

# Lineamientos para la Construcción de Políticas Públicas Interculturales



## **LINEAMIENTOS PARA LA CONSTRUCCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS INTERCULTURALES**

La presente publicación ha sido elaborada en el marco del Programa Desarrollo y Diversidad Cultural para la Reducción de la Pobreza y la Inclusión Social, implementado por el Ministerio Coordinador de Patrimonio del Ecuador, con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas, y el financiamiento del Fondo para el Logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio del Gobierno de España.

El Programa busca fortalecer el ejercicio de los derechos de las comunidades, pueblos y nacionalidades; incrementar su participación política; reducir la discriminación; promover la igualdad de oportunidades de los grupos excluidos por razones étnicas, y generar información pertinente a la diversidad cultural para la toma de decisiones de política pública. El Programa contribuye a la consecución del Plan Nacional de Desarrollo y los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Rafael Correa Delgado  
**Presidente Constitucional de la República del Ecuador**

María Fernanda Espinosa  
**Ministra Coordinadora de Patrimonio**

**Equipo UNESCO**  
Iván Fernández  
María Rosa Cornejo

**Equipo del Ministerio Coordinador de Patrimonio**  
Verónica Chávez  
Marcelo Córdoba

**Equipo del Programa Desarrollo y Diversidad Cultural**  
Alfredo Villacrés  
Ángela Narváez

**Concepto Editorial** Ministerio Coordinador de Patrimonio  
Excelprint

**Impresión**  
Excelprint

Quito, octubre 2009

® Se autoriza la reproducción del contenido citando la fuente.

Programa Desarrollo y Diversidad Cultural  
Alpallana E7-50 y Whymper, Mezanine  
Telf.: (02) 255 7933  
avillacres@ministeriopatrimonio.gov.ec

# ÍNDICE

• Presentación.....	ix
<b>LA INTERCULTURALIDAD: PANEL CENTRAL DE ESPECIALISTAS</b>	<b>1</b>
• ¿Cómo abordar la interculturalidad? Interculturalidad, Plurinacionalidad y Ciencias Sociales en el Ecuador <i>Susana Andrade</i> .....	3
• La Interculturalidad y las Políticas Públicas <i>Fernando García Serrano</i> .....	16
• La Interculturalidad y los Objetivos del Milenio <i>Ricardo Moreno</i> .....	32
<b>EDUCACIÓN INTERCULTURAL</b>	<b>45</b>
• Educación Intercultural: Repensar la Educación Intercultural Bilingüe <i>Ariruma Kowii</i> .....	47
• La Educación Intercultural Bilingüe como Foro Público Nacional <i>José Antonio Figueroa</i> .....	54
• La Educación Básica Hispana y la Interculturalidad: Avances y Desafíos <i>Sebastián Granda Merchán</i> .....	68
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública de Educación Intercultural</i> .....	80
<b>INTERCULTURALIDAD Y MODELOS DE SALUD</b>	<b>87</b>
• Interculturalidad y Modelos de Salud <i>Luis Fernando Calderón</i> .....	89
• Modelo de Atención de Salud con Enfoque Intercultural: Hospital San Luis de Otavalo <i>José Terán</i> .....	97
• Interculturalidad y Modelos de Salud: La Experiencia del Cantón Loreto <i>Amilcar Albán</i> .....	109
• Participación de la Comunidad Indígena en el Control de la Tuberculosis: Una Mirada a la Interculturalidad <i>María Dolores Campoverde</i> .....	120
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Modelos de Salud</i> .....	131

<b>INTERCULTURALIDAD Y AMBIENTE</b>	<b>135</b>
• Interculturalidad y ambiente <i>David Cháves</i> .....	137
• Interculturalidad y ambiente <i>Paúl Maldonado Viera</i> .....	143
• Interculturalidad y ambiente <i>Anita Krainer</i> .....	148
• Diversidad Biocultural y Adaptación al Cambio Climático <i>João Stacishin de Queiroz</i> .....	157
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Medio Ambiente</i> .....	168
 <b>INTERCULTURALIDAD Y JUSTICIA</b>	 <b>171</b>
• Interculturalidad y Justicia <i>Franco Sánchez</i> .....	173
• Interculturalidad y Justicia <i>Edgar Willam Guatemal Campués</i> .....	178
• El Anclaje de la Interculturalidad <i>Santiago Argüello</i> .....	194
• Interculturalidad y Reformas Normativas <i>Ramiro Ávila Santamaría</i> .....	197
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Justicia</i> .....	201
 <b>INTERCULTURALIDAD, PATRIMONIO Y SABERES</b>	 <b>205</b>
• Diálogo Intercultural de Saberes <i>Gabriela Eljuri Jaramillo</i> .....	207
• Interculturalidad y Patrimonio Cultural <i>Dora Arízaga Guzmán</i> .....	215
• “Interculturalidad, Patrimonio y Saberes” <i>Rodrigo De La Cruz</i> .....	225
• Interculturalidad de la Interculturalidad, Reflexiones en el Camino <i>Jorge García</i> .....	237
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad, Patrimonio y Saberes</i> .....	247

<b>INTERCULTURALIDAD Y SISTEMAS DE INFORMACIÓN</b>	<b>251</b>
• Sistema Nacional de Información, “Un Nuevo Modelo para la Gestión de la Información” <i>Alejandra Calderón</i> .....	253
• La Interculturalidad y la Inclusión de la Diversidad Étnica y Cultural en los Sistemas de Información Nacionales <i>Lenin Cadena</i> .....	257
• La Noción de Interculturalidad y los Procesos de Inclusión de la Diversidad Étnica en la Producción de Información Estadística <i>Luis Pijal</i> .....	263
• Interculturalidad e Inclusión de la Diversidad Étnica y Cultural en los Sistemas de Información <i>Jorge Cóndor</i> .....	276
• <i>Sugerencias para la Formulación de Política Pública en Interculturalidad y Sistemas de Información</i> .....	283
<b>INTERCULTURALIDAD Y CIUDADANÍA</b>	<b>287</b>
• Interculturalidad y Ciudadanía: Una Visión desde el Pueblo Afroecuatoriano <i>José Chalá Cruz</i> .....	289
• Interculturalidad, Género y Ciudadanía <i>María Andrade Chalán</i> .....	299
• Interculturalidad y Ciudadanía: Consejo de Desarrollo de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador – CODENPE <i>Ampam Karakras</i> .....	304

# Participación de la Comunidad Indígena en el Control de la Tuberculosis

## Una Mirada a la Interculturalidad

**María Dolores Campoverde**

En esta ponencia expondré brevemente la experiencia de los últimos seis años (2000-2005), de la Federación de Organizaciones Indígenas de Napo (FONAKIN) y el Centro de Desarrollo y Autogestión (DYA), en el control de la Tuberculosis en el cantón Archidona, en un trabajo coordinado y ejecutado con el Ministerio de Salud Pública (MSP), de la provincia de Napo especialmente con la Jefatura de Área No. 1 y el personal de salud del cantón Archidona.

Archidona, es un cantón de la provincia amazónica de Napo. Los indígenas de más de ochenta comunidades del cantón Archidona son parte de la nacionalidad kichwa de la Amazonia y se reconocen a sí mismos como Napu Runas. La mayor parte de los indígenas de Napo se encuentran organizados en la Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa de Napo (FONAKIN) y a nivel cantonal la organización más importante es la cooperativa San Pedro de Rukullakta, filial de FONAKIN.

En este cantón se evidencian dos concepciones distintas de mirar, entender la salud y la enfermedad. Por un lado la práctica de la medicina formal que realiza el Ministerio de Salud Pública y por otro la medicina tradicional, ancestral con la que muchos enfermos se tratan. Ninguna de las dos prácticas ha mostrado resultados alentadores respecto de la tuberculosis. ¿Cómo articular dos visiones del mundo?, ¿cómo trabajar con las dos concepciones tan distintas sobre la salud y la enfermedad?, ¿cómo lograr que las personas con tuberculosis se curen?.

Algunas de estas preguntas fueron respondidas a lo largo de los seis años de trabajo en Archidona, con el Proyecto de Control de Tuberculosis con la estrategia de la Terapia Observada Directa, con participación de la comunidad (DOTS por sus siglas en inglés), nos planteamos incorporar al Estado y a la comunidad, con el propósito de



lograr una práctica de salud intercultural, es decir que articule las dos concepciones de salud, para contribuir de esta manera al Sumak Kawsay, es decir la vida digna.

Las políticas y programas de salud públicos no contemplan las prácticas culturales y la cosmovisión de la población indígena, usuaria del servicio. El sistema formal de salud coexiste con el sistema médico indígena, sin que entre ellos medien canales de comunicación, coordinación y referencia, que articule los servicios del Estado comunitarios y privados.

En este sentido la iniciativa de salud de FONAKIN, con el apoyo técnico del DYA, a través de la investigación, de la reflexión y de una metodología adecuada, enfrentó los problemas ocasionados por políticas públicas, servicios y programas de salud que no se adecúan a la realidad cultural local, en especial en territorios en que se concentran pueblos y nacionalidades indígenas. Para ello el proyecto en Archidona tuvo dos ejes fundamentales:

- La adaptación cultural de las estrategias de intervención; y,
- La participación de voluntarios comunitarios y promotores de salud.

El Proyecto de Control de Tuberculosis, tiene sus orígenes en el trabajo comunitario de salud, emprendido en el cantón cuando se detectaron varios casos de tuberculosis que no recibían tratamiento médico.

Luego de analizar la situación de la tuberculosis, con la organización indígena FONAKIN, y la Cooperativa Rukullakta, y de alcanzar consensos interinstitucionales con el Ministerio de Salud Pública, el Hospital Fiscomisional de Archidona, el Seguro Social Campesino, se inició el Proyecto de Control de la Tuberculosis con Terapia observada directa.

### **La situación al inicio de la intervención**

A finales del año 1999, cuando se diseñó la estrategia para trabajar en el control de tuberculosis en Archidona, el manejo de enfermos de tuberculosis en el cantón, estaba centralizado en el Hospital Cantonal de Archidona Stadler Richard; el tratamiento consistía en hospitalizar al enfermo durante la primera fase de tratamiento y proseguir con la segunda fase de manera ambulatoria, en la cual el paciente debía acudir al hospital para el control mensual y para recibir la medicina para el mes de tratamiento. Esta estrategia intentaba asegurar el tratamiento en la primera fase, pero

ocasionaba una alta tasa de abandono en la segunda fase.

Las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública en el cantón, no llevaban ningún control de los enfermos de tuberculosis. Las personas enfermas sospechosas o confirmadas eran remitidas al Hospital Provincial de Tena, sin que se realizara ningún seguimiento posterior de tal manera que no se conocía el número real de enfermos de tuberculosis en el cantón. Esta situación era similar en el resto de unidades de salud de la provincia de Napo. La ausencia de una metodología con terapia observada directa para el tratamiento de los enfermos, así como la falta de seguimiento determinaban una elevada tasa de abandono en la provincia. Según fuentes estadísticas proporcionadas en el año 1999, por el área de epidemiología de la Dirección Provincial de Salud de Napo, la tasa de abandono llegaba al 46%.

Algunos factores que pueden explicar este alto porcentaje de abandono son los siguientes:

- Falta de políticas y metodología para realizar un control efectivo de la enfermedad. Varios factores incidieron de manera especial el tratamiento no era directamente observado, no existía una estrategia de seguimiento de casos y la falta de abastecimiento regular de medicamentos por parte del Ministerio de Salud Pública y del Instituto de Seguridad Social.
- Insuficiente educación al usuario sobre la evolución de la enfermedad. En la mayoría de los enfermos la mejoría clínica es rápida y se da antes de completar la primera fase lo que genera una falsa percepción de que la enfermedad ha sido superada.
- Las reacciones adversas que ocasionan los medicamentos, sobre todo en personas mayores de cincuenta años hace que sean propensos al abandono del tratamiento.
- El régimen de hospitalización no era aceptado por la mayor parte de la población los enfermos debían desligarse de sus familias y abandonar sus actividades productivas.
- El mal entendido rol de los hospitales en el tratamiento de la tuberculosis, con la consecuente centralización del tratamiento de la tuberculosis en estas unidades.
- No existía ningún programa educativo para que la comunidad conozca sobre la enfermedad, se adhiera al tratamiento y acepte el tratamiento de la tuberculosis.
- Otro aspecto determinante es el abandono del tratamiento y que no estaba



considerado por el sistema de salud formal en el cantón y en la provincia, es la cultura de la población indígena su concepción de la enfermedad y el rol de los proveedores de la medicina tradicional.

## **Pasos iniciales**

Se diseñó un proyecto de acción utilizando la terapia observada directa como metodología de tratamiento para las personas enfermas, adaptada a la cultura de la población e incorporando desde un inicio a voluntarios de salud y a la organización indígena. Al comienzo se implementó en catorce comunidades kichwas, para posteriormente consolidarse en todo el cantón, con la inserción de la metodología en las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública del cantón.

El proyecto de control de la tuberculosis se insertó como parte del trabajo de la Red de Salud de Archidona, que se inició en el año 2000 y que contó con el apoyo y asistencia técnica de DYA.

El personal de salud compartió la responsabilidad del éxito o fracaso del trabajo participó en el diseño de la propuesta, en las brigadas de búsqueda activa, el seguimiento y control de enfermos, la capacitación a voluntarios de salud; y en general, en todo el proceso de toma de decisiones sobre la marcha del proyecto. Esto marcó una diferencia pues no se partió de una experiencia demostrativa, ni de un proyecto paralelo que sería posteriormente presentado al Ministerio de Salud Pública.

Los líderes y promotores nombrados por la organización indígena participaron en el diseño del proyecto y posteriormente en su ejecución.

## **Percepción de la tuberculosis**

Antes de iniciar el proyecto se hizo un diagnóstico sobre la percepción de la tuberculosis en las comunidades indígenas de Archidona, mediante diversos testimonios y entrevistas a enfermos, sus familias, miembros de la comunidad, shamanes, pajuyos y promotores, se obtuvo información que fue fundamental para el trabajo de sensibilización y aproximación cultural del personal de salud del cantón así como para el diseño de la estrategia educativa.

En este estudio la tuberculosis es percibida como una de las enfermedades más peligrosas, produce rechazo de la comunidad y existe la percepción de que la familia

tiene que resignarse a convivir con el enfermo pues es asociada con vergüenza. Tener tuberculosis es una gran carga para el enfermo, la familia y en cierta forma para la comunidad que vive con el temor de contagiarse. Los enfermos ocultan su enfermedad hasta que ésta se hace muy evidente.

La enfermedad se la clasifica en tres tipos (a) la más leve, en la que se escupe saliva blanca, (b) una intermedia que produce saliva verde; y, (c) la más fuerte en la que los enfermos escupen sangre. La sintomatología incluye tos y esputo con sangre, debilidad, adelgazamiento, falta de apetito, dolor de espalda, fiebre, sudoración y vómito con sangre.

La intervención del shaman, es considerada efectiva en la fase de evolución leve e intermedia de la enfermedad. Sin embargo si el enfermo acude al shaman o yachaks, cuando la tuberculosis ha avanzado, su poder de curación es limitado.

Está generalizada la percepción de que la tuberculosis es producida por hechicería con la intervención de shamanes, que tienen la capacidad de producir la enfermedad. En menor medida se cree que la enfermedad está presente en la naturaleza y se la adquiere “espontáneamente”.

A la tuberculosis también se la asocia con ciertas prácticas culturales y condiciones sociales como mala higiene, inadecuada alimentación, hacinamiento, por compartir los utensilios de cocina y de aseo personal de los enfermos, por comer o beber del mismo plato o vaso (se menciona la costumbre de compartir la chicha en las fiestas y reuniones).

Existen otras percepciones de causas biomédicas para la transmisión de la enfermedad como la transmisión madre-hijo, por relaciones sexuales, besos, evolución negativa de gripes y enfermedades respiratorias y picadura de zancudos. Se mencionaron también causas humorales (relación frío-calor), adjudicando como causa de la enfermedad a permanecer con la ropa mojada por mucho tiempo.

Se identificaron tres tipos de tratamiento:

Fitoterapéutico. En este tratamiento se mencionó el uso de plantas (sacha jambi), a través de vía oral o por vaporizaciones. Entre las plantas más usadas se tiene las siguientes: luzhtunda cara, luzhtunda muyo, ayahuasca, amarun caspi, chuchuguaso, uña de gato, mati muyu, pitón, payanshy, entre otros.

A través de la intervención del shamán. En este caso se sigue un procedimiento

de curación largo y complejo que combina el propio poder mágico del shamán, el uso de plantas medicinales, la prohibición de mantener relaciones sexuales por parte del enfermo/a y la prescripción de dietas que son procedimientos terapéuticos que incluyen instrucciones sobre la alimentación, cuidado del enfermo, conducta de la familia, disposición del lugar en el que permanecerá el enfermo, régimen de visitas, entre otros.

Un tratamiento combinado con la intervención del shamán y del médico. En este tratamiento se recurre tanto al shamán como a la medicina occidental. Es interesante observar que aunque se cree que la tuberculosis puede ser causada por shamanes, se acepta el tratamiento con medicina occidental. Sin embargo es imprescindible que el shamán intervenga antes del tratamiento médico. Una vez que el shamán prescribe la “dieta”, el enfermo puede ser atendido por los médicos.

Prevención, se determinó que existen pocas nociones de prevención de la enfermedad. Entre los aspectos que fueron relacionados con prevención están las siguientes, mantener una alimentación adecuada, evitar el hacinamiento y guardar ciertas normas de higiene básicas (por ejemplo, el hecho de “no escupir por cualquier parte”). Algunas de las nociones de prevención fueron inadecuadas por ejemplo, no dormir junto a la pareja en la misma cama ni mantener relaciones sexuales, la práctica de aislar a la persona enferma para evitar la diseminación de la enfermedad.

En el trabajo se identificó que en las comunidades las personas enfermas sufren dos tipos de aislamiento:

Un aislamiento explícito (declarado), al enfermo se le construye una vivienda separada de la familia para que viva solo y no comparta los utensilios para la alimentación y demás enseres, especialmente de aseo “... Le construimos la casita apegado a la nuestra, allí dormía, le dábamos de comer, le pusimos aparte sus utensilios, la ropa, etc.”. Comunidad de Santa Rita.

Aislamiento implícito (no declarado) cuando el enfermo vive junto con su familia, bajo un mismo techo, pero sufre el rechazo de sus familiares y de la comunidad:

“Aquí un miembro de la comunidad tiene esa enfermedad, pero vive dentro de la casa sale de vez en cuando.” Testimonio, comunidad de Retén.

“Al enfermo sí se le saluda, pero solamente de pasada, cuando hay reuniones de la comunidad no asiste, es sordo.” Testimonio de la Comunidad Tambayaku.

Estos dos tipos de aislamiento se explican por el estigma que provoca la tuberculosis.

## **La estrategia**

Con la participación activa de la organización indígena de los líderes de las comunidades y del personal del Ministerio de Salud Pública del cantón, se diseñó el proyecto que contempló las siguientes estrategias.

DOTS Comunitario, con la participación de voluntarios de salud la formación de voluntarios de salud fue una de las principales estrategias del proyecto. A través de talleres, reuniones y visitas comunitarias los voluntarios de salud asumieron la enorme responsabilidad de llevar la terapia observada directa (tratamiento en boca al menos durante seis meses de tratamiento).

La organización indígena con sus líderes participó en la toma de decisiones, la evaluación y monitoreo del trabajo de salud de la Red de Archidona, fueron veedores del proceso.

Participación comunitaria el proyecto contó con la participación de las familias y comunidades, los voluntarios de salud se posicionaron ante el Ministerio de Salud Pública, como actores demostrando su capacidad de proponer, decidir y demandar. Su participación fue decisiva para el abordaje intercultural de la enfermedad.

La tuberculosis fue abordada como un problema colectivo que requería de la solidaridad de la comunidad en su conjunto.

Educación “venciendo el estigma y la discriminación”, fue importante conocer y comprender la concepción del proceso salud-enfermedad y la interpretación cultural de la tuberculosis entre la población kichwa. La producción de material didáctico y el diseño de los contenidos educativos fueron adaptados a la realidad social y cultural de los kichwas.

Se elaboraron microprogramas radiales que se transmitieron en el Programa Kichwa Despertar Amazónico. En este espacio se transmitieron entrevistas, testimonios de la comunidad, voluntarios y enfermos también se analizaron aspectos inherentes a las causas, contagio, tratamiento y prevención de la tuberculosis.

Diagnóstico temprano de la enfermedad, se realizó una búsqueda sistemática de enfermos de tuberculosis a través de brigadas médicas comunitarias y como parte de

las acciones de Atención Primaria de Salud. Enfermos sospechosos y personas con síntomas respiratorios recibieron riguroso seguimiento a través de visitas domiciliarias, controles médicos mensuales, bajo la responsabilidad del personal de salud de las unidades operativas, personal del equipo técnico del proyecto FONAKIN-DYA y voluntarios de salud de las comunidades

Proyectado hacia la sostenibilidad para lograr la sostenibilidad de las acciones, el proyecto de tuberculosis se insertó dentro del trabajo general de la Red de Servicios de Salud del Cantón del Ministerio de Salud Pública y no se lo ejecutó como un programa paralelo.

### **Algunos resultados**

Como producto de este trabajo que se desarrolló con la organización indígena FONAKIN-Cooperativa Rukullakta, el DYA y el Ministerio de Salud Pública en los años 2000 al 2005 en el cantón Archidona, noventa y seis enfermos con tuberculosis (BK + y BK -) de todas las maneras ingresaron a tratamiento, de los cuales sesenta y seis fueron tuberculosis BK + (la más contagiosa).

En enero del año 2007, la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER), realizó una evaluación nacional sobre DOTS, comunitario impulsada por el Programa Nacional de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y CARE, en este marco evaluó el trabajo de DYA, en Archidona, desde el año 2000 al 2005. Las principales conclusiones fueron de los sesenta y seis casos TB P BK+ notificados en el período 2000 - 2005, treinta y nueve fueron tratados por el MSP y veintisiete por los voluntarios. En pacientes conducidos por el personal del Ministerio de Salud Pública se alcanzó un 79.5% de curación mientras que en pacientes tratados con voluntarios de salud se alcanzó 96.3% de curación. (La meta de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 85%). En relación al abandono de tratamiento, en pacientes tratados por el personal de salud se obtuvo 7.7% de abandono de tratamientos, mientras que con voluntarios de salud 0% de abandono es decir ningún paciente en tratamiento con voluntario abandonó el tratamiento). Los resultados demuestran que el tratamiento realizado por promotores de salud o

voluntarios es más efectivo, al disminuir el abandono y los tratamientos terminados debido a que por las condiciones de accesibilidad geográfica el promotor se encuentra más cerca del paciente para realizar el seguimiento individual de cada uno de los casos. (UICTER, enero 2007).

Adicionalmente los voluntarios trataron a nueve enfermos BK negativos, ocho enfermos tuvieron la condición de egreso de “tratamientos terminados”<sup>1</sup> que representa el 88.9%, un paciente falleció durante el tratamiento. No hubo ningún caso de abandono del tratamiento es decir 100% de adherencia.

Los promotores y voluntarios de salud apoyaron en la promoción y educación en las comunidades, su esfuerzo fue clave para el acercamiento de los enfermos a los servicios de salud y para el abordaje integral que comenzó a las personas enfermas que inició la Red de Archidona.

### **Resultados metodológicos e institucionales de la consolidación del programa**

- El Programa de Control de la Tuberculosis se inserto en la Red de Salud de Archidona y fue asumido por el personal de salud de las unidades operativas.
- El Ministerio de Salud Pública a través del personal de salud de Archidona, asumió e impulsó la metodología con DOTS comunitario con voluntarios de salud reconociendo su aporte en la curación de enfermos.
- Se emitió el trabajo del Ministerio de Salud con los líderes de las organizaciones indígenas.
- Los voluntarios de salud participaron activamente y fueron los responsables del DOTS comunitario.
- El Subcentro de Salud de Archidona, se consolidó como la unidad central de referencia del programa cantonal de tuberculosis, desde esta unidad se organizaban las referencias de enfermos que llegaban del Hospital de Archidona.
- El sistema de seguimiento de enfermos fue una responsabilidad compartida del personal de salud del cantón y del proyecto de salud FONAKIN-DYA.
- Las reuniones de voluntarios y enfermos fueron consideradas un pilar para el

<sup>1</sup> En enfermos de tuberculosis BK negativos, el éxito del tratamiento es que hayan terminado el tratamiento y que no tengan síntomas.



éxito y la adherencia a los tratamientos y se asumió esta estrategia en el subcentro de Archidona.

- El sistema de referencia en pro y contra de enfermos en el nivel comunidades de salud, se fortaleció.
- La Dirección Provincial de Salud de Napo y la Jefatura de Área No.1, regularizaron la provisión de medicina.

Una de las principales dificultades en la ejecución del proyecto, en gran medida dependió de la voluntad y los acuerdos que se lograron con el personal de salud de la Red de Archidona, lo que representó un esfuerzo adicional y era un mayor reto para la sostenibilidad del Programa.

### **Lecciones aprendidas**

La ejecución de programas de control de tuberculosis efectivas y exitosas depende del diseño de una metodología apropiada al contexto local y una adecuada asistencia técnica y acompañamiento al personal de salud hasta que las estrategias, procedimientos y protocolos de atención se incorporen como parte de su trabajo cotidiano.

Para mejorar las referencias de enfermos de tuberculosis inicialmente se planteó la incorporación de shamanes, en el programa en la práctica lo que se logró fue un respeto mutuo para el desarrollo normal del programa.

El incorporar como estrategia central el enfoque cultural y la participación social comunitaria en el tratamiento con DOTS comunitario demostró ser efectiva.

El personal del Ministerio de Salud Pública del cantón, implementó el Programa de Control de Tuberculosis con un enfoque intercultural, esto se logró gracias a la participación de los líderes de las organizaciones y de las comunidades en la planificación, ejecución, evaluación y gestión del programa.

Aún existe el estigma por la enfermedad pero se logró que la comunidad pierda el miedo a comunicarse, a contar que piense que tiene la enfermedad, a confiar en su propia gente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Proyecto de Control de la Tuberculosis en Archidona. Experiencia Comunitaria con Terapia Observada Directa, DYA, 2006.
2. Eugenio Alcaman, Héctor Díaz Polanco, et.al. Interculturalidad, Sociedad Multicultural y Educación Intercultural, México, 2002.
3. Secretaría de Salud de México. “El enfoque Intercultural, Herramienta para Apoyar la Calidad de los Servicios de Salud”, México, 2008.
4. Organización Mundial de la Salud. Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Washington, D.C, 2003.
5. Gerardo Fernández Juárez, (Coord.). Salud e interculturalidad en América Latina. I. Perspectivas Antropológicas, Quito, Abya Yala,