

*Dibujos tomados del trabajo de campo con
los pueblos:
Arhuaco y Kankuamo (departamento del Cesar)
Embera Katio (departamento del Chocó)
Sikuani (departamento del Vichada)*



*Dibujo tomado del trabajo de campo con el pueblo
Arhuaco (departamento del Cesar)*

Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Carlos Ignacio Cuervo
Viceministro de Salud y Bienestar

Gilberto Álvarez
Director General de Salud Pública

Pier Paolo Balladelli
Representante en Colombia OPS/OMS

Joshua Tabah
Director de la Oficina de Cooperación
Embajada de Canadá en Colombia

Juan Gonzalo López Casas
Director Instituto Nacional de Salud

Comité Técnico Nacional de Tuberculosis

Ernesto Moreno Naranjo
Coordinador Acciones Alto a la Tuberculosis
Ministerio de la Protección Social

María Consuelo Garzón Torres
Grupo de Micobacterias
Subdirección Red Nacional de Laboratorios
Instituto Nacional de Salud

Martha Idali Saboyá Díaz
Profesional Nacional
OPS / OMS

Dionne Patz
Profesional/Proyecto ACDI-CIDA
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Equipo técnico regional

Instituto Departamental de Salud de Nariño-Colombia
Secretaría de Salud de Cesar-Colombia
Secretaría de Salud de Amazonas-Colombia
Secretaría de Salud de Vichada-Colombia
Secretaría de Salud de Magdalena-Colombia
Secretaría de Salud de Guaviare-Colombia
Secretaría de Salud de La Guajira- Colombia
Secretaria de Salud de Santa Marta Distrito Turístico-Colombia
Organizaciones de Salud de los Pueblos Indígenas: Arhuaco, Kankuamo, Kogui, Wiwas, Embera, Awá, Ticuna, Sikuani, Nukak Maku y Guayabero.

La presente publicación fue realizada con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI-CIDA y el soporte técnico de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, con el liderazgo del Dr. Pier Paolo Balladelli, Representante para Colombia y la Dra. Martha Idali Saboyá Díaz, Profesional Nacional.

Recopilación, ordenamiento, análisis e interpretación de la información

Sandra Patricia Escandón Moncaleano
Comunicadora Social - Experta en procesos de comunicación y movilización
para el Cambio Social
Eder Castro Manosalva. Bacteriólogo
Esp. Epidemiología y Gerencia de la Salud Pública

Recolección de la información en terreno e informes de capacitaciones, epidemiológicos y análisis social

Eder Castro, Norman Gil, Ingrid García, Consultores OPS/OMS Colombia y el Grupo de
Micobacterias del Instituto Nacional de Salud: Claudia Llerena Polo, Dora Leticia Orjuela,
Dailyn Angee, Graciela Mejía, Luz Mary García.

Ilustraciones y fotografías

Todas las imágenes publicadas en este documento corresponden al trabajo de campo
realizado con integrantes de los diferentes pueblos indígenas vinculados al proyecto, por el
equipo de profesionales del Instituto Nacional de Salud –INS- y los consultores externos de
la OPS/OMS en Colombia

Diseño y diagramación

Carmen Yaneth Piedrahita Posada, YAPIPO

Impreso y hecho en Colombia, junio 2009
1ª edición 500 ejemplares

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Colombia
www.col.ops-oms.org
Carrera 7 No. 74-21 Piso 9
Teléfono (1) 314 41 41
Bogotá-Colombia

Prólogo

La equidad en salud y el diálogo intercultural han sido los principales motores de esta iniciativa del Ministerio de la Protección Social y de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la OMS.

Las brechas entre grupos de población vulnerables en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio son amplias en el tratamiento y control de varias enfermedades; un caso especial y muy notorio es el atraso en temas relacionados con la tuberculosis, existente en los pueblos indígenas. Con esta iniciativa, que desde su inicio contó con el apoyo de la cooperación canadiense, se adelantó una opción sin precedentes en el país hacia la *equidad en salud*, contribuyendo en abatir la carga de la enfermedad mediante la focalización de acciones en las etnias indígenas más afectadas.

No sólo se seleccionaron con cuidado las poblaciones indígenas más afectadas en el país, sino que se utilizó como herramienta de trabajo el *diálogo intercultural*, para facilitar la comprensión recíproca de las mejores prácticas de dos culturas, la occidental y la indígena, buscando integración cultural, asunción de objetivos y prácticas de parte de la población. A través del *diálogo intercultural* se pudo aprovechar los lenguajes y la diversidad de las culturas para el logro de una mayor efectividad en disminución de incidencia y éxito en el tratamiento de la tuberculosis.

Las *alianzas público privadas* entre EPS indígenas locales, la Liga Antituberculosa Colombiana y los actores públicos involucrados, se transformaron en un *gana-gana* que puede contribuir no solo a la efectividad sino a la sostenibilidad futura.

Finalmente, articular en específicas situaciones la lucha a la tuberculosis con la Estrategia AIEPI permitió consolidar la participación y la gestión comunitaria integrada, ésta, a las acciones con niños, niñas y gestantes.

¡Por estos motivos, nos sentimos orgullosos de los resultados de esta iniciativa colombiana, con apoyo técnico de la OPS/OMS y queremos compartirla con todos Ustedes!

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Pier Paolo Balladelli
Representante OPS/OMS en Colombia



Índice General

Introducción	9
Capítulo I.	
CONTEXTO DE LA INICIATIVA	13
Capítulo II.	
DIÁLOGO INTERCULTURAL: DOS SABERES AL SERVICIO DE LA VIDA	21
Capítulo III.	
GESTIÓN LOCAL: TRABAJO CONJUNTO PARA DETENER LA TUBERCULOSIS	29
Capítulo IV.	
TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO: UNIÓN DE ESFUERZOS POR UN MISMO OBJETIVO	39
Capítulo V.	
ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS: UNA RED EN PRO DEL BIENESTAR INTEGRAL DE LA COMUNIDAD INDÍGENA	47
Capítulo VI.	
SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO CONJUNTO: ¿HACIA DÓNDE ENFOCAR LOS ESFUERZOS LOCALES?	53
Acrónimos	60
Referencias bibliográficas	62

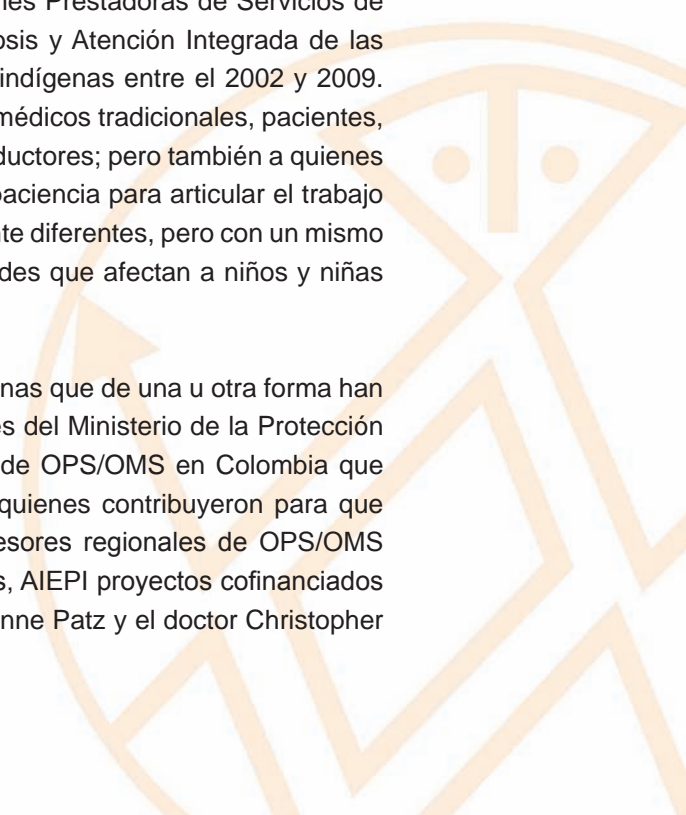
Reconocimientos

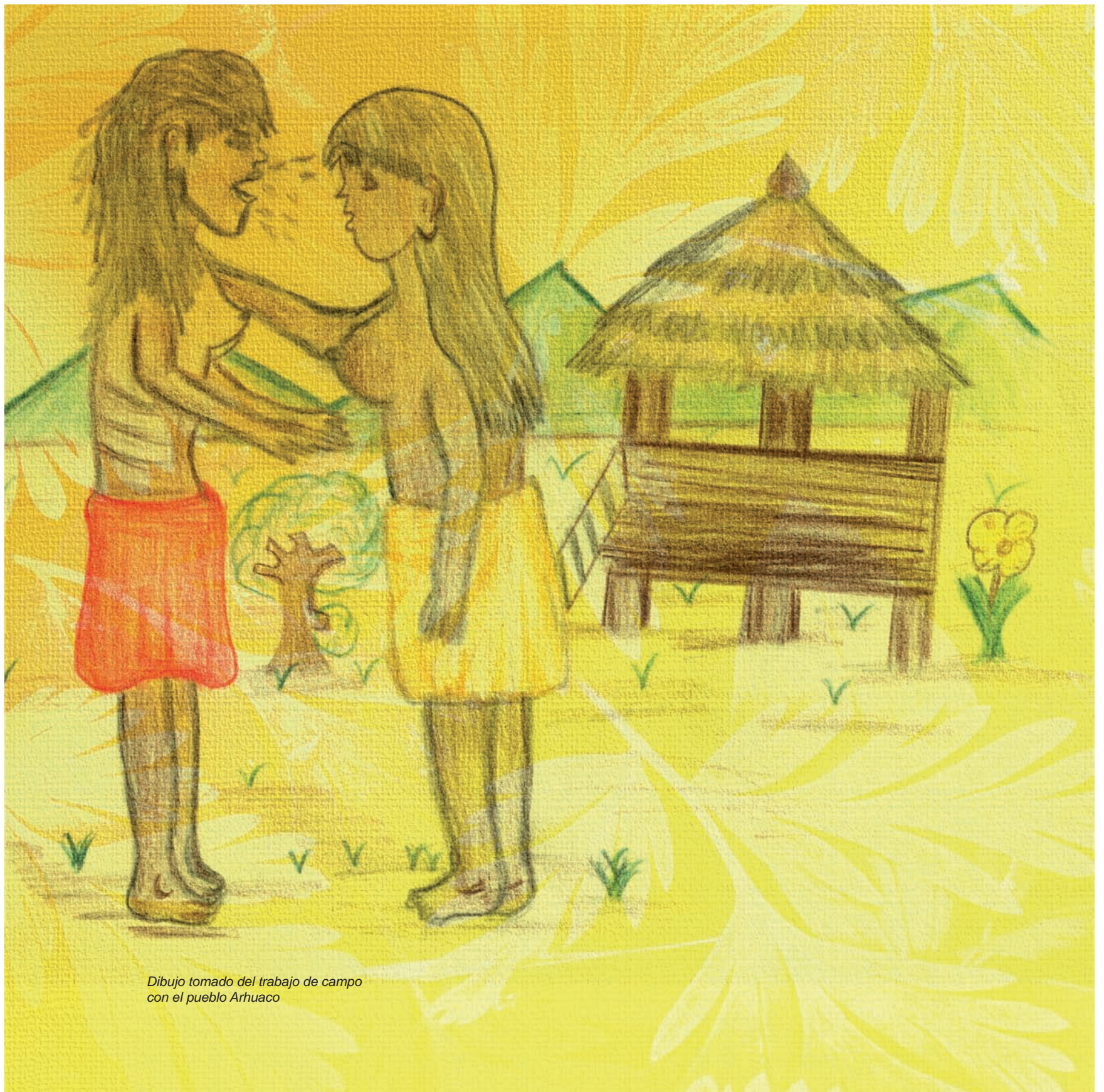
Este es un reconocimiento a los pueblos indígenas Arhuaco, Kankuamo, Kogui y Wiwas de la Sierra Nevada de Santa Marta (Magdalena, Distrito de Santa Marta, Cesar y La Guajira), a los Ticuna en el Amazonas; Awá y Embera en Nariño; Sikuni en Vichada; Nukak Maku y Guayabero en Guaviare.

A ellos, que después de largos procesos de concertación nos dieron la llave para entrar a sus comunidades y entender cuáles son sus percepciones frente a la vida, la salud, la muerte, la enfermedad o la curación. Palabras que para la cultura occidental suenan comunes y que sin embargo, al articular la tradición y la sabiduría de los pueblos indígenas con el conocimiento y la ciencia pueden salvar miles de vidas en los lugares más apartados de nuestra Colombia.

Por eso, a lo largo de cada una de las páginas de esta publicación, reconocemos el trabajo realizado por el personal de salud de los departamentos, municipios, Empresas Sociales del Estado, Entidades Promotoras de Salud indígenas e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas vinculadas a la estrategia Alto a la Tuberculosis y Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI- en pueblos indígenas entre el 2002 y 2009. Valoramos también la labor de promotores y líderes indígenas, médicos tradicionales, pacientes, autoridades tradicionales de las comunidades, motoristas y conductores; pero también a quienes durante años han puesto su profesionalismo, conocimiento y paciencia para articular el trabajo realizado por los equipos de salud de dos culturas, aparentemente diferentes, pero con un mismo propósito: la prevención de la tuberculosis y de las enfermedades que afectan a niños y niñas indígenas, menores de cinco años.

De igual forma se hace un reconocimiento a todas las personas que de una u otra forma han estado vinculados y trabajando con ésta iniciativa: profesionales del Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, profesionales consultores de OPS/OMS en Colombia que han laborado en terreno con cada una de las comunidades, quienes contribuyeron para que esta publicación llegará a feliz término y finalmente a los asesores regionales de OPS/OMS que trabajan en la estrategia Alto a la TB, en pueblos indígenas, AIEPI proyectos cofinanciados por ACDI/CIDA: doctoras Mirtha del Granado, Rocío Rojas, Dionne Patz y el doctor Christopher Drasbek, asesor regional AIEPI.





*Dibujo tomado del trabajo de campo
con el pueblo Arhuaco*

Introducción

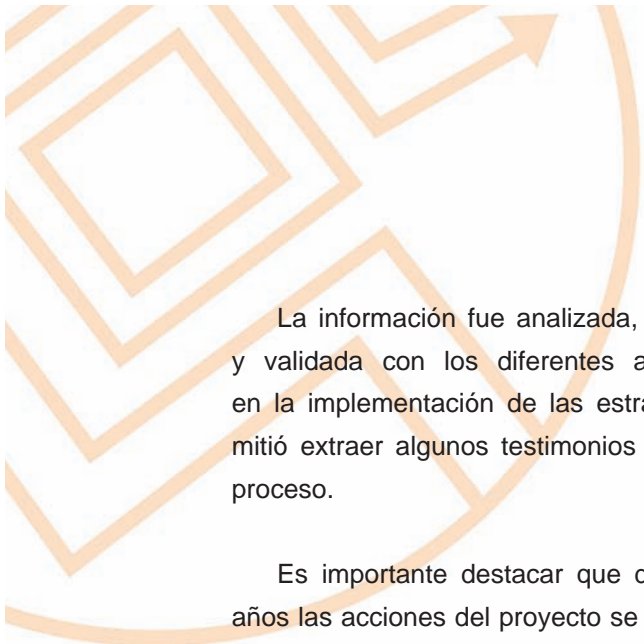
Este documento tiene como objetivo describir el proceso de implementación de las Estrategias Alto a la Tuberculosis y Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI- en pueblos indígenas en Colombia desde una mirada intercultural, para ofrecer un aporte sobre la base de lo aprendido, a lo largo de ocho años de trabajo en los departamentos de Amazonas, Nariño, Cesar, La Guajira, Magdalena, Distrito de Santa Marta, Guaviare y Vichada. Esta iniciativa se ha dado en el marco de la cofinanciación de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA, bajo la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia OPS/OMS y con la participación activa del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, las secretarías departamentales y locales de salud, y de las autoridades tradicionales de los pueblos indígenas vinculados al proyecto.

La equidad en salud es el principio trazador bajo el cual nació el proyecto de Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias -PCPCD- en América del Sur, financiado por ACDI/CIDA en septiembre de 2002. Este proyecto se elaboró con el fin de complementar y sostener las acciones de los programas nacionales de prevención y control de las enfermedades transmisibles en los países, con la filosofía de

llenar vacíos en programación y llegar a las poblaciones más vulnerables, marginadas y geográficamente aisladas, a través de estrategias integrales que se reconoce, contribuyen a reducir las enfermedades transmisibles.

La sistematización de esta experiencia responde a la necesidad de reflexionar sobre las lecciones aprendidas y logros obtenidos desde cinco ejes principales: el diálogo intercultural, la gestión local, el trabajo interprogramático, las alianzas público–privadas y la sostenibilidad del trabajo conjunto. Para ello se siguió una metodología participativa en cada uno de los ámbitos del proyecto con los coordinadores departamentales de los programas de tuberculosis y la estrategia para la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, autoridades tradicionales indígenas, autoridades sanitarias nacionales y locales, Empresas Promotoras de Salud Indígenas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas, pacientes en tratamiento y otros que ya lo finalizaron, trabajadores de salud de hospitales públicos y, funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia y Washington.





La información fue analizada, interpretada, escrita y validada con los diferentes actores involucrados en la implementación de las estrategias, lo cual permitió extraer algunos testimonios que dan cuenta del proceso.

Es importante destacar que durante los primeros años las acciones del proyecto se focalizaron en desarrollar actividades relacionadas con el control de la tuberculosis mediante el fortalecimiento de la red de prestación de servicios de salud, la estandarización de registros de actividades de prevención, la vigilancia y el control de tuberculosis e implementación de acciones para el mejoramiento de la captación de sintomáticos respiratorios. Con el correr del tiempo las autoridades tradicionales permitieron al equipo nacional adentrarse en sus comunidades y de esta forma tener la autorización para poner en común el saber tradicional con el saber occidental. Situación que permitió desarrollar líneas de base para mejorar el abordaje social y étnico al igual que la aproximación a los conceptos y vivencias de los procesos de salud y enfermedad, así como los conocimientos, actitudes y prácticas de los pueblos indígenas relacionados con la tuberculosis.

Poco a poco se fueron conformando y consolidando redes de microscopistas para mejorar la captación de sintomáticos respiratorios, hacer un mejor diagnóstico bacteriológico capacitando al talento humano, tanto pro-

fesional como técnico y promotores de salud indígenas. En 2007 se concertó la articulación del trabajo en población infantil con la incorporación de la estrategia AIEPI; primero en la Sierra Nevada de Santa Marta y para 2009 en cinco de los ocho departamentos que están vinculados a la iniciativa. Este trabajo integral e integrado ha contado además con un mejoramiento de la capacidad de gestión en el ámbito territorial que se ha obtenido a través de la asistencia técnica y el acompañamiento constante brindado por parte del equipo nacional a cada departamento.

El unir esfuerzos y concertar acciones, facilitando un diálogo bidireccional en cada uno de los ámbitos del proyecto a lo largo de estos años, se constituyó en pieza clave para el fortalecimiento de las estrategias, pero sobre todo para avanzar en la puesta en marcha de acciones de abogacía ante las autoridades locales y departamentales lo que garantiza la consecución de nuevos recursos y mantener el apalancamiento existente. Lo anterior permite prever que la sostenibilidad de los procesos –cuando la cofinanciación del donante termine en diciembre del 2010–, se mantenga con la misma calidad y efectividad que tienen hoy. Con este propósito se generaron y fortalecieron alianzas estratégicas entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud quienes se aproximan a las comunidades indígenas reconociendo en ellas una visión que es necesario entender e incorporar, en

10



el momento en que se abordan problemas de salud, haciéndolos parte de la alianza y reconociéndolos como los socios principales.

Sin lugar a dudas, el éxito de la estrategia Alto a la Tuberculosis ha sido la adaptación de las metodologías, el reforzamiento de las alianzas y articulación entre actores del sistema de salud como el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA, los representantes de los gobiernos departamentales, locales y por supuesto los representantes de los pueblos indígenas de los ocho departamentos ámbitos del proyecto con quienes (...) *“ponemos juntos todo lo que a ambos nos parece interesante y productivo, para llegar a un diálogo menos rígido y ver lo bueno de otras culturas, de otros mundos y aprovecharlo positivamente”*, comentó Pier Paolo Balladelli, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia.

Esperamos que este documento se constituya en una fuente de consulta que permita tener una perspectiva sobre cómo diseñar e implementar acciones para quienes planifican, diseñan e implementan actividades de construcción conjunta e intercultural, encaminadas a beneficiar la calidad de vida de los pueblos indígenas dentro y fuera de Colombia.



Dibujo tomado del trabajo de campo con el pueblo Guanano (departamento del Guaviare)



Que es un sintomático
una
mas
persona con tos y expectoración
de 15 dias.

Verdaderamente es un sintomático



Dibujo tomado del trabajo de campo
con el pueblo Arhuaco (departamento
del Cesar)



1.

CONTEXTO DE LA INICIATIVA

“Los pueblos indígenas han sido excluidos, explotados, relegados a las tierras más inhóspitas y absorbidos como mano de obra barata en los oficios más arriesgados. La lucha por alcanzar el reconocimiento de sus derechos es todavía muy ardua. La negación permanente de los derechos fundamentales ha conducido a la marginación de la población indígena, que se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar y un perfil epidemiológico con una carga alta de enfermedad, discapacidad y muerte prematura, donde predominan las causas prevenibles”.

Mirta Roses Perágo, Directora de la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud -OPS/OMS





El proyecto Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias -PCPCD- en América del Sur, fue financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA desde septiembre de 2002, por un período de seis años que culminó en diciembre de 2008 y que ahora se ha prorrogado hasta finales de 2010. La Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS es la agencia ejecutora del PCPCD, que incluye cinco países, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela y cinco enfermedades o estrategias de intervención: la enfermedad de chagas, dengue, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) además de un componente transversal de igualdad de género.

El PCPCD se implementa en el marco del desarrollo humano sostenible y la igualdad de género, por centrarse en la reducción de la morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y de alto riesgo de la población como lo son las mujeres, los niños y las niñas, la población indígena y los pobres. También está en consonancia con el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y por lo tanto contribuye al trabajo en las líneas que son estratégicas para ACDI/CIDA y OPS/OMS.



Líder del departamento de Vichada –municipio de Cumaribo-, durante una capacitación en ejes del Proyecto de Tuberculosis.

En el caso de Colombia, el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud en conjunto con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA y OPS/OMS seleccionaron la tuberculosis en pueblos indígenas como una prioridad para su trabajo de cooperación. Desde su génesis la iniciativa se enfocó en Colombia en generar alianzas estratégicas que incluyen autoridades tradicionales, organizaciones indígenas, autoridades nacionales, territoriales, equipos locales de salud y agencias de cooperación internacional.

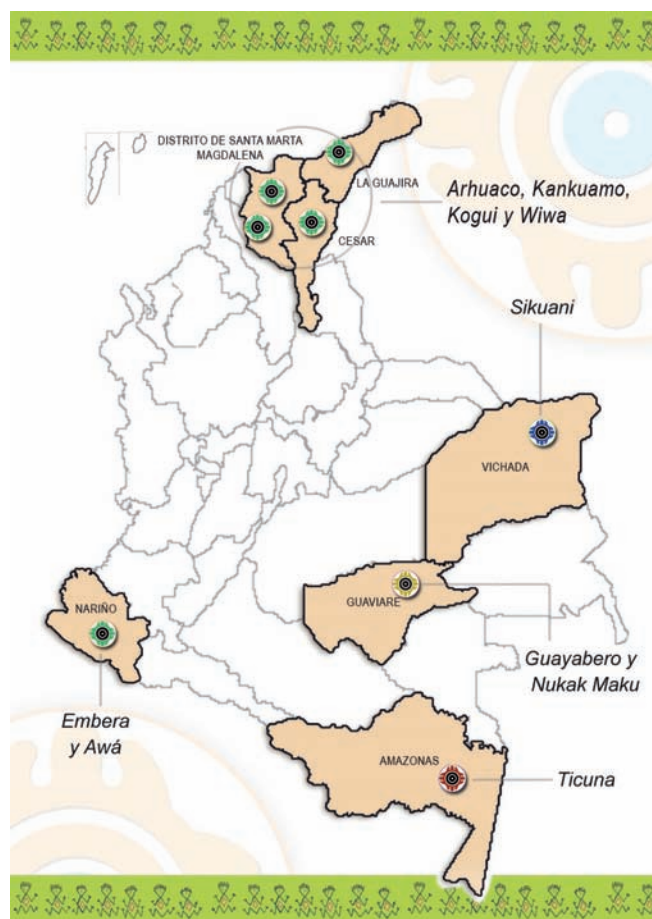
La aproximación con las comunidades indígenas se ha basado en el reconocimiento de la necesidad de incorporar su visión como punto de partida para hacer un abordaje integral y articulado de los problemas de salud, y hacerlos parte de la alianza como sujetos y socios principales.

La iniciativa se ha desarrollado de forma progresiva en ocho administraciones departamentales y distritales de Colombia: Amazonas y La Guajira (2002), Cesar (2004), Nariño (2005), Vichada y Guaviare (2006), Magdalena y Distrito de Santa Marta (2007). Los pueblos vinculados son: Arhuaco, Kogui, Kankuamo y Wiwa de la Sierra Nevada de Santa Marta (Magdalena, Distrito de Santa Marta, Cesar y La



Guajira), Ticuna en el Amazonas, Awá y Embera en Nariño, Sikuni en Vichada y Nukak Maku y Guayabero en Guaviare. (Ver. Mapa 1).

Mapa 1. Ubicación geopolítica de los ámbitos del proyecto para la implementación de estrategias Alto a la Tuberculosis y AIEPI en pueblos indígenas de Colombia, 2002-2008



Fuente: Equipo Nacional OPS/OMS. Colombia 2009

Enfrentar la tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia es no sólo un reto, sino también una oportunidad para intervenir una patología por medio del manejo integral de los determinantes de la salud, con un tratamiento diferencial de las características socio-culturales de los grupos y la vinculación de las comunidades a través de la participación activa en las fases conceptuales, de ejecución y evaluación, permitiendo así el fortalecimiento del sistema de salud del país y propendiendo por garantizar los derechos de las comunidades indígenas.

Las acciones desarrolladas a lo largo de casi ocho años, han permitido reconocer la importancia estratégica de un diálogo intercultural entre el saber tradicional y el conocimiento científico, además de la urgencia de aceptar y legitimar las estructuras sociales y organizacionales de cada comunidad indígena, sin cuya participación y articulación a los procesos de intervención, sería imposible alcanzar resultados que realmente permitieran el mejoramiento de la salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas.



Cifras de tuberculosis en Colombia

El país en los últimos cinco años ha tenido una incidencia notificada de tuberculosis cercana a 25 casos por cada 100.000 habitantes. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud –OMS- la incidencia estimada para el año 2006 fue de 45 por 100.000 habitantes frente a la incidencia notificada para el mismo año de 24.4 por 100.000 habitantes (*tuberculosis en las Américas reporte regional, 2008 OPS/OMS*).

El coordinador nacional del Programa de Tuberculosis del Ministerio de la Protección Social, Ernesto Moreno, presenta una visión general de la situación del país de la siguiente manera: *“nos dimos cuenta que en muchas partes del mundo la TB está siendo un tema secundario y empezamos a trabajarlo con el apoyo del proyecto ACIDI/ CIDA y OPS/OMS. Hay que tener en cuenta que las tasas más altas de TB están en África y llegan a 2.000 por cada 100.000 habitantes. En América Latina la incidencia más alta llega a 168 casos por 100.000 habitantes, mientras en Colombia es de 25 casos por 100.000 habitantes. Para referirme concretamente a los departamentos que están en el proyecto, se puede decir, por ejemplo, que Amazonas tiene una incidencia de 118 casos por 100.000 habitantes, cuatro veces más que la de Colombia. La Guajira, tiene una incidencia de 95 por 100.000 habitantes y el municipio de Dibulla es el de más alta incidencia con 1.336 casos por 100.000 habitantes. Esta cifra es comparable con las tasas más altas de los países africanos.*

En pueblos indígenas –particularmente en el pueblo Kogui– la cifra llegó a 2.646 casos por 100.000 habitantes en el 2004, lo que significa que en población indígena el número es casi 100 veces más que el nacional. En Colombia tenemos 1 millón 390 mil habitantes indígenas y el 6% de la TB se presenta en esta población. Lo más grave es que este grupo poblacional tiene el mayor riesgo de adquirir la enfermedad por condiciones derivadas de condiciones como hacinamiento, desnutrición y el difícil acceso geográfico principalmente.

Es el caso de la Sierra Nevada de Santa Marta, donde un aspecto que preocupa es haber constatado que de los niños con TB el 50% era población indígena menor de 15 años y un porcentaje alto de ellos era de menos de 5 años que presentaban desnutrición crónica, lo que se constituye en un factor crítico relacionado directamente con la alta tasa de mortalidad en los niños de esas zonas del país”.

En el caso específico de los departamentos que integran el proyecto, al inicio de la alianza se carecía de datos consolidados que reflejaran el número de casos o la incidencia de tuberculosis en los pueblos indígenas. Sin embargo, durante el trabajo de campo realizado por el equipo nacional se han encontrado datos de incidencia superiores al promedio nacional.

Entre tanto, en el departamento de Nariño la búsqueda institucional de sintomático respiratorio ha aumentado gradualmente en la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena de la Unidad Indígena del Pueblo Awá, UNIPA, lo que ha permitido incrementar



el número de baciloscopias de diagnóstico de 99 en 2002 a 924 en 2007. Así, los esfuerzos del Programa Departamental de TB, enmarcado dentro de las acciones del proyecto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA han permitido mejorar la detección de casos entre los indígenas Awá. Esto es particularmente significativo si se tiene en cuenta que existe una incidencia de tuberculosis variable que en 2005 era de 72,3 casos por 100.000 habitantes, en 2007 de 78, con un aumento en 2006 a 112 casos por 100.000 habitantes.

Durante los años de intervención del proyecto se presentó un descenso gradual de los casos positivos de la baciloscopia en la UNIPA, pues de 10% en 2005, bajó a 2,1% en 2007. Situación que llevó a implementar el cultivo de forma rutinaria; a desarrollar estrategias para mejorar la calidad de las muestras de esputo y a hacer búsqueda efectiva de sintomático respiratorio, para corroborar si la baja positividad se debía a la disminución de casos de TB en el pueblo indígena Awá o a factores externos a los establecidos por el programa.

En el departamento del Guaviare, por ejemplo, la incidencia de tuberculosis en



Representantes del pueblo Ticuna de Amazonas grabando mensajes radiales

los últimos años muestra un comportamiento irregular con tendencia a la baja, pero debido a la disminución en la búsqueda de casos. Para 2006 cuando entró el departamento al proyecto se presentó una tasa de incidencia en la población general de 26,3 casos por 100.000 habitantes.

Entre tanto, la incidencia de tuberculosis en población indígena para el mismo departamento registra valores elevados, clasificando a esta población como de alto riesgo para contraer la enfermedad. Es así como en 2002 fue de 185 casos por 100.000 habitantes; en 2003, 101,4; en 2004, 132; en 2005 y en 2006 fue de 117 casos y de 115 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

Tomando como indicador el porcentaje de éxito terapéutico, se tienen valores de 88,2% en 2002; 80,9% en 2003; 59% en 2004 y en 2005 fue de 68,6%. Lo anterior muestra que sumando los dos indicadores (el porcentaje





de curados más el de tratamientos terminados) sólo en 2002 se sobrepasó la meta de 85% de tratamientos exitosos. Para la población indígena, el análisis de cohortes de 2005 muestra un porcentaje de curación del 72,7%.

A partir de 2007 se cuenta con información desagregada del pueblo Guayabero asentada en el resguardo El Barrancón, donde se reportaron 7 casos nuevos. De estos el 57% fueron diagnosticados con Bk (+), para una incidencia total en el año 2006 de 447 casos por 100.000 habitantes y una incidencia BK (+) de 358 por igual número de habitantes.

En el municipio de Dibulla, en el departamento de La Guajira se presentó una disminución de la incidencia de la enfermedad en los pueblos indígenas que habitan en la región de la Sierra Nevada: se pasó en 2004 de 2.746 casos de TB por cada 100.000 habitantes con un porcentaje de curación del 75%, a 1.070 casos por 100.000 habitantes en 2008 con curación promedio mayor al 85% (cifras que siguen siendo críticas en la zona).

En el pueblo Arhuaco, se evidenció una disminución en la incidencia de tubercu-

losis en los últimos años. En el municipio de Pueblo Bello se registró en 2002 una tasa de incidencia de 129 casos de TB por cada 100.000 habitantes, con un porcentaje de curación del 74%. Mientras que en 2008 la cifra fue de 43 casos por cada 100.00 habitantes y el porcentaje de curación fue superior al 90%.

En el departamento de Vichada se registró en 2006 una tasa de incidencia de 35 casos por 100.000 habitantes, que se ha incrementando de manera gradual hasta llegar a 44,7 casos en 2008. De manera similar en el municipio de Cumaribo, se registró un aumento en la detección de casos nuevos entre 2006 y 2008 con incidencias de 47,5 y 61,2 respectivamente. El aporte de casos de población indígena pasó del 71% del total de enfermos nuevos en 2006 a 89% en 2008.



Promotor de salud del departamento de Guaviare en una capacitación de microscopía.



Enfoque metodológico de la sistematización

“Existe un interés del socio ACIDI/CIDA en sistematizar estas experiencias y verificar cuál es el tipo de actividades que ha determinado el éxito y así mismo ver las lecciones aprendidas. Es importante analizar y crear evidencia científica de lo que estamos haciendo en Colombia con los pueblos indígenas, para entender y transformar el aprendizaje en buenas prácticas”.

Pier Paolo Balladelli, Representante Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS-, Colombia.

Se definieron los parámetros y ejes metodológicos para la sistematización de la experiencia de prevención y control de la tuberculosis en pueblos indígenas de Colombia, que se implementa desde el 2002 con apoyo de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA y OPS/OMS. Tales ejes sistematizadores, a través de los cuales documentamos las lecciones aprendidas, son cinco: diálogo intercultural, gestión local, trabajo inter-programático, alianzas público-privadas y sostenibilidad del trabajo conjunto.

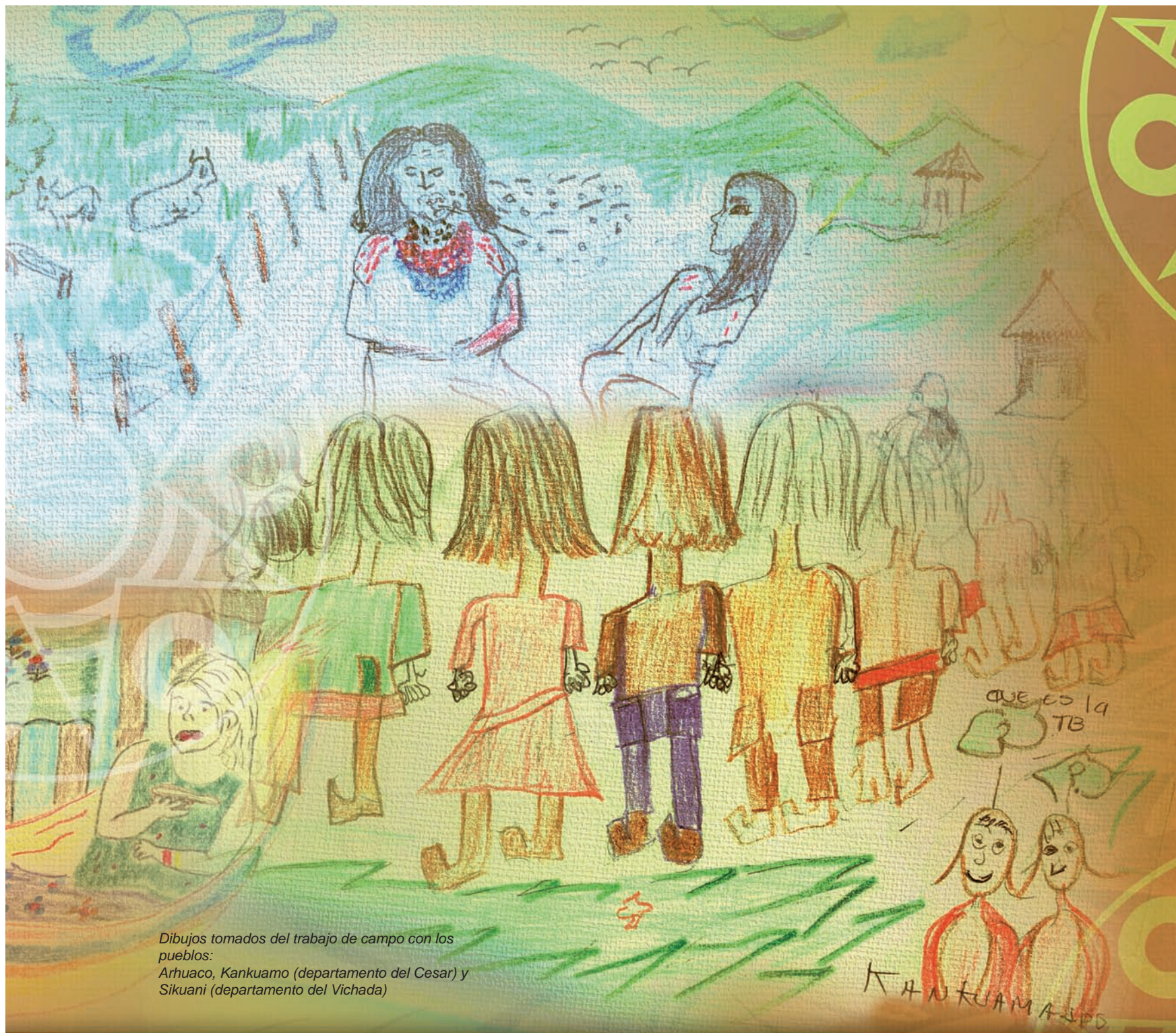
Para ello se siguió una metodología participativa con los coordinadores departamentales de los programas de TB y AIEPI en municipios ámbitos del proyecto, autoridades tradicionales indígenas, autoridades sanitarias nacionales y locales, EPS e IPSI indígenas, pacientes y otros que ya terminaron el tratamiento, trabajadores de salud de hospitales públicos, funcionarios de OPS/OMS en Colombia y Washington.

Para obtener la información se realizaron entrevistas semiestructuradas a los diferentes actores a quienes se les indagó por la estrategia. De igual manera se

recurrió a informes escritos producidos por el equipo del Instituto Nacional de Salud, consultores OPS/OMS que han realizado visitas de asistencia técnica, capacitación, monitoreo y seguimiento a actividades en cada uno de los departamentos ámbitos del proyecto, informes de trabajo con actores sociales y una revisión al material gráfico (dibujos) realizado por promotores de salud indígenas y, a los actores sociales indígenas de las diferentes etnias vinculadas al proyecto.

Posterior al proceso de recolección de información, se analizó, se sintetizó, se interpretó, se escribió y se validó la información suministrada por las fuentes primarias y secundarias para desarrollar cada uno de los ejes, extrayendo algunos testimonios que dan cuenta de las afirmaciones en cada capítulo a lo largo del documento.





Dibujos tomados del trabajo de campo con los pueblos:
Arhuaco, Kankuamo (departamento del Cesar) y
Sikuani (departamento del Vichada)



II.

DIÁLOGO INTERCULTURAL: DOS SABERES AL SERVICIO DE LA VIDA

(...) “Los Mamos decían: Vamos a hacer trabajo tradicional. Vamos a hacerlo con plantas y con eso se trataban. Se medio curaban y otra vez recaían y así murió (el padre del Mamo)... Ahora que él es Mamo y recuerda que a su papá le ocurrió eso, entonces dice que sí hace falta la medicina occidental y tenemos que concientizarnos de muchas cosas. El está de acuerdo en que hacen falta los medicamentos para curar la tuberculosis en la comunidad”.

Juan Gildata. Mamo Kogui- Wiwa





El diálogo intercultural es la llave que abre la única puerta de acceso a la prevención, detección y tratamiento de enfermedades en las comunidades indígenas. Sin embargo, una mezcla de factores culturales y sociales, ha hecho que un ejercicio aparentemente sencillo como dialogar en torno a un objetivo común haya requerido, entre otras, cambios en creencias y percepciones, valoración de aspectos desconocidos, manejo de distintos conceptos sobre el tiempo, salud y dosis enormes de “tolerancia” y paciencia para continuar con los procesos, incluso cuando se siente que no se avanza. Todo esto con el agravante que si no se logran los acuerdos, la vida de comunidades enteras está en riesgo inminente de afectarse.

Los pueblos indígenas están constantemente expuestos a contraer tuberculosis y quizás los casos más dramáticos se registran en niños y niñas menores de 15 años de los diferentes pueblos indígenas beneficiarios del proyecto. Esta crítica situación generó la necesidad de una articulación entre las acciones desarrolladas por la iniciativa Alto a la Tuberculosis con la de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-, que focaliza



Líderes del pueblo Ticuna durante la construcción de la estrategia de comunicación y movilización intercultural.

sus esfuerzos en mejorar la calidad de vida para los menores de cinco años y las madres gestantes.

En palabras de Martha Idalí Saboyá, quien desde la Organización Panamericana de la Salud –OPS/OMS- en Colombia ha acompañado este proceso de implementación de la estrategia Alto a la Tuberculosis y AIEPI desde 2005, la riqueza y complejidad de la experiencia es innegable: *“...hemos tenido que aprender juntos porque el mayor problema es el tema de concertación. Se pensaba que con sentar a un indígena a la mesa y con que apareciera en la lista de asistentes ya habíamos concertado. Entonces ahí entramos en un proceso que no es rápido, porque con ellos no se concerta rápido (...) sino que tenemos que esperar a que se sensibilicen y luego tengan sus tiempos para reunirse con los Mamos. Esos encuentros son programados en tiempos que sólo los líderes indígenas conocen, además, tienen una serie de condiciones previas y de diálogos para que se den”.*

Cosmovisiones y valores culturalmente arraigados y divergentes fueron evidentes desde los primeros esfuerzos de aplicación de la estrategia Alto a la Tuberculosis.



Conceptos como enfermedad, curación y respeto entre otros, han sido los primeros obstáculos que se han debido sortear tanto con el personal de salud como con los líderes y representantes de las comunidades indígenas. Por ello, el inicio del diálogo intercultural ha sido, en todos los casos estudiados, difícil y requirió un enorme esfuerzo de los involucrados para cambiar sus paradigmas y formas de hacer las cosas. En el Amazonas, Nariño, Cesar y La Guajira, por ejemplo, los pueblos indígenas no consideraban la tuberculosis como una enfermedad física, sino como un mal relacionado con causas sobrenaturales y/o espirituales que deben ser curadas por la medicina tradicional.

Aunque los primeros desafíos se han vencido y el éxito de la estrategia es evidente en diferentes niveles, aún hoy cuando están convencidos de la pertinencia de la atención médica occidental, las autoridades tradicionales de La Guajira piden tiempo entre el diagnóstico del paciente y la preparación espiritual para iniciar un tratamiento. *“Nos hemos puesto de acuerdo y siempre que se diagnóstica a un paciente se le debe informar al Mamo para que él inicie el tratamiento espiritual. Después de 10 o 12 días, los médicos occidentales pueden empezar*



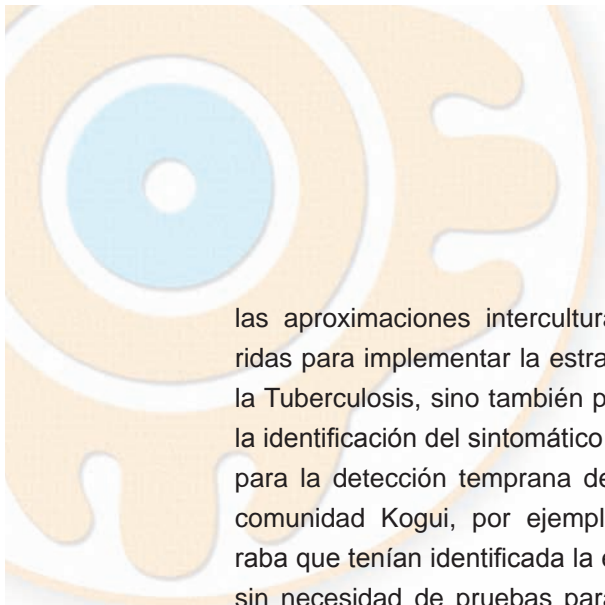
Representante del pueblo Arhuco construyendo mensajes de comunicación.

el tratamiento al paciente diagnosticado con tuberculosis. Sabemos que si no hay concertación, no se puede aplicar la estrategia”, dice Leslie Bruzón, coordinadora del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en La Guajira.

La resistencia no ha provenido solamente de las comunidades indígenas, sino también de algunos trabajadores de la salud de las instituciones que prefieren mantenerse al margen del trabajo con los pueblos indígenas. El cambio cultural para entender que a pesar de no hablar la lengua materna de los indígenas, puede existir un diálogo de saberes, que logró que en muchos casos quienes estaban convencidos de las bondades de dicha comunicación, hayan tenido que trabajar mucho más para lograr el compromiso de sus colegas en las instituciones de salud.

Concebir la tuberculosis como una enfermedad y aceptar los métodos para curarla fue parte de





las aproximaciones interculturales requeridas para implementar la estrategia Alto a la Tuberculosis, sino también para aceptar la identificación del sintomático respiratorio para la detección temprana de casos. La comunidad Kogui, por ejemplo, consideraba que tenían identificada la enfermedad sin necesidad de pruebas para su detección pues cuando los pacientes “escupen sangre” se sabe que están enfermos. Una situación similar se presenta en el pueblo Sikuaní de Vichada que sólo busca tratamiento médico cuando su salud está muy deteriorada.

24



A medida que los síntomas se agudizan y los casos son más frecuentes, los líderes indígenas han tenido que enfrentar la disyuntiva de cuidar la vida de los miembros de su comunidad, sin desprenderse de su cultura o alejarse de ella y es allí donde ha empezado a disminuir la brecha entre la medicina occidental y la tradicional. El proceso, sin embargo, no está libre de desconfianza, a la que se refieren invariablemente los representantes de los departamentos que hacen parte del proyecto.

“Es que ellos dicen (...) seguramente eso es otra cosa que se inventó el gobierno para venir a acabar con nuestra cultura. Ese es el miedo que tienen nuestras auto-



Líderes de la comunidad Arhuaca durante los encuentros para construcción de la estrategia de comunicación intercultural.

ridades indígenas (...) muchas Ong’s han entrado y lo ven a uno como algo para estudiar. Entonces nuestros líderes piensan y dicen que cuando llega un programa viene con la misma intención de acabar con la cultura”, enfatiza Rosmira Izquierdo, coordinadora del Programa de Promoción y Prevención de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena –IPSI- Wintukwa que atiende al pueblo Arhuaco en la Sierra Nevada de Santa Marta desde la jurisdicción del Cesar.

A los factores culturales mencionados, se suman características socio-políticas que influyen el diálogo de saberes. En el caso de Vichada, la escasa cohesión social ha jugado en contra del éxito de la estrategia Alto a la Tuberculosis y afecta también la puesta en marcha de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI-.

“No ha habido diálogo para hacer concertación (...) El 70% de la población del departamento es indígena y de éstos un 60% son Sikuaní. Mi percepción particular es que son desorganizados, no han tenido un buen proceso para seleccionar a sus líderes y estos piensan en otras cosas menos en el bienestar de su comunidad (...) Asisten a las capacitaciones, pero no



las replican al interior de ellas”, asegura Luz Elena Trujillo, coordinadora de Salud Pública del departamento de Vichada.

Entre tanto, en la zona de la Sierra Nevada de Santa Marta la estructura jerárquica de la organización indígena resultó fundamental para el éxito de la estrategia. *“Cuando se dio este proceso (de concertación para Alto a la TB) fuimos nosotros quienes empezamos a hablar con las autoridades y, como la empresa (la IPSI indígena Wintukwa) es la que lidera el proceso, no ha habido ningún problema interno. Nosotros (los promo-*

tores de salud indígenas) hacemos el puente entre el Gobierno y las instituciones de afuera y la comunidad. Esto nos ha servido para mirar nuestras realidades, las autoridades se han concientizado sobre la realidad de nuestros niños. En cuanto a la tuberculosis también han puesto de su parte”, asegura Rosmira Izquierdo, coordinadora del Programa de Promoción y Prevención de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena –IPSI- Wintukwa.



Promotores indígenas del departamento de Vichada durante jornadas de actualización en microscopía.





La ubicación geográfica es otro aspecto que influye en la posibilidad de iniciar y mantener un diálogo y de brindar un apoyo real a los indígenas desde el sector salud. “...con los Nukak Maku no hay interlocutor y además son nómadas. Tuvimos un paciente de 21 años a quien se le inició el tratamiento, se fugó del hospital y cuando fuimos a buscarlo ya estaba en la selva. Nos llevó dos meses saber dónde estaba. Al encontrarlo hicimos un trabajo con la comunidad donde estaba y encontramos 26 personas sintomáticas respiratorias de tres asentamientos”, explica Elvis Eduardo Piñeres, coordinador del programa de Tuberculosis de Guaviare.

Incluso con las comunidades que tienen lugar fijo de asentamiento, las distancias y la inaccesibilidad de los terrenos son, en todos los casos, un obstáculo para el diálogo. Lo más interesante del proceso es que precisamente ese inconveniente obligó a perseverar la voluntad de diálogo y a que los integrantes de la iniciativa apoyada por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS buscaran maneras creativas de enfrentar las complicaciones. En Amazonas, se constituyó una activa red de promotores indígenas que identifican y reconocen la problemática y después de varios días de camino diagnostican, suministran medicamento y posteriormente monitorean a las personas de su comunidad con tuberculosis, quienes en su mayoría son atendidas en su propia casa.

En Nariño, por su parte, la enorme dispersión geográfica de los pacientes los obligó a pensar en un hogar



de paso para el enfermo y su familia quienes se trasladan a este lugar durante los seis meses que dura el tratamiento. Alianzas con el Programa Mundial de Alimentos, la Asociación Alemana de Asistencia para el Enfermo con Lepra y TB, el Instituto Departamental de Salud de Nariño, la donación de alimentos, regalos, colchones, cobijas y enseres permiten que el centro funcione y pueda atender la demanda de las personas que son diagnosticadas con tuberculosis. Todo esto, sumado a la voluntad de las directivas de la Organización Unidad Indígena del Pueblo Awá –UNIPA– institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena para proveer servicios de salud a la comunidad Awá.

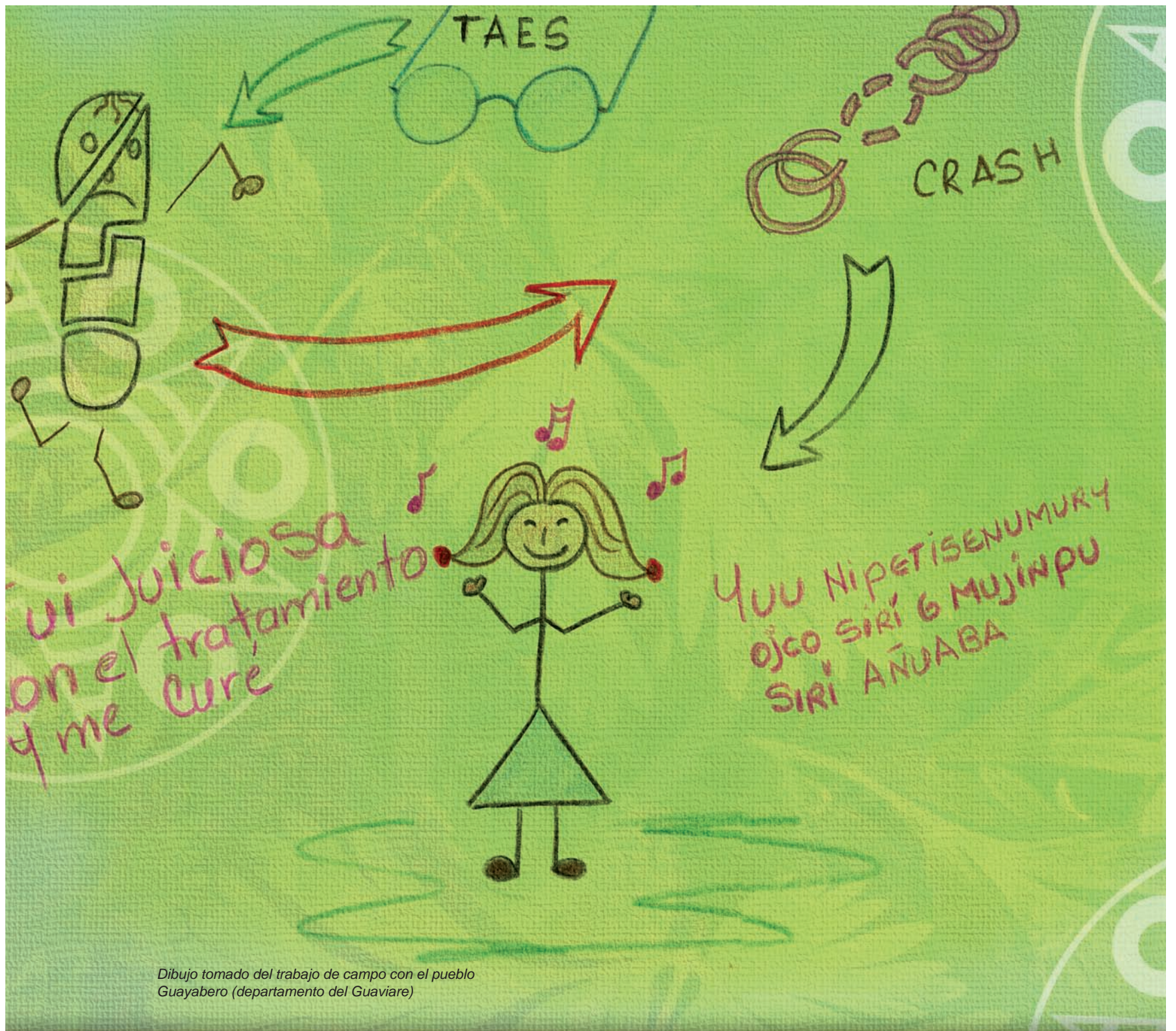
La creatividad en la aplicación y la adaptación de las estrategias a las necesidades de cada región son evidentes. En Vichada y Guaviare, por ejemplo, la táctica para acortar distancias no sólo físicas sino culturales ha sido el desarrollo de materiales de capacitación; mientras que en el Distrito de Santa Marta, en La Guajira y Amazonas la perseverancia en la búsqueda de espacios para el diálogo intercultural resultó fundamental para el acercamiento. El Cesar, por su parte, cuenta con los promotores de salud de la IPSI Wintukwa como los puentes que unen paciente y tratamiento.



Promotores de salud del pueblo Ticuna en el departamento de Amazonas elaborando materiales de comunicación.

Mirar el proceso en retrospectiva permite evidenciar los enormes avances en materia de diálogo intercultural en todas las regiones y las formas ingeniosas como los participantes del proyecto lidian con las restricciones culturales, físicas, políticas y presupuestales que deben vivir. La estrategia y sus resultados ya son parte de los logros sociales de las comunidades y las autoridades de salud. Por ello, es posible contar con testimonios como el de Martha Idalí Saboyá cuando dice: *“el proceso ha sido largo pero garantiza que podamos seguir haciendo el trabajo. Que no hay que llamar a las estrategias como nosotros las llamamos, que si quieren quitarle el nombre, quítenselo. Que si quieren modificarle algo, modifíquenselo. Lo importante es la oportunidad para mejorar sus procesos de atención integral y que ellos vean las ganancias. No interesa si le llaman Alto a la TB, DOTS/TAS o en otro caso Estrategia AIEPI. Lo crucial es poder implementarlas y beneficiar a nuestras comunidades”*.





Dibujo tomado del trabajo de campo con el pueblo Guayabero (departamento del Guaviare)





III.

GESTIÓN LOCAL: TRABAJO CONJUNTO PARA DETENER LA TUBERCULOSIS

(...) “La plata es muy importante, pero hay cosas que definitivamente no dependen de la plata. Decir doy plata es algo sencillo, pero voy a trabajar, voy a conocer de qué se trata esto, voy a estar pendiente del servicio que ofrece el médico al momento de la consulta, voy a preguntarle por la sintomatología respiratoria, eso es voluntad frente al trabajo y gestión”.

Luz Mila Murcia Montaño. Coordinadora del Programa de Tuberculosis de Amazonas





Aunar esfuerzos, recursos técnicos y financieros, voluntades y conocimientos al servicio del tratamiento y detección de la TB y la aplicación de la estrategia AIEPI hacen parte de la gestión que se evidencia en los departamentos que participan en el proyecto para el fortalecimiento de las estrategias Alto a la Tuberculosis y Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI– en pueblos indígenas de Colombia cofinanciado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, con el apoyo del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, los líderes y representantes de los pueblos indígenas y las autoridades de salud de cada una de las entidades territoriales. Aunque las rutas seguidas en cada caso para los acercamientos son distintas y responden a oportunidades y obstáculos propios de cada región, los caminos que se trazan para el trabajo son invariablemente resultado de la concertación y la voluntad política de atender la problemática indígena en materia de salud.

El trabajo con las comunidades fue el primer paso, pero los equipos de salud indígenas y occidentales tuvieron que ir más lejos en el camino: reconocer sus fortalezas y buscar aliados para poder superar sus debilidades. Esto, con el fin de desarrollar una serie de tareas que amplíen cada vez más el círculo de atención poniendo especial énfasis en que cada actor tenga funciones claras y sea un agente que impulsa el logro de los objetivos.

En el departamento de Amazonas y La Guajira –primeros en entrar al proyecto debido a su alto índice de pacientes con TB en comunidades indígenas–, el trabajo inició por la voluntad manifestada por los equipos de salud que se acercaron a las autoridades departamentales y nacionales y lograron la inclusión en el proyecto. Igual ocurrió en el departamento de Cesar donde los promotores indígenas se acercaron al gobierno nacional y departamental para desarrollar programas integrales que les permitieran enfrentar sus problemas de salud. *“Desde un principio luchamos para tener diálogo con el gobierno nacional y con el departamento hasta crear nuestras propias empresas de salud. Eso sale de la necesidad de mantener nuestra identidad y de permanecer con nuestra cultura. Es importante tener nuestra propia empresa con una visión cultural que nos entienda y de ahí nace Dusakawi Administradora de Régimen Subsidiado en Salud –ARS– que después se transformó en IPS!”*, explica Rosmira Izquierdo, coordinadora del Programa de Promoción y Prevención de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena –IPSI– Wintukwa.

Entre tanto, el punto de partida para iniciar la gestión en La Guajira y el Distrito de Santa Marta fue precisamente la presunta “escasez” de pacientes. *“...empezamos a indagar qué estaba pasando con la población indígena que habita en el Distrito de Santa Marta, por qué manejábamos tan poquitos pacientes con TB en la zona”*, expresa Elsa Eslait, coordinadora del Programa de Tuberculosis del Distrito de Santa Marta, Magdalena.



En los departamentos de Guaviare y Vichada fue el nivel central gubernamental, a través del Ministerio de la Protección Social, quien los contactó para que hicieran parte del proyecto. En Guaviare el trabajo inicial se hizo con el Instituto Nacional de Salud para entender el proyecto y conocer a fondo sus responsabilidades y posibilidades. *“Paso seguido desarrollamos acciones de coordinación con la Empresa Social del Estado –ESE– de primer nivel del municipio de San José del Guaviare, capacitamos a auxiliares de enfermería, a promotores, a médicos y, finalmente, convocamos a los promotores rurales y a personas que iban a participar en el proyecto”*, relata Elvis Eduardo Piñeres, coordinador del Programa de Tuberculosis del Guaviare.

La gestión de los departamentos para la implementación de la estrategia Alto a la Tuberculosis puede compararse con el tejido de una telaraña con segmentos cada vez más lejos del núcleo central y amplios, pero indispensablemente unidos al centro. En Amazonas, la ampliación de la red siguió hacia los gerentes de las Empresas Sociales del Estado, hacia los gerentes de las Empresas Promotoras de Salud –EPS– mostrándoles lo positivo de la estrategia y recordándoles que aunque

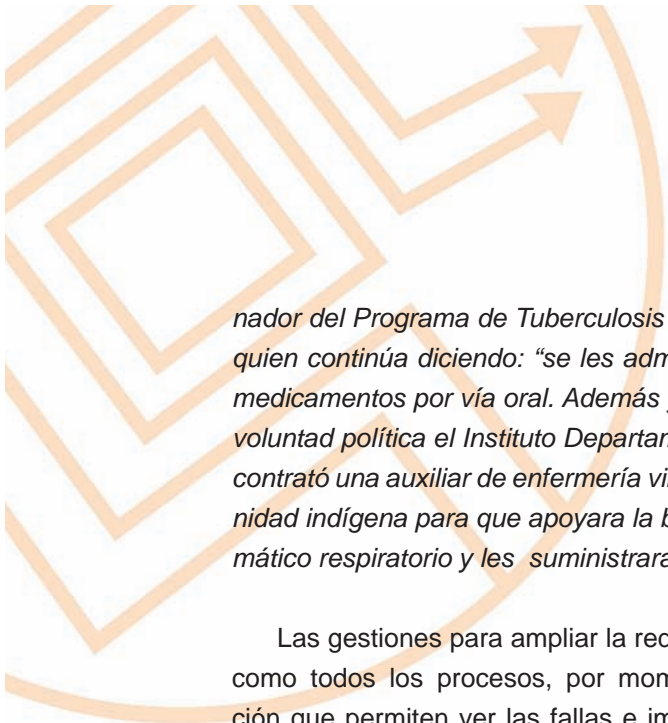
no tuvieran manejo directo de pacientes, sí tenían la responsabilidad de prestar un buen servicio a su población afiliada a través de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

Médicos, enfermeras, representantes del pueblo Awá –en Nariño– el coordinador de salud de la IPSI –Organización Unidad Indígena del Pueblo Awá, UNIPA–, y los gobernadores indígenas fueron los actores que en el departamento de Nariño iniciaron la diseminación de la estrategia y el trabajo en pro de las comunidades. *“(...) La TB ha sido una preocupación en el departamento, mientras el país aplicaba estreptomycin en su primera fase, en Nariño tomamos la decisión de no hacerlo porque era la principal barrera para que las comunidades aceptaran el tratamiento, teniendo en cuenta que es un medicamento inyectable de 48 dosis, lo que rompe con la tradición cultural de los pueblos indígenas, quienes no aceptan medicamentos invasivos”*, explica el doctor Ernesto Varela, coordi-



Promotor de salud del departamento de Guaviare en proceso de capacitación de tuberculosis.





nador del Programa de Tuberculosis del departamento, quien continúa diciendo: *“se les administran todos los medicamentos por vía oral. Además y como parte de la voluntad política el Instituto Departamental de Salud se contrató una auxiliar de enfermería vinculada a la comunidad indígena para que apoyara la búsqueda de sintomático respiratorio y les suministrara el tratamiento”.*

Las gestiones para ampliar la red de trabajo pasan, como todos los procesos, por momentos de evaluación que permiten ver las fallas e implementar correctivos. Así lo reconoce la Coordinadora del Programa de Tuberculosis en La Guajira, Leslie Bruzón al recordar una reunión en el municipio de Pueblo Viejo donde se identificaron “los cuellos de botella” en el seguimiento a las tarjetas individuales de pacientes y el manejo de la segunda baciloscopia de control. *“Si se hace la baciloscopia en el segundo mes de tratamiento y no se registra en la tarjeta del paciente, como venía ocurriendo, esa información la sabe únicamente la bacterióloga y quien hace la visita de asistencia técnica, pero quien revisa la tarjeta no encuentra el resultado consignado”.* Actualmente esos problemas han sido superados.

Mientras en La Guajira las debilidades se detectaron en procesos que estaban empezando a funcionar, como la tarjeta individual de paciente, en Santa Marta las grietas se evidenciaron en asuntos que se habían venido trabajando. Por ello, después de hacer un análisis sobre la curación y el seguimiento a los pacientes, los responsables del proyecto se dieron cuenta que a pesar

de ofrecer capacitación a microscopistas indígenas de tiempo atrás, lo que había que hacer era articular la red de diagnóstico pues aún los pacientes deben bajar al área urbana para ser atendidos ya que la red de prestación de servicios de salud no está consolidada.

Los avances de procesos de gestión en Vichada han sido modestos, pues aún es necesario que la estrategia Alto a la Tuberculosis tome más fuerza. Así lo explica Luz Elena Trujillo, coordinadora de Salud Pública del Departamento: *“...nuestros cuatro municipios, Puerto Carreño, La Primavera, Rosalía y Cumaribo, solo este último objeto de la implementación de la estrategia, son categoría seis, es decir que dependen administrativa y financieramente del departamento y cuentan con recursos escasos para desarrollar proyectos. Ninguno es descentralizado y escasamente tienen un secretario de desarrollo social que asume las funciones también de salud. La coordinación es difícil porque el interlocutor del nivel municipal tiene mil programas y ellos lo que hacen es remitir a la IPS y, allí el personal que labora es de servicio social obligatorio, por lo que su rotación es alta”.*

Quizá uno de los logros más importantes en materia de gestión, y común a varios departamentos, son las redes de microscopistas que hacen detección del sintomático respiratorio. En Nariño, durante el primer año se logró la adquisición de microscopios para la UNIPA y luego se capacitó a microscopistas y promotores indígenas. Una vez que el entrenamiento terminó, el paso



siguiente fue aproximarse a las comunidades para lograr la adherencia al tratamiento. En Dibulla, La Guajira, se conformó la red de microscopistas con promotores también indígenas, con buena dotación para su trabajo y con microscopios de buena calidad. En la misma línea están la zona del Distrito de Santa Marta y el departamento de Amazonas.

En Guaviare existen comunidades donde los promotores indígenas atienden los puestos de salud y otras donde no, el trabajo de gestión se ha orientado a identificar las comunidades donde hay personal indígena de salud para llevar a cabo capacitaciones y replicarlas con los presidentes de las juntas de acción comunal y las autoridades tradicionales.

Todos los participantes del proyecto reconocen que los resultados de la gestión no se han visto en el corto plazo, pero sin tocar puertas y establecer alianzas el éxito alcanzado en la implementación de la estrategia Alto a la TB no hubiera sido posible. Por su parte, el Ministerio de la Protección Social reconoce como un aspecto importante de la gestión de los departamentos la relación con el Gobierno Central y admite también el reto que tiene de seguir apoyando las estrategias. Como representante del Ministerio de la Protección Social, Ernesto Moreno, coordinador nacional del Programa de Tuberculosis, advierte que *“...lo ideal es que tengamos la posibilidad de sostener las regiones que fueron intervenidas por el proyecto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. Además, se tiene previsto*

para 2009 hacer extensiva la estrategia Alto a la Tuberculosis en población indígena a 15 departamentos más y en años subsiguientes transferir la experiencia a todo el territorio nacional”.

Los aprendizajes en materia de gestión han sido importantes, pero sobre todo reconocer a las autoridades sanitarias, como los interlocutores legítimos del proceso. Así lo señala Dionne Patz profesional de la Organización Panamericana de la Salud con sede en Washington y quien coordina las acciones del proyecto y es el enlace entre la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA y OPS/OMS, cuando afirma que lo que se tenía claro desde el principio era que *“...no se iba a entrar a trabajar en los países sin hablar primero con sus actores nacionales. Por ello se realizó una visita de planificación a Colombia donde el gobierno definió y priorizó la necesidad de trabajar con la población indígena (...) Esa fue la puerta de entrada”.*



Voluntad traducida en recursos

Destinar y pagar personal de salud, desarrollar jornadas de capacitación, proveer con los insumos necesarios a las redes de microscopistas, contar con los medios de transporte (terrestre, fluvial, aéreo en algunos casos de tracción animal) para llegar a las comunidades luego de horas de viaje, son sólo algunos de los gastos para poner a funcionar el engranaje que hace realidad la lucha contra la TB y las enfermedades que aquejan a la población infantil de las comunidades indígenas. A esto se suman los intangibles no cuantificables que aporta cada uno de los departamentos, los cuales están representados en el empoderamiento de las comunidades indígenas y de los profesionales del sector salud, que trabajan para establecer nuevas sinergias y cumplir con los compromisos y las metas establecidas por la autoridad sanitaria del país.

Por ello, además de la mencionada gestión de recurso humano y el establecimiento de redes, la existencia de recursos financieros es un punto clave. Los montos destinados son, de alguna manera, la traducción más visible de la voluntad política de los departamentos, frente al apalancamiento que durante ocho años ha aportado la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA, los cuales suman cerca de 970 mil dólares destinados a acompañamiento técnico, capacitaciones, logística, monitoreo y evaluación de las diferentes actividades.

En el departamento de Amazonas, por ejemplo, es evidente el incremento en los recursos destinados a las estrategias Alto a la Tuberculosis y AIEPI. Tal como lo muestra la gráfica 1, para el primer año del proyecto en 2002, éste asignaba 0,86 dólares por cada dólar aportado por el donante. En el 2005 la cifra había crecido a 5,8 dólares. Comportamiento similar tuvo en 2007 cuando el departamento aportó seis veces más que el donante, mientras en 2008 el aporte departamental fue 3,5 veces mayor que lo asignado por el donante. (Ver gráfica 1)

Gráfica 1. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Amazonas y ACIDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2002 y 2008

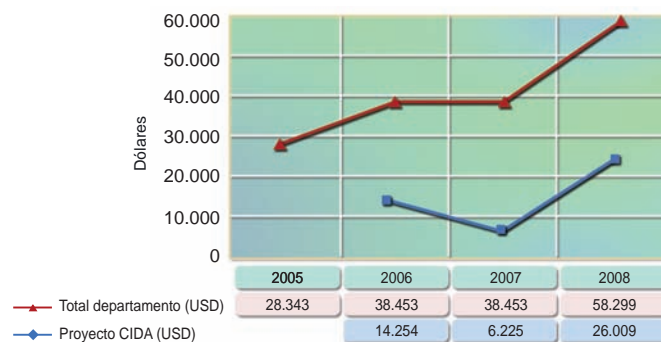


Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACIDI/CIDA, Marzo 2009



Al igual que en Amazonas, el departamento de Nariño históricamente ha asignado recursos a los programas de TB y AIEPI. Sin embargo, durante el período del proyecto, los recursos, como se muestra en la gráfica 2, tienden al aumento. La inversión departamental, que incluye recursos del Sistema General de Participaciones –SGP- y de la UNIPA, es tres veces mayor a la del donante. (Ver gráfica 2)

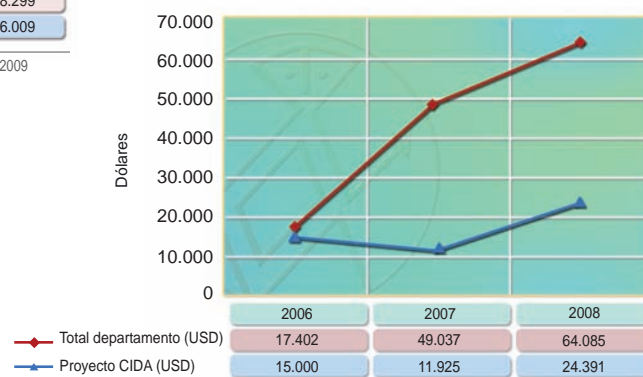
Gráfica 2. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Nariño y ACDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2005 y 2008



Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACDI/CIDA, Marzo 2009

En Guaviare, la voluntad política de sus autoridades aumentó progresivamente. En 2006 –cuando inició el proyecto– la inversión del donante y la entidad departamental fue similar. Ya para 2007 el departamento invirtió cuatro veces más que la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA), y para el 2008 lo asignado por el departamento fue 2.6 veces mayor que la del donante, a pesar de llevar solamente tres años vinculado al proyecto. (Ver gráfica 3)

Gráfica 3. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Guaviare y ACDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2006 y 2008



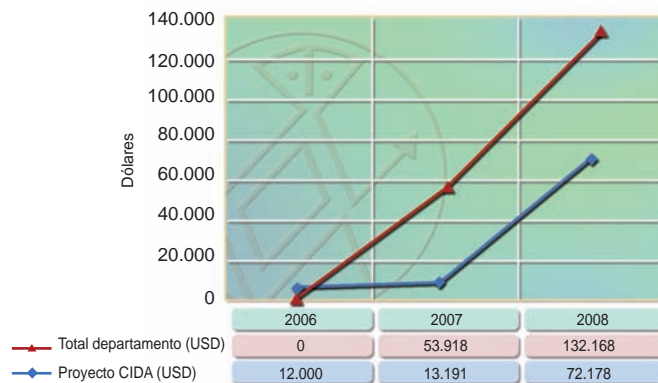
Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACDI/CIDA, Marzo 2009





La Guajira es otra de las zonas donde los recursos departamentales superan el aporte del proyecto. Sólo a partir de 2007 se empiezan a desagregar las cifras para ver el aporte diferencial y se hace evidente que en ese año el recurso asignado por el departamento supera cuatro veces el del donante y, a su vez, aumenta significativamente en 2008. Durante los tres años de ejecución del proyecto el departamento en promedio duplicó la inversión del donante. (Ver gráfica 4)

Gráfica 4. Recursos financieros invertidos por el Departamento de La Guajira y ACIDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2006 y 2008



Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACIDI/CIDA, Marzo 2009

Entre tanto, en la Sierra Nevada de Santa Marta en el departamento del Magdalena y el Distrito de Santa Marta la tendencia de inversión departamental también va en aumento. Sin embargo, aún los recursos del proyecto son mayores a los de origen nacional, lo cual es consistente con el comportamiento que tuvieron los

departamentos los dos primeros años del proyecto. Los recursos son destinados al transporte de promotores para ser capacitados, así como para la búsqueda activa de sintomático respiratorio en las zonas rurales dispersas y capacitación a promotores de la red de atención de la IPSI indígena. (Ver gráfica 5)

Gráfica 5. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Magdalena, Distrito de Santa Marta y ACIDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2007 y 2008



Fuente: Coordinación Departamental y del Distrito de Santa Marta Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACIDI/CIDA, Marzo 2009

En el Cesar, los primeros cuatro años –de 2002 a 2005– la inversión del donante y del proyecto fue similar. A partir de 2007 –como lo ilustra la gráfica 6– se observa un aumento que representa nueve veces más la inversión del departamento por cada dólar aportado por el donante. Es importante resaltar que existen recursos adicionales invertidos por la IPSI indígena que no son incluidos en esta información pues se analizan de manera aislada por la IPSI. (Ver gráfica 6)



Gráfica 6. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Cesar y ACDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2002 y 2008

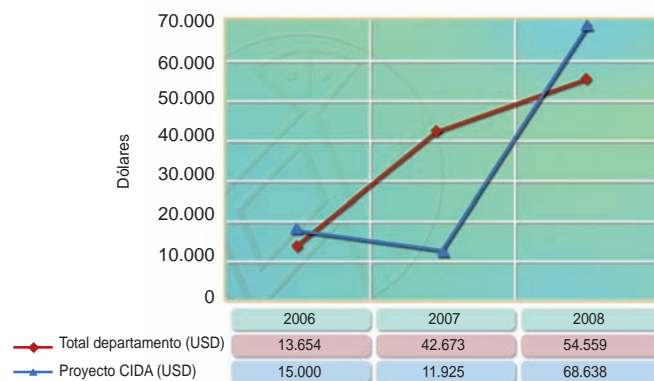


Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACDI/CIDA, Marzo 2009

En Vichada dos de los tres años del proyecto, la inversión departamental estuvo por debajo de la del donante. Este comportamiento puede ser explicado debido a que sólo lleva tres años vinculado y, en términos generales, la gestión logra normalizarse en el cuarto o quinto año; aunque puede decirse que depende del compromiso político y técnico de cada departamento. La mayor parte de los recursos se invierten en desplazamientos a las cabeceras municipales con costos muy elevados por la falta de transporte masivo terrestre, fluvial y aéreo de la zona. Así lo evidencia, Luis Gutiérrez Alberoni, consultor externo de OPS/OMS para la estrategia AIEPI: *“Nos dirigimos a Cumaribo, aislado todavía del circuito económico y social de la otra Colombia. Para llegar desde Bogotá a este municipio el más extenso del país -98.000 km²- y con aproximadamente 96.000 habitantes, viajamos dos horas por carretera hasta Villavicencio, Meta, donde dormimos y al otro día, domingo, cogimos el único vuelo –solo hay*

tres a la semana-. El avión un DC3 de hace unos 60 años, reliquia de la segunda guerra mundial (...) un avión de carga con una fila y media de pasajeros que viajan con la espalda recostada a los costados del avión. Al centro, las provisiones de enlatados, los enseres, las encomiendas y en la zona de la cola cientos de pollitos en cajas acompañando con su pío pío el ruido ensordecedor del motor (...) la verdad fue un vuelo directo de una hora y cincuenta minutos y sin problemas por fortuna”. (Ver gráfica 7)

Gráfica 7. Recursos financieros invertidos por el Departamento de Vichada y ACDI/CIDA para la prevención y control de la TB en pueblos indígenas entre 2006 y 2008



Fuente: Coordinación Departamental Programa Alto a la Tuberculosis y OPS/OMS-ACDI/CIDA, Marzo 2009



Dibujo tomado del trabajo de campo con el pueblo Guanano (departamento del Guaviare)



COMO LA CURAN DOCE KOAKALY

ARY DOATIARE NEE-
BIONOERAKA YARANA
KOD MENE YUDLUNOKA

ENFERMEDAD NO CURABLE,
SE HACEN RITUALES PARA QUE
LA ENFERMEDAD NO AVANCE

HACE RITUAL
TE. ENFERMO

YAYA' JERIPONA
BASAKA TIRO
DUATIROLE



IV.

TRABAJO INTERPROGRAMÁTICO: UNA SOLA VÍA PARA LEGAR MÁS LEJOS

(...) "...últimamente los pacientes que traen para acá por ejemplo se engordan, se mejoran, pero llegan a la zona y vuelven a retroceder. Se ponen flaquitos... hay personas que salen jovencitos que anteriormente se morían y ahora que los ponen en tratamientos se mueren pero de viejos. No es sólo la tuberculosis es mucha cosa, porque antes muchos niños se morían de diarrea y muchas otras enfermedades. Entonces ahora que han entrado los médicos a poner la droga como que la gente empieza a curarse definitivamente."

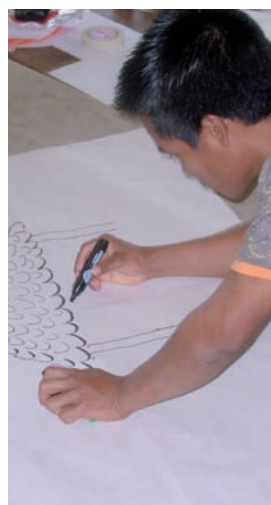
Jesús Ismael Niño Izquierdo. Mamo Bunchanawi – Arhuaco





El camino recorrido en términos de acercamiento y concertación con las comunidades indígenas y la gestión para desarrollar trabajo interinstitucional representan, además de los beneficios directos en la salud de los indígenas, parte del capital social de las comunidades y el personal de salud. Recursos económicos, personal capacitado, comunidades sensibilizadas, promotores cercanos con sus comunidades y estructuras institucionales coordinadas contra la TB hacen parte de las ganancias sociales. Ganancias que pueden “reinvertirse” apropiadamente si se aprovecha la senda allanada para enfocarse en un nuevo objetivo: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia –AIEPI–.

En la lógica de aprovechar el espacio ganado con las comunidades, la OPS/OMS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA propusieron a los participantes del proyecto que, en la línea de trabajo de la TB se iniciaran labores para proteger integralmente a niñas, niños y madres gestantes. Al igual que ocurrió con el trabajo con TB, en la estrategia AIEPI era necesario volver a concertar desde el principio para mostrar a las comunidades la importancia de iniciar este nuevo abor-



Promotor de salud Ticuna del departamento de Amazonas elaborando materiales de comunicación para la comunidad

daje. De nuevo, las particularidades culturales y la decisión de la comunidad indígena de aceptar el tema o no, han marcado enormes diferencias regionales en cuanto a los resultados.

En los departamentos de Cesar, Guaviare, Nariño y Amazonas han podido capitalizar el trabajo iniciado con TB al servicio de AIEPI. Los testimonios recogidos son la evidencia más contundente: *“Para nosotros ha sido muy fácil. Desde un principio se comenzó trabajando en la parte de vacunación pues anteriormente las comunidades no aceptaban la vacunación, pero se empezó un proceso hace mucho tiempo. El personal de salud (...) dejó avanzado el trabajo con las comunidades y cuando llegamos había un terreno en mejores condiciones (...) hemos entrado a fortalecer el trabajo que habían hecho otros antes que nosotros y con unas mejores herramientas. Esa articulación ha sido exitosa”*, sostiene Rosmira Izquierdo, coordinadora del Programa de Promoción y Prevención de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena –IPSI- Wintukwa.

La comunidad indígena de Barracón en el departamento de Guaviare es una muestra exitosa de la experiencia social



para la aplicación de la estrategia conjunta con resultados positivos en seis meses como lo relata Marco Tulio Serna Ramírez, coordinador del laboratorio departamental de salud pública: *“La estrategia conjunta TB-AIEPI se implementó en 2008 a partir de una capacitación. Se han hecho talleres comunitarios con la presencia de personas de diferentes sectores sociales y se han visto cambios hacia los niños”.*

“El camino lo abrió TB, entonces para AIEPI ha sido fácil la concertación, no ha habido ninguna dificultad para implementar la estrategia (...) Los tres médicos, –que trabajan en la UNIPA– ya elaboran la historia clínica bajo los parámetros de AIEPI, tienen los medicamentos de la canasta. Esto es un logro en tiempo record, pues hace apenas dos meses, cuando estuvimos en la primera visita, dejamos una serie de observaciones y ajustes para hacer y ya todo cambió”, admite el doctor Ernesto Varela, refiriéndose a la experiencia en Nariño.

En el caso de Amazonas, las altas tasas de TB sumadas a las de mortalidad infantil, especialmente en el municipio de Puerto Nariño, dieron el campanazo de alerta que los obligó a empezar a trabajar rápido con la ayuda de OPS/OMS. *“El proceso no ha*



Representantes del pueblo Awá del departamento de Nariño construyendo mensajes de comunicación



Representantes del departamento del Cesar de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas IPSI durante el taller de comunicación y movilización social con enfoque intercultural

sido tan difícil. En 2008 el trabajo se enfocó en dos caminos: el primero, el desarrollo del componente comunitario, a través de los diferentes actores sociales. El segundo, enfatiza Luz Mila Murcia, el fortalecimiento de la parte clínica, pues de nada vale que la comunidad esté sensibilizada si cuando llegan al centro de salud el equipo médico no responde”.

En cuanto al departamento de La Guajira, podría decirse que está en un punto intermedio entre la aceptación de la comunidad indígena sobre la importancia del AIEPI y su autorización para empezar a trabajar. Pues aunque la comunidad indígena está convencida de las bondades de la estrategia para tuberculosis e incluso han tenido representantes en talleres de socialización de AIEPI, no han dado el aval para iniciar en la zona el trabajo y desarrollar acciones propias de la estrategia. Se requiere primero un trabajo interno de los responsables de salud comunitarios con



sus autoridades tradicionales para analizar cómo incorporar el trabajo conjunto en salud infantil con la medicina occidental.

Santa Marta y Vichada son las zonas donde aún se dificulta trabajar conjuntamente en los programas de TB y AIEPI. Mientras que en el primer caso los pueblos indígenas aún adelantan procesos de concertación para implementar la estrategia AIEPI en sus comunidades; en Vichada los conflictos de índole política, administrativa y de acceso a las comunidades han dificultado la evolución de la estrategia, como lo explica Luz Elena Trujillo, coordinadora de Salud Pública: *“No es fácil trabajar en equipo. Es difícil, porque cada uno se ha adueñado de algo, de tal forma que el programa con doliente propio muestra resultados así no sea el mejor. En el caso de tuberculosis no ha tenido doliente en la IPS, lo manejan varias personas y nadie sabe qué pasa con los pacientes, no hay seguimiento a los tratamientos. En algunos casos no terminan el tratamiento, pero salen como curado y no sabemos si les hicieron la baciloscopia de control a los seis meses”*.

Esta dificultad generó la reacción del equipo nacional que se tradujo en mayor

apoyo y trabajo conjunto con el sector salud de departamento, para fortalecer la voluntad política de los tomadores de decisiones y de los líderes sociales. De igual manera, se han intensificado las acciones de capacitación, evaluación y monitoreo de la zona, lo que permite tener más elementos de juicio para implementar correctivos.

Superando distancias

A lo anterior se suma el hecho de que el municipio de Cumaribo, Vichada, tiene cuatro IPS, un hospital y tres centros de salud en su zona rural que es muy dispersa y el personal de salud debe atender las necesidades de pacientes en un área de 98.970 km², lo cual les dificulta –y en otros casos les impide–, hacer búsqueda, diagnóstico y seguimiento de los pacientes.

No sólo en Vichada la distancia es un problema, en Nariño el reto de acceder a los pacientes es grande porque además de la lejanía, las alteraciones de orden público que genera el desplazamiento forzoso de las comunidades y la presencia de cultivos ilícitos impiden el traslado desde las cabeceras municipales, aspectos que hacen riesgoso el trabajo del personal de salud. Los altos costos de transporte que, con

42



Promotora de salud realizando material de comunicación en el Amazonas.



Cuidado nos puede invadir

Está volando y no tiene preferencia



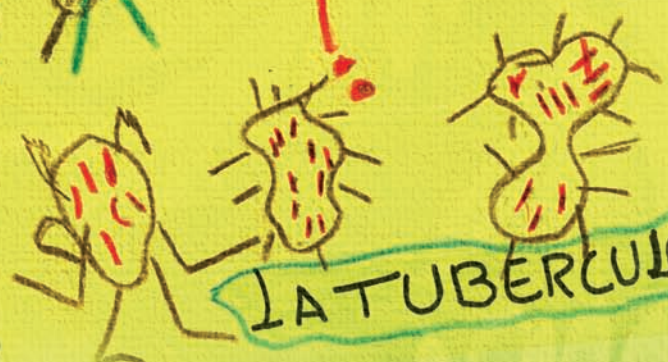
Esta tos me va a matar

Pobrecitos nuestros pulmones



Ataquemos al enemigo

Quien es



LA TUBERCULOSIS

Dibujo tomado del trabajo de campo con el pueblo Tukano (departamento del Vaupés y Guaviare)

Tucano



enormes esfuerzos, permiten coberturas de vacunación —específicamente BCG— cercanas al 50% son otro aspecto que puede constituirse en un aspecto que aleja el tratamiento de los pacientes. La decisión, entonces, ha sido priorizar la atención a los niños cubiertos por los programas de la UNIPA. Por su parte, el coordinador de TB en Guaviare señala que los largos recorridos necesarios para llegar a los pacientes son un obstáculo grande por la falta de recursos financieros y de personal.

Además del difícil acceso geográfico, los departamentos tienen otros problemas que pueden ser una amenaza para el logro de las metas en prevención y control de la tuberculosis y en salud infantil, como la desnutrición. Para el caso de TB, la coordinadora departamental de Salud Pública de Vichada recuerda que algunos pacientes llegaban *“pesando 35 ó 38 kilos para iniciar tratamiento. Pese a que podíamos darles tratamiento de manera supervisada, no era suficiente. Pues cuando la persona no tiene recursos para tener un apoyo proteínico calórico que le permita enfrentar el tratamiento, las pastillas y el esfuerzo no sirven de nada”*.

En Vichada, la desnutrición se relaciona con un problema social: el fenómeno del desplazamiento forzado de personas. Según cifras oficiales, el número de habitantes de la zona se duplicó. *“Las comunidades indígenas residentes en la zona tienen un territorio donde pueden cosechar y pescar, que parece su nevera, pero no dejan de sentir que las personas desplazadas por la violencia llegan a quitarles la comida y sus pertenencias”*, recalca Luz Helena Trujillo. Con dificultades como las mencionadas que se salen del control del área de salud; el trabajo para que sigan operando las estrategias Alto a la Tuberculosis y AIEPI se hace cada vez más arduo.

La precariedad de la canasta alimentaria en niños y adultos que habitan en la zona de la Sierra Nevada de Santa Marta también es reconocida por los propios promotores indígenas como un obstáculo serio en su región. *“La muerte de los niños y la enfermedad por desnutrición ha sido una constante en el Cesar. Hay cosas inmediatas que tenemos que hacer afirma Rosmira Izquierdo, porque la muerte de los niños no espera. La desnutrición que tenemos en nuestra comunidad es mucha y la estrategia nos ha ayudado a organizarnos y tomar medidas inmediatas y a tener una organización mejor en la IPSI para la atención de los niños. Si a la gente no le gusta el nombre, ese no es el problema, lo importante es que se haga y que mejoremos la calidad de vida de los niños”*.

La introducción de la estrategia AIEPI llevó a la inclusión de nuevos actores sociales en la red. En Guaviare, por ejemplo, el sector educación ha sido clave pues las escuelas tienen reuniones y en ellas se les explican a



los padres de familia las estrategias y los beneficios para el bienestar de sus hijos. En Amazonas, la apuesta es crear una red amplia de actores sociales por lo que en este momento a las reuniones –que cuentan con cerca de 30 personas–, asisten representantes del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF local-, de la Policía, del sector educativo, de la alcaldía, de la gobernación, del cabildo mayor indígena de Puerto Nariño y de la Iglesia.

La visión externa hacia la integración de las estrategias en los niveles locales

El proceso también trajo aprendizajes para la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA y OPS/OMS que desarrollan acciones con incidencia política ante el gobierno nacional para iniciar sucesivamente el trabajo en ocho departamentos. El proceso avanzó satisfactoriamente y, por ello, hoy las alianzas departamentales con el nivel central se han fortalecido y se ha entendido la importancia



Equipo de promotores de salud Ticuna, Amazonas durante una jornada lúdica.

de desarrollar estrategias que lleguen al nivel local. *“Una cosa que aprendimos fue que iniciamos el proyecto y la planificación más a nivel nacional de los países, pero estamos viendo que para lograr los resultados (...) hay que trabajar más con los equipos regionales y locales”*, asevera Dionne Patz, profesional de la OPS/OMS con sede en Washington.

Precisamente por las brechas geográficas y culturales, la OPS/OMS, como parte de sus aprendizajes, realiza visitas constantes a los departamentos para entender mejor los procesos, sus potencialidades y limitaciones y para ser más realistas en la planeación de fondos. *“Eso ayuda mucho a entender cuáles son las prioridades y las dificultades. Fue muy útil para hacer modificaciones en el marco del proyecto, porque con base en las visitas de monitoreo se solicitó al donante incorporar nuevos componentes como la estrategia AIEP para pueblos indígenas de Colombia”* puntualizó Dionne Patz.





Payé no poder
Curar, llevarlo al
médico de Gafas

Yaii MASEE DOATYURUA
MUU DUTURU TIRO JAYA
NISAMI DUTURU



Dibujo tomado del trabajo de campo
con el pueblo Tukano (departamento
del Vaupés y Guaviare)





V.

ALIANZAS PÚBLICO-PRIVADAS: UNA RED EN PRO DEL BIENESTAR INTEGRAL DE LA COMUNIDAD INDÍGENA

(...) Lo principal es haber convencido a los líderes del problema para mantener en la agenda y en los conversatorios con los gobernadores indígenas, siempre latente el tema de la tuberculosis. Eso se ha conseguido gracias al trabajo que hace el Instituto Departamental de Salud de Nariño, en compañía de la OPS/OMS y el Ministerio de la Protección Social que hacen acompañamiento permanente y así hemos apoyado la problemática del pueblo Awá. Ellos han sentido que cuentan con alguien para solucionar sus problemas de tuberculosis y otras enfermedades. También nos apoyan el Programa Mundial de Alimentos –PMA–, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Ayuda Alemana.

Ernesto Varela, Coordinador del Programa de Tuberculosis de Nariño.





Las primeras reuniones de concertación con los indígenas, los primeros rechazos y la necesidad de insistir, la evaluación inicial de las capacidades y falencias para implementar los programas, las capacitaciones al personal de salud, los primeros logros y los retrocesos... todos estos no son más que eslabones de una cadena que cada vez se hace más larga y fuerte. El discurrir del proyecto ha dejado poco a poco cifras de las que las regiones pueden estar orgullosas: un 98% promedio de tratamiento acortado estrictamente supervisado en el proyecto, como se refleja al inicio de este documento, y cerca de 300 personas de distintas organizaciones sociales y gubernamentales trabajando activamente en las regiones para mejorar la salud de los indígenas.

Del éxito de todo el proceso son testigos la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACIDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS que sin titubear han apoyado a Colombia por más de siete años. La voluntad va más allá, por lo que se extendió el apoyo hasta finales de 2010, como un reconocimiento a los logros obtenidos por el proyecto. Logros que son evidentes para los departamentos y regiones que con recurso humano y finan-



Representantes de la Emisora Awá en talleres de comunicación



Representante de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas IPSI UNIPA del pueblo Awá durante el taller de comunicación y movilización social con enfoque intercultural

ciero se han ido sumando a la estrategia de tuberculosis e incluso han incorporado la estrategia AIEPI como nuevo componente del proyecto.

Sin embargo, los logros alcanzados no se deben solamente a la gestión de los participantes del proyecto, sino también a la colaboración y compromiso de otras instituciones que, además de enriquecer el proceso, le aportan sostenibilidad, aprendizajes sobre formas nuevas de hacer las cosas y ejercicios para replantear aspectos del trabajo. El establecimiento de alianzas público-privadas ha sido la culminación de una serie de pasos que dejan ver la madurez de los equipos médicos y de las comunidades indígenas, pues se logran luego de evidenciar oportunidades y debilidades en la implementación de las estrategias. Además, la consolidación de alianzas permite, y de hecho está posibilitando, la conformación de una red de actores sociales sin los cuales es más complejo que las ganancias sociales permanezcan, y esto se ha potenciado al integrar el trabajo entre la estrategia Alto a la Tuberculosis y AIEPI.

En casi todos los departamentos las alianzas inicialmente se establecieron con pares del sector salud de todos los niveles,



por la obvia afinidad y “facilidad” de acceder a estos actores. Así, en Amazonas, Cesar, La Guajira y Nariño el contacto inicial fue con las Secretarías de Salud y el Instituto Nacional de Salud además de las relaciones con el Ministerio de la Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud. Guaviare le apuntó también a relaciones interinstitucionales con el sector salud pero con la Empresa Social del Estado de primer nivel, a la cual le aportan recursos para que ellos ejecuten, pero el proyecto supervisa y avala resultados. *“Estos recursos apoyan una serie de actividades, permiten la compra de insumos y de reactivos que la ESE de primer nivel no puede suministrar a los promotores indígenas”*, afirma Marco Tulio Serna Ramírez, coordinador del laboratorio departamental de salud pública.

En Amazonas, las alianzas con el área de salud son permanentes y se basan en capacitaciones, talleres, actividades de supervisión y reuniones para fortalecer el compromiso político. El fortalecimiento de las alianzas en Nariño se inició con el personal de salud, con la idea de robustecer la IPSI indígena y debido a que se logró, paralelamente se llevaron a cabo gestiones con apoyo de la Asociación Alemana de Asistencia para el Enfermo con Lepra y TB que contrató una auxiliar de enfermería para



Autoridad tradicional del pueblo Awá en la UNIPA –EL Diviso, Nariño, participando de una jornada lúdica pedagógica.

hacer búsqueda activa de sintomáticos respiratorios. Esto se hizo en las zonas en que se presentaron casos de TB entre 2005 y 2007. *“Por eso es posible que bajemos un poco la guardia con respecto a la TB y empecemos a apoyar otro programa (...) porque para ellos (las comunidades) ya será prioritario el problema de la tuberculosis”*, aseveró el doctor Ernesto Varela, haciendo referencia a que es posible delegar a una IPSI indígena la implementación de la estrategia Alto a la TB y acompañarlos más de cerca y de forma complementaria en la estrategia AIEPI.

Los problemas nutricionales agudos que enfrentan adultos con tuberculosis y los niños ponen en riesgo sus posibilidades de recuperación de las enfermedades aún con los medicamentos apropiados, esto llevó a los departamentos de la Sierra Nevada de Santa Marta y a Vichada a buscar aliados que pudieran suplir esta necesidad. Así, en la Guajira el Instituto Colombiano de Bienestar Fami-



liar es un aliado importante para subsanar la recuperación nutricional y lo mismo ocurre en Santa Marta y Vichada donde también los niños reciben bienestarina sin ningún costo y otros complejos nutricionales que provienen del nivel estatal. Por su parte, el trabajo adelantado desde tiempo atrás en la región por el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, que también cuenta con el aval de las comunidades indígenas, permite mejorar las condiciones de nutrición de los niños en el Cesar –Sierra Nevada–.

50



En Vichada, el trabajo conjunto con el sector educativo es decisivo en el municipio de Cumaribo en donde los profesores son capacitados para que además de multiplicadores de los conceptos, puedan captar el sintomático respiratorio en sus áreas de influencia.

Encaminando el éxito futuro

La implementación de una cátedra de salud pública en primaria y en Educación Superior, hace parte de la estrategia para generar sostenibilidad en el proceso en el departamento de Vichada. Los ejes temá-



Personal de salud del departamento de Vichada durante jornadas de actualización.

ticos de dichos encuentros pedagógicos están dirigidos a desarrollar mensajes claves identificados con la población para prevenir la tuberculosis.

Por su parte, Amazonas mira ya al futuro con la idea de lograr un aumento de tratamiento exitoso –que actualmente está en 94%–; un incremento en la captación de sintomático respiratorio que sobrepasó la meta esperada en el municipio de Puerto Nariño, en 145%. De las 204 visitas programadas para captación de sintomáticos respiratorios, se captaron 295 en lo que fue decisivo el apoyo del equipo departamental contratado para hacer búsqueda activa en las comunidades. Lo anterior significa que el Amazonas deberá recalcular el número de los sintomáticos respiratorios para programar las actividades del próximo año.

Nariño mira el futuro con la idea de ir un paso más lejos: implementar el cultivo a todo paciente del pueblo Awá que atiende la IPSI-UNIPA. Aunque esto se lleva a cabo hace algunos meses, la idea es confirmar técnicamente lo que su trabajo arduo ya les está diciendo: que los grandes focos de infección que tuvieron en años pasados han disminuido.



En las apuestas a la continuidad de la estrategia también aparece el trabajo mancomunado en las zonas de frontera con los países vecinos, en especial en el departamento de Amazonas. Es por eso que intercambios con el sector salud de Ecuador, Perú y Brasil se dan en las zonas fronterizas. Aunque la falta de recursos hace difícil establecer encuentros binacionales o internacionales frecuentes, lo cierto es que la gravedad de la situación de indígenas a lado y lado de la frontera ha unido los esfuerzos entre vecinos.

“Nosotros tenemos migración de pacientes que son diagnosticados en Colombia, pero de nacionalidad peruana o brasilera. Entonces a través de nuestro sistema de vigilancia nos llega la ficha de identificación y así podemos hacer la notificación al país correspondiente para que pueda acceder al tratamiento. En caso de ser atendido en Leticia tienen que acogerse al esquema colombiano, lo que implica controles de medicina y laboratorio”, explica Luz Mila Murcia. Además, agrega que con las autoridades sanitarias del Perú se ha sostenido una estrategia de cooperación bien cimentada, mientras que Brasil apoyó a Colombia cuando hubo un desabastecimiento de medicamentos.

La importancia del tema es tal que la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS tienen ya sus ojos puestos en el intercambio de experiencias entre países de la zona, como lo admite Dionne Patz: *“cada país tiene su sistema interno de monitoreo.*

Por eso, invitamos gente de otro país para participar en las visitas. Por ejemplo, invitamos a una persona de Colombia para ir con nosotros a la visita de monitoreo a Ecuador para poder compartir la experiencia y que los países puedan conocer mejor la situación de los otros”.



Líderes salud durante encuentros de capacitación de tuberculosis en el municipio de Vichada.



Emisora del pueblo Awá en el Diviso, Nariño



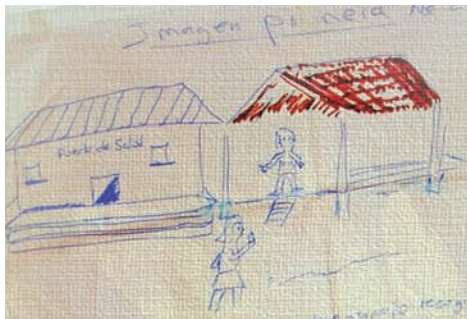


Imagen para...

- Que cada vez que se vaya a comprar o a jugar se recorran en las paradas...
- Los niños y niñas, tanto que se les debe enseñar en el punto de Salud...
- Los niños y niñas se deben acercar al punto de Salud...
- Los niños y niñas se deben acercar a las ventas...
- Los niños y niñas también a la escuela...

carátula pagina No 1
el programa TUBERCULOSIS
 en la carátula
 lo que notamos es lo siguientes.
 Cambiar el color de la Pupa.
 de la promotora para que se indentifique mejor.
 charla en lengua
 Materna y español.



en la pagina No 4
 mejorar la figura de la cabeza



Imagen generadas de la Tuberculosis

En la pagina No 6.
 - esta bien solo cambiar los colores del dibujo. que sea un color mas vivo.
 - Rosado claro.



en la pagina No 8
 - esta bien
 En la pagina No 10
 - complementar el cuerpo humano
 - Vivir a los colores.
 - nombrar los organos que ayuda

- Pagina No 12
 poner el nombre a los personajes
 infectados y sano



Dibujos tomados del trabajo de campo con el pueblo Ticuna (departamento del Amazonas)



VI.

SOSTENIBILIDAD DEL TRABAJO CONJUNTO: ¿HACIA DÓNDE ENFOCAR LOS ESFUERZOS LOCALES?

(...) “En estas iniciativas el papel del Estado, de la OPS/OMS, de CIDA Canadá, de los departamentos, de las organizaciones indígenas tendría que ser continuo. Específicamente creo que el Estado tendría que fortalecer su rectoría, entonces se trata de ver cómo acercarse más a las comunidades y darles acompañamiento constante (...). Conociendo las áreas donde se desarrolla la iniciativa es importante que todos puedan utilizar los recursos disponibles, potencializar capacidades a nivel local en armonía con la normatividad. (...) Así las cosas, se tendría que acompañar la iniciativa posiblemente hasta cuando no se resuelva el problema de la tuberculosis, en particular porque son pueblos indígenas los beneficiados y ellos necesitan de mucho tiempo para asumir de forma total las acciones”.

Pier Paolo Balladelli, Representante Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS-, Colombia





Los logros alcanzados hasta ahora obligan a los departamentos incluidos en el proyecto cofinanciado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS a preguntarse ¿cómo seguir?. La estrategia de todos ha sido ir corrigiendo errores y, a la vez, avanzando en la constitución de redes de actores sociales; en la capacitación de personal; en la abogacía ante las autoridades locales y departamentales; en el diseño de estrategias comunicativas con enfoque intercultural en lengua materna y español, además de la consecución de nuevos recursos y el mantenimiento del apalancamiento existente.

Todos los aspectos anteriores sumados van garantizando la sostenibilidad de los procesos y se encargarán a futuro –cuando la ayuda del donante termine– de mantener los programas con la misma calidad y efectividad que tienen hoy. *“Hemos tenido una fortaleza y es que la comunidad indígena Awá tiene su propia IPSI. Al tenerla podemos contratar a los médicos sensibilizados y que atienden de una manera diferente y generan plena confianza al indígena. Ese es un punto clave que permite*



Líderes del departamento de Vichada durante las jornadas de actualización en tuberculosis.

a la comunidad Awá dar resultados”, enfatiza Arturo García, coordinador de la IPSI UNIPA.

La responsabilidad del camino que se recorra de aquí en adelante es muy grande, debido a que los logros de estos ocho años son evidentes. La participación de cada vez más actores hace que, de no sostenerse o no fortalecerse apropiadamente, puedan romperse las alianzas que se han generado y sin las cuales los éxitos futuros son menos probables. Por ello, un ejercicio de evaluación dejó claro que para todos los participantes del proyecto los dos aspectos claves de proteger son: el diálogo intercultural y la articulación de acciones a nivel local.

El primer elemento –el diálogo intercultural– es el eje que articula cualquier posibilidad de intervención en las comunidades y la principal fuente de aprendizajes antropológicos y culturales para los trabajadores del área de salud. De otro lado, en la articulación del accionar de cada participante con otras instituciones, los actores del proyecto ven los mayores logros en términos de incidencia política y las posibilidades más interesantes de adquirir fortalezas en el campo técnico de salud propiamente dicho.



Con base en aprendizajes, logros, dificultades, retos, oportunidades y falencias analizadas, entre otras, la pregunta entonces es ¿hacia dónde avanzar teniendo claro que la parte sustancial del núcleo del proyecto es el diálogo intercultural y la articulación entre los actores?. Para ello, es imprescindible saber en ¿qué punto del camino está Colombia?, teniendo en cuenta que los logros como país se sustentan, en gran medida, en los frutos del trabajo en cada departamento.

Para hacer la evaluación general, los obstáculos se agruparon en categorías así: culturales, que son los relativos a las características de las etnias; los de salud que se relacionan con el funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud; los políticos, referidos a aspectos de naturaleza económica o política que afectan negativamente la vida de las comunidades y los sociales, que se remiten a características de las organizaciones indígenas distintas a su cultura que pueden afectar el buen desarrollo del proyecto.

Las particularidades antropológicas y sociológicas de cada etnia son el elemento más importante que se debe controlar en lo que se denominó el *obstáculo cultural*.



Promotores de salud indígena de Guaviare, elaborando materiales de comunicación.

Mientras que los representantes del Amazonas –con un 94% de éxito en la proporción de los casos registrados que recibe el tratamiento acertado estrictamente supervisado de total de los casos identificados–, considera que su mayor reto es lograr ajustarse a la diversidad de etnias que existen en el departamento como medio para llegar a la población objetivo; para el personal de Nariño, el mayor conflicto está en la pérdida de la identidad cultural de los Awá. Esta característica, dicen los representantes del proyecto en Guaviare, es similar en su departamento y a ello se suma su falta de organización social.

Por su parte, el hospital de Dibulla en La Guajira tiene actualizados sus registros de pacientes, lo que permitió evidenciar que para el primer trimestre de 2007 la proporción de casos de tratamiento exitoso fue del 90%. Esto se constituye en un orgullo y un reto para alcanzar la totalidad de resultados positivos.





Sin embargo, la desarticulación social que existe en las etnias de la zona hace que la posibilidad de éxitos pueda disminuir, pues no se cuenta ni con personal ni con recursos financieros suficientes para hacer seguimiento a los diferentes grupos. Igual situación se presenta en Vichada, por la precaria organización de los pueblos indígenas.

La proporción de pacientes que reciben supervisión para el cumplimiento del tratamiento por miembros de sus comunidades es ya un logro permanente para los ocho departamentos que integran el proyecto, pues los indígenas se comprometieron tanto, en dicho seguimiento, que a pesar de que la meta del proyecto para 2008 se fijó en 80%, para el segundo trimestre de ese año, en Amazonas, Guaviare, Nariño, Guajira y Cesar se llegó al 100%. Logros como estos tienen impactos muy positivos no sólo sobre las vidas de los pacientes, sino sobre las condiciones de las comunidades en general e, infortunadamente, podrían irse al traste por los factores culturales y sociales mencionados.

En cuanto a los *obstáculos en materia de salud* que se relacionan con el funcionamiento general del sistema, los equipos de los departamentos de Amazonas, Gua-



Promotores de salud del pueblo Kogui, en la Sierra Nevada-Cesar, durante los talleres de capacitación que realiza en Instituto Nacional de Salud en microscopía.

viare, Magdalena y Vichada coinciden en que la desarticulación entre los diferentes actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS– (Aseguradoras e IPS públicas y privadas) constituye la eventualidad más importante. La operatividad del Sistema hace que la articulación, entendida como la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para lograr la atención de los usuarios, sea difícil a nivel departamental. La dificultad en la unidad o articulación del sistema pone en peligro uno de los principios más importantes en los que la Seguridad Social debe centrarse: la calidad. Este es un reto especialmente complejo si se tiene en cuenta, sólo para citar un aspecto, que la atención de los indígenas por médicos occidentales debería hacerse en la lengua materna de cada etnia, con respeto por sus tradiciones y en un espacio de protección de su intimidad.

La incipiente articulación y presencia de los actores del SGSSS en zonas de pueblos indígenas, sumada a las condiciones especiales de distancia de los asentamientos indígenas hacen que el principio de la protección integral que le confiere a los afiliados beneficios en la educación y fomento de la salud y la prevención, diag-



nóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad no pueda cumplirse a cabalidad en la población objetivo del proyecto. La situación se vuelve mucho más compleja para el caso de comunidades indígenas que son nómadas.

Las dificultades de articulación son una falencia identificada también por el representante del Ministerio de la Protección Social, Ernesto Moreno cuando se refiere a: *“una desarticulación entre los actores, porque si tenemos una cobertura absoluta de población indígena al Sistema General de Seguridad Social, eso no quiere decir que la cobertura sea de calidad. Lo que tenemos que mirar es cómo mejoramos la cobertura pero con calidad (...) Existe además, desconocimiento y evasión de competencias. Como no tenemos un sistema de monitoreo fuerte, fácilmente las aseguradoras pueden tener unas dificultades enormes en la ejecución de sus actividades y, además, tratar de evadir sus responsabilidades”*.

A las disfunciones en la articulación general de los actores de salud en las zonas del proyecto se suma, según los representantes de Amazonas, Santa Marta, La Guajira, Vichada y Guaviare, lo que sería un



Comunidad del pueblo Awá en el municipio de Nariño.

segundo obstáculo en salud: la alta rotación del personal. Esto a pesar de que los esfuerzos de capacitación de profesionales en todos los departamentos del proyecto han sido intensos y constantes. Tanto, que aunque la meta de profesionales capacitados en AIEPI clínico y TB era de 50%, en el tercer trimestre de 2008 estas cifras –de personal que aplica los instrumentos en los servicios de salud en las áreas del proyecto de acuerdo con las normas nacionales–, fueron superiores. En Nariño, alcanzó el 90%; 70% en La Guajira, 100% en Cesar y 50% en Puerto Nariño, Amazonas.

La inestabilidad en la presencia de los funcionarios ocasiona una grave situación de pérdida de aprendizajes y si no existe un registro metódico, actualizado y ordenado, la memoria institucional también se desvanece. Además del conocimiento de procesos y procedi-



mientos, la ruptura de relaciones interpersonales genera consecuencias serias de superar.

Para el caso del personal de salud que atiende a las comunidades indígenas, esta rotación es mucho más grave si se tiene en cuenta que, como se mencionó en el capítulo de diálogo intercultural, la desconfianza es un rasgo fuertemente arraigado en la mentalidad de las comunidades y, en general, todos los seres humanos requieren tiempos de ajuste frente a los cambios.

Los *obstáculos sociales-políticos* son el tercer grupo identificado y entre ellos los delegados de los departamentos de Guaviare, La Guajira y Nariño señalan al desplazamiento forzado de los indígenas como una limitante no sólo para la atención en salud, sino para la vida misma de las comunidades. La situación es tan grave que en agosto de 2008 la Agencia de la Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, puso de manifiesto su preocupación por la “devastación” que causaba el desplazamiento en la población indígena. *“Hay cerca de un millón de indígenas en Colombia de más de 80 grupos indoamericanos diferentes, con más de 60 lenguas. Casi todos ellos han sido víctimas de desplazamiento*

forzado o han sido amenazados como resultado del conflicto armado. Cada año un promedio de entre 10.000 y 20.000 indígenas son registrados por las autoridades después de ser obligados a huir de sus tierras. La Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC, calcula que las cifras pueden ser mayores teniendo en cuenta que muchos indígenas no tienen acceso al registro, debido a la lejanía de sus tierras o porque no hablan español y no conocen el Sistema Nacional de Registro”, dice el comunicado a la opinión pública.

La incipiente voluntad política a nivel local, hace parte de este grupo de obstáculos, y ha sido identificada como un aspecto clave por los equipos de Guaviare, Vichada y el Distrito de Santa Marta. Según ellos, esto se traduce en la falta de apoyo para la constitución de redes; el escaso interés para generar intercambio de experiencias y la posibilidad de revisar los procesos para introducir correctivos pertinentes. Ernesto Moreno, del Ministerio de la Protección Social se refiere a este aspecto como *“la otra dificultad en el Sistema de Seguridad Social en Salud es la parte de diálogo interinstitucional y la voluntad para hacerlo, es otro de los fenómenos sobre el cual se tiene que trabajar”.*



Promotora de salud Indígena del pueblo Arhuaco en proceso de entrenamiento en microscopía.



Finalmente, entre los *obstáculos sociales* que son propios de las formas de organización de las comunidades están el difícil acceso geográfico en el ámbito del proyecto, tal como lo señalan los voceros de Nariño y Vichada, y la desnutrición aguda de las comunidades que, como se ha mencionado en capítulos anteriores, pone en riesgo la salud de las comunidades incluso con los medicamentos adecuados y un estricto seguimiento.

Con la certeza del éxito del proyecto, a pesar de los aspectos que aún deben resolverse, Dionne Patz de la OPS/OMS resume las ganancias del proyecto de la siguiente manera: *“(...) muchos logros (...) hay que reconocer que hay respeto, reconocimiento por el otro y la diferencia en la atención. Y que todo esto se realizó con la participación de los pueblos indígenas, con sus propios diagnósticos y por eso ha habido apropiación del proceso. Además se han logrado fortalecer los programas institucionales como Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI, a través del cual hacen búsqueda de sintomático respiratorio; se han iniciado procesos de atención en AIEPI teniendo en cuenta las características culturales de cada zona; y se han adaptado paquetes de servicios a modelos propios de atención”*.



Acrónimos

ACDI/CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
AIEPI	Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la Infancia
Bk	Baciloscopia
DOTS/TAS	Directly Observed Treatment Short-course/Tratamiento Acortado Supervisado
EPS	Empresa Promotora de Salud
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IPSI	Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
SNSM	Sierra Nevada de Santa Marta
SR	Sintomáticos Respiratorios
TB	Tuberculosis
UNIPA	Unidad Indígena del Pueblo Awá

60



Lista de entrevistas y participantes en los conversatorios

Arturo García, coordinador de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena de la Unidad Indígena del Pueblo Awá.

Dionne Patz, profesional de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS a cargo de la cooperación financiera de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA.

Elsa Eslait, coordinadora programa de Tuberculosis en el Distrito de Santa Marta.

Elvis Eduardo Piñeres, coordinador programa de Tuberculosis en el departamento del Guaviare.

Ernesto Moreno, coordinador acciones Alto a la Tuberculosis. Ministerio de la Protección Social de Colombia.

Ernesto Varela, coordinador programa de Tuberculosis en el departamento del Nariño.

Jesús Ismael Niño Izquierdo. Mamo Bunchanawi – Pueblo Arhuaco.

Juan Gildata, Mamo pueblo Kogui-Wiwa.

Leslie Buzón, coordinadora programa de Tuberculosis en el departamento de La Guajira.

Luz Elena Trujillo, coordinadora de Salud Pública en el departamento de Vichada.

Luz Helena Izquierdo Torres, asesora para Asuntos Indígenas del Ministerio del Interior y Justicia de Colombia.

Luz Mila Murcia Montaña, coordinadora programa de Tuberculosis en el departamento del Amazonas.

Marco Tulio Torres Serna, Coordinador Laboratorio de Salud Pública en el departamento del Guaviare.



María Teresa Garcés, coordinadora programa de Tuberculosis en el departamento del Cesar.

Martha Idalí Saboyá Díaz, profesional de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS a cargo de la cooperación técnica y financiera de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional ACDI/CIDA para Colombia.

Pier Paolo Balladelli, Representante de la Organización Panamericana de la Salud en Colombia, OPS/OMS.

Rosmira Izquierdo, coordinadora del Programa de Promoción y Prevención de la Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena –IPSI- Wintukwa, departamento del Cesar.

62



Referencias bibliográficas

Castro Manosalva, E., “Acompañamiento y asistencia técnica a la estrategia Alto a la Tuberculosis en poblaciones indígena de los departamentos de Amazonas, Guaviare y Nariño”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2008.

Escandón Moncaleano, S., Castro Manosalva, E., “Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control”. Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA) Colombia, 2007.

García Velásquez, I., “Acompañamiento y asistencia técnica a la estrategia Alto a la Tuberculosis en poblaciones indígena de los departamentos de La Guajira, Cesar, Magdalena y Distrito de Santa Marta”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2008.



Gil Castrillón, NA., "Acompañamiento y asistencia técnica a la estrategia Alto a la Tuberculosis en poblaciones indígena en el departamento de Vichada". Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2008.

Instituto Departamental de Salud de Nariño. "Informes de gestión programa de Tuberculosis". Colombia, 2005-2008.

Ministerio de la Protección Social, "Plan Estratégico Colombia libre de tuberculosis para la expansión y fortalecimiento de la Estrategia Alto a la Tuberculosis". Colombia, 2006-2015.

Ministerio de la Protección Social. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Situación actual de la Tuberculosis en Colombia. Informe epidemiológico 2007

Secretaria de Salud de Cesar, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2002-2008.

Secretaria de Salud de Distrito de Santa Marta, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2007-2008.

Secretaria de Salud de Guaviare, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2006-2008.

Secretaria de Salud de la Guajira, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2006-2008.

Secretaria de Salud de Magdalena, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2007-2008.

Secretaria de Salud de Vichada, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2006-2008.

Secretaria de Salud del Amazonas, "Informes de gestión Programa de Tuberculosis". Colombia, 2002-2008.



64

