS					4	100,0%									4	100,0%
DNRS	1	11,1%	2	22,2%	3	33,3%	2	22,2%			1	11,1%			9	100,0%
MSP	68	15,9%	111	25,9%	171	39,9%	38	8,9%	25	5,8%	5	1,2%	11	2,6%	429	100,0%
GL			1	100,0%											1	100,0%
Total	72	15,8%	114	25,1%	185	40,7%	42	9,2%	25	5,5%	6	1,3%	11	2,4%	455	100,0%

FUENTE: CEMOPLAF_ESTUDIO PPM-CAP.2007.

5.4. **Para el objetivo 2.3.d.:** Establecer el tipo de proveedores utilizados de acuerdo a algunas características de los usuarios.

Tabla No. 8.
Distribución de los pacientes con tuberculosis que participaron en el estudio de PPM y CAP, por grupos de edad, sexo y por tipo de proveedor de servicios de salud. Ecuador - 2007.

Proveedor	Hombre									
	GRUPOS DE EDAD DEL ENTREVISTADO								Total	
	- a 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 a + años	%	Casos	
PCFL					5	2	1	66,7%	8	
SSC					1	1		66,7%	2	
IESS						2	5	63,6%	7	
DNRS					8	2		100,0%	10	
MSP	1	5	1	2	189	58	35	59,6%	291	
GL					1			50,0%	1	
Total	1	5	1	2	204	65	41	60,6%	319	

Proveedor	Mujer									
	GRUPOS DE EDAD DEL ENTREVISTADO								Total	
	- a 1 año	1 a 4 años	5 a 9 años	10 a 14 años	15 a 44 años	45 a 64 años	65 a + años	%	Casos	
PCFL					4			33,3%	4	
SSC					1			33,3%	1	
IESS					2		2	36,4%	4	
DNRS										
MSP	2	2	1	8	132	38	14	40,4%	197	
GL							1	50,0%	1	
Total	2	2	1	8	139	38	17	39,4%	207	

FUENTE: ESTUDIO PPM_CEMOPLAF-2007.

5.5. **Para el objetivo 2.4.a.:** Establecer un perfil cualitativo y cuantitativo de las condiciones sociodemográficas, características culturales relevantes. (**ANEXO 3: INFORME DE LOS GRUPOS FOCALES**)

A continuación se presenta la Tabla No. 9, con la edad de los pacientes a los cuales se les aplicó la encuesta PPM-CAP.

Tabla No. 9.
Edad del paciente entrevistado, por grupos de edad
Ecuador, 2007

Grupos de Edad	Casos	Porcentaje
Menores a 1 año	3	0,6
1 a 4 años	7	1,3
5 a 9 años	2	0,4
10 a 14 años	10	1,9
15 a 44 años	343	65,2
45 a 64 años	103	19,6
65 a más años	58	11,0
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 10, se exponen los casos de los y las pacientes con tuberculosis en los cuales se aplicó la encuesta PPM-CAP; se nota una mayoría franca de los varones con respecto a las mujeres. La realidad concreta presenta esta particularidad pues se tomó una muestra aleatoria de los pacientes ambulatorios y a todos quienes fueron detectados como enfermos de tuberculosis en todas las organizaciones privadas y públicas NoMSP resultado del censo, así como todos los pacientes hospitalizados al momento de ejecutar la encuesta.

Tabla No. 10.
Distribución de los pacientes a quienes se les aplicó la encuesta PPM-CAP,
por género. Ecuador, 2007.

Género	Casos	Porcentaje
Hombre	319	60,6
Mujer	207	39,4
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 11, se presentan los casos de pacientes con tuberculosis, a quienes se les aplicó la encuesta PPM-CAP, por estado civil. Nótese que los solteros son un grupo tan grande como el los casados y de unión libre, juntos.

Tabla No. 11.
Distribución de los pacientes entrevistados por estado civil. Ecuador, 2007.

Estado civil	Casos	Porcentaje
Soltero/a	229	43,5
Casado/a	110	20,9
Unión libre	125	23,8
Divorciado/a	21	4,0
Viudo/a	35	6,7
NS/NC	6	1,1
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 12 se encuentra los valores de la respuesta a la pregunta de si sabe leer y escribir, como indicador de alfabetismo. Hay predominio notorio de enfermos entre los que si saben leer

Tabla No. 12. Condiciones de alfabetismo básico entre los pacientes con tuberculosis a quienes se les aplicó la encuesta PPM-CAP. Ecuador, 2007.

Sabe leer y escribir	Casos	Porcentaje
Si	467	88,8
No	58	11,0
Ns/Nc	1	0,2
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 13 están expuestas las frecuencias y los porcentajes, de los pacientes con tuberculosis, que estudian o no mientras permanecen en tratamiento.

Tabla No. 13.
Situación de los pacientes que participaron en la encuesta PPM-CAP respecto a si se encuentran o no estudiando. Ecuador, 2007.

Están o no estudiando		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	48	9,1	10,3	10,3
	No	418	79,5	89,3	99,6
	Ns/Nc	2	0,4	0,4	100,0
	Total	468	89,0	100,0	
Perdidos	Sistema	58	11,0		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

A continuación en la Tabla No. 14, se expone el número de casos y el porcentaje de los pacientes que participaron en la encuesta y que alcanzaron o no una titulación universitaria o técnica luego de haber concluido la educación secundaria.

Tabla No. 14
Pacientes tuberculosos que participaron en la encuesta PPM-CAP
Según Titulación Universitaria o Instrucción Técnica.
Ecuador, 2007.

	Casos	%
Si	26	4,9
No	409	77,8
Ns/Nc	33	6,3
Total	468	89,0

FUENTE se presentan las frecuenciasE; ESTUDIO PPM-CAP_CEMOPLAF-2007.

5.6. **Para el objetivo 2.4.b.** Establecer el nivel y tipo de conocimientos que los pacientes con tuberculosis tienen sobre su enfermedad.

A continuación en la Tabla No. 15 se presentan las frecuencias en relación al conocimiento que tienen los pacientes que están recibiendo tratamiento para la tuberculosis. Nótese que un 3 % manifiesta desconocer que está siendo tratado por tuberculosis

Tabla No. 15.
Frecuencia y porcentajes respecto de si conoce el nombre de la enfermedad
por la cual está recibiendo el tratamiento.
Ecuador, 2007.

Nombre de la enfermedad	Casos	Porcentaje
TB	493	93,7
Enfermedad Pulmonar	5	1,0
Síntomas de enfermedad pulmonar	4	0,8
VIH-SIDA	7	1,3
Otra no respiratoria	1	0,2
No sabe	16	3,0
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 16 se exponen las frecuencias de lo que los pacientes de la encuesta PPM-CAP, manifiestan respecto de cuantos meses transcurrieron entre los primeros síntomas que ellos sintieron y el diagnóstico que se les hizo, de la tuberculosis. Obsérvese que para un 60 % de ellos, ha transcurrido hasta tres meses en ese periodo, un 20 % entre 4 y 6 meses y un no despreciable 5 % refiere más de 13 meses.

Tabla No. 16.
Tiempo transcurrido en meses, entre la aparición de
los primeros síntomas de la enfermedad
y la confirmación del diagnóstico de tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Meses transcurridos	Casos	Porcentaje
0,00	112	21,3
1,00	102	19,4
2,00	100	19,0
3,00	55	10,5
4,00	29	5,5
5,00	26	4,9
6,00	29	5,5
7,00	7	1,3
8,00	12	2,3
9,00	4	0,8
10,00	2	0,4
11,00	1	0,2
12,00	20	3,8
13 y mas meses	27	5,1
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 17 se puede apreciar las frecuencias respecto de los síntomas con que los pacientes refieren haber debutado en la tuberculosis. Téngase en cuenta que un 55 % es tos y un 18 % es fiebre, pasando casi desapercibida la expectoración o esputo con o sin sangre, que es apenas de un 4 %, no así la disnea que es un 7,4 % y la impotencia (relacionada con el cansancio) con 7,8 %.

Tabla No. 17.
Primeros síntomas de la enfermedad, que presentó
Ecuador, 2007.

Síntomas	Casos	Porcentaje
TOS	288	54,9
ESPUTO C/S SANGRE	23	4,4
FIEBRE	94	17,9
DOLOR TORACICO	21	4,0
CANSANCIO	39	7,4
DISNEA	4	0,8
ALTERACIONES SUENO	1	0,2
DOLOR ABDOMINAL	2	0,4
PERDIDA DE PESO	6	1,1
IMPOTENCIA	41	7,8
SIGNOS Y SINTOMAS MAL DEFINIDOS	6	1,1
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 18, se puede apreciar que la principal creencia de causalidad de la tuberculosis, es la transmisión directa entre personas, aunque también se la asocia con los trastornos de la alimentación, con las prácticas poco salubres, el frío, el uso indebido de alcohol, la depresión inmunitaria y el fumar, además de una diversidad de causas. Es muy probable que este 21,7 % de conocimiento sobre la transmisión directa entre personas, esté influenciado por alguna información previa obtenida por los pacientes antes de realizarse la encuesta, como consecuencia de haber recibido información del personal del equipo de salud que lo atendió.

Tabla No. 18.
Distribución de las frecuencias y porcentajes de la creencia
respecto de: Por qué se enfermó de Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Creencia causal		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TRANSMISION DIRECTA PERSONA-PERSONA	114	21,7	22,4	22,4
	POR FRIO	53	10,1	10,4	32,9
	POR PRACTICAS POCO SALUBRES	61	11,6	12,0	44,9
	POR TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION	89	16,9	17,5	62,4
	CREENCIAS VARIAS	27	5,1	5,3	67,7
	DISMINUCION DE LAS DEFENSAS Y ENFERMEADES PREVIAS	24	4,6	4,7	72,4
	FUMAR (INHALAR SUBSTANCIAS TOXICAS)	27	5,1	5,3	77,8
	USO INDEBIDO DE ALCOHOL	46	8,7	9,1	86,8
	NO SABE, NO CONOCE	67	12,7	13,2	100,0
	Total	508	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	18	3,4		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 19 se encuentra que un 80 % de los pacientes entrevistados, conoce acerca de la gravedad y por tanto de la seriedad, que representa para si la tuberculosis. Sin embargo, un considerable 18 % le resta importancia al considerar de poca gravedad y un 2 % dice no conocer acerca de esta gravedad.

Tabla No. 19.
Distribución de las frecuencias y porcentajes de los niveles de conocimiento sobre la
gravedad de la enfermedad, para si mismo.
Ecuador, 2007.

Nivel	Casos	Porcentaje
Poco grave	94	17,9
Medianamente grave	128	24,3
Muy grave	294	55,9
No sabe	10	1,9
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 20, se puede apreciar que el 24 % de los pacientes cree que las personas de riesgo son aquellas que tienen algún tipo de depresión inmunitaria o ciertas enfermedades preexistentes, que actúan como condiciones necesarias para el desarrollo de la tuberculosis y un 16,5 % acusa a la malnutrición, entre estas dos causas predisponentes se agrupa el 40 %, pero un 23 % sabe que son las personas del entorno cercano las que tienen más riesgo de enfermar y apenas un 10 % dice que son los familiares cercanos. Esto hace aparecer como que un 33 % conoce sobre condiciones de transmisión y por tanto del riesgo de persona a persona; que tendría alguna relación con lo expuesto en la Tabla No. 18.

Tabla No. 20.
Conocimientos sobre los tipos de personas que según el paciente,
tienen más riesgo de enfermar de Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Conocimientos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FAMILIARES QUE VIVEN CON EL ENFERMO	53	10,1	10,2	10,2
	OTRAS PERSONAS DEL ENTORNO	123	23,4	23,6	33,8
	USO DE TABACO, ALCOHOL, DROGAS	47	8,9	9,0	42,8
	MALNUTRICION	87	16,5	16,7	59,5
	DEPRESION INMUNITARIA Y ENFERMEDADES PREEXISTENTES	127	24,1	24,4	83,9
	CONDUCTAS DE RIESGO	40	7,6	7,7	91,6
	OTROS, SIGNOS Y SINTOMAS MAL DEFINIDOS	3	0,6	0,6	92,1
	NO SABE	41	7,8	7,9	100,0
	Total	521	99,0	100,0	
Perdidos	Sistema	5	1,0		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 21, se exponen las frecuencias de los posibles riesgos para desarrollar o no tuberculosis, desde el punto de vista del paciente, por tanto de su creencia y de alguna manera se ratifica lo referente a las personas con riesgo de la Tabla No. 20.

Tabla No. 21.
Conocimiento de por qué la Tuberculosis
se desarrolla en unas personas y en otras no.
Ecuador, 2007.

	Causa	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	MALNUTRICION	171	32,5	33,7	33,7
	DEFENSAS BAJAS Y ENFERMEDADES PREVIAS	181	34,4	35,6	69,3
	CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS	10	1,9	2,0	71,3
	CONDUCTAS DE RIESGO	56	10,6	11,0	82,3
	CONTACTO DIRECTO CON ENFERMOS	14	2,7	2,8	85,0
	NO SABE	52	9,9	10,2	95,3
	OTRAS CREENCIAS DIVERSAS	24	4,6	4,7	100,0
	Total	508	96,6	100,0	
Perdidos	Sistema	18	3,4		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No 22, se muestran datos que denotan una absoluta mayoría con respecto a la afirmación de que la Tuberculosis si es contagiosa pues el 91 % lo expresa, esto es de alguna manera contradictorio en las exploraciones indirectas, pero que no invalida la investigación y solo ratifica que la averiguación debía ser directa.

Tabla No. 22.
Conocimientos de los pacientes con Tuberculosis,
sobre si la Tuberculosis es o no contagiosa.
Ecuador, 2007.

Es contagiosa	Casos	Porcentaje
Si	478	90,9
No	20	3,8
Ns/Nc	28	5,3
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 23 se exponen diferentes formas de transmisión que los pacientes con tuberculosis, del estudio PPM-CAP, consideran que son las que se dan entre las personas para desarrollarla. Hay un 67 % que menciona indirectamente al fluge, lo cual es muy importante porque denota que hay un buen nivel de conocimiento, aunque no óptimo y que hay que elevarlo.

Tabla No. 23.
Conocimientos sobre formas de transmisión
de la Tuberculosis, entre personas.
Ecuador, 2007.

Formas de transmisión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TOS, SALIVA, ESPUTO, BESO, CONVERSACION	353	67,1	70,5	70,5
	CONTACTO FISICO	19	3,6	3,8	74,3
	FLATA DE CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD	3	0,6	0,6	74,9
	CONDUCTAS DE RIESGO *	95	18,1	19,0	93,8
	NO SABE	22	4,2	4,4	98,2
	OTRAS CREENCIAS	9	1,7	1,8	100,0
	Total	501	95,2	100,0	
Perdidos	Sistema	25	4,8		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-GEMOPLAF, 2007.

*Hacinamiento, promiscuidad.

En la Tabla No. 24 se presentan las formas de transmisión que deben evitarse para que las persona no adquieran tuberculosis.

Tabla No. 24.
Conocimientos sobre formas de transmisión de la tuberculosis, para que las personas
 puedan protegerse.
Ecuador, 2007.

De qué hay que protegerse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TOS, SALIVA, ESPUTO, BESO, CONVERSACION	119	22,6	23,0	23,0
	CONTACTO FISICO	95	18,1	18,3	41,3
	POR QUE ESTA SIN PROTECCION	17	3,2	3,3	44,6
	CONDUCTAS DE RIESGO	199	37,8	38,4	83,0
	TABACO, ALCOHIOL, DROGAS	4	0,8	0,8	83,8
	TUBERCULOSIS MAL CURADO	5	1,0	1,0	84,7
	OTRAS CREENCIAS VARIAS	39	7,4	7,5	92,3
	NO SABE	40	7,6	7,7	100,0
	Total	518	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	8	1,5		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-GEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 25 vemos que el 88 % de los pacientes que participaron en la encuesta PPM-CAP, dicen que la tuberculosis es evitable, sin embargo un 5 % dice lo contrario y un 7 % de ellos, dice no saber nada al respecto.

Tabla No. 25.
¿Se puede evitar la Tuberculosis?
Ecuador, 2007.

	Casos	Porcentaje
Si	463	88,0
No	25	4,8
Ns/Nc	38	7,2
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En cuanto a que están conscientes de la importancia del tratamiento antituberculoso versus la principal consecuencia de la muerte, es un 92 % que dice aceptarlo, pero hay un peligroso 5,7 % que no tiene ese nivel de conocimiento y un 2,1 % que en cambio no conoce nada a este respecto, como se lo evidencia en la Tabla No. 26.

Tabla No. 26.
Frecuencias simples respecto de la pregunta
¿Sabía usted que si no recibía tratamiento para la tuberculosis,
Podría morir por esta enfermedad?
Ecuador, 2007.

Conocimiento	Casos	Porcentaje
Si	485	92,2
No	30	5,7
Ns/Nc	11	2,1
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla no. 27, se puede ver lo referente al conocimiento que tienen los pacientes respecto de otras personas con su misma enfermedad. Hay un advertido y peligroso 37,6 % afirmativo, pero ventajoso porque se puede considerar que el mismo paciente puede ser un buen agente difusor de formas de reconocimiento de la enfermedad y por tanto de captación.

Tabla No. 27. Frecuencia y porcentajes respecto de si el paciente entrevistado
¿Conoce alguna otra persona con Tuberculosis?.
Ecuador, 2007.

Conocimiento	Casos	Porcentaje
Si	198	37,6
No	318	60,5
Ns/Nc	10	1,9
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

5.7. **Para el objetivo 2.4.c.** Caracterizar las actitudes de los pacientes con tuberculosis, respecto de la enfermedad.

En la Tabla No. 28 se pueden apreciar las frecuencias de los miembros del entorno familiar del paciente que participó en la encuesta PPM-CAP, al enterarse que su familiar tenía Tuberculosis.

Tabla No. 28.
Formas de reacción de la familia del paciente
al enterarse que tenía Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Formas de reacción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PREOCUPACION, ANGUSTIA, DESESPERACION, ALARMA	365	69,4	76,2	76,2
	APOYO, ASOCIACION	65	12,4	13,6	89,8
	REHAZO / CRITICA	9	1,7	1,9	91,6
	SIN REACCION POR DESCONOCIMIENTO	14	2,7	2,9	94,6
	AISLAMIENTO	11	2,1	2,3	96,9
	CON CALMA	8	1,5	1,7	98,5
	NO HICIERON NADA	7	1,3	1,5	100,0
	Total	479	91,1	100,0	
Perdidos	Sistema	47	8,9		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 29, se presenta las frecuencias de las reacciones que presentaron los vecinos del paciente cuando se enteran de su enfermedad, desde la percepción del mismo.

Tabla No. 29.
Formas de reacción de la vecindad del paciente
al enterarse que tenía Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PREOCUPACION, ANGUSTIA, DESESPERACION, ALARMA	38	7,2	22,8	22,8
	APOYO, ASOCIACION	50	9,5	29,9	52,7
	REHAZO / CRITICA	5	1,0	3,0	55,7
	SIN REACCION POR DESCONOCIMIENTO	2	0,4	1,2	56,9
	AISLAMIENTO	13	2,5	7,8	64,7
	CON CALMA	33	6,3	19,8	84,4
	NO HICIERON NADA	13	2,5	7,8	92,2
	NO SABE / NO CONOCE	13	2,5	7,8	100,0
	Total	167	31,7	100,0	
Perdidos	Sistema	359	68,3		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 30, se presentan los valores de respuesta a la interrogante de si se enteraron las autoridades de la localidad en donde reside el paciente participante en la encuesta PPM-CAP.

Tabla No. 30.
Las autoridades municipales, comunitarias, barriales,
se enteraron de la situación de enfermedad del paciente con tuberculosis.
Ecuador, 2007.

	Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si	56	10,6	10,6	10,6
	No	417	79,3	79,3	89,9
	Ns/Nc	53	10,1	10,1	100,0
	Total	526	100,0	100,0	

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 31 se puede ver los valores de auto apreciación que tienen los pacientes respecto de su nivel de angustia ante la circunstancia de padecer la enfermedad.

Tabla No. 31.
Niveles de auto apreciación del paciente,
de tener angustia por presentar la Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Niveles de auto apreciación		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Nada	80	15,2	15,2	15,2
	Poco	119	22,6	22,6	37,8
	Medianamente	122	23,2	23,2	61,0
	Muy angustiado	168	31,9	31,9	93,0
	Permanentemente angustiado	34	6,5	6,5	99,4
	No recuerda	3	0,6	0,6	100,0
	Total	526	100,0	100,0	

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 32, aparece el temor que tiene el paciente con tuberculosis, respecto de que alguien de su familia también la tenga. La mayoría de los respondientes lo hace afirmativamente.

Tabla No. 32.
Tiene miedo que su familia se enferme de Tuberculosis?.
Ecuador, 2007.

Temor	Casos	%
Si	447	85,0
No	65	12,4
Ns/Nc	14	2,7
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 33, están los datos de la actitud de temor respecto de la recidiva de la enfermedad.

Tabla no. 33.
Temor de que haya recidiva de la enfermedad.
Ecuador, 2007.

Temor	Casos	%
Si	370	70,3
No	125	23,8
Ns/Nc	31	5,9
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 34, se presentan las frecuencias simples respecto de la adherencia al tratamiento antituberculoso por parte de los pacientes. El 7,4 % de todos los pacientes bajo tratamiento antituberculoso, se mueve entre el rechazo y la aceptación mediana.

Tabla No. 34.
Adherencia del paciente al tratamiento antituberculoso.
Ecuador, 2007.

Aceptación del tratamiento	Casos	%
Lo rechazó	8	1,5
Lo aceptó medianamente	31	5,9
Lo acepto totalmente	487	92,6
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 35 está la información de cuántos pacientes con tuberculosis se vuelven solidarios entre si o con otros pacientes con tuberculosis que ellos conocen.

Tabla No. 35.
Actitud de solidaridad entre las personas con tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Característica	Casos	%
Si	430	81,7
No	43	8,2
Ns/Nc	53	10,1
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

5.8. **Para el objetivo 2.4.d.** Caracterizar las prácticas que los pacientes con tuberculosis realizan.

En la Tabla No. 36, el 36,4% de los pacientes con tuberculosis, manifiesta haber buscado atención médica, no así el 17,7 % que se auto medicó.

Tabla No. 36.
Que hicieron los pacientes cuando empezaron a sentir
las primeras molestias de la enfermedad.
Ecuador, 2007.

		Frec	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	BUSCO ATENCION MEDICA FUE AL CURANDERO O A LA FARMACIA	365	69,4	72,3	72,3
	CONTO A SUS FAMILIARES	14	2,7	2,8	75,0
	LE RESTO IMPORTANCIA	16	3,0	3,2	78,2
	AUTOMEDICACION	17	3,2	3,4	81,6
	Total	93	17,7	18,4	100,0
Perdidos	Sistema	505	96,0	100,0	
Total		21	4,0		
		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 37, se presentan los datos de las molestias y sus frecuencias, por las cuales los pacientes buscaron la atención médica, con un carácter de obligatoriedad.

Tabla No. 37.
Molestias que obligaron a los pacientes tuberculosos
antes de ser diagnosticados de tuberculosis,
a buscar atención médica.
Ecuador, 2007.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	TOS	214	40,7	41,0	41,0
	ESPUTO C/S SANGRE	86	16,3	16,5	57,5
	FIEBRE	78	14,8	14,9	72,4
	DOLOR TORACICO	49	9,3	9,4	81,8
	CANSANCIO	33	6,3	6,3	88,1
	DISNEA	13	2,5	2,5	90,6
	DOLOR ABDOMINAL	3	0,6	0,6	91,2
	PEFRDIDA D EPESO	10	1,9	1,9	93,1
	IMPOTENCIA	28	5,3	5,4	98,5
	SIGNOS Y SINTOMAS MAL DEFINIDOS	8	1,5	1,5	100,0
	Total	522	99,2	100,0	
Perdidos	Sistema	4	0,8		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 38 aparecen las personas a quienes el paciente CONTÓ que estaba con molestias. **Nótese el alto porcentaje de los familiares, dentro del núcleo familiar cercano.**

Tabla No. 38.
Personas a quienes les contó el paciente con tuberculosis
sobre el problema o molestias que empezó a sentir.
Ecuador, 2007.

Personas a quienes contó		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PADRES Y ABUELOS DEL PACIENTE	145	27,6	29,3	29,3
	CONYUGUES DEL PACIENTE	148	28,1	29,9	59,2
	HIJOS DEL PACIENTE	42	8,0	8,5	67,7
	OTROS FAMILIARES DEL PACIENTE	84	16,0	17,0	84,6
	VECINOS	3	0,6	0,6	85,3
	AMIGOS Y COMPANEROS DEL TRABAJO	49	9,3	9,9	95,2
	DE INSTITUCION PUBLICA	5	1,0	1,0	96,2
	DE ONG	2	0,4	0,4	96,6
	OTRO BENEFACTOR	15	2,9	3,0	99,6
	AL MISMO ACOMPAÑANTE	2	0,4	0,4	100,0
	Total	495	94,1	100,0	
Perdidos	Sistema	31	5,9		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 39 se encuentran todos aquellos del entorno del paciente que participó en la encuesta PPM-CAP, que presentaron algún tipo de preocupación por la situación del paciente, antes de que este sea diagnosticado de su enfermedad tuberculosa. **Por lo visto es el entorno cercano el que se muestra preocupado, lo que tiene su explicación debido a la cercanía y a la asiduidad de la observación.**

Tabla No. 39.
Personas que se preocuparon por lo que le sucedía al paciente
antes de que sea diagnosticado de Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Personas preocupadas		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PADRES Y ABUELOS DEL PACIENTE	147	27,9	29,5	29,5
	CONYUGUES DEL PACIENTE	125	23,8	25,1	54,6
	HIJOS DEL PACIENTE	64	12,2	12,9	67,5
	OTROS FAMILIARES DEL PACIENTE	93	17,7	18,7	86,1
	VECINOS	1	0,2	0,2	86,3
	AMIGOS Y COMPANEROS DEL TRABAJO	47	8,9	9,4	95,8
	INSTITUCION PUBLICA	2	0,4	0,4	96,2
	OTRO BENEFACTOR	10	1,9	2,0	98,2
	EL MISMO ACOMPAÑANTE	9	1,7	1,8	100,0
	Total	498	94,7	100,0	
Perdidos	Sistema	28	5,3		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 40 se presenta los datos de las personas que reaccionan sospechando que el paciente presenta Tuberculosis y a diferencia de lo que se podría esperar por las respuestas de las preguntas previas, aquí los que sospechan son los del entorno lejano, aunque también están los familiares cercanos.

Tabla No. 40.
Personas que reaccionan en primera instancia,
sospechando que el paciente podría estar enfermo de Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Quienes sospechan primero		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	PADRES Y ABUELOS DEL PACIENTE	56	10,6	12,4	12,4
	CONYUGUES DEL PACIENTE	33	6,3	7,3	19,7
	HIJOS DEL PACIENTE	19	3,6	4,2	23,9
	OTROS FAMILIARES DEL PACIENTE	82	15,6	18,1	42,0
	VECINOS	8	1,5	1,8	43,8
	AMIGOS Y COMPANEROS DEL TRABAJO	30	5,7	6,6	50,4
	INSTITUCION PUBLICA	16	3,0	3,5	54,0
	OTRO BENEFACTOR	171	32,5	37,8	91,8
	EL MISMO PACIENTE / EL MISMO ACOMPAÑANTE	36	6,8	8,0	99,8
	NO SABE / NO CONOCE	1	0,2	0,2	100,0
	Total	452	85,9	100,0	
Perdidos	Sistema	74	14,1		
Total		526	100,0		

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 41. Lo que se realizaron los pacientes para diagnosticarse de tuberculosis. De la misma población hay 0,6 % que se realizó cuatro tipos de exámenes, un 3,1 % que se realizó los tres tipos: cultivo, Rx y baciloscopia, el 49 % se hizo tanto Rx como Baciloscopia y el 92,6 % solo Baciloscopia.

Tabla No. 41.
Exámenes realizados para diagnosticar la Tuberculosis.
Ecuador, 2007.

Tipo de examen	Casos	%	Total
Baciloscopia	487	92,6	526,0
Rx	296	56,3	526,0
Cultivo	55	10,5	526,0
Otro	42	8,0	526,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 42 aparecen los sitios en los cuales se realizó la toma de muestra de esputo.

Tabla No. 42.
Lugar de recolección de sus muestras de esputo.
Ecuador, 2007.

Sitio de toma de muestra de esputo	Casos	%	Total
Domicilio	120	22,8	526
Unidad	402	76,4	526
Otro:	61	11,6	526

En la Tabla No. 43 se presentan las frecuencias de las personas que son solidarias con el paciente en el cuidado o control de su enfermedad. De hecho por los datos se evidencia que son los miembros familiares del entorno cercano con un 82 %, con 13 % no familiares y en un 3 % no tienen ningún tipo de ayuda.

Tabla No. 43.
Personas que con mayor frecuencia ayudan al paciente a controlar su enfermedad

Detalle	Casos	%
Nadie	15	2,9
Cónyuge	149	28,3
Hijo-a	64	12,2
Padres	124	23,6
Otros parientes	100	19,0
Otros no parientes	67	12,7
No recuerda	7	1,3
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

En la Tabla No. 44 se presentan los valores de la continuidad que el paciente tiene frente al tratamiento y por tanto frente a la enfermedad.

Tabla No. 44.
Continuidad que el paciente da al tratamiento antituberculoso.
Ecuador, 2007.

Práctica de continuidad	Casos	%
Abandonó	5	1,0
Terminó el tratamiento	16	3,0
Está en tratamiento	505	96,0
Total	526	100,0

FUENTE: ESTUDIO PPM_CAP-CEMOPLAF, 2007.

6. ANALISIS Y CONCLUSIONES

Al realizar un análisis descriptivo general en primera instancia encontramos datos muy interesantes que luego de expuestos en las tablas correspondientes, permiten emitir conclusiones que a continuación se presentan:

Para el objetivo 2.3.a.: “Establecer la contribución de los diferentes proveedores de salud en el diagnóstico de la tuberculosis, tratamiento (supervisado o no) y la referencia”

En cuanto al diagnóstico, tratamiento y referencia, se encuentra que es el Ministerio de Salud Pública el que más cumple con las tres funciones o roles, lo cual es explicable también porque la estrategia DOTS y la mayor parte del tratamiento de la tuberculosis, está a cargo de esta organización, en forma sistematizada. Le siguen en frecuencia las PCFL, el IESS, la DNRS, el SCC y en último término los GL.

Para el objetivo 2.3.b.”Definir la demora diagnóstica en los casos de TBBk+”. En este sentido es el 18.2 % de los pacientes que fueron diagnosticados entre los 10 y 15 días, valor alto considerando el estado de salud general de los pacientes con tuberculosis. Habría que considerar este dato y en base de el establecer estudios de causalidad para la demora.

Para el objetivo 2.3.c. “Medir los gastos para el paciente, previo al inicio del tratamiento TB, según el tipo de proveedor”. Para esto analizamos los datos de la Tabla No. 3, de lo que se desprende que el promedio de gasto por atención médica es de 7,9 US \$ hasta la primera consulta, sin embargo los pacientes pertenecientes al sector privado con fines de lucro revelan un promedio de 13 US\$, los de la Junta de Beneficencia 7,3 US\$, los de las otras PSFL 14,4 US\$, los atendidos por la CR 22,% US\$, los de SOLCA 45 US\$, mientras que los del MSP manifiestan haber gastado hasta 3,3 US\$ y los del IESS, SCC y P, no haber incurrido en gastos. el promedio de gasto disminuye hacia la segunda consulta a 3 US \$ y hacia la tercera consulta a 0,6 US\$.

En conclusión el menor gasto efectuado en promedio corresponde al IESS, SCC y P seguido por el MSP. De todas maneras el gasto es bajo en los pacientes atendidos por el MSP, ya que ellos no tienen que aportar por un seguro de pago previo, el mismo que tampoco evita que el paciente deba trasladarse a una unidad del Ministerio de Salud o a un laboratorio del Instituto Nacional de Higiene – INH, en la mayoría de los casos.

En los gastos por concepto de exámenes de laboratorio (Tabla No. 4), el promedio a la primera consulta es de 13 US \$ y luego baja a 6,3 hacia la segunda

consulta y a 2,9 a la tercera consulta, pero se mantiene el patrón de la composición interna del promedio en forma idéntica al gasto por atención médica. Siendo los de mayor gasto quienes asisten a los establecimientos de la Junta de Beneficencia, el resto de privados sin fines de lucro, la Cruz Roja.

En el concepto de gastos por medicamentos (Tabla No. 5), el promedio hacia la primera consulta es de 30 US \$ con la variante de que los gastos más altos corresponden al MSP, los PSFL, seguidos por la JB, los PCFL, la CR, el IESS, los PR, los GL, cárceles, SCC. Los gastos disminuyen ostensiblemente hacia la segunda y tercera consultas. Por este concepto todos los pacientes gastan.

En la información por concepto de gastos de hospitalización (Tabla No. 6), el promedio de 5,9 US \$ es un valor bastante bajo y en su composición interna tiene datos contradictorios, por ejemplo, los pacientes tuberculosos del IESS, no debería decir que han gastado por este concepto, sin embargo su promedio es de 47,1 US\$. Los gastos hasta la segunda y tercera consultas son de 1,1 y 0,9 US\$, notablemente bajos.

En lo que respecta a los valores de quienes siendo pacientes mantienen un trabajo se encontró que el 50,3 % de los pacientes estudiados, lo hacen. El gasto total promedio por el tratamiento previo al diagnóstico de la tuberculosis es de 114,66 US \$ entre quienes trabajan y de 105,53 US \$ en quienes no lo hacen. Los aportes de quienes trabajan, al presupuesto familiar mensual es de 210,7 US \$, mientras que el ingreso familiar total es de 319,8 US \$. Esto da la medida de las condiciones de pobreza extrema en la que se desenvuelven los pacientes que tienen tuberculosis y sus familiares.

Al realizar el estudio en los grupos focales, sobre los gastos que las familias incurren para satisfacer diferentes necesidades, de los pacientes, especialmente cuando se encuentran hospitalizados, se nota que los esfuerzos por conseguir dinero para esos conceptos (transporte para realizar la visita, recetas para “medicamentos complementarios”, suplementos nutricionales), son enormes, dada la situación precaria de sus economías. Los promedios de gasto en cada paciente fluctúan grandemente, pero se ubican alrededor de los 180 US \$ mensuales, lo que quiere decir que apenas queda un valor promedio de 139 US \$ para atender las necesidades del resto de la familia.

Para el objetivo 2.3.d.: Establecer el tipo de proveedores utilizados de acuerdo a algunas características de los usuarios”. Los grupos de edad que más pacientes presentaron fueron los de 15 a 44 y de 45 a 64 años, seguidos de todos los otros grupos etáreos, **lo que implica que la tuberculosis se ubica más en estos dos**

estratos poblacionales. En cuanto a la composición por género, del grupo de pacientes a quienes se les aplicó la encuesta de Asociación Público Privada (PPM) y de Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre Tuberculosis (CAP), la razón entre hombres y mujeres es de **1,54: 1**

Para el objetivo 2.4.a.: “Establecer un perfil cualitativo y cuantitativo de las condiciones sociodemográficas, características culturales relevantes”.

De la Tabla No. 9, con la edad de los pacientes a los cuales se les aplicó la encuesta PPM-CAP, se desprende que el 65, 2 % de los pacientes está en el grupo de 15 a 44 años y el 19,6 % en el de 45 a 64 años; es decir el 84 % de la enfermedad se distribuye en este estudio con una muestra aleatoria ambulatoria y una asignación de pacientes internados con características reales, se encuentra entre la adolescencia y el adulto plenamente productivo.

Nótese que en cuanto al estado civil (Tabla No. 11), los solteros son un grupo tan grande como el de los casados y de unión libre, juntos.

Hay predominio notorio de enfermos entre los que si saben leer, como se evidencia en la Tabla No. 12, en contraposición de lo que se podría pensar que es una enfermedad ligada a la pobreza pero mediada por el analfabetismo; mas la evidencia de este estudio la desliga de este fenómeno particular. Pero en cambio los pacientes que están siendo sometidos a tratamiento en un 80 % son personas que no estudian.

Apenas el 5 % de los pacientes sometidos a la encuesta, tienen una preparación y titulación universitaria o técnica y el 78 % ha estudiado hasta el nivel secundario. Podría colegirse que la Tuberculosis es más una enfermedad de quienes no tienen una educación de nivel superior.

Para el objetivo 2.4.b.: “Establecer el nivel y tipo de conocimientos que los pacientes con tuberculosis tienen sobre su enfermedad”

En el estudio, una mayoría que llega hasta el 95,4 % sabe que se trata de tuberculosis o que se relaciona con algo pulmonar y apenas un 3 % no conoce el nombre (Tabla No. 15).

En lo referente al tiempo transcurrido entre el apareamiento de los primeros síntomas y el diagnóstico de la tuberculosis en la Tabla No. 16, obsérvese que para un 60 % de los pacientes, ha transcurrido hasta tres meses en ese periodo, un 20 % entre 4 y 6 meses y un no despreciable 5 % refiere más de 13 meses, datos que pueden inducir a pensar en que este tiempo es un factor importante

para la transmisión, dada la condición de que el paciente es bacilífero durante todo el período.

Los signos y síntomas con los cuales debutan los pacientes del estudio (Tabla No. 17), son: en primer lugar a la tos con un 55 % y luego la fiebre con un 18 %, mientras que el esputo con o sin sangre se presenta en apenas el 4 % de ellos.

En cuanto a las creencias respecto del por qué se enferma de tuberculosis (Tabla No. 18), apenas un 21,7 % cree que es por transmisión directa de persona a persona, un 11,6 % por prácticas poco saludables y un 4,6 % por inmunodepresión, el resto por otro tipo de creencias o conocimientos.

En el conocimiento respecto de la gravedad de la tuberculosis, en el estudio se encuentra que un 80 % dice que es medianamente grave y muy grave, y un 20 % le resta importancia (Tabla No. 19), lo que implica otro posible factor de riesgo para prolongar la cadena de transmisión y las repercusiones relacionadas con el tratamiento, su persistencia, constancia y abandono. Así también para bloquear la accesibilidad a los servicios por desinterés.

En cuanto al conocimiento sobre el riesgo potencial de las personas para adquirir tuberculosis, el 33,15 % estaría en las personas del entorno familiar y cercano, mientras que entre el 24 y 34 % en los inmunodeprimidos y el 16 % en los malnutridos (Tablas Nos. 20 y 21), el resto cree que son otro tipo de consideraciones como el uso indebido de alcohol, tabaco y drogas. En todo caso hay no menos del 27 % de los pacientes que son un nicho de falsos conocimientos y por tanto de riesgo para conductas inadecuadas que pueden favorecer la transmisión.

Del análisis de las Tablas Nos. 22, 23, 24 y 25, se concluye que los conocimientos sobre formas de transmisión, contagio, cuidado y evitabilidad son notorios, por encima del 80 %, sin embargo el 20 % restante, explicaría, que al volver los pacientes a su núcleo familiar sin un nivel adecuado de conocimientos, posibilitarían la permanencia de las condiciones de riesgo.

En el 7,8 % de los pacientes que dicen no conocer o no saber nada de las implicaciones de no recibir tratamiento, de la Tabla No. 26; está la potencialidad de las complicaciones relacionadas con resistencia a drogas antituberculosas o para los abandonos de los tratamientos.

De los datos de la Tabla No. 27, sobre si conocen de otros pacientes con tuberculosis, los pacientes dicen que si, en un 38 %. Esto posibilita que ellos mismos sean agentes informadores y detectores en su núcleo familiar y en su comunidad cercana, de procedimientos y pautas a seguir para la identificación de posibles casos de tuberculosis y su referencia.

Para el objetivo 2.4.c.: Caracterizar las actitudes de los pacientes con tuberculosis, respecto de la enfermedad.

En la Tabla No. 28, de las reacciones familiares, con un 12 %, que, aunque bajo pero no despreciable del se observan las manifestaciones de solidaridad, percibidas por el paciente y en alto grado con un 69 %, las reacciones esperadas de alarma y ansiedad. Es notable el que no se presenten en este grupo y a través de este estudio, considerables manifestaciones de discriminación, exclusión y rechazo, que se han observado en otras circunstancias.

En la Tabla No. 29, aunque los respondientes a la averiguación de la situación con respecto a los vecinos, son apenas la tercera parte con relación a las reacciones familiares, se observa un patrón similar de respuestas, con una ligera mayor incidencia de las manifestaciones de apoyo y asociación (9.5%) y a pesar de las esperadas de ansiedad y alarma; en cambio vemos que las de aislamiento son relativamente bajas, con apenas el 2,5 % y de rechazo el 1 %

Que un 10 % de los pacientes diga que si se enteraron las autoridades locales, denota que hay una baja relación de estas con su comunidad para tratar estos problemas de salud y enfermedad. También hay un 10 % que dice no conocer si esto sucedió o no (Tabla No. 30).

En la Tabla No. 31 sobre la angustia que siente el paciente, por presentar la tuberculosis, el 84 % de ellos dice darse cuenta de ella; esto puede sugerir que la enfermedad puede requerir otro tipo de tratamiento por una comorbilidad no reconocida antes y tampoco normatizada.

De la Tabla No. 32 sobre el miedo a que los familiares enfermen también de tuberculosis, un 85 % de los respondientes lo hace afirmativamente.

Hay una relación directa entre lo que se expone en la Tabla no. 32, en lo que respecta a la encuesta CAP, acerca de de las actitudes de temor de los pacientes con tuberculosis, de que sus familias enfermen de lo mismo y con las respuestas de los familiares de esos mismos pacientes en los grupos focales, en lo atinente a

que ellos mismo o sus familiares han enfermado de tuberculosis, y los conocimientos que tienen esos pacientes sobre las personas que se pueden contagiar de tuberculosis expuestos en las Tablas No. 20 y 22; de lo que se desprende que el problema de la transmisión de la enfermedad es eminentemente familiar y por tanto también su control.

Esto es muy importante y se ve ratificado por los estudios de Shaw, Grzybowski Kenyon sobre, que la tuberculosis es altamente contagiosa en familias, aulas escolares, dormitorios, bares y en todos los sitios en donde haya la posibilidad de la diseminación de la infección.

Del análisis de la Tabla No. 33, sobre la actitud de temor respecto de la recidiva de la enfermedad, el dato de ausencia de temor en el 23,8 % de los pacientes que tienen tuberculosis y están bajo tratamiento DOTS o No DOTS, hace que se pueda hipotetizar sobre que estos probablemente pueden despreocuparse del tratamiento y entrar en el 9 % de abandono observado en el Ecuador (David Zavala, comunicación personal).

De la Tabla No. 34 sobre la adherencia al tratamiento, El 7,4 % de todos los pacientes bajo tratamiento antituberculoso, se mueve entre el rechazo y la aceptación mediana, esto implica que hay la posibilidad de que ese porcentaje tenga un riesgo de abandono de tratamiento.

El principio de solidaridad en el 81,7 % de los pacientes de la Tabla No. 35, puede ser útil en el manejo colectivo de pequeñas localidades o de microfocos; se puede pensar en agrupar eventualmente a los pacientes con tuberculosis para aportar con sus conocimientos o con sus actitudes para estructurar grupos de apoyo.

Para el objetivo 2.4.d. Caracterizar las prácticas que los pacientes con tuberculosis realizan.

De la Tabla No. 36, el 17,7 % se auto medicó, lo que de hecho contribuiría a la demora diagnóstica.

Del análisis de las Tablas Nos. 37 a 40 y 43, que exponen diferentes tipos de prácticas frente a la tuberculosis, entre las que obligaron a los pacientes con tuberculosis a buscar atención médica cuando aún no sabían que la tenían, están la tos, la fiebre, el esputo, el dolor torácico, la impotencia sexual, el cansancio y la disnea; mientras que las personas a quienes contó de sus problemas iniciales fueron todos los del entorno familiar cercano y quienes se preocuparon por esos problemas, las mismas personas y quienes produjeron algún tipo de reacción también son los mismos familiares, aunque hay un dato que puede parecer raro en

cuanto a este último aspecto y que corresponde a 32,5 % de otros benefactores”, categoría en la cual entran las ONG y las autoridades locales o los amigos cercanos y estos mismos son los más solidarios ante la situación. Esto nos orienta a que hay que reconocer al núcleo familiar como el centro del foco tuberculoso y el medio en el cual se dan las condiciones para la detección temprana y la mejora de la relación entre la función institucional y esa familia, en pro del control epidemiológico de la enfermedad, pero también de la promoción de las formas de detección, control y apoyo por parte de los entornos locales.

En la Tabla No. 41, se exponen los valores de los exámenes que se hicieron los pacientes, para diagnosticar su enfermedad y corresponden de alguna manera a los valores esperados, aunque también nos da la idea de que esto podríamos discutir con los profesionales médicos, así como tomarlos en cuenta a la hora de las revisiones de las normas del programa de control de la tuberculosis.

Del análisis de la Tabla No. 42, se desprende que el domicilio es un sitio importante para toma de muestras de esputo, lo cual debe ser valorado de mejor manera para establecer la validez real de la toma en este sitio para programas en los cuales los pacientes no pueden desplazarse hacia la unidad de atención por diferentes circunstancias.

En el estudio practicado se encuentra que todos los objetivos se cumplen, todos se alcanzan con información de buena calidad.

7.- RECOMENDACIONES

- Establecer estudios de causalidad para la demora diagnóstica.
- Vigilar el gasto de los pacientes, por conceptos de atención médica, medicamentos, hospitalización, transporte, alimentación fuera de casa, en el período previo al diagnóstico de la tuberculosis.
- Toda vez que el tiempo transcurrido entre el apareamiento de los primeros síntomas y el diagnóstico de la tuberculosis, supera en un 25 % los trece meses, mismo que es un factor importante para la transmisión, dada la condición de que el paciente es bacilífero durante todo el período, se debería estudiar y normatizar la necesidad de acortarlo, al mínimo posible con facilidades en el nivel de la estructura del estado.

- Entre los estudios de factores de riesgo para prolongar la cadena de transmisión y las repercusiones relacionadas con el tratamiento como el abandono y el bloqueo a la accesibilidad a los servicios, debe considerarse al desinterés del paciente con el tratamiento.
- Los falsos conocimientos o creencias erróneas son causales de riesgo para conductas inadecuadas que pueden favorecer la transmisión o la endemidad de las condiciones de riesgo. Esto obliga a elaborar programas de IEC, basados en el presente estudio de CAP y de los grupos focales, o de otros que se realicen para validar contenidos de capacitación y de IEC.
- Los mismos pacientes pueden ser agentes informadores y detectores en su núcleo familiar y en su comunidad cercana, de procedimientos y pautas a seguir para la identificación de posibles casos de tuberculosis y su referencia.
- El tratamiento de los pacientes con tuberculosis debe ser integral; la enfermedad puede requerir otro tipo de tratamiento por una comorbilidad no reconocida antes y tampoco normatizada. Hay que revisar la norma y hablar del tratamiento de la comorbilidad de toda índole, especialmente mental en lo atinente a la ansiedad y la depresión.
- La transmisión de la enfermedad es eminentemente familiar y del entorno cercano y por tanto también su control. Esto nos orienta a que hay que reconocer al núcleo familiar como el centro del foco tuberculoso y el medio en el cual se dan las condiciones para la detección temprana y la mejora de la relación entre la función institucional y esa familia, en pro del control epidemiológico de la enfermedad, pero también de la promoción de las formas de detección, control y apoyo por parte de los entornos locales.
- Se puede pensar en agrupar eventualmente a los pacientes con tuberculosis para aportar con sus conocimientos o con sus actitudes para estructurar grupos de apoyo.
- El domicilio es un sitio importante para la toma de muestras de esputo, lo cual debe ser valorado de mejor manera para establecer la validez real de la toma en este sitio para programas en los cuales los pacientes no pueden desplazarse hacia la unidad de atención por diferentes circunstancias. Hay

que desmedicalizar el manejo de la tuberculosis y recurrir a los líderes comunitarios, a las familias y a los agentes o promotores de la comunidad para establecer formas más efectivas de acercamiento, detección, referencia, tratamiento y estudio sindrómico de los problemas.

- Aplicar la metodología de evaluación de impacto en la salud, conjuntamente con la de evaluación integrada de riesgos, para establecer mejoras en la toma de decisiones por niveles.
- Profundizar en el análisis de la información producida por el presente estudio para difundirla en diferentes escenarios y auditoriums.
- Publicar los diferentes tipos de resultados del presente estudio.
- Elaborar materiales de capacitación dirigidos a diferentes públicos: pacientes con tuberculosis, familiares de pacientes con tuberculosis, escolares, adolescentes, grupos especiales.
- Evaluar el Programa Nacional del Central de tuberculosis con énfasis en los últimos cinco años del Programa Provincial del Guayas.

8.- BIBLIOGRAFIA

- Shaw JB, Wynn-Williams N. Infectivity of pulmonary tuberculosis in relation to sputum status. Am Rev Tuberc 1954; 69:724-32.
- Grzybowski S, Barnett GD, Styblo K. Contacts of cases of active pulmonary tuberculosis. Bull Int Union Tuberc 1975;50:90-106.
- Kenyon TA, Valway SE, Ihle WW, Onorato IM, Castro KG. Transmission of multidrug-resistant *Mycobacterium tuberculosis* during a long airplane flight. N Engl J Med 1996; 334:933-8.

9.- ANEXOS

ANEXO 1: PERSONAL DE LOS EQUIPOS: ADMINISTRATIVO, INVESTIGACION, AUDITORIA TECNICA.

1. EQUIPO ADMINISTRATIVO

Lcda. Teresa Álvarez	Directora Ejecutiva de CEMOPLAF
Lcda. Nadia Endara	Administradora Nacional
Lcdo. Edison Granda	Director Financiero

2. EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

2.1. EQUIPO CENTRAL

2.1.1. CEMOPLAF:

Dr. Juan Proaño	Director del proyecto de APP en CEMOPLAF
Dr. Francisco Sevilla	Investigador principal, Fase 1 (temporal)
Est. Ernesto Pinto	Investigador Estadístico
Ec. Inés Herrera	Coordinadora de Investigación de Campo
Lcda. Anita Ilbay	Asistente de Investigación – Control de Calidad

2.1.2. CARE:

Dr. Fausto Patiño	Director de Monitoreo y Evaluación del proyecto de Tuberculosis en CARE
-------------------	---

2.1.3. CARE – MSP:

Dr. Miguel Calunga	Control de Calidad
--------------------	--------------------

2.2. EQUIPO DE INVESTIGACION DE CAMPO

PROVINCIA	RESPONSABLE
Chimborazo, Cotopaxi	Cecilia Sánchez
El Oro	Marilú Solano
El Oro	Yeni María Rodríguez
Esmeraldas	Yanina Altafuya
Esmeraldas	Mary Alexandra Quintero
Guayas	Cecilia Avila
Guayas	Rosa Elena Pacheco
Guayas	Sandra Carrera Bravo
Guayas	Mary del Rocío Freire
Guayas	Jackeline Jaramillo
Guayas	Lisette Bustamante
Guayas	Andrea Mariuxi Acosta
Guayas	Elsy Mariela Diaz
Guayas	Gina Sabando Andrade
Guayas	Luisa Johnson Angeles
Guayas	Hipatia Johnson Angeles
Guayas	Luis Daniel Jiménez
Guayas	Mary Yadira Montiel Acosta
Guayas	Ricardo Cuesta Beltrán
Guayas	Edgar Josué Alcívar
Los Ríos	María de Lourdes Junco
Los Ríos	Jessica Aracely Rodríguez
Manabí	Néstor Gallegos
Orellana	Caterina Zurita
Pichincha	Mary Yolanda Mantilla
Pichincha	Yolanda Arieta
Pichincha	Jenny Vásquez
Tungurahua	Patricia Condo
Pichincha	Fausto Patiño
Cañar	Dr. Emanuel Flores
PCT	Miguel Calunga Ros
Nacional	Nadia Endara
Nacional	Inés Herrera
Nacional	Ana Ilbay
Nacional	Juan Proaño

EQUIPO DE CRITICA -DIGITACION:

Srta. Johanna Ilbay
 Srta. Jennifer Tulcanaza
 Sr. Angel Ilbay

EQUIPO DE RECODIFICACION

Sr. Juan Sebastián Proaño Fase I
 Sr. Alejandro Proaño Alarcón Fase II

EQUIPO DE GRUPOS FOCALES

Lcda. Jenny Vásquez
 Dr. Alberto Loaiza
 Dr. Juan Proaño
 Dr. Fausto Patiño

3. EQUIPO DE AUDITORIA TECNICA

Dra. Elizabeth Romero	MSP
Dr. Iván Palacios	Director del proyecto de Tuberculosis en CARE
Dr. Luis Vieira	Director Técnico del proyecto de Tuberculosis en CARE
Ec. Ximena Viteri	Planificación del proyecto de Tuberculosis en CARE.
Dra. Rocío Morales	MSP
Dr. Vinicio Mancheno	Mecanismo de Coordinación de País para el Fondo Global
Dra. María Dolores Campoverde	Subreceptor DYA
Dr. David Zavala	Subreceptor FESAR
Dr. Carlos Rojas	Subreceptor Alli Kawsay

**ANEXO 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE PACIENTES SOMETIDOS AL ESTUDIO
PPM-CAP POR UNIDAD DE ATENCION. ECUADOR, 2007.**

Nombre del establecimiento	A quienes se aplicó				TOTAL
	MUESTRA MSP	NO MSP	MUESTRA HOSPITALES	HOSPITALES	
Área de Salud N° 2 Jefatura de Área	10				10
Botiquín Popular Centro de Salud N° 5	7				7
Centro de Rehabilitación N° 1		3			3
Centro de Rehabilitación Social Penitenciaria (Varones)	7				7
Centro de Salud Abdón Calderón	8				8
Centro de salud Dr. Amadeo Aisprua Parraga	3				3
Centro de Salud "Santa Elena	5				5
Centro de Salud 29 de Abril	2				2
Centro de salud Augusto Egas	10				10
Centro de Salud Carlos Enrique Coello	4				4
Centro de Salud Chillogallo	1				1
Centro de salud Chimbacalle	1				1
Centro de Salud Comité del Pueblo	1				1
Centro de Salud Daniel Acosta	3				3
Centro de salud El Carmen	1				1
Centro de Salud Floresta	11				11
Centro de Salud Francisco Jácome	11				11
Centro de Salud Hierba Buena N° 2	1				1
Centro de Salud Hospital Dr. Nicolás Cotto Infante	4				4
Centro de Salud Jipijapa	3				3
Centro de salud La Tola	3				3
Centro de salud Mabel Estupiñán	6				6
Centro de Salud Manta	4				4
Centro de Salud Materno Infantil Bastión Popular	5				5
Centro de Salud N° 1	7				7
Centro de Salud N° 1 Latacunga	5				5
Centro de Salud N° 11	1				1
Centro de Salud N° 14	1				1
Centro de salud N° 2	4				4
Centro de Salud N° 3	2				2
Centro de Salud N°- 4	5				5
Centro de salud N° 5 Durán	1				1
Centro de Salud N° 5 Durán	9				9
Centro de Salud N° 6	6				6
Centro de Salud N° 7	8				8
Centro de Salud N° 8 Cotacollao	3				3
Centro de Salud N° 9	5				5
Centro De Salud Portoviejo	2				2
Centro de Salud Pública N° 12	1				1
Centro de Salud Pueblo Viejo	1				1
Centro de Salud Quintero D	1				1

Centro de Salud Santa Clara	1				1
Centro de Salud Ximena N° 2	4				4
Centro Maternal Infantil Dr. Carlos Morales Locke	1				1
Centro Materno Infantil Dr. Francisco M Vallejo N° 13	6				6
Centro Materno Infantil San Camilo	2				2
Centro Materno Infantil Santiago de Guayaquil	10				10
Centro Médico Parroquial María Auxiliadora		1			1
Clínica Alcívar		1			1
Clínica Kennedy		1			1
Consultorio Particular		8			8
Consultorio Particular Dr. Jorge Murillo	1				1
Dispensario de salud Campesino	1				1
Dispensario Mariana de Jesús	5				5
Hospital Abel Gilbert Ponton				10	10
Hospital Básico León Becerra (Milagro)	12				12
Hospital Cantonal Doctor Juan Montalbán Cornejo	4				4
Hospital Cantonal Guamote	1				1
Hospital Cantonal Pablo Escobar	2				2
Hospital Civil de Borbón	1				1
Hospital Darío Machuca	7				7
Hospital de Balzar	6				6
Hospital de Infectología				3	3
Hospital de Infectología Guayaquil				5	5
Hospital de Infectología				1	1
Hospital de Salud San Gerardo	2				2
Hospital del Niño Área N° 3	1				1
Hospital Divina Providencia de San Lorenzo	6				6
Hospital Dr. Francisco Icaza Bustamante				5	5
Hospital Dr. Rafael Ruiz Área N° 2 Pujili	1				1
Hospital Icaza Bustamante			1	4	5
Hospital José Alfredo Valenzuela	2		32	83	117
Hospital Maternal Mariana de Jesús	5				5
Hospital Naval Guayaquil		6			6
Hospital Padre Alberto Buffonny	3				3
Hospital Provincial Dr. Vinicio Iza	3				3
Hospital Provincial Riobamba	1				1
Hospital Regional Teodoro Maldonado Carbo		1	2		3
Hospital Riobamba	1				1
Hospital Sagrados Corazones de Jesús	3				3
Hospital San Vicente Alto	1				1
Hospital Santa Teresita	11				11
IESS		10	1		11
Plan de Aseguramiento Popular de Salud (PAP)		1			1
Puesto de Salud Pastocalle	1				1
Seguro Social Campesino San Vicente Alto		2			2
Subcentro de Atahualpa	1				1
Subcentro de salud "San Vicente de Paúl	2				2

Subcentro de Salud 24 de Octubre	2				2
Subcentro de Salud 28 de Febrero	2				2
Subcentro de salud de Turubamba	3				3
Subcentro de salud El Transito	3				3
Subcentro de salud Guasmo Norte	1				1
Subcentro de Salud Huachi Chico	1				1
Subcentro de Salud Jardín del Valle	2				2
Subcentro de Salud La Isla	1				1
Subcentro de Salud La Panadería	1				1
Subcentro de Salud Los Bajos de Afuera	3				3
Subcentro de salud Luluncoto	1				1
Subcentro de Salud N° 2	2				2
Subcentro de salud Nuevo Pueblo Viejo	1				1
Subcentro de salud Picaihua	1				1
Subcentro de Salud Primavera 2	2				2
Subcentro de Salud Promejoras	2				2
Subcentro de Salud Pública Barrio Lindo	2				2
Subcentro de Salud Rural Guayllabamba	2				2
Subcentro de Salud San Andrés	1				1
Subcentro de salud San Antonio de Pichincha N° 8	1				1
Subcentro de salud San Buena Aventura	1				1
Subcentro de salud Santa Rosa	4				4
Subcentro de salud Trinitaria N° 2	16				16
Subcentro de Salud Unsana Bambina Huasi	1				1
Subcentro de Salud Venezuela	1				1
Subcentro de San Camilo Materno Infantil	1				1
Subcentro Martinez	1				1
Subcentro Pilahuin	1				1
Subcentro Pomasqui	1				1
Subcentro Punín	2				2
Subcentro Unión de los Ciudadanos	1				1
TOTAL	343	36	36	111	526



Invirtiendo en nuestro futuro
El Fondo Mundial
 De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

ANEXO 3 INFORME GRUPOS FOCALES:

INFORME GRUPOS FOCALES:

OBJETIVO: Obtener información sobre conocimientos, accesibilidad a servicios de salud, roles y soportes sociales frente a la tuberculosis para contrastar los resultados cualitativos con los cuantitativos.

DATOS GENERALES:

FECHA: DEL 8 AL 10 DE NOVIEMBRE DEL 2007
 CIUDAD: GUAYAQUIL
 DIRECCION: SAUCES 11 MZ.113 CEMPLAF 21
 TOTAL: 8 GRUPOS DE TRABAJO

DURACION: 1 GRUPO PILOTO
 PROMEDIO DE CADA GRUPO FOCAL DE 1H40 MINUTOS

Detalle de la conformación de los grupos focales

NUMERO DE ORDEN	No. MIEMBROS	FECHA	PROCEDENCIA
GRUPO 0: PILOTO	9 PERSONAS	08/11/2007	HOSPIT-RURAL
GRUPO 1	8 PERSONAS	08/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 2	8 PERSONAS	08/11/2007	HOSPIT-AMBULATO
GRUPO 3	6 PERSONAS	08/11/2007	URBANO-AMBULAT
GRUPO 4	7 PERSONAS	09/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 5	7 PERSONAS	09/11/2007	HOSPITALARIO
GRUPO 6	12 PERSONAS	09/11/2007	URBANO MARGINAL
GRUPO 7	9 PERSONAS	09/11/2007	RURAL-AMBULATO
GRUPO 8	10 PERSONAS	10/11/2007	URBANO MARGINAL

Tipo de participantes de los grupos focales:

sexo	No.
Hombres	18
Mujeres	58
Total	76
Tipo de paciente	
Hospitalizados	34*
Ambulatorios	42**

* 5 de Piloto

** 4 en el Piloto

CARACTERISTICAS DE LOS PARTICIPANTES:

#	Nombre	Edad	Sector	Quien tiene TB	Edad	Hospital/ H Ambulatorio/A
1	Jose	40	Guasmo sur	Esposa		H piloto
2	Alfredo	54	Duran	Hijo		H piloto
3	Bella	52	Guasmo norte	Nuera		H piloto
4	Teresa	69	Guasmo centro	Esposo		A urbano, piloto
5	Cruz	49	Guasmo centro	Esposo		A urbano, piloto
6	Geovanny	25	Guasmo sur	Esposa		A urb-marg, piloto
7	Jesennia	29	44 entre E y F	Esposo		H piloto
8	Luis	39	Milagro	Esposa		A rural, piloto
9	Karen	26	Guasmo	Hijo		H piloto
10	Elsy	43	Guasmo c.	Esposo		H 1r.grupo 10am.
11	Lourdes	50	Bastion p.	Hermano		H 1r.grupo 10am
12	Vicente	44	Centro	Esposa		H 1r.grupo 10am
13	Aurelia	58	La chala	Esposo		H 1r.grupo 10am
14	Cesar	46	Via daule	Papa		H 1r.grupo 10am
15	Lucia	59	Verjeles	Hermana		H 1r.grupo 10am
16	Hortencia	58	Bastion	Nuera		H 1r.grupo 10am
17	Rosa	40	Bastion p.	Hermana	33	H 1r.grupo 10am
18	Maria	46	Guasmo c.	Hija	22	H/grupo 2 /14h.
19	Alexandra	21	Bastion	Hermano	31	A/ grupo 2 /14h
20	Ana	65	Bastion p	Hija	30	A/ grupo 2 /14h
21	Jean c.	29	Isla trinitaria	Esposa	28	H/ grupo 2 /14h
22	Esneida	26	Isla trinitaria	Mama	43	A/ grupo 2 /14h
23	Vilma	58	La 26	Hijo	34	A/ grupo 2 /14h
24	Teresa	54	Bastion p.	Hijo	36	A/ grupo 2 /14h
25	Delia	47	Bastion p.	Hermano	56	A/ grupo 2 /14h
26	Petita	76	Marianitas	Hija	48	A/grupo 3 / 14h
27	Janeth	22	Guasmo sur	Hermano	17	A/grupo 3 / 14h
28	Sonia	40	Marianitas	Hija		A/grupo 3 / 14h
29	Marco	38	Milagro	Hermano	23	A/grupo 3 / 14h
30	Rosa	73	Cristo consuelo	Hijo	30	A/grupo 3 / 14h
31	Gina	44	Isla trinitaria	Hija	24	A/grupo 3 / 14h
32	Maria	43	El salado	Hijo	25	H/grupo 4/8am.
33	Margarita	33	Suburvio	Mama	69	H/ grupo 4/8am
34	Esthela	26	Perimetral	Mama	50	H/ grupo 4/8am
35	Magaly	38	Perimetral	Esposo	42	H/ grupo 4/8am
36	Anita	33	Guasmo	Hermana	25	H/ grupo 4/8am
37	Abel	30	Trinitaria	Hija	7	H/ grupo 4/8am
38	Marjori	52	Lachala	Esposo	49	H/ grupo 4/8am
39	Teodora	36	Flor de bastion	Esposo	35	H/ grupo 5/10am
40	Alexandra	36	Perimetral	Mama	58	H/ grupo 5/10am
41	Zoila	51	Valerio estacio	Hijo	22	H/ grupo 5/10am
42	Andres	19	Isla trinitaria	Hermano	25	H/grupo 5/10 am
43	Anita	47	Milagro	Hijo	25	H/grupo 5/10am
44	Jesus	64	Isla trinitaria	Hijo	25	H/grupo 5/10am
45	Nancy	50	Penitenciaría	Repres	34	H/grupo 5/10am
46	Jenifer	18	Bastion p.	Esposo	23	A/ grupo 6/14h
47	Miriam	27	Via duran	Papa	53	H/ grupo 6/14h
48	Maria	45	Bastion p.	Hija	19	A/ grupo 6/14h
49	Elena	60	Valerio estacio	Hija	30	H/ grupo 6/14h
50	Andrea	35	Gallegos lara	Esposo	39	H/ grupo 6/14h
51	Maritza	38	Pradera 3	Mama	54	H/ grupo 6/14h
52	Eugenio	53	Bastion p.	Hijo	15	A/ grupo 6/14h
53	Manuel	42	Bastion p.	Hijo	16	A/ grupo 6/14h
54	Maria	53	Bastion p.	Sobrino	18	A/ grupo 6/14h
55	Lastenia	46	Bastion p.	Papa	70	A/ grupo 6/14h

56	Julio	52	Bastion p.	Prima	55	A/ grupo 6/14h
57	America	16	Isla trinitaria	Papa	73	A/ grupo 6/14h
58	Hector	28	Milagro	Hermano	15	A/grupo 7/14h
59	Monica	34	Milagro	Esposo	37	A/grupo 7/14h
60	Erica	23	Milagro	Esposo	26	A/grupo 7/14h
61	Maria	28	Milagro	Madre	55	A/grupo 7/14h
62	Norma	45	Milagro	Hija	15	A/grupo 7/14h
63	Jesenia	29	Milagro	Hermana	20	A/grupo 7/14h
64	Rosana	43	Milagro	Hija	36	A/grupo 7/14h
65	Roxana	18	Milagro	Esposo	20	A/grupo 7/14h
66	Rosendo	41	Milagro	Hija	21	A/grupo 7/14h
67	Laura	45	Duran	Hermano	40	A/ grupo 8/ 8am
68	Wilmer	39	Duran	Hermano	22	A/ grupo 8/ 8am
69	Griselda	38	Duran	Mama	71	A/ grupo 8/ 8am
70	Marina	54	Duran	Hermano	51	A/ grupo 8/ 8am
71	Jorge	51	Bastion p.	Hija	28	A/ grupo 8/ 8am
72	Nancy	20	Duran	Tia	27	A/ grupo 8/ 8am
73	Fanny	47	Centro	Esposo	47	H/ grupo 8/ 8am
74	Fabian	34	Duran	Suegro	74	A/ grupo 8/ 8am
75	Vicenta	40	Bastion p.	Hermana	50	A/ grupo 8/ 8am
76	Enmma	57	Bastion p.	Hijo	30	A/ grupo 8/ 8am

RESULTADOS:

- ◆ Se modificó algunas preguntas en base del piloto realizado en la primera hora de la mañana.

1.- CONOCIMIENTOS GENERALES SOBRE TB

¿Se han enfermado ustedes alguna vez?

Si

“Si yo tuve lo mismo, empecé con una carraspera que no me quitaba, no me quitaba, me hacía ver, no me salía nada, me hacía terapias, a los 6 meses tanto ir a un médico y a otro me voy a Luis Vernaza me hicieron un lavado de eso de la bilis, me dijeron que no tenía nada...dejé pasa un tiempo y en una noche de nuevo empecé pero no me asusté porque era poco, al otro día fue al hospital y al hacerme los exámenes me salió positivo y me dieron el tratamiento.”

¿Alguno de sus familiares se ha enfermado alguna vez?

Si

De que se enfermó ? (Debe salir la Tb)

Hernia	Estómago/Ulcera
Osteoporosis	Pancreatitis
Hipertensión	Epilepsia
Tuberculosis	Bronquios

Hemorroides	Huesos
Gastritis	Neumonía
Hígado graso	Cisticercosis
Anemia	Reumatismo
Artritis	Inflamación de las piernas
Gripe	Varices
Riñones	Fiebre
Varicela	Tiroides
Diabetes	ovarios
Tifoidea	nervios
Meningitis	Infección Intestinal

“El hijo de mi hermana, falleció hace un año de VIH” “Mi hijo tiene VIH y ahora le pegó la tuberculosis”.

¿Por qué alguien se enferma?

Descuido
 Desaseo
 Contagio
 Mala alimentación
 Defensas bajas
 Bajo ingresos de dinero (no hay trabajo ni plata para comer)
 Comer en la calle
 Ambiente contaminado
 No vamos al doctor
 No comer a horas adecuadas
 No se hace chequeo médico
 Uso de vajilla ajena
 Por fumar y tomar
 Malas noches, parrandas
 Herencia
 Vivir en barrios pobres, moscos
 Sedentarismo
 Dietas

“Me imagino que es por no prevenir antes, mi hijo jugaba a la pelota, jugaba en las noches, será que ya le llega la hora”. “Nos enfermamos porque estamos ciegos, mi hijo estaba enamorado y ella se fue a EU y el ya se quedo enfermo” “Existen factores inevitables como los mosquitos”

¿Qué se hace para no enfermar?

Ir al subcentro
Seguir el tratamiento adecuado
Prevenir, control médico
Buena alimentación e higiene

Limpieza, aseo**Tomar vitaminas para las defensas**

Vacunarse

Mejorar alimentación

Alimentarse a horas adecuadas

Aseo (Hervir el agua, lavar alimentos)

No bañarse en la noche muy tarde

Orar

No comer en la calle

Hacer ejercicio

“Cuando le llega la hora, le llega ”

<i>¿Qué es la Tb?</i>

No sabe

Flema en los pulmones

Tos seca y fiebre

Un virus**Enfermedad de los pulmones**

Enfermedad grave por falta de alimentación

Enfermedad contagiosa**Enfermedad mortal**

Bacteria pulmonar

Se transmite por bacilos

Enfermedad hereditaria

Enfermedad de tratamiento largo

Enfermedad de fumadores

Enfermedad curable

Consume los pulmones

“Para mi parecer es la enfermedad de los pulmones” “ yo trabajo en una tabacalera y dicen que eso afecta a los pulmones por el olor, el humo, llevo trabajando 9 años, pero hasta ahora no siento nada, no tengo ningún síntoma no se si después...”

<i>¿Cómo sabemos que alguien tiene Tb? (molestias – signos y síntomas)</i>
--

Es difícil reconocer

Baja de peso**Fiebre****Falta de apetito**

Dolor de cabeza

Escalofrió

Labios resecos

Dolor del cuerpo

Mareos

Tos con flema

Sueño

Dolor pecho

Bota sangre por la boca

Ahogamiento

Dolor huesos

Decaimiento

Cansancio

Solo Dios sabe

“Yo no entiendo a veces, si es por que la persona está secándose del cuerpo, pero yo he visto en LEA a una persona gorda y no entiendo a que se deba eso, yo todavía no entiendo, yo no se si habrá varios tipos de esa enfermedad”

¿Cómo se llega a tener Tb?

Hereditaria (esposo heredó)

Droga

Mala alimentación

Borracheras

Vicios

Contagio

Resfrío, agua fría

Defensas bajas

Tos mal curada

Descuido

Mala vida

No sabe

Malas noches

A través de la leche de vaca

Comidas en horarios no establecidos

Cambios de temperatura (planchando y se baña)

Trabajar en gallinería

Al usar vajilla contaminada

Contaminación

Todos nacemos con ese virus

“Porque se drogan y las borracheras, mi hermano solo así pasaba y ahí al tomar de la botella uno a otro le pasaron” “Nosotros nos fuimos a un carnaval a la provincia de Bolívar y nos fuimos a festejar, nos bañaron con agua helada, heladísima, a partir de ahí mi hija se agravó y empezó con tos y tos, tuvimos que venirnos inmediatamente, porque mi hija ya no caminaba y me dijeron que se han resfriado los pulmones.”

Especialmente ¿a qué tipo de personas les da?

A toda edad (niños y ancianos)

Ricos y pobres

Personas desaseadas

Consumen drogas

A los más débiles

A los que son delgados

A los que tienen bajas defensas

A todos

A los que trasnochan

A los que fuman y toman

A los mal alimentados

Los que están en contacto con personas enfermas

Los que toman agua helada
A los que tienen diabetes

“A ricos también, yo trabajaba para un señor rico que por la mala vida que se daba, de las mujeres y el trago, le pegó la tuberculosis y estaba bien mal.”

¿Qué tratamiento se debe seguir?

Acudir al Centro de Salud o Subcentro
Informarnos
Seguir el tratamiento
Tomar el medicamento a la hora establecida
Alimentarse bien y reposar
Chequeo médico
No pasar malas noches
Disciplinado en la alimentación
Abandonar droga y alcohol
Acompañar a los familiares para que completen el tratamiento
Aseo en casa y personal
Dar tranquilidad al paciente

“Tomar la medicina a las horas y comer bastante, buena comida para curarse” “Lo que yo he podido apreciar de mi suegro le pedían que vaya todos los días de lunes a viernes para suministrarle el medicamento, además le daban una colada, preparaba mi suegra además de tener cuidado con los utensilios de alimentación y con los alimentos”

¿En la casa? ¿En el hospital?

En la casa, acuden al dispensario o al centro médico todos los días ahí les suministran las pastillas y les hacen tomar, salvo los feriados que es cuando les dan las pastillas para que se tomen.

En el hospital, es el tratamiento controlado, la atención es buena, los parientes les llevan la comida porque les falta y compran las recetas.

- *En el hospital es mejor porque le controlan que tome la pastilla
- *Médicos particulares son caros y se abandona por la plata
- *Cada semana mandan recetas de vitaminas, sueros, que son caros

“En el hospital, donde le dan los remedios, por ejemplo si es en la casa si le da la gana se la toma, en un centro hospitalario le están viendo”

¿Sabes si tiene cura?

Si, tratándolo a tiempo
Si, siguiendo el tratamiento
Si, si deja la droga
Si, aunque vuelve después de un tiempo

Si, depende de la alimentación
Si, personalmente me curé hace 7 años
No tiene cura el que deja el tratamiento

“En el caso mío, tiene casi 3 semanas, entró con 45 kilos de eso y ya aumentado 3 o 4 kilos, pesa 49 kilos, veo mejoría debo sentirme contento, feliz, “

¿Cómo se puede contagiar?

Por la saliva

Desaseo
Ropa o sábanas

Conversa cerca

Por la pareja (besos en la boca)

Porque escupen en el suelo

No apartan la vajilla

Cuando llega, llega

Por las relaciones sexuales

No sabe

“Yo no puedo saber, sobre eso, yo le pregunte al doctor por que yo tengo a mis 2 bebés le dije doctor,. discúlpeme que sea curioso, y el doctor me dijo mira pueden contaminarse siempre y cuando una persona no tengan defensas, pero si tienen defensas pueden estar ahí los dos juntos o tal vez comer del mismo plato, eso me ha dicho el doctor pero no se cual mismo será la realidad.” “Yo tengo fe en mi Señor”

¿Cómo puede evitar la tuberculosis?

Separar la vajilla

Escupir en un sitio establecido

Aseo de la casa (hervir platos, separar)

Usar mascarillas

Ventanas abiertas

Comunicación entre familiares

No visitar al enfermo si tengo tos

Alimentación buena

No agitarse

No tener roce con personas infectadas

No usar los mismos utensilios

Tomar vitaminas, leche, huevos

No consumir cosas heladas

No bañarse con agua helada

No pasar malas noches

Apagando los ventiladores en la noche

Fe en el señor Jesucristo

No se puede evitar porque da a todos

Dejar los vicios

Lavar ropa con cloro y quemar almohadas

“No fumando, ni droga, ni alcohol, llevando una vida sana en el Señor”

2 ACCESO A SERVICIOS DE SALUD DE TB

¿A dónde hay que ir para curarse?

Ir al subcentro o centro médico

Ir al hospital del Área

Ir al médico relacionado con la TB.

Médico particular más cercano

Ir al neumólogo

Ir al hospital de LEA

***Comentan:**

Necesitan Informarse, aprender sobre la TB

Tener pastillas y vitaminas para curarse,

Dejar malos hábitos

Seguir el tratamiento para evitar recaídas

*Los médicos particulares no detectan la enfermedad a tiempo y hacen que esta avance, luego terminan en el hospital de insectología de Guayaquil.

Por lo general ¿en dónde se hacen atender cuando se enferman?

Centro de Salud o Subcentro

SOLCA

LEA

Clínica Guayaquil

Boticas

Hospital Guayaquil

En el PAC

Hospital Del Niño

Hospital de Milagro

Hospital Luis Vernaza

Médico privado

Clínica Alcibar

Hospital María de Jesús

“En el hospital Vernaza se paga, no detectaron la enfermedad, nos dijeron que tenía una gripe y cuando ya estaba mal mi hermano, me dijeron mejor que vaya a LEA”

¿A qué distancia se encuentra el lugar de atención?

A 2 cuadras

A 4 cuadras

A 5 cuadras

Una cuadra

De 8 a 10 cuadras

6 cuadras

3 cuadras

15 minutos en carro

Una hora en carro

Coge 4 buses y tiene que caminar, 1h20

Difícil, vive en el centro dos carros 1h.

A 40 minutos de domicilio

30 minutos

15 minutos en taxi

“Yo vivo en el Guasmo, cojo la 19 o 16 y tengo que caminar y pasar un puente para llegar al hospital, me da inflamación de tanto caminar todos los días.”

“Para mi también es medio dificultoso pero que se puede hacer la responsabilidad del esposo, soy de la sierra, soy un migrante, tengo dos hijos, vivo en Colón y Quito arrendando un cuartito, tengo mi trabajito y no tengo a nadie mas, toca dejar el puesto abandonado y a mis hijos”.

*Detectan la enfermedad en el hospital, luego le dirigen al centro de salud más cercano de su casa

¿Es fácil llegar a un centro de salud para conseguir atención médica?

Si

Subida es difícil y cansado

Hay que madrugar para coger el ticket

Fácil

“Si es fácil, pero si no se tiene plata.....”

¿En este centro de salud le han atendido completamente, o tienen que salir a otros sitios para conseguir lo que necesitan?

Si, los pacientes han recibido charlas sobre la enfermedad

Si, en los hospitales le ponen mas cuidado

Si tienen lista la medicación y se toma ahí mismo

Normal, a veces mandan a comprar medicinas que no se encuentran fácilmente

Si, pero mandan a comprar vitaminas, sueros.

Si, se paga por la radiografía (\$6)

Si, confiamos en el hospital, es bueno, los médicos son especializados

Si, Los profesionales son buenas personas

Si, le hacen todos los exámenes

Todo lo hicieron en el hospital ahora le tratan en el Centro Médico

*El abogado Nebot va a hacer un hospital”

¿Es fácil conseguir el tratamiento en los Centros de Salud o en los hospitales?

Si, nos atienden enseguida

Si, pero depende del lugar donde consiga la medicación

Si, pero no para llevar a la casa

“En el subcentro de salud le dan la medicación a mi familiar, hablamos con la licenciada porque ella trabaja, yo soy la que retiro y le hago tomar ”

¿Quién / es les atendieron?

Enfermera

Trabajadora social

Médico

Auxiliar

¿En este lugar tiene que pagar o no por la atención?

No, en los centros de salud y hospitales

No, solo se compran los medicamentos para el enfermo (vitaminas, sueros)

No, solo se paga los exámenes para detectar la TB (radiografía, esputo)

Se paga \$0.25 por la carpeta y exámenes

“A mi me ha tocado pagar de los rayos X y la receta que me dan cada lunes y de donde quiera tengo que tener para comprarles, algunos compro en el mismo hospital porque me dan descuento”

*Todos nombran la leche ENSURE

¿Este costo esta de acuerdo a las posibilidades económicas de la población?

Es difícil

Toca hacer otros trabajos (lavar ropa, ventas)

No, pero toca hacer lo imposible

No, la mayoría somos personas de bajos recursos económicos

A veces si, a veces no

Bastante difícil, toca pedir prestado

Normal comparado con el Hospital Luis Vernaza

El costo es alto, conseguir el dinero es difícil

Es caro, los pacientes tienen más hambre

No, hay dificultad para comprar los remedios

“Yo gasto no solo lo de la receta también lo de comida y el transporte diario que gasto para irle a ver, sino se siente mal”

“Para mi ha sido bien difícil, no tengo, mis hermanos me han dado la espalda, pero la gente amiga de mi mamá me da cualquier cosa y yo hago bingos en el barrio con los regalos de amigos y de ahí he sacado la plata para poder comprar las recetas, yo tengo todo anotadito, le digo a mi mamá”

¿Le tocó esperar? ¿Qué tiempo?

Si, 1 hora hasta que venga el doctor y buscar los archivos
Enseguida me atendieron
Llegue a la 5 de la mañana y me atendieron a las 9 (bastante gente)
Todo el día por el ingreso
Normal, hay que esperar el turno 20 minutos
Un poco, el personal es bueno
No, en emergencias atienden de inmediato
Algunos días, hasta que le hospitalicen
Dos horas
Media hora
Atienden Rápido
No hay preferencia para la tuberculosis, cuando ya se tiene el tratamiento

“Gracias a Dios enseguida me atendieron era un día sábado entraron por la emergencia “
“Algunas veces hacen esperar así este muriendo...” “ Lo que yo quería saber es que
tiene...” “No me importa esperar lo que importa es que nos atiendan” “Yo he visto que
desde este gobierno la atención a cambiado, la atención ha mejorado y hasta en el
hospital la comida es buena y el personal también”.

¿Cómo fue el trato que recibió por parte del personal que le atendió?

Bueno, caritativas, cariñosas
Hacen que tome la medicina el paciente
Atención buena
Doctores y enfermeras muy buenos/as
Conforme
Bien

*Comentan que lo único que les molesta es la presencia de muchos animales como
perros y gatos que incluso se entran a las salas, estiman que es por los desperdicios.

3 ROLES DE LA FAMILIA

Reacción Familiar y social.

¿Cómo reaccionaron en su familia cuando se enteraron que su familiar tenía tuberculosis?

Se alejaron porque piensan que les puede pasar la enfermedad
Se han unido para que el enfermo tenga más fortaleza
Al principio hacerle a un lado luego le apoyaron
Mal, lloramos juntos
Es feo, duele mucho

Serenidad, es el destino de Dios, hay que apoyar

Fragilidad y susto

Miedo de dejarle en el hospital de LEA

Desesperación

Pena

Fuerte al principio luego me desesperé porque tenía que cuidar al hijo de mi hermana de 8 años mientras ella está en el hospital

Llorar bastante y preocupación

Mal, pensamos que se iba a morir

Tristeza

Sin plata

La familia se alejó, no hay solidaridad

No saben, preferimos no contar ni a familiares ni a los vecinos

Sorprendieron y reaccionaron mal

Reproches y juzgamiento

Me sentí mal, papá murió de lo mismo

Mal mamá murió de esto

Hay que apoyarle

“Muy duro, llora.....” “Yo le reproché primero, solo anda tomando y llega a la hora que le da la gana, luego conversamos”.

*Sienten mucho dolor, hay lágrimas y sentimientos encontrados.

Cómo ha afectado esta enfermedad a la familia?

Las nueras se aislaron, ya no van a la casa, se enemistaron

Hay más unión

Lloramos y no queremos separarnos

Extrañamos a nuestros familiares (abuelito/a, hermano, hijo)

Muchísimo, hubo un cambio positivo

La familia colabora

No hay comprensión, ni apoyo

Sienten culpa y reprochan

Asumen nuevas responsabilidades

Tienen confianza en Dios

Hacen sentir y relucir el amor que le tienen al paciente

“Se ve cuanto se aprecia al familiar”, “Unidos, apoyándonos unos a otros para poder salir adelante y ver la mejoría de ella, porque tiene la niñita tierna de 5 meses.”

¿Han sentido rechazo por esta enfermedad?

Si, por la familia del esposo

Si, rechazo por desconocimiento

Si en el comienzo

Si, vecinos, amigos, familiares

No, mis vecinos preguntan de mi mamá y me ayudan en el bingo

No, no sabe nadie por mi casa

Si, existen prejuicios

“Yo prefiero no decir nada, a los amigos de mi esposo les digo que esta con el pulmón mal por el trago y los baños en agua fría que se daba cuando jugaba fútbol, uno no sabe lo que las personas puedan decir y hacer, por eso es mejor no contar a nadie”

De quiénes? Por qué creen que se da esta reacción?

De familiares, por ignorancia
De la familia, tienen miedo a contagiarse
De la gente, por falta de información

“Porque a ellos no les ha pasado y piensan que se van a contagiar con ir a la casa”

4 SOPORTES SOCIALES

¿Qué hicieron cuando supieron que su familiar tenía Tuberculosis?

Le dimos afecto

Le apoyamos

Le llevamos al médico

Limpieza de la casa (lavaron ropa, hirvieron, botaron lo que no sirve, quemaron la almohada, apartaron la vajilla)

Tener mas cuidado con el paciente

Internar al esposo

Realizarse exámenes para descartar contagio

Llevarle a los controles

Controlar y mejorar alimentación

Sensibilizar sobre seriedad de la enfermedad

“Cuando le llevaron a mi hermana por primera vez al hospital, vino con los resultados que la tenían que internar y estaba llora y llora y nos hizo llorar a todos, porque ella no quería quedarse allá (hospital) porque pensaba que los que se quedaban estaban de últimas., que no tenían remedio.”

¿Qué están haciendo ahora?

Dándole amor, dinero y apoyo

Atenderle con la comida

Cuidar que no salga de noche por el clima

Darle la medicina

Controlar que siga el tratamiento

Cuidar a la niña

Seguir con la vida normal

Visitarle

Tener más cuidado con el paciente

Comprenderle

Haciendo esfuerzos para comprar medicina (epagol, codipron, sevalin, ensure, pharmaton y pulmokar)

Trabajar más

Mejorar el aseo, desinfectando ropa y abriendo ventanas

Darle tranquilidad, cuidado, fuerza y ánimo

Mejorando la alimentación

“Desinfectamos la ropa, el cuarto de el lo desinfectamos todos los días y abrimos las ventanas para que se ventile”.

¿Cómo le están apoyando?

Dándole medicamentos

Animo, moral, cariño

No dándole preocupaciones

Desinfectando y limpiando casa

No dejándole ni un momento

Luchando por la familia

Apoyándole en todo momento

Dándole buena alimentación

Yendo a visitarle

¿Y ustedes como familiares cómo están siendo apoyados?

Nadie nos apoya

Con la ayuda de Dios

No tenemos apoyo

Gracias a Dios son gratuitos los medicamentos, nadie nos ayuda

Económicamente algunos familiares

Nadie, hacemos rifas, bingos

Algunos pastores visitan pero a los pacientes en el hospital

De la misma familia, padres, primos, tíos.

“A mi nadie, yo tengo que arreglármelas para salir adelante y claro con la bendición del Señor”

¿Ustedes saben si existen grupos o clubes de apoyo para personas con tuberculosis?

No, pero nos gustaría que hubiese

No, trabajo social nos ayuda en descuento en recetas

“Me gustaría recibir apoyo y pertenecer algún club de familiares para tratar mejor sobre la enfermedad. Necesitamos nos den charlas educativas, informativas y folletos sobre la TB, con preferencia en el mismo hospital o centro de salud”

¿Cuáles y dónde?

NO SABEN

Qué tan costoso es el tratamiento?

Es caro por las recetas de las vitaminas que piden

Se gasta \$100 para el tratamiento mensual y \$50 para la comida

Bastante dinero más de \$700

Hasta hoy \$500

Desde que inició ya son unos \$800

\$200 más o menos

\$180 llevo anotado

\$800 incluido la pinta de sangre

No sabe

De 100 a 200

\$350 aproximadamente

\$70, \$80, \$150

Muy costoso

“Por la enfermedad y por su significado la medicina no es cara, pero es difícil conseguir el dinero”

¿Tienen algún tipo de seguro médico?

NO

NO, recibo el bono de seguro humano

*Les interesaría un seguro bueno y barato de \$1 a \$5

CONCLUSIONES:

- Del total de las 74 personas que asistieron 18 fueron hombres y 56 mujeres
- La mayor parte de participantes fueron de zonas urbano marginales
- Más de la mitad de los entrevistados manifestó que tenía familiares con tuberculosis.
- Algunos participantes manifiestan haber tenido la tuberculosis y haberse curado
- Todos los participantes y familiares si se han enfermado alguna vez
- Un gran número de participantes se han enfermado de: Hipertensión, anemia, artritis, gripe, de los bronquios, gastritis y tuberculosis.
- La mayoría de personas piensa que la gente se enferma por: descuido, falta de higiene, contagio, mala alimentación, comer en la calle y a horas inadecuadas, no tener los suficientes ingresos económicos para comprar comida y medicina. (falta fuentes de trabajo).

- Manifiestan casi todos que la manera de evitar las enfermedades sería: seguir el tratamiento adecuado, prevenir realizándose un control médico, teniendo una buena alimentación e higiene y tomar vitaminas para mejorar las defensas bajas.
- No existe conocimiento claro de lo que es la tuberculosis, refieren que es un virus, una enfermedad de los pulmones, enfermedad contagiosa y mortal.
- Relatan que se puede saber si una persona tiene la tuberculosis porque tiene fiebre, falta de apetito, baja de peso, tos con flema, ahogamiento y decaimiento.
- No saben en realidad porqué se produce la TB, opinan que puede ser por la mala alimentación, por contagio, por el frío, por bañarse mucho, por las defensas bajas, por la droga y las borracheras.
- Refieren que la TB puede dar a todas las personas incluidos niños y ancianos, ricos y pobres, los que consumen drogas y tienen defensas bajas.
- Consideran que está muy bien que sea el hospital o el centro médico quienes se encarguen de dar directamente la medicación al paciente.
- Todos dicen que la tuberculosis si tiene cura, si toma los medicamentos y sigue el tratamiento.
- Opinan que para curarse se debe ir al médico que está relacionado con la tuberculosis.
- Necesitan informarse y aprender sobre la tuberculosis para ayudar a los familiares que la padecen.
- Los sitios preferidos para hacerse atender son: LEA (hospital Alfredo J. Valenzuela/MSP), hospital Luis Vernaza (pagado, Junta Beneficencia), hospital de Milagro, y los Centros o Subcentros de Salud (MSP).
- Los pacientes ambulatorios son los que refieren que les queda bastante cerca el centro de salud de su sitio de residencia; los que tienen pacientes en el hospital son los que declaran estar bastante lejos desde media hora hasta dos horas en bus.
- Para todos es fácil llegar al centro de salud u hospital y que cualquier sacrificio vale la pena si se pretende la mejoría de su familiar.
- La atención en el hospital LEA (Valenzuela), es buena, son amables y caritativos; el tiempo de espera es normal, tarda hasta hospitalizar al paciente, mientras que para los ambulatorios en los subcentros médicos existe una atención preferencial.
- Son atendidos por médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, de una manera satisfactoria.

- No pagan nada por la atención y tratamiento, salvo las recetas en las que deben comprar vitaminas, sueros; exámenes antes del diagnóstico y la carpeta del paciente 0,25ctvs.
- Los gastos promedio por cuestiones complementaria al tratamiento medico son del orden de los 150 US Dólares al mes con valores que fluctúan entre los 96 y los 600 US Dólares.
- El valor que deben aportar por la enfermedad de su familiar consideran que es difícil, por lo que tienen que realizar algún tipo de trabajo extra como lavar ropa, ventas ambulantes, pedir prestado, dejar algo en prenda o hacer alguna rifa para sacar fondos.
- Tuvieron que esperar algunos momentos pero no por culpa de los que trabajan en el hospital sino por la demanda de pacientes.
- Consideran que el trato que recibieron fue bueno, el personal muy caritativo, cariñoso, hacen que el paciente tome la medicina.
- La reacción de los familiares al enterarse que un familiar tenía tuberculosis fue de dolor, preocupación, tristeza, pero también ha servido para que exista más unión, cambios positivos en algunos familiares, más responsabilidad y hacen notar el amor que tienen por el paciente enfermo.
- Los participantes están sensibles por la enfermedad, recuerdan esos momentos que vivieron y se emocionan mucho, lloran y lamentan, algunos sienten culpa y otros piden fortaleza y la gracia de Dios para seguir adelante.
- Pocas personas han compartido la enfermedad con sus familiares, allegados y vecinos; han sentido rechazo de los amigos, vecinos y de algún familiar. Creen que el rechazo fue por ignorancia, miedo a contagiarse.
- Una vez que supieron que el familiar tenía tuberculosis, la reacción implicó el darle apoyo, afecto, realizar una limpieza de la casa, responsabilizarse de los controles y mejorar la alimentación.
- Al paciente lo alimentan adecuadamente, ayudan en el control del tratamiento, ahorran para comprarle la medicina, les dan cariño y amor, les visitan diariamente en el caso de los pacientes hospitalizados.
- Los familiares no tienen apoyo de amigos, vecinos familiares, fundaciones, etc.
- El tratamiento es costoso, no tienen dinero para adquirir nada y algunas veces ni para el bus.
- Nadie tiene seguro médico, les interesaría tener información sobre este tema y podrían pagar entre 1 a 5 dólares.

- Hay familias que presentan casi todos sus miembros con tuberculosis en lapsos de 10 años; de ahí que no les impresiona mayormente cuando un miembro de la familia es diagnosticado como un caso nuevo.
- Hay familias que refieren uno o más fallecidos de tuberculosis en el seno familiar.
- Algunos familiares de pacientes reciben el bono de desarrollo humano.

RECOMENDACIONES

- Socializar la información al programa de tuberculosis del MSP
- Proporcionar la información al hospital y subcentros médicos donde acuden los pacientes.
- Diseñar y distribuir material educativo sobre la enfermedad para ser entregado a pacientes y familiares.
- Dar charlas educativas permanentes en los sitios de atención médica sobre la enfermedad, a los familiares de pacientes y a la comunidad abierta.
- Realizar visitas a los domicilios de los pacientes para validar acciones preventivas.
- Efectuar otros grupos focales en otras ciudades, para establecer diferencias de conocimientos y comportamientos.
- Usar el criterio Epidemiológico o el enfoque Epidemiológico para el control de la enfermedad, pues se nota que la transmisión es intrafamiliar primordialmente, por lo que cuando se diagnostique un caso de tuberculosis, no debería hacerse la búsqueda de contactos solamente sino declarar a todo el núcleo familiar y al entorno laboral en situación de emergencia, de tal manera que se haga un estudio exhaustivo de la enfermedad en todos los miembros de la misma.
- Que ante esta enfermedad se tomen alternativas para soluciones de carácter estructural: una familia con un miembro con tuberculosis, podría recibir una canasta básica mensual hasta que el paciente se cure y tal vez dos o tres meses posteriores a la última baciloscopía negativa.
- Recurrir a la teoría del foco y atacar la zona primaria o central en forma prioritaria y posteriormente a la zona refractaria. Declarar como problema de salud pública de tipo prioritario a la Tuberculosis.

Alberto Loaiza G.
Conductor

Jenny Vásquez V.
Anotador

Juan Proaño
Conductor

Fausto Patino
Anotador

ANEXO 4 FORMULARIO DE ENCUESTA PPM – CAP [\(archivo\)](#)