



FOLHETIM DE GEOGRAFIAS AGRÁRIAS DO SUL

Revista Mutirão

ISSN: 2675-3472



Relaciones ecosociales y salud territorial en comunidades indígenas: aprendizajes desde la parroquia Chugchilán, Ecuador

Edgar Rojas Gonzáles^I , Giannina Zamora Acosta^{II}  Luis Castillo Cabay^{III} 

^IPontificia Universidad Católica del Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2220-0041>

^{II}Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas, Amawtay Wasi, Pichincha, Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0706-6227>

^{III}Universidad Central del Ecuador

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2173-2115>

RESUMEN

Las comunidades indígenas de Chugchilán enfrentan una crisis ecosocial provocada por la expansión del modelo agroindustrial basado en el uso indiscriminado de agrotóxicos. Este modelo ha deteriorado los ambientes terrestres y acuáticos, ha vulnerado la salud de las poblaciones y ha desplazado prácticas agrícolas tradicionales que sostenían una relación equilibrada con el territorio. La problemática está enmarcada en un contexto de desigualdades estructurales, explotación y pérdida de soberanía alimentaria, reconfigurando así las dinámicas territoriales y ecosociales en la región. La salud de las comunidades indígenas está profundamente ligada a las relaciones ecosociales y formas de organización social que configuran sus territorios. Este estudio tuvo como propósito analizar las expresiones de la salud en función de las dinámicas ecosociales presentes en la parroquia Chugchilán, ubicada en la sierra centro del Ecuador. Se desarrolló una investigación de carácter cuantitativa y geoespacial. Los resultados muestran que la salud se concibe como un proceso integral que articula el equilibrio con la naturaleza, la cohesión comunitaria y la transmisión de saberes ancestrales, más allá de los enfoques biomédicos institucionales. Asimismo, se evidencian tensiones con las políticas públicas de salud, que tienden a invisibilizar estas perspectivas, aunque también se identifican oportunidades de articulación intercultural. El estudio concluye que reconocer el rol del territorio en la determinación social de la salud, con la identificación de los procesos protectores y destructores que vulneran la salud, se aporta al diseño de políticas públicas más inclusivas y sostenibles.

Palabras claves: (in) justicias socioespacial, salud, relación ecosocial, territorio

Ecosocial Relations and Territorial Health in Indigenous Communities: Insights from Chugchilán Parish, Ecuador

Abstract

The Indigenous communities of Chugchilán are facing an ecosocial crisis driven by the expansion of an agroindustrial model based on the indiscriminate use of agrochemicals. This model has degraded terrestrial and aquatic environments, compromised population health, and displaced traditional agricultural practices that maintained a balanced relationship with the territory. The problem is framed within a context of structural inequalities, exploitation, and loss of food sovereignty, thereby reconfiguring territorial and ecosocial dynamics in the region. The health of Indigenous communities is deeply interwoven with the ecosocial relations and forms of social organization that shape their territories. This study aimed to analyze the expressions of health in relation to the ecosocial dynamics present in the parish of Chugchilán, located in Ecuador's central highlands. A quantitative and geospatial research design was employed. The results show that health is conceived as an integral process that articulates balance with nature, community cohesion, and the transmission of ancestral knowledge, beyond institutional biomedical approaches. The findings also reveal tensions with public health policies that tend to render these perspectives invisible, although opportunities for intercultural articulation are identified. The study concludes that recognizing the role of territory in the social determination of health—through the identification of protective and destructive processes that undermine health—contributes to the design of more inclusive and sustainable public policies.

Keywords: (in)justices' socio-spatial, health, ecosocial relationship, territory

Relações Ecosociais e Saúde Territorial em Comunidades Indígenas: Aprendizagens a partir da Paróquia de Chugchilán, Equador

Resumo

As comunidades indígenas de Chugchilán enfrentam uma crise ecosocial impulsionada pela expansão de um modelo agroindustrial baseado no uso indiscriminado de agrotóxicos. Esse modelo tem degradado os ambientes terrestres e aquáticos, vulnerado a saúde das populações e deslocado práticas agrícolas tradicionais que sustentavam uma relação equilibrada com o território. A problemática se insere em um contexto de desigualdades estruturais, exploração e perda de soberania alimentar, reconfigurando as dinâmicas territoriais e ecosociais na região. A saúde das comunidades indígenas está profundamente vinculada às relações ecosociais e às formas de organização social que configuram seus territórios. Este estudo teve por objetivo analisar as expressões da saúde em função das dinâmicas ecosociais presentes na paróquia de Chugchilán, situada na serra central do Equador. Desenvolveu-se uma pesquisa de caráter quantitativo e geoespacial. Os resultados indicam que a saúde é concebida como um processo integral que articula o equilíbrio com a natureza, a coesão comunitária e a transmissão de saberes ancestrais, para além dos enfoques biomédicos institucionais. Evidenciam-se também tensões com as políticas públicas de saúde, que tendem a invisibilizar essas perspectivas, embora se identifiquem oportunidades de articulação intercultural. Conclui-se que reconhecer o papel do território na determinação social da saúde — com a identificação de processos protetores e destruidores que a vulneram — contribui para o desenho de políticas públicas mais inclusivas e sustentáveis.

Palavras-chave: (in)justiças socioespaciais, saúde, relação ecosocial, território

Introducción

En los últimos años, múltiples estudios han evidenciado los efectos de la expansión del modelo agroindustrial en comunidades indígenas. Particularmente el uso de agrotóxicos, generan impactos negativos en la salud, el ambiente y la economía local, afectando de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables con inseguridad alimentaria (FAO 2015). Uno de los elementos clave del problema radica en la degradación del suelo y la pérdida de fertilidad agrícola que se evidencia por la sobreexplotación, erosión y deforestación, plantas nativas son reemplazadas por especies foráneas (GADP Chugchilán 2015). Montico y Di Leo (2015) señalan que se ha provocado un proceso de desertificación y alteraciones en los ecosistemas locales, contribuyendo a un desequilibrio en los ecosistemas, afectando tanto la biodiversidad como los recursos hídricos y las condiciones de vida y salud de la población local.

Desde una perspectiva territorial, investigaciones como las de la OPS (2008) destacan la destrucción de los territorios ancestrales y la pérdida de biodiversidad como resultado de monocultivos y uso de pesticidas, alterando las relaciones tradicionales de las comunidades con su entorno. Estos estudios muestran que la degradación del suelo, la deforestación y la contaminación de fuentes de agua vulneran la soberanía alimentaria y la estabilidad ecológica de las comunidades indígenas, situándolas en un estado de vulnerabilidad permanente (FAO 2015).

Diversos autores han abordado cómo la exposición constante a agroquímicos en estos contextos provoca efectos en la salud física y mental de los pueblos indígenas. Por ejemplo, estudios muestran que la leche materna está contaminada por organoclorados consecuencia del uso de persistente de plaguicidas en suelos y aguas (Der Parsehian 2008), cuyas condiciones socioeconómicas limitan el acceso a servicios de salud adecuados (Breilh 2013; Lucero 2014). Además, estudios como el de Severe y Vera O. (2014) y Martínez Valle (2013) señalan la pérdida de conocimientos tradicionales sobre el manejo del territorio, el sistema productivo ha sido desplazado por prácticas intensivas y químicas, desconectando a las comunidades de sus saberes ancestrales y formas tradicionales de producción agrícola, que sostenían una relación armónica con su entorno (FAO 2014), se vulnera el derecho a la soberanía alimentaria y la autodeterminación cultural de los pueblos indígenas.

Varios estudios coinciden en que la presencia de agrotóxicos y sus impactos en comunidades indígenas también tienen implicaciones económicas, políticas y sociales

(Breilh 2003), así, esta dependencia del modelo agroindustrial desencadena inseguridad alimentaria, pobreza y desplazamiento socioeconómico (Patel 2008), lo que ha alimentado procesos de movilización social y reivindicación de derechos territoriales y de salud (Martínez Valle 2006). Por otro lado, la problemática se profundiza en el carácter territorial del impacto, puesto que las transformaciones en el paisaje y en los ecosistemas mediante la sobreexplotación de recursos naturales —especialmente agua y suelo— (FOIC-Ch 2010) no solo limitan las actividades productivas tradicionales y perpetúan el ciclo de pobreza en estos territorios, sino que afectan no solo las condiciones de vida actuales, de las futuras generaciones y las formas de relación con la tierra.

La salud de las comunidades indígenas no puede comprenderse únicamente desde los enfoques biomédicos tradicionales, pues se encuentra profundamente vinculada con las relaciones ecosociales que configuran su vida cotidiana, sus prácticas productivas y sus vínculos con el territorio. En la parroquia Chugchilán, situada en la sierra centro del Ecuador, las comunidades han desarrollado formas particulares de relacionarse con el territorio en el cual se integran procesos culturales, ambientales, sociales, político – institucionales (GADP Chugchilán 2015b). Sin embargo, se materializan (in) justicias socioespaciales históricas que se expresan en formas diferenciadas de vivir, enfermar y morir de zonas claramente identificadas en la parroquia Chugchilán.

El objetivo de la investigación fue analizar las relaciones ecosociales en tres zonas definidas en la parroquia Chugchilán considerando los paisajes bioculturales, relaciones saludables o no, pero que se expresan en la salud de las familias de la parroquia Chugchilán. Paisajes bioculturales que permiten identificar cómo se imbrican los vínculos entre territorio, cultura y prácticas comunitarias en su expresión en salud tanto territorial como humana.

El estudio es relevante porque aporta a la comprensión del rol del territorio en la determinación social de la salud y contribuye a la discusión sobre la integración de los saberes indígenas con sus prácticas sociales y abre la posibilidad de fortalecer estrategias de salud territorializadas, interculturales y sostenibles.

El artículo, tras presentar el contexto en la introducción, expone la metodología empleada, los resultados obtenidos a partir del análisis de información proveniente de

fuentes secundarias y del trabajo de campo, para posteriormente desarrollar la discusión y reflexión de los hallazgos, y culminar con las conclusiones correspondientes.

METODOLOGÍA

El estudio busca comprender la determinación social de la salud en la parroquia Chugchilán, mediante un enfoque participativo y territorial. Para ello, se emplearon metodologías cualitativas, cuantitativas y espaciales. El trabajo consideró las especificidades del territorio a través de técnicas como entrevistas, cartografía social y análisis espacial territorial, permitiendo comprender cómo las condiciones ambientales, sociales, culturales y económicas influyen en la salud de las comunidades de las tres zonas comparación correspondientes a la parroquia de Chugchilán.

Desde una perspectiva territorial, la evaluación no se limita a aspectos biomédicos y estadísticos, sino que incorpora las percepciones y narrativas de los habitantes, contextualizando los indicadores en las dinámicas territoriales. El estudio incluyó técnicas de análisis químico de contaminantes en suelos y alimentos, y considerando el territorio como un espacio integral donde interactúan múltiples determinantes sociales, culturales y ambientales.

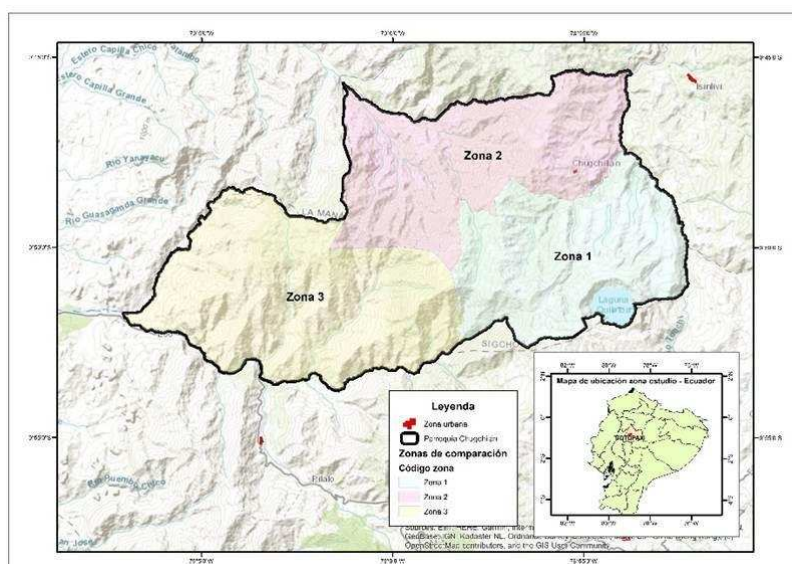
La zona de estudio es la parroquia rural de Chugchilán ubicada en el cantón Sigchos, provincia de Cotopaxi, en la Sierra central del Ecuador. Se encuentra a una altitud entre los 618 a los 3.970 metros sobre el nivel del mar, en un entorno andino caracterizado por montañas, cañones y senderos que la conectan con la Reserva Ecológica Los Ilinizas y la laguna del Quilotoa.

Si bien administrativamente el Gobierno Autónomo Descentralizado (GAD) parroquial considera 4 zonas territoriales, sin embargo, para objeto del estudio de estratificó en 3 zonas bioculturales (ver figura 1), agrupadas por similitud de características étnicas y socioculturales.

Zona 1: se denominó Zona del Quilotoa - vía pavimentada, sus características principales son zona eminentemente indígena casi el 100%, totalmente andina montañosa alrededor del Quilotoa. **Zona 2** se la denominó centro-alto, caracterizada por la presencia de población indígena en su mayoría, pero con la presencia considerable de mestizos y una cantidad que se autoidentifica como blanca, esta zona incluye la cabecera parroquial y si bien es también montañosa, está alejada del Quilotoa; y, la

Zona 3 se le llamó subtrópico, constituida fundamentalmente por migrantes indígenas del páramos y de colonos llegados de poblaciones cercanas a la provincia de Cotopaxi.

Figura 1 Zonas de análisis y comparación – Parroquia Chugchilán



Fuente: CELIR, 2019, Autores, 2025

La información recolectada es de fuentes primarias y secundarias, la primera se relaciona con información recolectada en el marco del proyecto de investigación de la Pontificia universidad católica del Ecuador “El uso de agrotóxicos en la agricultura familiar/comunitaria y su influencia en la calidad de los alimentos y en la salud de poblaciones indígenas”. Para este estudio este estudio aporta con información sobre los componentes de salud y de uso de agrotóxicos en los cultivos de la parroquia. En este estudio se abordan 258 familias agricultoras de las 3 zonas territoriales, familias seleccionadas aleatoriamente de las reconocidas en cada una de las comunidades por sus directivas. A estas familias se les aplicó una serie de instrumentos entre ellos la “encuesta sobre percepción de salud del agricultor”, a través entrevista estructurada toma información sobre el cuidado de las familias en su salud, desde su percepción sobre algunos parámetros como salud, utilización de los servicios de salud, tipo de prestador de salud, tipo de proveedor de salud, percepción de enfermedades, etc. (Rojas González, 2024).

Para el análisis de contaminación por agrotóxicos se analizaron 26 muestras de suelo y 26 de alimentos seleccionadas en forma proporcional por zona y al azar de entre los agricultores seleccionados en el muestreo poblacional. Este número de muestras fue

determinado por la disponibilidad presupuestaria relacionada con los costos de los análisis químicos (Rojas González, 2024).

Para la cuantificación del Nivel Socioeconómico (NSE) se aplicó la metodología desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), disponible en la Encuesta de Estratificación del Nivel Socioeconómico (INEC 2022). Esta metodología consiste en ajustar los pesos y variables del Censo de Población y Vivienda 2022, considerando: Características de la vivienda (tipo de piso, material del techo, entre otros); Características del hogar (tenencia de la vivienda y acceso a servicios básicos), y Características de las personas (ocupación, nivel educativo, entre otras).

Durante el periodo de trabajo de campo, se aplicó la Encuesta “Salud del Agricultor” a una muestra de 254 hogares, con el objetivo de identificar la percepción que tienen las familias de la comunidad de Chugchilán respecto al proceso salud-enfermedad.

Cada hogar encuestado fue georreferenciado, lo que permitió su asignación al correspondiente sector censal, considerado como la unidad territorial básica del censo. Este nivel espacial constituyó la unidad de análisis para la comprensión e interpretación conjunta de las condiciones socioeconómicas y los indicadores de salud.

Como parte del análisis de las condiciones socioeconómicas, se incorporó el uso y la ocupación del suelo, variables determinadas para cada sector censal y expresadas en términos de área (m²). Posteriormente, los sectores censales fueron agrupados en tres zonas definidas a partir de criterios geográficos, con el fin de identificar patrones espaciales y relaciones interzonales. Para cada sector perteneciente a cada zona se estimaron los siguientes indicadores:

- El área dedicada a cada uno de los 11 tipos de uso del suelo identificados.
- La proporción de hogares o personas que presentan la condición de salud analizada.
- El puntaje promedio del Nivel Socioeconómico (NSE).

A partir de estas estimaciones se procedió a calcular:

- La variación relativa del NSE según el tipo de uso del suelo y la zona, en comparación con el puntaje promedio de NSE de la parroquia.

- La correlación entre el área destinada a cada tipo de uso del suelo y el puntaje de NSE.
- La correlación entre el NSE y los indicadores de salud, con el propósito de explorar las interrelaciones entre las dimensiones socioeconómicas, territoriales y sanitarias.

RESULTADOS

La evaluación de la salud desde las zonas o territorios en este estudio refleja una visión holística que respeta y valoriza los conocimientos locales, visibilizando las inequidades sociales que afectan la salud y promoviendo una comprensión más completa y justa de las condiciones que afectan la vida de las poblaciones indígenas y rurales en su contexto territorial.

La información de la encuesta muestra una distribución de género relativamente equilibrada, con una ligera mayoría de mujeres (53,3%) frente a hombres (46,7%). Este dato no solo refleja la composición poblacional, sino que también sugiere la importancia del rol femenino en los procesos comunitarios y en la sostenibilidad de las dinámicas productivas y familiares.

En cuanto al estado civil, la población se encuentra mayoritariamente casada (71,1%), lo que evidencia la centralidad de la familia como eje estructurador de la vida social y comunitaria. Le siguen los grupos de solteros (11,5%) y personas en unión libre (9,9%), mientras que los porcentajes de viudez (5,9%), divorcio (0,8%) y separación (0,8%) son minoritarios. Esta distribución sugiere la persistencia de patrones culturales tradicionales en torno a la conformación del hogar, con baja prevalencia de disolución conyugal.

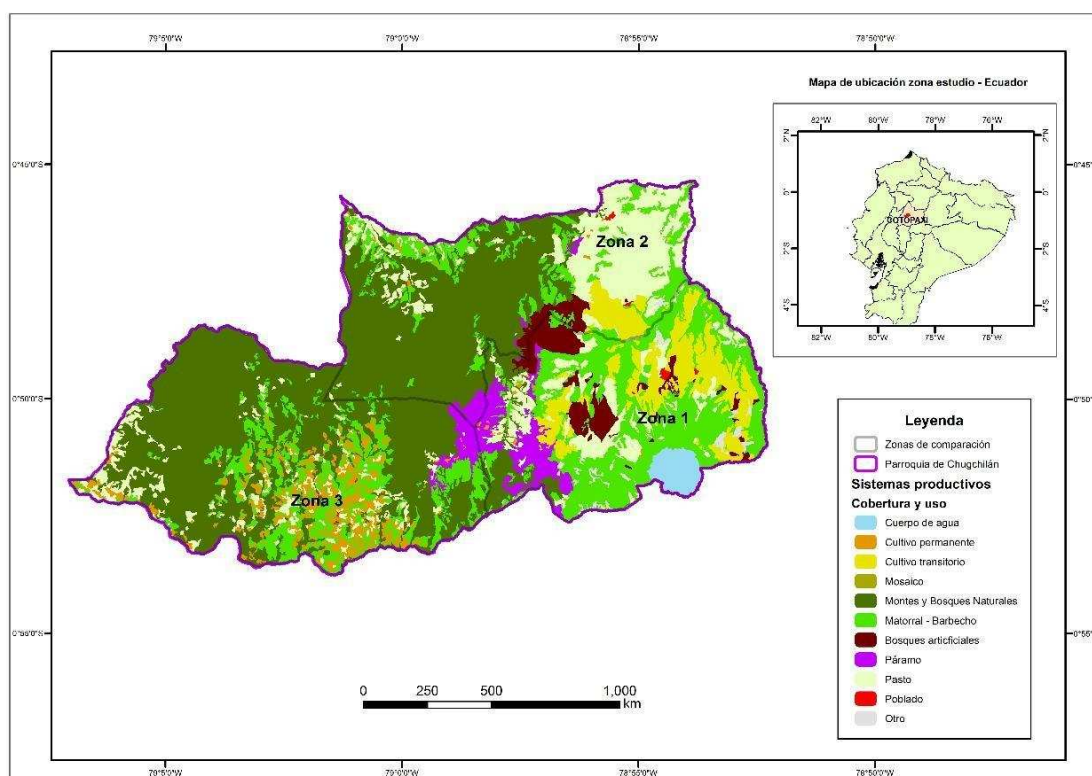
La relevancia de este perfil demográfico radica en que permite situar los análisis posteriores sobre salud, territorio y prácticas sociales en un contexto donde la familia, la cohesión comunitaria y el rol de género constituyen variables claves para comprender los procesos de organización social y las estrategias de resiliencia frente a los desafíos ambientales y de salud que enfrentan las comunidades rurales andinas.

Relaciones eco-sociales – cobertura y uso de suelo

Como se observa en el gráfico de uso de suelo, la mayor parte de la superficie de Chugchilán corresponde a una zona protegida declarada por el Estado como tal, esta

zona está ocupada por montes y bosques naturales, matorral - barbecho, bosques artificiales principalmente pino, y páramo. Respecto del uso del suelo en cultivos existe una clara diferenciación por zonas territoriales, así en la zona Quilotoa - vía pavimentada predominan los cultivos transitorios de ciclo corto, principalmente chocho, papa, cebada y en menor proporción maíz, habas y otros, siendo la zona con mayor superficie de cultivos para la alimentación. La zona 2, casi la totalidad de su superficie está ocupada por vegetación no comestible o pastos para alimentación animal, la superficie con cultivos para alimentación humana se destina para cultivos de ciclo corto, siendo además la zona que presenta mayor superficie para asentamientos humanos. Finalmente, la zona del subtrópico, por sus características climáticas se identifican principalmente cultivos permanentes o de ciclo largo, tales como caña de azúcar y la mora, en menor cantidad plátano, naranjilla y tomate de árbol (Rojas González, 2024).

Figura 2 Cobertura y uso el suelo



Fuente: CELIR, 2019, IEE (2016-2018)

Características de las zonas por niveles socioeconómicos y uso del suelo

La Tabla 1 evidencia una variación heterogénea del Nivel Socioeconómico (NSE) en función de los diferentes usos del suelo y su distribución espacial por zona. Los resultados revelan patrones diferenciados de transformación territorial que sugieren la coexistencia de procesos de mejora y deterioro socioambiental, vinculados tanto a las dinámicas productivas como a las condiciones de acceso y gestión del territorio.

En la Zona 1, predominan los valores positivos en casi todas las categorías de uso del suelo, lo cual sugiere un ascenso relativo del NSE asociado a actividades agrícolas y a la disponibilidad de recursos naturales. Los incrementos observados en cultivos permanentes (4.11%) y transitorios (2.91%) podrían reflejar una mayor estabilidad económica local derivada de la diversificación productiva y del aprovechamiento sostenible de los ecosistemas. Asimismo, los aumentos en montes y bosques naturales (3.81%) y en páramos (3.75%) evidencian la importancia de los servicios ecosistémicos como soporte de medios de vida, especialmente en contextos rurales donde la conservación de coberturas naturales se traduce en beneficios sociales y económicos.

En contraste, la Zona 2 muestra valores mayoritariamente negativos, destacando reducciones en cultivos permanentes (-7.65%), matorrales y barbechos (-6.61%) y montes y bosques naturales (-6.15%). Estos resultados sugieren una pérdida de bienestar relativa, posiblemente vinculada a la degradación ambiental, el agotamiento de suelos o la presión de actividades extractivas y expansión urbana. La disminución del NSE en esta zona podría reflejar procesos de inequidad territorial, donde la concentración de inversiones o de infraestructura no se distribuye equitativamente. No obstante, los aumentos en bosques artificiales (5.62%) y mosaicos (6.23%) podrían estar asociados a políticas de reforestación o a la diversificación del uso del suelo, aunque estas estrategias podrían implicar riesgos de homogenización ecológica y dependencia económica de monocultivos forestales.

En la Zona 3, se observan dinámicas contrastantes: una fuerte disminución del NSE en cuerpos de agua (-12.66%), que podría vincularse con problemas de acceso al recurso hídrico, pérdida de calidad del agua o conflictos territoriales por su uso, y, al mismo tiempo, aumentos en mosaicos (6.23%) y páramos (5.73%), lo cual sugiere procesos locales de resiliencia y reorganización productiva. Estos cambios podrían

reflejar estrategias comunitarias orientadas a la sostenibilidad, la conservación de ecosistemas y la integración de prácticas agroecológicas en el manejo del territorio.

De forma agregada, el balance total (0%) indica que los incrementos y descensos del NSE tienden a compensarse a nivel global; sin embargo, el análisis espacial revela una profunda desigualdad intra e interzonal. Esta disparidad pone de manifiesto la existencia de (in)justicias socioespaciales, en las que ciertos territorios concentran las cargas ambientales y las pérdidas de bienestar, mientras otros capturan los beneficios derivados de los procesos de transformación territorial. En consecuencia, los resultados subrayan la necesidad de enfoques de gobernanza territorial equitativa, que integren la dimensión socioeconómica, ambiental y cultural en la planificación del uso del suelo y en las políticas de desarrollo local.

Tabla 1 Variación relativa (%) del NSE según uso de suelo y zona

Uso	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Cuerpos de agua	3.23	-5.15	-12.66	-2.26
Bosques artificiales	3.25	5.62		3.62
Cultivo permanente	4.11	-7.65	1.18	0.55
Cultivo transitorio	2.91	5.96		3.77
Matorral - Barbecho	2.38	-6.61	0.77	-0.65
Montes y Bosques Naturales	3.81	-6.15	1.75	-0.12
Mosaico			6.23	6.23
Paramo	3.75	-6.38	5.73	0.34
Pasto	3.11	-5.76	-0.61	-1.13
Poblados	1.98	4.17	3.87	3.05
Otro	2.93	1.43	-5.66	2.19
Total	2.87	-5.14	0.63	0

La Tabla 2 evidencia la existencia de desigualdades socio-territoriales en la relación entre el uso del suelo y el nivel socioeconómico (NSE). En las Zonas 1 y 3, las correlaciones positivas asociadas a la conservación de coberturas naturales y la diversificación agrícola sugieren que las estrategias de manejo sostenible del territorio contribuyen a sostener o mejorar las condiciones de bienestar local.

En contraste, la Zona 2 presenta una tendencia negativa vinculada a procesos de degradación ambiental y a la concentración desigual de infraestructura y servicios, lo cual refleja brechas persistentes en el acceso a recursos y oportunidades.

Asimismo, el acceso, control y gestión del agua se configura como un eje estructural de la sostenibilidad y la reproducción social. Estos resultados resaltan la necesidad de políticas públicas territorialmente diferenciadas, orientadas al reconocimiento de prácticas comunitarias sostenibles, la protección de ecosistemas estratégicos y el fortalecimiento de la gobernanza territorial y la autonomía de las comunidades.

Tabla 2 Correlación Área (m2) Vs NSE según uso de suelo y zona

Uso	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Cuerpo de agua	-0.543	0.238		0.019
Bosques artificiales	-0.017	-0.43		-0.117
Cultivo permanente	-0.2	0.097	0.098	0.117
Cultivo transitorio	0.173	-0.153		0.018
Matorral - Barbecho	0.01	0.06	0.097	0.074
Montes y Bosques Naturales	0.262	-0.079	-0.21	-0.162
Mosaico			-0.151	-0.151
Paramo	0.505	-0.173	0.597	0.4
Pasto	-0.197	0.076	-0.196	-0.075
Poblados	0.03	0.463	-0.297	0.158
Otro	-0.163	0.105	-0.995	-0.083
Total	0.033	-0.013	-0.037	-0.032

Percepción de salud y enfermedades

La percepción comunitaria sobre las causas de la enfermedad se construye a partir de una interacción entre la experiencia cotidiana, los saberes tradicionales y las condiciones del entorno. En este sentido, la población de Chugchilán identificó como principales factores asociados a la enfermedad el clima (24%), la mala higiene (21,7%) y el no cuidarse (18,6%). Con menor frecuencia se mencionaron los químicos (7%), el agua (6,6%) y, en proporción marginal, la edad (2,3%). La distribución de respuestas mostró que casi la mitad de las personas (48,4%) refirió una sola causa, el 36,2% no señaló ninguna y apenas un 2,4% mencionó tres, lo que revela una construcción fragmentada del riesgo y de los determinantes de la enfermedad.

Respecto a las conductas percibidas como preventivas, predominó la importancia de comer bien (42,2%), seguida de la buena higiene (22,5%), el lavado de alimentos (19%) y la asistencia al centro de salud (15,1%). Acciones vinculadas al

manejo de insumos externos, como protegerse de los químicos (3,9%) o no utilizarlos (2,7%), tuvieron una presencia poco significativa.

En relación con las conductas que se consideran perjudiciales, la más destacada fue el uso de químicos (42,6%), seguida de prácticas asociadas a la alimentación, como no lavar los alimentos (11,6%), la mala alimentación (8,1%) y el consumo de agua sin hervir (7%). A pesar de ello, un 40,2% de la población no mencionó ninguna conducta perjudicial, mientras que el 50,8% identificó al menos una.

Estos hallazgos ponen de manifiesto cómo la población interpreta la salud y la enfermedad desde una perspectiva situada, en la que confluyen explicaciones ambientales, prácticas de higiene y alimentación, así como una creciente conciencia sobre los riesgos vinculados a los químicos. No obstante, persisten vacíos en la percepción de ciertos factores de riesgo, lo cual refleja la necesidad de promover procesos de diálogo intercultural en salud que reconozcan, fortalezcan y articulen los saberes locales con los conocimientos biomédicos, generando así estrategias de prevención culturalmente pertinentes y socialmente sostenibles

Tabla 3 Correlación porcentaje de familias con percepciones de conductas que perjudican / fomentan la salud Vs NSE según zona

Perjudican la salud	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Consumir agua sin hervir	-0.525	-0.039		 -0.081
No lavar las cosas que consume	-0.498	0.568	0.54	 -0.332
Mala alimentación	-0.056	0.005	0.169	0.001
Utilizar químicos	0.402	0.408	-0.115	 -0.348
Fomentan la salud	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Acudir al centro de salud	0.221	-0.088	-0.505	 -0.084
Lavar alimentos	-0.019	0.453	-0.243	 0.332
Protegerse de químicos	-0.41	0.696	0.407	 0.457
No utilizar químicos	-0.392	-0.14	0.847	 -0.019
Comer bien	0.584	0.167	-0.301	 0.17
Buena higiene	-0.309	0.195	0.463	 0.163

En la tabla 3 destacan las familias que expresan sus percepciones sobre conductas que pueden perjudicar o fomentar la salud de la población, destacan las correlaciones positivas a nivel general de la parroquia que expresan principalmente que a mayor porcentaje de la población que expresa una percepción sobre la necesidad de

protegerse de químicos se correlaciona con un mayor porcentaje de población con mejores NSE.

Analizando a nivel zonal destaca percepciones de conductas que perjudican la salud de esta población, en la zona 1 destaca dos correlaciones negativas que muestran que a mayor porcentaje de la población que expresa comportamientos perjudiciales como tomar agua sin hervir y no lavar los alimentos que consume tiene se correlaciona con mayores porcentajes de población con bajos NSE, por otro lado existe una correlación positiva que indica que a mayor porcentaje de la población con conductas que favorecen el uso de químicos se relaciona con mayor porcentaje de poblaciones con mejores NSE, esta correlación es similar en la zona 2. En la zona 2 también hay una correlación positiva entre las conductas de no lavar los alimentos que consumen con el NSE.

Sobre la percepción de conductas que fomentan la salud de la población, en la zona 1 destaca la correlación positiva entre comer bien y el NSE; en la zona 2 hay dos correlaciones positivas entre las conductas de lavar los alimentos y protegerse de químicos con el NSE; en la zona 3 destacan las correlaciones positivas de conductas de protección de los químicos, no usar químicos y buena higiene con el NSE, también resalta una correlación negativa entre acudir al centro de salud con el NSE.

Tabla 4 Correlación de porcentaje de familias con actitud inicial ante la enfermedad Vs NSE según zona

	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Tomar agua de hiervas	-0.208	0.133	0.739	0.099
Ir al centro de salud	0.642	-0.043	-0.698	-0.133
Ir a un curandero	0.404	-0.134	0.540	0.119
Realizarse una limpia de cuy	-0.588	-0.134		-0.148

La tabla 4 muestra principalmente en la zona 1 correlaciones positivas entre actitudes de la población para ir al centro de salud, ir al curandero y realizarse limpias con cuy con el NSE. En la zona 3 las correlaciones positivas son entre las actitudes de tomar agua de hierbas e ir al curandero con el NSE, mientras hay una correlación negativa entre ir al centro de salud con el NSE. Considerando la totalidad de la parroquia no existen correlaciones que llamen la atención.

Tabla 5 Correlación porcentaje de familias con tipo de atención de salud vs NSE según zona

En caso de dolencia acude a:	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Al centro de salud	0.034	0.484	-0.1	0.15
Permanecer en casa	-0.657	-0.437		-0.312
Al hospital	0.875	-0.691	0.407	-0.028
Al curandero	-0.33	0.001		-0.011
Tipo de ayuda recibida	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Con medicación	0.262	0.245	0.444	0.246
A curarse	-0.678	-0.035	-0.162	-0.109
Con remedios caseros	-0.126	-0.151	0.1	-0.038
No le ayudaron	-0.101	0.129	0.763	0.143

Analizando las actitudes de la población sobre acciones para buscar atención y el tipo de ayuda que reciben resaltan la ausencia de correlaciones a nivel global de la parroquia. Pero, hay particularidades territoriales según la zona, así en la zona 1 hay una correlación positiva entre la búsqueda de ayuda en un hospital con el NSE, mientras hay correlaciones negativas entre la actitud de permanecer en casa y acudir en busca de curación con el NSE. En la zona 2 destaca la correlación negativa entre la actitud de buscar ayuda en un hospital con el NSE. En la zona 3 la correlación positiva expresada entre la falta de ayuda como resultado de las diferentes atenciones con el NSE; estas correlaciones estarían relacionadas por la accesibilidad a servicios de salud y el tipo de servicios, pues mientras en la zona 1 su lugar de atención es un hospital básico y un centro de salud tipo B, en la zona 2 tienen acceso a un centro de salud también tipo B, pero en la zona 3 únicamente tienen acceso a un puesto de salud que no siempre dispone de profesionales de la salud y de insumos médicos.

Tabla 6 Correlación de porcentajes de familias con diferentes situaciones frente a la salud vs NSE según zona

Declaraciones	Zona 1	Zona 2	Zona 3	Total
Realiza actividad física	0.33	0.1	0.524	0.175
Piensa que se enferma más a menudo que los demás	0.758	-0.392	-0.715	-0.206
Tiene un problema de salud crónico	0.112	-0.308	-0.913	-0.343
Antes del 2018 tuvo algún problema de salud grave	-0.178	-0.146	-0.477	-0.189
Tuvo en su familia o en conocidos alguna persona con una enfermedad grave en el año 2018	-0.699	0.196	0.2	0.078
Fuma usted cigarrillos aunque sea de vez en cuando	-0.447	0.498	0.592	0.266
Consumo alguna bebida alcohólica	-0.417	-0.045	0.368	-0.017

Finalmente, en la tabla 6 se presentan los resultados de correlaciones entre las declaraciones de las familias sobre diferentes situaciones frente a la salud y el NSE. Llama la atención en la zona 1 la correlación positiva entre la mayor cantidad de población que piensa que se enferma más que los demás con NSE más altos, y la correlación negativa entre la mayor cantidad de la población que tuvo algún familiar que se enfermó el año anterior al inicio del estudio con los menores NSE. En la zona 3 destacan dos correlaciones negativas entre mayor población que siente se enferma más que los demás y padecer de un problema de salud crónico con bajos NSE; en la misma zona resaltan también dos correlaciones negativas entre la mayor cantidad de población que realiza actividad física y el fumar con bajos NSE.

DISCUSIÓN

El análisis de los recursos disponibles y su utilización en el primer nivel de atención refleja tanto la centralidad de estos servicios como sus limitaciones en términos de cobertura, calidad y pertinencia cultural. Tal situación coincide con estudios regionales que señalan la necesidad de fortalecer la atención primaria en contextos de alta vulnerabilidad social y ambiental (WHO, 2018; OPS, 2021). Además, los hallazgos relativos al examen físico y la revisión por sistemas permiten identificar patrones de enfermedades que responden, en gran medida, a procesos ambientales y condiciones de vida precarias, lo que resalta la importancia de un enfoque integral de la salud colectiva.

La enfermedad es producto directo o indirecto de las condiciones generales en que se desarrolla esa sociedad y de las condiciones particulares en que se desarrolla una determinada clase social, y, por lo tanto, para su comprensión es necesario el conocimiento de las leyes estructurales (generales) y aquellas que condicionan la reproducción social de la clase.” (Granda y Breilh en Künzle 2021, 8)

Las poblaciones indígenas en Latinoamérica y Ecuador experimentan diversas formas de inequidades que se intersecan, inequidades de género, etnia y clase social. Estas son producto de procesos históricos de colonización, patriarcado y racismo estructural que perpetúan la exclusión y marginalización. Según Vergel Barrera y Martínez Muñoz (2021) las mujeres enfrentan una doble o incluso triple marginación por su género, su etnia y su clase social.

Las interrelaciones entre etnia y clase social son otro factor crucial en la marginalización de las comunidades indígenas. Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2022), las comunidades indígenas en Latinoamérica padecen profundas inequidades socioeconómicas, lo que se traduce en menores ingresos y peores condiciones de vida. En Ecuador, alrededor del 70 % de la población indígena sobrevive por debajo de la línea de pobreza, en comparación con el 40 % de la población no indígena (INEC 2021).

Esta desigualdad económica está relacionada con una historia de expropiación y explotación de tierras que han sufrido las comunidades indígenas. Las políticas públicas no logran abordar las necesidades propias de estas comunidades, lo que agrava aún más las desigualdades socioeconómicas, manteniendo a estas comunidades en una situación de vulnerabilidad económica y social (Lucero 2008).

Según Breilh (2023), si bien las determinaciones sociales afectan a grupos de población en términos epidemiológicos, la experiencia vivida de la salud y la enfermedad se da a nivel corporal individual. Así, la salud se convierte en un reflejo de la historia social de los individuos. El contexto político y social también influye significativamente en la determinación social de la salud. Las políticas públicas en salud pueden ser de doble filo; pueden mejorar o empeorar las condiciones de vida de las personas. La falta de políticas efectivas que aborden las desigualdades contribuye a la perpetuación de la mala salud (Breilh 2023).

La salud de las comunidades indígenas no puede ser entendida sin considerar su contexto sociocultural. La medicina tradicional y los saberes ancestrales juegan un rol elemental en la forma en que estas comunidades perciben y manejan su salud. Según el estudio de Cifuentes (2018), las prácticas de salud de las comunidades indígenas están profundamente arraigadas en su cosmovisión y en su relación con la naturaleza. De

Souza Minayo (2004) destaca que el conocimiento es un proceso histórico y social que está influenciado por las condiciones culturales y políticas.

Finalmente, el estudio aporta a la discusión y reflexión sobre salud y territorio al mostrar cómo la articulación entre la determinación social de la salud, la percepción comunitaria y la gobernanza local en salud, constituyen elementos claves para el diseño de políticas públicas más inclusivas. En particular, se destaca la necesidad de promover procesos participativos en los que las comunidades no solo sean receptoras de atención, sino también actores centrales en la construcción de estrategias de cuidado y prevención.

CONCLUSIONES

El análisis realizado evidencia que los determinantes sociales, ambientales y culturales de la salud continúan configurando profundas desigualdades en el acceso, la percepción y la utilización de los servicios en el primer nivel de atención. Los hallazgos muestran que las condiciones sociodemográficas influyen de manera directa en los perfiles de morbilidad, mientras que las percepciones comunitarias reflejan la coexistencia de saberes tradicionales y prácticas biomédicas, lo cual plantea la necesidad de avanzar hacia enfoques interculturales de salud.

Asimismo, se constata que los recursos destinados a la atención primaria resultan insuficientes y, en ocasiones, culturalmente inadecuados, lo que genera barreras de acceso y limita la efectividad del sistema sanitario. Los hallazgos clínicos revelan la fuerte incidencia de determinantes ambientales y sociales, subrayando la urgencia de políticas públicas que prioricen la prevención, la promoción de la salud y la participación comunitaria en la toma de decisiones.

En este sentido, el estudio aporta a la discusión internacional sobre salud colectiva al resaltar que el fortalecimiento del primer nivel de atención requiere un enfoque integral e intercultural, que reconozca la centralidad de las comunidades como actores activos en la construcción de estrategias de cuidado. Estos resultados reafirman que el derecho a la salud solo puede garantizarse mediante modelos de atención equitativos, culturalmente pertinentes y ambientalmente sostenibles.

Adicionalmente, el enfoque de relaciones ecosociales alude a la interdependencia constitutiva entre sociedad y naturaleza, donde las dimensiones ambientales, socioculturales, económicas, políticas y espirituales se encuentran

profundamente entrelazadas (Zamora Acosta et al., 2024, 2016). Desde esta perspectiva, la salud territorial se comprende como resultado de dicha interrelacionalidad, en la medida en que la justicia socioterritorial requiere respetar los límites ecológicos que sostienen la vida. La promoción de prácticas sustentables se fundamenta en la recuperación y fortalecimiento de los saberes ancestrales y conocimientos tradicionales a través de la organización comunitaria, posibilitando la configuración de alternativas al modelo extractivista, coherentes con los principios del Buen Vivir (Zamora Acosta et al. 2024).

Además, el aporte central de este artículo radica en reconocer la salud como derecho constitucional y en analizar el rol del territorio, entendido como construcción sociohistórica, en la determinación social de la salud en la parroquia Chugchilán. Desde el diálogo entre la geografía crítica y la epidemiología crítica, se identifican procesos protectores vinculados a la cohesión comunitaria, la agricultura diversificada y los saberes ancestrales, así como procesos destructores asociados al avance del modelo agroindustrial y al uso intensivo de agrotóxicos. Estos procesos expresan un conflicto territorial, donde prácticas comunitarias de cuidado de la vida se ven tensionadas por lógicas estatales y mercantiles de explotación de la naturaleza.

Agradecimiento

A las comunidades de la parroquia de Chugchilán, especialmente a mujeres y hombres agricultores que fueron parte de este proyecto. A José Pilatasig, Jorge Pilatasig, Abelardo Pilatasig, coinvestigadores en esta propuesta de investigación, por compartir sus conocimientos y su amistad. A la organización GOCIC-Ch, al GAD parroquial de Chugchilán, al equipo de investigación de la PUCE y de FUNHABIT. A las autoridades de la PUCE por las facilidades financiera y logísticas para el desarrollo de la investigación.

Referencias

- BREILH, Jaime. 2003. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. 1a reimpresión. Salud Colectiva. Buenos Aires: Universidad Nacional de Lanús.
- BREILH, Jaime. 2013. “La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública (salud colectiva) (Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica)”. En, 45. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. <https://core.ac.uk/download/pdf/159773438.pdf>.

- BREILH, Jaime. 2023. *Epidemiología crítica y la salud de los pueblos Ciencia ética y valiente en una civilización malsana*. Editado por Nancy Krieger. Traducido por María Cristina Breilh. Primera edición en español. Quito - Ecuador: Oxford University Press. doi:10.1093/med/9780190492786.001.0001.
- CEPAL. 2022. “Introducción a la desigualdad de los pueblos indígenas”. https://igualdad.cepal.org/sites/default/files/2022-02/DB_intro_indigenas_es.pdf.
- CIFUENTES Guerra, María Ángela. 2018. “Chugchilán: historia y memoria”. Proyecto: Laboratorio de los Paisajes Vivos. Quito: Pontificia Universidad católica del Ecuador. Facultad de Arquitectura, Diseño y Artes.
- DE SOUZA MINAYO, María Cecilia. 2004. *El desafío del conocimiento Investigación Cualitativa en Salud*. Novena. São Paulo / Río de Janeiro: Hucitec / ABRASCO. <https://www.researchgate.net/publication/33022942>.
- DER PARSEHIAN, Susana. 2008. “Plaguicidas organoclorados en leche materna”. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá* 27 (2): 70–78.
- FAO. 2014. “La Agricultura Familiar Material informativo para profesoras y profesores de educación básica”. MEC-Gub. <https://www.mec.gub.uy/innovaportal/file/75868/1/la-agricultura-familiar.pdf>.
- FAO. 2015. *Los Pueblos Indígenas y las Políticas Públicas de Seguridad Alimentaria y Nutricional en América Latina y el Caribe. Una visión regional*. Ediciones e Impresiones Copygraph. <http://www.fao.org/3/a-i4828s.pdf>.
- FOIC-Ch. 2010. *Culturas vivas e identidad en el territorio de Sigchos*. Ibis Derechos educación y desarrollo. Sigchos: Federación de Organizaciones Indígenas y Campesinas de Chugchilán.
- GADP Chugchilán. 2015. “Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la parroquia San Miguel de Chugchilán 2015-2019”. Chugchilán: GAD parroquial rural de Chugchilán.
- INEC. 2021. “Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo 2021 (ENEMDU) Indicadores de Pobreza y Desigualdad”. https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2021/Diciembre-2021/202112_PobrezayDesigualdad.pdf.
- KÜNZLE, Luis Allan. 2021. “Modelos conceptuales y representaciones gráficas en estudios de epidemiología crítica”. Programa: Posdoctorado En Salud Colectiva UASB. <https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8086/1/PDSC-004-Allan-Modelos.pdf>.
- LUCERO, José Antonio. 2008. *Struggles of Voice: The Politics of Indigenous Representation in the Andes*. University of Pittsburgh Press. doi:10.2307/j.ctt6wr86.
- LUCERO, Paula Aldana. 2014. “Agrotóxicos y vida cotidiana: Impacto del agronegocio en la salud de los habitantes rurales en la última década”. En *Memoria académica*, 19. Ensenada Argentina: FaHCE. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4749/ev.4749.pdf.

- MARTÍNEZ VALLE, Luciano. 2006. “Las comunidades rurales pobres y la reforma agraria en el Ecuador.” En *Reforma agraria y desarrollo rural en la región andina*, 1ra ed., 163–74. CEPES. 369
https://www.researchgate.net/publication/316170045_Las_comunidades_rurales_pobres_y_la_reforma_agraria_en_el_Ecuador.
- MARTÍNEZ VALLE, Luciano. 2013. *La Agricultura Familiar en el Ecuador*. Grupo de Trabajo: Desarrollo con Cohesión Territorial. Programa Cohesión Territorial para el Desarrollo. Documentos de Trabajo 147. Santiago de Chile: Rimisp.
- MONTICO, Sergio, y Néstor Di Leo. 2015. “Riesgo ambiental por pesticidas en una cuenca del sur de la provincia de Santa Fe, Argentina”. *Revista internacional de contaminación ambiental* 31 (2): 165–72.
- OPS. 2008. *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI)*. Washington, D.C: Pan Amer Health Org. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>.
- ROJAS González, E. W. 2024. *La determinación social de la salud y el uso de agrotóxicos en el sistema agroalimentario en comunidades indígenas de la parroquia Chugchilán, cantón Sigchos, provincia de Cotopaxi, 2019-202* [Tesis Doctoral]. Universidad Andina Simón Bolívar Sede Ecuador.
- SEVERE, ROLORD, y María Beatriz Vera O. 2014. “Caracterización de la agricultura familiar campesina, comuna de Cayes-Jacmel, Haití”. *Idesia (Arica)* 32 (3): 65–74.
doi:10.4067/S0718-34292014000300009.
- VERGEL BARRERA, Michael David, y Liceth Ximena Martinez Muñoz. 2021. “Mujer indígena, desigualdad social y quebrantamiento de sus derechos”. *Novum Jus* 15 (1): 251–75. doi:10.14718/NovumJus.2021.15.1.11.
- ZAMORA ACOSTA, G., Luis Castillo, O., Betancourt, O., & León, X. 2024. *Salud y territorio en la Amazonía: Raíces de vida y huellas de despojo en comunidades indígenas* [Dossier: América Latina e Caribe]. *Revista da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Geografia (AMPEGE)*, 20(43).
<https://doi.org/10.5418/ra2024.v20i43.19316>
- ZAMORA ACOSTA, Giannina. 2016. *La gestión del territorio en un estado plurinacional: retos de la implementación de las circunscripciones territoriales indígenas, como regímenes especiales en el Ecuador* (Tesis de Maestría), Quito, Ecuador: FLACSO Ecuador.

Edgar Rojas Gonzáles, Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Médico Cirujano, Master en Salud Pública, PhD en Salud Colectiva Ambiente y Sociedad. Docente investigador principal a tiempo completo de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Docente en las carreras de Nutrición y dietética, Nutrición Humana, Enfermería y Terapia Física. Líneas de investigación: Nutrición Comunitaria, Soberanía alimentaria, Sistemas Agroalimentarios, Antropología alimentaria y Salud Pública.

Email: erojas@puce.edu.ec

Giannina Zamora Acosta, Universidad Amawtay Wasi

Ingeniera geógrafa, maestría en gestión de información geográfica, y en estudios socio-ambientales, Doctorado en Salud Colectiva, Ambiente y Sociedad. Especialista en la gestión territorial, análisis de políticas públicas con enfoque de territorio, geografía crítica y salud colectiva, con experiencia en: investigación – docencia; coordinación de proyectos (a nivel nacional y de la región Andina) para organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, organizaciones sociales, organizaciones campesinas, indígenas y afros. Actualmente es Miembro Nacional de la Comisión de Geografía del Instituto Panamericano de Historia y Geografía (IPGH) sede Ecuador. Investigadora – docente invitada de universidades de postgrado. Directora del Instituto de Investigación de Biodiversidad de la Universidad Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas – UINPIAW.

Email: ninazamora@gmail.com

Luis Castillo Cabay, Universidad Central del Ecuador

Matemático graduado en la Escuela Politécnica Nacional, con estudios de postgrado en Estadística Aplicada en la misma institución; egresado de la maestría en Diseño y Evaluación de Proyectos Sociales de la Universidad Central del Ecuador (UCE). Maestría en Ciencias con especialidad en Probabilidad y Estadística obtenida en el Centro de Investigaciones en Matemática CIMAT de México. Actualmente profesor en la carrera de Matemática y ex Director de Posgrado de la Facultad de Ciencias- UCE.

Email: lccastillo@uce.edu.ec