



Sistematización de la Experiencia y Diseño de la Propuesta Metodológica de DOTS Comunitario en el Ecuador

Primera Fase: Diagnóstico

MSP Edith Alarcón Arrascue, Consultora para América Latina. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión)
Febrero del 2007

Este reporte contiene el informe acerca del diagnóstico de la Experiencia en DOTS Comunitario en Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Napo, Sucumbíos y Esmeraldas, como parte de la sistematización de la experiencia y diseño de la propuesta metodológica del DOTS Comunitario en el Ecuador.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud MS y La Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratoria promueven la integración de actividades de los programas nacionales de tuberculosis en las actividades de los proveedores de los servicios generales de salud, con el objetivo de promover el acceso al cuidado eficaz de los pacientes con TB. Los proveedores de los servicios generales de salud incluyen: los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, empleadores, médicos privados, organizaciones religiosas y la comunidad.

La organización del DOTS Comunitario en las provincias visitadas se ha realizado por iniciativa de la Organizaciones No Gubernamentales, debido a la insuficiente cobertura de atención por parte de los servicios del Ministerio de Salud Pública y la presencia de casos de TB en la población.

Para la documentación de la experiencia en DOTS Comunitario, se incluyo a solicitud del Programa Nacional de Control de Tuberculosis de Ecuador y CARE Ecuador, la inclusión del trabajo realizado por tres ONGs: DyA, RIOS y CECOMET. Sin embargo en anteriores visitas se realizo un estudio sobre el trabajo que ha venido realizando la Fundación Alli Causai, quien trabaja desde hace 23 años en zonas rurales de difícil acceso donde los servicios de salud formal son insuficientes y que ha incluido dentro de sus actividades el tema de DOTS Comunitario.

En este estudio se han incluido las siguientes zonas: El Corazón, Cicalpa, Simiatug, Archidona, Lago Agrio y Borbón que se caracterizan por ser zonas rurales, predominantemente agrícolas, hablan Kichwa y Castellano, con inaccesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud.

Las entrevistas y testimonios de la población, curanderos, ex-pacientes, voluntarios, promotores de salud, reuniones de trabajo y documentación encontrada, nos han permitido constatar que en las zonas visitadas se está administrando la terapia directamente observada, a través del trabajo conjunto de las comunidades organizadas, los promotores de salud, tecnólogos en atención primaria de salud (entrenados por la Fundación Alli Causai) y el personal de salud de las unidades operativas.

Lo evaluado permite afirmar que un factor muy importante y que permite resultados exitosos en el desarrollo de la estrategia de DOTS Comunitario es el involucramiento de la comunidad en las acciones de salud y que facilitan la detección y diagnóstico de los casos en la comunidad, la adherencia al tratamiento mediante educación y supervisión del tratamiento por promotores de salud, traducido en más del 93% de curación, indicadores que supera las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Las actividades de movilización social, abogacía, información-educación-comunicación están incluidas dentro del trabajo desarrollado por las 4 Organizaciones No Gubernamentales incluidas, como parte de las acciones en la prevención y control de la tuberculosis, por lo que es necesario sistematizar estas intervenciones y contar con una propuesta nacional que pueda ser replicada en el país y que además pueda ser utilizado como referencia para otros países que cuenten con condiciones similares de trabajo.

La implementación del DOTS Comunitario ha sido posible por la realización de convenios entre las organizaciones comunales y las Organizaciones No Gubernamentales incluidas, lo que ha permitido el desarrollo de acciones de prevención y control de la tuberculosis en cada una de las comunidades, destacándose los siguientes logros:

- Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención.
- Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres y creencias de las comunidades.
- Evaluación de los resultados de los casos de tuberculosis tanto individual como colectivamente a través del seguimiento de los casos (médico y bacteriológico) la notificación de casos y el estudio de cohortes.

Felicitar la iniciativa y el trabajo desarrollado por las Organizaciones No Gubernamentales: Fundación "Alli Causai", Desarrollo y Autogestión, La Red Internacional en Organizaciones en Salud y CECOMET, para localizar los casos y administrar el tratamiento supervisado en las comunidades visitadas, en la que los dirigentes comunitarios, promotores de salud y profesionales de salud están motivados y sensibilizados a participar en la prevención y control de la tuberculosis.

Palabras claves: tuberculosis, DOTS, promotor de salud, TDO.

Abreviaturas

BK +	Baciloscopia positiva
DyA	ONG Desarrollo y Autogestión
DOTS	La estrategia del tratamiento acortado directamente observado (DOTS), que recomienda la OMS y La Unión, ha demostrado ser exitosa y se la considera como una intervención eficaz, en función de los costos similares a la inmunización infantil y al control de enfermedades diarreicas
DPS	Dirección Provincial de Salud
FOISE	Federación de Organizaciones Indígenas de Sucumbios – Ecuador
FONAKIN	Asociación que agrupa a más de 50 organizaciones Kichwas
IEC	Información – Educación – Comunicación
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
La Unión	Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias
MSP	Ministerio de Salud Pública
ONG	Organización No Gubernamental
OMS/OPS	Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud
PCT	Programa de Control de Tuberculosis
PPD	Derivado proteínico purificado
PS	Puesto de Salud
RIOS	ONG Red Internacional en Organizaciones en Salud

SCS	Sub Centro de Salud
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
TBP BK+	Tuberculosis pulmonar baciloscopia positiva
TBP BK-	Tuberculosis pulmonar baciloscopia negativa
TB MDR	Tuberculosis multidrogorresistente
TDO	Terapia Directamente Observada
UO	Unidad Operativa
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice

Resumen

	Página
1. Justificación	6
2. Contexto	14
3. Objetivos	17
3.1. Objetivo general	17
3.2. Objetivos específicos	17
4. Material y Métodos	18
4.1 Diseño del estudio	18
4.2 Población y muestra	18
4.3 Instrumentos	18
4.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de información	18
4.5 Plan de análisis	19
4.6 Consideraciones éticas	19
5. Resultados	20
5.1 Experiencias de las ONGs en el control de la tuberculosis	20
5.2 Visitas realizadas a las áreas de trabajo de las ONGs – Año 2007	28
5.3 Entrevistas realizadas	29
5.4 Detección y diagnóstico de casos	32
5.5 Tratamiento	41
5.6 Organización y participación comunitaria	50
5.7 Estigma	56
5.8 Abogacía, Comunicación y Movilización Social	59
6. Conclusiones	61
7. Recomendaciones	64
8. Limitaciones	65
9. Agradecimientos	66
10. Bibliografía	67

Anexos

1. JUSTIFICACIÓN

La tuberculosis (TB) es un gran problema en la mayor parte de los países con escasos recursos económicos; constituye la primera causa de mortalidad debida a un agente infeccioso único en los individuos entre 15 y 49 años de edad¹.

En 1991, la cuadragésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud, reconoció la importancia creciente de la TB como un problema de salud pública y el potencial para el control eficaz en función de los costos, empleando las herramientas disponibles. La persistencia de la TB se ha debido principalmente al descuido del control de la enfermedad por los gobiernos, los programas de control de TB mal administrados, la pobreza, el crecimiento de la población y la migración, así como un ascenso significativo de los casos de TB en las zonas endémicas del VIH. Para abordar esta situación en 1994, se elaboró entonces un marco nuevo para el control eficaz de la TB y se introdujo una estrategia mundial llamada DOTS. Los cinco elementos de la estrategia DOTS, son: el compromiso político, la detección de casos usando la microscopia de esputo entre las personas con tos prolongada, la quimioterapia de corta duración estandarizada en condiciones adecuadas del manejo de caso incluido el tratamiento directamente observado, suministro regular de medicamentos y un sistema de registro y notificación estandarizado, que permita la evaluación individual de los pacientes, así como el rendimiento general del programa².

Desde la introducción de la estrategia DOTS a comienzos de los años 90, se han hecho considerables progresos. En el año 2004, 183 países habían adoptado la estrategia DOTS y el 83% de la población mundial vivía en países que disponían de cobertura DOTS. Aunque es apreciable este progreso no ha sido suficiente. Un tercio de la población del mundo ya está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis*. En el último reporte de la OMS (2006), se informó que hubo nueve millones de casos nuevos y dos millones de muertes por TB. Los pobres y los marginados en el mundo en desarrollo son los más afectados: 95% de todos los casos y un 98% de las defunciones por TB ocurren en los países con escasos recursos.

Varios retos han impedido la ejecución sostenible y la expansión de las actividades en el control de la TB. Entre ellos la débil voluntad política para mejorar el sistema de salud y la respuesta social necesaria para el control de la TB. Los servicios generales de salud pública necesitan mejorar su capacidad de mantener y ampliar la ejecución del DOTS sin comprometer la calidad de la detección de casos y el tratamiento. La participación comunitaria en la atención de TB y la necesidad de enfatizar el enfoque de promoción en el paciente son necesarias, para mejorar tanto el acceso como la utilización de los servicios de salud. La colaboración y la sinergia entre los sectores públicos, privados y voluntarios son esenciales para asegurar accesibilidad al diagnóstico y tratamiento de TB con garantía de calidad. La mayor repercusión del VIH en la incidencia de TB y el aumento de la TB multidrogorresistente (TB MDR) requiere de la ejecución eficaz de la estrategia DOTS para prevenir la aparición de nuevos casos de TB MDR, así como las medidas para curar los casos existentes.

¹ Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Manejo de la Tuberculosis. Guía para los países con escasos recursos económicos. Quinta edición, 2000. Paris, Francia.

² Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. WHO/CDS/TB/2002.297. Ginebra 2002.

El tratamiento directamente observado (TDO), sigue siendo el núcleo central de la nueva Estrategia Alto a la Tuberculosis. Las áreas de trabajo propuestas para ampliar la nueva estrategia son: participación comunitaria y de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) en atención de la tuberculosis, promoción, comunicación y movilización social, mejora de la gestión de la TB MDR y la TB/VIH. La participación comunitaria en la lucha contra la TB forma parte de la estrategia de los países con alta carga de TB (PACT). El número de PACT que cuentan con estrategias nacionales de promoción, comunicación y movilización social ha pasado de dos en 2002 a once en el 2005, y esta previsto que llegue a 19 en el 2007³.

La pobre adherencia del paciente a la medicación prescrita se ha reconocido mucho tiempo como uno de los principales problemas para un control eficaz de la tuberculosis. En respuesta a este problema, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y La Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión) recomiendan el uso de la terapia directamente observada, que es uno de los componentes de la estrategia DOTS, en la que los pacientes con TB toman la medicación bajo la vigilancia directa de una persona entrenada.

La estrategia DOTS en la Región de las Américas en el año 2003 fue de 78%, teniendo diferentes coberturas en cada uno de los países. La Organización Panamericana de la Salud, ha estratificado a los países de la región de acuerdo a criterios operacionales (cobertura de la estrategia DOTS) y epidemiológicos (tasa de incidencia estimada de tuberculosis por la Organización Mundial de la Salud). Ecuador se encuentra en el grupo de países catalogados como Escenario 4, incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura DOTS inferior al 75%⁴.

Los países del grupo catalogados como Escenario 4 (incidencia estimada de TB superior a 50 por 100.000 habitantes y cobertura DOTS inferior al 75%), que tienen como característica común la implementación tardía de la estrategia DOTS y/o expansión lenta o ausencia de implementación. El promedio del grupo es influenciado por la carga de tuberculosis reportada por Brasil, que representa el 69% de la población y el 67% de los casos notificados por el grupo. Este grupo a su vez ha sido dividido en dos subgrupos: grupo A: integrado por Brasil, Colombia, Ecuador y República Dominicana, y el grupo B: Guyana, Haití, Paraguay y Surinam.

El primer grupo muestra un descenso de la incidencia notificada en Ecuador y República Dominicana, relacionado más a problemas en la localización de casos y/o al sistema de información, por lo que se presume que no están reportando un descenso real en las tasas de incidencia.

³ Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362), page 10.

⁴ Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. ISBN 92 7 532673 8. Organización Panamericana de la Salud, 2005.

La tuberculosis en el Ecuador se reconoce como un problema de salud pública, por lo que desde el año 2001 el Ministerio de Salud Pública inició la implementación de la estrategia DOTS en los servicios de salud, reportándose una cobertura del 69%⁵ a junio del 2005.

En el contexto de la Región de las Américas, Ecuador se encuentra entre los diez países con mayor carga de tuberculosis, los mismos que aportan el 75% del total de casos reportados en el año 2003 de la Región.

La proyecciones de la Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS), estima que la incidencia de la tuberculosis (todas las formas) en Ecuador, debe superar los 17 mil casos anuales y los casos bacilíferos en casi 7 mil, lo que estaría reflejando un sub registro importante de casos, que irá mejorándose a la medida que el DOTS se extienda a las 16 provincias restantes y a otras instituciones del sector salud.

En el Reporte Global de Control de Tuberculosis⁶, Ecuador reporta para el año 2003 un total de 7 568 total de casos (todas las formas) y 4 488 casos de TBP BK (+), con una tasa de incidencia de TBP BK (+) nuevos de 35 por 100 000 habitantes. Del total de los casos TBP BK (+) nuevos, 2 981 (66,4%) fueron notificados por establecimientos de salud en los que se habían implementado la estrategia DOTS. De estos 1 777 (59,6%) fueron evaluados a través del estudio de cohorte para el mismo año, obteniéndose los siguientes resultados: 79% de curación, 6% tratamiento completos, 3% fallecidos, 3% fracasos, 9% de abandonos y 2% de transferencias sin confirmar.

La implementación de la estrategia DOTS en el Ecuador se inicia en el año 2001, en tres áreas demostrativas en las provincias de Azuay, Guayas y Pichincha, extendiéndose en el 100% de las áreas y establecimientos de salud en marzo del 2004; con ello se logró una cobertura de 51% de la población con la estrategia DOTS. A partir de abril del 2004, se inicio la implementación en 3 provincias más, El Oro, Manabí y Tungurahua, obteniéndose una cobertura de DOTS de 54% en las áreas de salud y 46% de los establecimientos de salud del país, estimándose que un 69% de la población tendría acceso a la estrategia DOTS, a Junio del 2005.

La tendencia de la curación al tratamiento para los casos nuevos con TB pulmonar con baciloscopia positiva se ha incrementado de 16% en 1999 a 80,1% en el primer semestre del 2004, en las 6 provincias en las que se implemento la estrategia DOTS⁵.

El diagnóstico temprano y la adherencia al tratamiento son los factores clave para el control de la tuberculosis. Sin embargo la falta de adherencia al tratamiento ocasionan las bajas tasas de curación. Los pacientes son usualmente diagnosticados de tuberculosis como consecuencia

⁵ Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de Tuberculosis, Control y Mejoramiento de la Salud Pública. Paginas 1, 6, 32

⁶ Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2005. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2005.349), pages 173.

de la interacción entre la búsqueda de atención y las actividades de detección pasiva de los servicios de salud⁷.

En los resultados preliminares de un estudio realizado para estimar la verdadera prevalencia de sintomáticos respiratorios (SR) en las unidades de salud de tres provincias (Azuay, Guayas y Pichincha) en las que se implementó la estrategia DOTS, se encontró una prevalencia de SR de 13% versus lo reportado en el informe del tercer trimestre del 2004, de 1,4%⁸

Los resultados del estudio vigilancia a los medicamentos antituberculosos realizado en el 2004-2005, evidencian una alta prevalencia de multidrogoresistencia (MDR) primaria (5%) y MDR secundaria (24,3%), como consecuencia de los siguientes factores: existencia de tratamientos auto administrados, irregularidad en el abastecimiento de medicamentos, entre otros problemas que existieron antes del año 2000⁹.

Los servicios de salud a la población del Ecuador están distribuidos por institución: Ministerio de Salud Pública 30%, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) 20%, sector privado 15%, Fuerzas Armadas 3%, SOLCA 2% y Junta de Beneficencia de Guayaquil 2%. El 28% de la población no tiene acceso a los servicios de salud¹⁰.

De acuerdo a los resultados del último censo nacional en el Ecuador, 61% de la población habita en zonas urbanas y 39,0% en las rurales. Las organizaciones indígenas estiman que entre 25% a 30% de los habitantes pertenecen a este grupo, concentrado principalmente en la Amazonía y en el área rural andina. Anexo 1.

Dentro de las conclusiones y recomendaciones de la IV Reunión Anual de Evaluación del PNT de Ecuador, se establece que es necesario fortalecer la formación y participación de líderes comunitarios, continuar la coordinación con el departamento de salud indígena para mejorar la detección y facilitar la observación de los tratamientos, y extender la experiencia en otras provincias¹¹.

La necesidad de incluir a la comunidad en el control de la TB no es nueva: fue reconocida en el Noveno Informe de expertos de la OMS en 1974¹².

Romero y col, afirman que la participación de los diferentes grupos, líderes comunitarios y grupos étnicos tienen un valor indiscutible, debido a que contribuyen a desarrollar actividades

⁷ Alvarez- Gordillo G, Avarez-Gordillo J, Dorantes-Jiménez J y col. Salud Pública de México. Vol. 42, No. 6, Noviembre – Diciembre 2000.

⁸ Informe preliminar de la investigación operacional para la evaluación y mejoramiento de la detección de casos en Ecuador: Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, paginas 38-39.

⁹ Kuffo D. informe del estudio de resistencia a fármacos antituberculosos en Ecuador. Años 2002 – 2003. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, paginas 32-37.

¹⁰ Plan de acción para el fortalecimiento gerencial de los niveles del PNT en el Ecuador 2005 – 2006. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 41-53.

¹¹ IV Reunión Anual del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis – Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Conclusiones y Recomendaciones, página 81.

¹² World Health Organization Expert Committee on tuberculosis, 9th report. World Health Organization Technical Report Series No. 552. Geneva, Switzerland: WHO, 1974

de control de la tuberculosis en la comunidad¹³. Sin embargo, el enfoque de las actividades de control ha estado dirigido a fortalecer las actividades del control de TB en las unidades operativas del primer nivel entre los años 2000 y 2006.

Chaulk¹⁴ afirma que las organizaciones no gubernamentales (ONGs) juegan un papel muy importante dentro de la sociedad civil, coordinando entre la comunidad y aquéllos que toman las decisiones y asignan los recursos. Efectivas acciones de control de la tuberculosis, basados en la comunidad requiere iniciativas comprensivas que incorporen los esfuerzos para dirigirse a las causas de la enfermedad. También afirma que el plan y evaluación de tales iniciativas, basado en “la teoría del cambio” debe involucrar lo siguiente: 1) la inclusión de la población en el plan y en las fases de aplicación; 2) el desarrollo de intervenciones dentro del contexto social y cultural de la población; y 3) la definición de los objetivos a largo y mediano plazo que indique el progreso de las acciones en el control de la tuberculosis.

El logro de la participación de la comunidad en la atención de TB podría aumentar un efectivo acceso a la atención de TB, por lo que se necesita apoyarlos en base a sus necesidades. En la practica esto significar proporcionar un socio para el tratamiento y reforzar la motivación de los pacientes para seguir el tratamiento y cortar la tendencia de algunos a interrumpirlo¹⁵. Es por esto importante que los programas de control de la TB, exploren el uso de estrategias localmente apropiadas y aceptables dirigidas a la observación directa del tratamiento por parte de la comunidad.

La OMS y La Unión promueven la integración de actividades de los programas nacionales de tuberculosis en las actividades de los proveedores de los servicios generales de salud, con el objetivo de promover el acceso al cuidado eficaz de los pacientes con TB. Los proveedores de los servicios generales de salud incluyen a los gobiernos, organizaciones no gubernamentales, empleadores, médicos privados, organizaciones religiosas y la comunidad. En la mayoría de los países, los programas nacionales de tuberculosis se han concentrado a menudo en promover el acceso al control de la tuberculosis, a través de los medios de salud gubernamentales. Desafortunadamente los servicios de salud gubernamentales no localizan a todas las personas con tuberculosis, debido a la inadecuada infraestructura de los servicios de salud, insuficiente descentralización y necesidades que exceden los recursos localmente disponibles.

La participación de la comunidad en el cuidado de la TB como parte de las actividades de los programas nacionales de tuberculosis tiene el potencial para superar algunas de estas limitaciones, para mejorar la cobertura de la estrategia DOTS y el uso más eficaz de recursos. Cada vez más PNT están promoviendo el acceso eficaz en el control de la TB, a través de otros proveedores de servicio de salud, incluyendo a la comunidad. La comunidad puede definirse como un "grupo de las personas que tienen algo en común y actuarán juntos en el

¹³ Romero E, Hernández L, Graham B, Zavala D y col. Información, Educación y Comunicación como medios de cambio para el control de la tuberculosis en el Ecuador. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 24-26.

¹⁴ Chaulk C P, Grady M. Evaluating tuberculosis control programs: strategies, tools and models. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4 (Suppl 2): S55 – S60.

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. WHO/CDS/TB/2002.297. Ginebra 2002

interés común..... Muchas personas pertenecen a varias comunidades diferentes; los ejemplos incluyen el lugar donde ellos viven, las personas con que ellos trabajan, o grupo religioso”¹⁶

La contribución de la comunidad al cuidado de TB es explícitamente una contribución y no substituye las actividades de los programas de control de tuberculosis. La responsabilidad en el control de la TB debe permanecer en el programa, las comunidades pueden contribuir al control de la TB, a través de:

- Apoyo en el cuidado de los pacientes con TB, durante el tratamiento (incluyendo el TDO),
- Educación al paciente, familia y comunidad,
- La búsqueda de casos,
- Cabildeando para el compromiso gubernamental en el control de la TB
- Ayudando a incrementar la responsabilidad de los pobladores en la comunidad para cuidar su salud.

Se han encontrado diferentes experiencias realizadas sobre DOTS Comunitario, en las que se describen las contribuciones en el cuidado de los pacientes con TB en la comunidad. Los informes publicados muestran buenos resultados y las contribuciones de la comunidad en el cuidado de los pacientes con tuberculosis en varios escenarios culturales. Una limitación de muchos de los informes publicados es que ellos se refieren a proyectos pilotos con números relativamente pequeños de pacientes. El desafío es mostrar buenos resultados del acercamiento de la comunidad en el cuidado de la tuberculosis, mientras se mejoran los resultados con una mayor cobertura de la población¹⁷. En este estudio realizado en base a la revisión de literatura publicada de 8 proyectos distritales en seis países del África (Botswana, Kenya, Malawi, Sud África, Uganda y Zambia), se encontró que el ofertar facilidades para administrar el tratamiento en la comunidad, tenía como resultado altos porcentajes de tratamientos exitosos y que el costo promedio para las familias y los establecimientos de salud es menor en comparación a si se hospitalizan los pacientes durante la fase inicial de tratamiento.

En el estudio publicado por Hadley M¹⁸, se afirma que las medidas de descentralización del control de TB más allá de las medidas sanitarias, incluyendo la contribución de la comunidad, puede aumentar el acceso a la atención eficaz de la tuberculosis. La comunidad puede proveer apoyo psicológico y logístico a los pacientes para completar el tratamiento. Las enseñanzas del compromiso formal de la comunidad indican que los programas deben orientarse para asegurar que el tratamiento sea accesible. Esta actividad puede combinarse con otras actividades: difundir mensajes para aumentar el conocimiento y promover la adherencia al tratamiento, orientar a los pacientes que interrumpen el tratamiento, reconocer los efectos adversos e identificar casos sospechosos de tuberculosis.

¹⁶ STOP TB Department - WHO. Community Contribution to TB Care: Practice and Policy. Review of experience of community contribution to TB care and recommendations to National TB Programmes. WHO/CDS/TB/2003.312. Geneva 2003.

¹⁷ Dermot M, The role of the community in the control of tuberculosis. ELSEVIER. Tuberculosis (2003) 83, 177-182.

¹⁸ Hadley M, Maher D. Community Involvement in tuberculosis control: lessons from other health care programmes. Int J. Tuberc Lung Dis 4 (5): 401-408, 2000 IUATLD.

En una unidad de tuberculosis que cubre una población de 600 000 habitantes en el distrito de Guarhaon, del Estado de Haryana, en la India, en el que la estrategia DOTS se inicio desde abril del año 2000, se encontró que la tasa de éxito de tratamiento para los pacientes con TBP BK(+) nuevos, registrados en los libros de registro de casos de TB y que recibieron tratamiento directamente observado (TDO) de voluntarios de la comunidad era comparable a la tasa de éxito de los pacientes que recibieron TDO de los trabajadores de la salud gubernamentales (78% contra la 77%). La proporción de pacientes que reciben el tratamiento de voluntarios de la comunidad ha aumentado significativamente con el tiempo (13% en el 2000 a 25% en el 2002), aún en ausencia de incentivos financieros¹⁹.

En la revisión de la literatura no se encuentra una definición de DOTS Comunitario, sin embargo la interpretación y el enfoque que actualmente es aceptado por los organismos internacionales, nacionales y por la información publicada, se refiere a la **participación de la comunidad a través de los promotores de salud y/o voluntarios sensibilizados y entrenados, en colaborar en acciones de prevención, promoción, detección oportuna, tratamiento directamente observado, acompañamiento de los casos y vigilancia comunitaria en TB**. En todo este proceso es importante destacar la contribución de la comunidad organizada y la responsabilidad que ellos asumen para la realización de todas las actividades arriba descritas.

Los promotores de salud, son personas que trabajan voluntariamente y pueden ayudar a incrementar efectivamente el acceso en la atención de tuberculosis, como extensión de los servicios de salud en las zonas donde no se cuenta con servicios de salud accesibles a la población por problemas geográficos, culturales y económicos. Es el personal de salud de los servicios de salud y/o institución de salud quienes tienen la responsabilidad de coordinar, apoyar y acompañar el trabajo de los promotores de salud y/o voluntarios.

La organización de la población juega un papel importante en la sostenibilidad de las acciones que se establezcan, es por tanto importante incluir en la propuesta un proceso de reflexión - acción de la comunidad para la solución de sus problemas.

En este contexto, existen en Ecuador, diferentes Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que han incluido dentro de sus actividades, el control de la tuberculosis, para llegar a las comunidades y población con poca accesibilidad geográfica y cultural a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud Pública.

Este informe buscar responder al primer objetivo específico de la consultoría "Propuesta metodológica para la aplicación de la Estrategia DOTS Comunitario en el Ecuador", por lo que se presentan los procesos y resultados obtenidos en el control de la tuberculosis en poblaciones indígenas, a través de las iniciativas de las ONGs Fundación Alli Causai (FAC), Desarrollo y Autogestión (DyA), La Red Internacional en Organizaciones en Salud (RIOS) y CECOMET, actividades que complementan las acciones desarrolladas por los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

¹⁹ Singh A, Parasher D, Shekhavat G, Sahu S, Wares D, Granich R. Effectiveness of urban community volunteers in directly observed treatment of tuberculosis patients: a field report from Haryana, North India. Int J. Tuberc Lung Dis 8 (6): 800-802, 2004 IUATLD.

Posteriormente a esta primera fase se participará en la preparación de una propuesta metodológica que incluya los instrumentos para trabajar en DOTS comunitario, dirigido a trabajadores de salud, voluntarios y promotores de salud en tuberculosis y establecer recomendaciones para que el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Ecuador, implemente el DOTS Comunitario en el país.

Esta consultoría se desarrolla en el contexto del Proyecto del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria, que tiene como beneficiario principal a CARE Ecuador.

2. CONTEXTO

Con la finalidad de conocer el contexto en que se desarrollaron estas iniciativas, se solicitó a las ONGs incluidas en el estudio completaran la información acerca del contexto socio-económico, geográfico, cultural, y de las actividades en el control de tuberculosis habiéndose obtenido la información de DyA; también se incluye la información recibida por la Fundación Alli Causai, recolectada en el estudio realizado anteriormente.

Fundación Alli Causai

Las tres comunidades indígenas (El Corazón, Cicalpa y Simiatug), se caracterizan por pertenecer a etnias Kichwas, las lenguas utilizadas son Kichwa y español, ubicadas entre 2 100 y 3 700 metros sobre el nivel del mar (msnm). Las mujeres indígenas mayores hablan muy poco castellano y hasta hace poco su contacto con el mundo mestizo, era a través de los hombres.

Las fuentes de ingreso provienen de la agricultura y de la crianza de ovinos. La forma de producción de los agricultores se sustenta en la mano de obra familiar y, en determinados momentos del ciclo de producción, se recurre a la práctica cultural de presta manos entre familias. Las formas de trabajo más generalizadas son las manuales y en un porcentaje alto el uso de yuntas, en tanto la mecanización de la agricultura, es casi inexistente. Los cultivos principales son de cebada, papa y maíz. La crianza de ovinos también es significativa especialmente en las zonas más altas, donde tienen las condiciones naturales necesarias por la presencia de pastos naturales.

No se encontraron indicadores demográficos en las tres zonas de estudio, tales como tasa de fecundidad, tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna y esperanza de vida al nacer.

Con relación al nivel de pobreza, más del 65% viven en pobreza extrema y el nivel educativo indica que en promedio acceden a 3 años aprobados en una escuela básica y más de la mitad de la población sabe leer y escribir. Sin embargo, en Colta (Cicalpa) uno de los problemas más críticos es el alto índice de analfabetismo en las mujeres, sólo 1 de cada 3 sabe leer y escribir.

Por la lejanía a las zonas urbanas y el costo que representa el transporte, el gas doméstico en estas zonas no es utilizado. La gente acostumbra quemar paja y leña dentro de las mismas casas para cocinar, debido a la escasez de ventanas en las casas el humo impregna el ambiente incrementando los problemas respiratorios.

En las tres provincias (Cotopaxi, Chimborazo y Bolívar), cuentan con hospitales, establecimientos de salud de primer nivel de atención y laboratorios. En cada una de las áreas hospitalarias tienen por lo menos 1 hospital y 1 laboratorio que realiza baciloscopias. Sin embargo en las zonas de estudio, sólo El Corazón cuenta con hospital y laboratorio, las otras dos zonas de estudio no cuentan con estos servicios hasta la fecha. En Cicalpa existe un puesto de salud perteneciente al MSP y un dispensario del IESS.

En la parroquia matriz **El Corazón**, se encuentra la comuna Panyatug, el centro de salud más cercano esta en Pinllopata, que esta ubicado a 1 hora en vehículo, sin embargo este establecimiento de salud pertenece al Seguro Social Campesino, donde solo pueden atenderse los afiliados y cuenta como personal de salud permanente una auxiliar de enfermería.

En la cabecera cantonal tienen a la disposición un hospital cantonal (El Corazón), con servicios de: emergencia para atención de segundo nivel las 24 horas, consulta externa, hospitalización con 15 camas, farmacia, laboratorio, radiología y odontología. Para acceder al Hospital de El Corazón (Ministerio de Salud) el costo es de 15 dólares por el transporte en automóvil. Solo las comunidades de Quishpe Palma Urco y La Plancha, tienen acceso a carretera; los pobladores de las otras comunidades tienen que caminar 30 minutos adicionalmente. En la zona baja, los pobladores de las comunidades de Tres Esteros y Colinas de Dios, caminan desde su comunidad hasta la carretera un promedio de 2 horas y de allí al establecimiento de salud mas cercano, caminan 2 horas mas y adicionalmente viajan 1 hora 30 minutos en vehiculo.

Las dos parroquias que están siendo atendidas en la provincia de Bolívar de la zona de estudio **Simiatug**, se encuentran en el Área de Salud No. 1, con la dificultad de que las carreteras solo pueden ser utilizadas en verano, el costo de vehiculo es mucho más alto que en otras zonas, la ambulancia del SCS no dispone de chofer. Caminando desde la carretera, se puede llegar al establecimiento de salud entre 1 a 12 horas.

En la zona de estudio de **Cicalpa** (Colta), provincia de Chimborazo, se encuentra el Área de Salud No. 2 y el Cantón Colta (Puesto de Salud Cicalpa). De las comunidades hacia Colta, el alquiler de un vehiculo cuesta entre 7 a 10 dólares. Las personas tienen que caminar más o menos 1 hora hasta el PS y 2 horas hasta Colta donde existe un Hospital Cantonal.

Debido a las dificultades en el transporte y limitada presencia de establecimientos de salud en las zonas de estudio para brindar atención inmediata en caso de una emergencia, la Fundación "Alli Causai" ha entrenado a promotores de salud en cada una de las comunidades y cuentan con un botiquín de primeros auxilios.

La Fundación "Alli Causai" (FAC) trabaja desde hace 23 años en zonas rurales de difícil acceso donde los servicios de salud formal son insuficientes y la medicina tradicional esta muy extendida (solo hechiceros y curanderos). Trabajan con poblaciones indígenas Kichwas. El abordaje lo realizan a través de las organizaciones comunitarias en cada zona.

El trabajo con las organizaciones comunales esta dirigido a mejorar las condiciones de saneamiento básico y salud: agua, producción y nutrición, capacitación de recursos humanos para el campo y en enfermedades prevalentes (tuberculosis entre ellas), gestión ciudadana y presión política a las autoridades bajo la premisa "*tener salud, es un derecho de los ecuatorianos*", en las comunidades indígenas de Tungurahua, Cotopaxi, Chimborazo y Bolívar.

Desarrollo y Autogestión

De acuerdo al INEC, la población de la **Provincia del Napo** fue de 79,139 habitantes (Censo 2001) distribuidos en los cinco cantones como lo señala el cuadro siguiente, siendo el Cantón Tena el más poblado (58.1% del total provincial). La densidad poblacional fue de 6.3 habitantes por Km². La distribución poblacional fue de 67.6% para la zona rural y 32.4% para la zona urbana de la provincia. Del total de habitantes 40,284 son de sexo masculino (50.9%) y 38,855 de sexo femenino (49.1%). La población indígena representa el 54.91% del total registrado censalmente.

El Cantón Archidona cuenta con una población de 18 551 habitantes (Censo 2001), se caracterizan por ser pertenecer a etnias Kichwas, las lenguas utilizadas son Kichwa y español.

El 77.6% de la población del Napo es pobre. Del porcentaje señalado el 42.83 % son indigentes (informada recibida por DyA). Encontrándose diferencias marcadas entre sus cantones, como lo sucedido entre El Chaco y Archidona, que tienen 59,73% y 86,11 % de pobreza respectivamente.

La tasa de analfabetismo en la Provincia de Napo alcanzó el 9.5% de la población de 10 años y más. Existen diferencias de género, alcanzando el 12.2% en mujeres, a diferencia del 6.9% en hombres. El sector rural es el que presente mayores tasas (11.5%) comparado con el sector urbano de la provincia (5.7%).

La escolaridad media en Napo fue de 6.1 en el 2001 (Censo 2001), comparado con 5 en el año 1990. El Cantón que ha experimentado el mayor crecimiento y que tiene el mayor promedio de años de escolaridad es el de Quijos.

En Napo existen varios productos que tienen importancia a nivel nacional; la naranjilla representa el 29,7% de la producción del Ecuador, la palma africana el 14.3%, el café 13.3% y la papaya cerca de 10%.

Se reportaron las tasas de mortalidad infantil en Archidona (16,58 por mil nacidos vivos) es superior a la provincia de Napo (10,43 por mil nacidos vivos). No se notifico otros indicadores demográficos, tales como tasa de fecundidad, tasa de mortalidad, tasa de mortalidad materna y esperanza de vida al nacer.

En las provincia de Napo, cuentan con 1 hospital, 31 establecimientos de salud de primer nivel de atención (8 están ubicados en zonas urbanas) y 4 laboratorios que hacen baciloscopias. De estos en Archidona se encuentran 2 centros de salud, 10 sub centros de salud y 10 puestos de salud, además cuentan con 2 laboratorios que hacen baciloscopias.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General

Contar con una propuesta metodológica para la aplicación de la Estrategia DOTS Comunitario en el Ecuador

3.2 Objetivos Especificos

- Diagnóstico de las experiencias realizadas por la ONGs en DOTS Comunitario.
- Diseñar una propuesta metodológica que incluya los instrumentos para trabajar en DOTS comunitario, dirigido a trabajadores de salud, voluntarios y promotores de salud en tuberculosis.
- Establecer recomendaciones para que el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis de Ecuador, implemente el DOTS Comunitario en el país.

4. MATERIAL Y METODOS

4.1 Diseño del estudio

Descriptivo, observacional.

4.2 Población y muestra

La población esta constituida por las comunidades indígenas de las provincias de Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Napo, Sucumbios y Esmeraldas.

En este estudio se han incluido tres zonas de estudio: El Corazón, Cicalpa y Simiatug, Archidona, Lago Agrío y Borbón, que se caracterizan por ser zonas rurales, predominantemente agrícolas, hablan Kichwa y castellano, con inaccesibilidad física, económica y cultural a los servicios de salud.

4.3 Instrumentos

- Documentación, a través de encuestas y un formato que se les facilitó para la recopilación de información del contexto socio-económico, geográfico, cultural, y de las actividades en el control de tuberculosis realizadas hasta la fecha. Anexo 2.
- Se aplicó una encuesta estructurada con respuestas abiertas (previamente se realizó un piloto para validar la terminología y abordaje de las preguntas en Simeatug), con la finalidad de recolectar la información de los entrevistados. Anexo 3.

Esta encuesta estuvo distribuida en tres partes:

- Conocimientos acerca de tuberculosis y su curación
 - Utilización de servicios DOTS
 - Organización y participación comunitaria
- Se utilizaron los formatos de informe de notificación de casos y estudios de cohorte utilizados por el Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, para recopilar la información operacional y epidemiológica de TB. Anexo 4 y 5.

4.4 Técnicas y procedimientos para la recolección de información

- Visitas de campo a las provincias incluidas en el estudio, para conocer la experiencia de DOTS Comunitario y tener una visión global de las experiencias en el país.
 - Durante la última semana de Julio del 2006, se visitaron las tres comunidades de El Corazón, Cicalpa y Simiatug; y
 - Del 22 de Enero al 02 de Febrero del 2007. Ver cronograma de trabajo en el Anexo 9, para las visitas a las provincias de Napo, Sucumbios y Esmeraldas.

- Entrevistas y reuniones con los directivos de las instituciones que han implementado la estrategia DOTS-Comunitario, entrevistas con pobladores en general, líderes comunitarios, promotores de salud y otros que se consideren relevantes.
- Sistematización de la documentación recibida durante las visitas.

4.5 Plan de análisis

Para realizar el análisis de datos se utilizó:

- La base de datos de las entrevistas fue preparada en Epi Info, versión 3.2.2
- Análisis de variables incluidas

4.6 Consideraciones éticas

Se explicó a los entrevistados el motivo del estudio y se solicitó la participación voluntaria para realizar cada una de las entrevistas. No se identifican los nombres de las personas entrevistadas.

Los datos obtenidos han sido utilizados con la finalidad de identificar los conocimientos, actitudes y prácticas en el control de la tuberculosis en las zonas visitadas.

5. RESULTADOS

5.1 Experiencias de las ONGs en el control de la tuberculosis

5.1.1 Fundación Alli Causai

La Fundación “Alli Causai”, trabaja desde hace 23 años en zonas rurales donde no hay actividades médicas (solo hechiceros y curanderos). Trabajan con poblaciones indígenas Kichwas y Chachi. El abordaje lo realizan a través de las escuelas, trabajo con los padres de familia y comunidades de áreas rurales.

El trabajo con las organizaciones comunales esta dirigido a mejorar las condiciones de saneamiento básico y salud: agua, producción y nutrición, capacitación de recursos humanos para el campo en enfermedades prevalentes como la tuberculosis, gestión ciudadana y presión política a las autoridades bajo la premisa “*tener salud, es un derecho de los ecuatorianos*”, en las comunidades indígenas de Tungurahua, Cotopaxi, Chimborazo y Bolívar.

La idea de trabajar con la población indígena en el Ecuador, se origina en un grupo de estudiantes de medicina, que antes de realizar el servicio rural, se organizaron como un grupo de intercambio de experiencia, actividad comunitaria y estudio con el profesor Dr. Eduardo Estrella, Psiquiatra y Antropólogo Médico, que los estuvo asesorando y apoyando esta propuesta, revisando el marco conceptual y las estrategias de intervención.

Al iniciar el servicio rural se orientaron a la zona central andina del Ecuador, con previa relación de trabajo con comunidades organizadas localmente. Algunos se quedaron más de un año trabajando en la comunidad con la idea de potenciar lo que se había realizado, todos se trasladaron a zonas donde existían organizaciones campesinas.

Trabajaron durante 7 años con programas de APS financiados por las organizaciones comunitarias con contratos individuales, luego el equipo decide tener su propia personería jurídica con el objetivo de lograr mayor estabilidad en los procesos de trabajo y relación con las organizaciones, el equipo busca transformar los compromisos individuales de trabajo a través de convenios interinstitucionales.

Desde 1983 hasta 1990, trabajaron y gestionaron recursos ante diversas organizaciones europeas logrando financiamiento para algunas actividades: atención primaria y capacitación de recursos humanos y en algunas organizaciones vinculadas al trabajo de mujeres, que son grupos comunitarios de trabajo artesanal y productivo (cría de animales menores y producción de granos). En estas zonas existe una migración importante de los hombres hacia la costa (la zafra) en empresas de agro importación, café, caña, piladoras de arroz, cargando banano, diferenciado de acuerdo a la zona.

Desde 1987, la organización se encontraba formalizada y buscando obtener un mayor respaldo tramitaron la personería jurídica como institución en 1991, siendo aprobada en 1994. La visión fue complementar el trabajo rural con una infraestructura urbana de

referencia un lugar donde atender a las personas con problemas de salud que requieran atención de mayor especialización y es así como Ambato se convierte en el centro de movilización y centro de referencia.

En 1988, se apertura un Consultorio en conjunto con el Movimiento Indígena de Tungurahua, en 1990 se abre otro dispensario que se encontraba dentro de un barrio marginal con niveles importantes de delincuencia y violencia (trabajaron 2 años aproximadamente).

En 1992, comenzaron a trabajar en el dispensario incluyendo un servicio de hospitalización.

El Hospital de la Fundación Alli Causai, se inaugura en el año 2000, con servicios de consulta externa. Hasta la fecha se ha ido construyendo más servicios: hospitalización (22 camas) con 1 sala quirúrgica, farmacia y servicio de emergencia.

Dentro del staff cuentan con: 1 médico internista, 1 gineco-obstetra, 1 pediatra, 1 médico general, 1 cirujano general, 1 traumatólogo, 2 odontólogas, 1 bioquímica farmacéutica, 5 enfermeras, 1 psicólogo, 1 nutricionista, 1 auxiliar de farmacia y 1 tecnóloga de laboratorio. El horario de atención es de 24 horas.

Entre otra de las actividades de la FAC, en 1992 se inició un convenio con la Universidad Estatal de Bolívar – Facultad de la Salud Humana, para realizar un entrenamiento entre los jóvenes interesados de las comunidades, en una carrera de Tecnología en Atención Primaria de Salud (APS). Hasta la fecha 24 personas de ambos sexos, 60% mujeres, en edades que oscilan entre 15 y 27 años han egresado de esta carrera. La modalidad del entrenamiento es ofrecer la posibilidad de entrenamiento a las organizaciones comunitarias; ellos a su vez enviaban sus delegados, con el compromiso de que durante el tiempo de duración de la beca y después debían trabajar a la comunidad, por el mismo tiempo de capacitación (3 años).

En 1998 tuvieron la primera promoción de 8 personas capacitadas, que hasta ahora están trabajando en diferentes espacios con el estado, en salud y educación. Todos trabajan en la zona de procedencia y la mayor parte vive en las mismas comunidades de procedencia. También han mantenido cargos diligenciales en sus comunidades. A la fecha ya tienen 3 promociones con un total de 24 graduados, hay un grupo que aun están estudiando en diferentes niveles. Algunos de los egresados de Tecnología en APS, han continuado estudiando otras carreras, por ejemplo enfermería y medicina.

5.1.2 Desarrollo y Autogestión (DyA)

La ONG DyA, ha trabajado en el control de la TB desde el año 1999, iniciando sus actividades con la presentación de una propuesta a las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el nivel provincial y cantonal.

Los resultados de la búsqueda de casos fueron: examen de 2 205 personas de una población total de 2 917 (75,6%) e identificación de 92 SR (3,1%) y examen de 81 (88%), 8,6% SR BK (+).

TDO a 7 pacientes y que tuvieron la siguiente condición de egreso: curados 85,7% y fallecidos 14,3% (que representa 1 caso).

Selección de comunidades, selección de voluntarios, censo poblacional, atención médica familiar, laboratorio de campo e investigación de la percepción de la TB.

En el año 2000, se continuaron con las coordinaciones con el MSP y se realizaron las siguientes actividades:

- Establecimiento de consensos y capacitación al personal de salud de las unidades operativas del Cantón.
- Búsqueda activa en 14 comunidades indígenas, con participación de las brigadas y personal del MSP
- Coordinación con las Unidades Operativas (UO) para la implementación de la TDO.
- Se inicia el trabajo con el hospital, para que se implemente la derivación de pacientes y se empieza a trabajar con voluntarios para los pacientes hospitalizados,

En el 2001, los pacientes detectados por el Proyecto, son referidos a las unidades de salud y se realiza el seguimiento conjunto a los pacientes entre personal de DyA, MSP y Promotores de Salud.

Con la finalidad de mejorar las acciones en el control de la TB, a partir del 2002, DyA realizó actividades para mejorar la búsqueda de casos de TB en las comunidades, las UO asumieron el compromiso de realizar el seguimiento de los SR y se continuó con las coordinaciones con el hospital para la derivación y transferencia de pacientes.

Actualmente la población de la zona de intervención, es 18 551 habitantes. El 67,6% vive en áreas rurales, 55% de la población es indígena, 86,1% de la población es pobre el 18% de las mujeres y el 9% de hombres son analfabetos, y el 70% de la población habla Kichwa.

En las Unidades Operativas (UO) de esta zona, no siempre hay médicos y la población prefiere ir al CS Archidona donde hay más especialistas, sin embargo también refieren los pacientes, promotores y personal de salud la existencia de una buena coordinación entre el personal de salud de las UO y los promotores de salud.

Los médicos de las UO no tienen una respuesta ante la presencia de reacciones adversas a los medicamentos antituberculosis, manifestando que son “efectos propios de los medicamentos, y que ya se les va a pasar”. No cuentan con protocolos para la atención de reacciones adversas en los pacientes que reciben tratamiento.

Con relación al trabajo de las organizaciones comunales:

- Las personas que realizarán las funciones de Promotores de Salud, son elegidos por las organizaciones comunales. Actualmente tienen 70 promotores de salud capacitados en TB, quienes participan activamente.
- En los testimonios se destacan las ventajas de recibir capacitación para realizar la Terapia Directamente Observada, sin embargo refieren como explicación causal de la enfermedad, la desnutrición y el hacinamiento. También afirman que ayudan a las personas enfermas. La mayor parte de los testimonios destacan la presencia de reacciones adversas menores como parte del tratamiento.

Las líneas de acción de DyA, realizadas fueron:

- Capacitación al personal de salud, para lo cual han preparado protocolos de atención, capacitación en terreno, reuniones mensuales, visitas de seguimiento y acompañamiento a las UO, y seguimiento y apoyo permanente al personal de salud de las Unidades Operativas
- Programa de capacitación permanente y tutorial a voluntarios, a través de: talleres vivenciales de capacitación, manuales de capacitación, instrumento de control de tratamiento (Cuaderno del Voluntario), seguimiento y capacitación tutorial. Han diseñado un programa de capacitación de promotores de salud, que tiene programado una duración de 5 talleres, cada taller tiene una duración de 3 días y esta previsto que se realice cada 2 semanas. La metodología propuesta para el desarrollo del taller es “Acción – Reflexión – Acción”.
- Implementación de un sistema de referencia, contra-referencia entre las UO – Comunidad – UO, y con el hospital, para la derivación de pacientes
- Sistema de seguimiento de pacientes, en el que se incluyó el control mensual de pacientes, con acompañamiento del voluntario, las visitas domiciliarias y reuniones mensuales con afectados y voluntarios
- Promoción y educación, se destacan:
 - Diseño de los carteles “Putu Puma” (diseños preliminares fueron trabajados en Sucumbíos – FOKISE). Los promotores de salud tienen conocimiento de cómo utilizar los carteles del “Putupuma” para realizar educación al paciente y comunidad, sin embargo este material solo esta disponible en las Unidades Operativas. Cuando los promotores de salud quieren utilizarlo, tienen que ir a la UO y solicitarlo en calidad de préstamo al persona de salud
 - Microprogramas radiales a través del programa “despertar amazónico” transmitido a las 03:00 hrs.
 - Reuniones con la comunidad, maestros y el municipio, para abordar el tema de la TB.
 - Los promotores tienen la tarea de participar en las reuniones de su comunidad, y en los talleres, además manifiestan que quieren continuar recibiendo capacitación.
 - Los voluntarios informan de las actividades de información y educación que habían realizado.
 - Reuniones mensuales de Afectados y Voluntarios.

Principales dificultades:

- Alta rotación de personal de salud de Archidona, por lo que se requirió realizar capacitación permanente.
- Barrera cultural entre el personal de salud y la comunidad, debido a que el personal profesional (médicos) se encuentran en pasantía por un año por el servicio rural.
- Hasta el año 2005, la DPS Napo no asumió como una prioridad el PCT, por lo que se requirió de un mayor esfuerzo del equipo técnico de DyA, para lograr que el personal de salud implemente las actividades de control de la Tuberculosis.
- La identificación de Sintomáticos Respiratorios (SR) no se implementó desde el inicio del programa.

Lecciones aprendidas:

- Los programas sustentados en el compromiso del personal de salud del MSP a nivel local garantizan resultados exitosos.
- Para garantizar la participación del personal de salud, se requiere el involucramiento de las autoridades provinciales y de las Áreas de Salud del MSP.
- La participación de la comunidad a través de agentes comunitarios en salud, es una estrategia efectiva para lograr la curación de enfermos y para promover actividades de promoción y detección de casos en las comunidades.

5.1.3 RIOS

La Red Internacional en Organizaciones en Salud (RIOS) inicio sus actividades en el control de la tuberculosis en 1993, año en el que se detectaron muchos casos de TB en la comunidad, gracias a una intervención de FOISE (Federación de Organizaciones Indígenas de Sucumbíos – Ecuador), Ministerio de Salud Pública (MSP) y Cruz Roja Suiza. En tal sentido se diseñó una propuesta metodológica para abordar la TDO entre: FOISE – Cruz Roja Suiza – ISAMIS – MSP – PNT – Hosp. Voz Andes y la OPS, debido a que se encontraron los siguientes problemas:

El manejo de la TB se realizaba en el hospital provincial, como centro de referencia para los enfermos de tuberculosis, el tratamiento era indicado de acuerdo a criterios médicos, no existían procedimientos estandarizados para el diagnóstico y la modalidad indicada era tratamiento auto-administrado.

En las unidades operativas, también ocurría lo mismo, no contaban con normas y esquemas de tratamiento, había un continuo desabastecimiento de medicamentos, no se realizaba una búsqueda activa de enfermos, seguimiento de sospechosos, ni estudio de contactos, tampoco existía ninguna relación entre los promotores de salud y los subcentros, se entregaban medicamentos para un mes a cada uno de los pacientes, no se realizaba el seguimiento de los casos y tenían un deficiente registro, y la proporción de abandonos alcanzaba el 40%, lo que evidenciaba la falta de un programa de control de tuberculosis.

Por lo descrito anteriormente, decidieron implementar una propuesta, en tres fases:

- 1997-1999: I fase como un programa piloto,

- 2000-2003: II. fase dirigida a la expansión de coberturas a nuevas comunidades y;
- Desde el 2004: III fase, que se esta desarrollando hasta el momento, dirigida a consolidar las acciones desarrolladas anteriormente.

Primera Fase:

- Las líneas de acción de la I Fase, fueron: diagnóstico comunitario, búsqueda activa de casos de TB, estudio de contactos, educación y seguimiento de los pacientes y familias, identificación de alternativas para mejorar el nivel de nutrición de las familias. En el desarrollo de esta I fase ha sido fundamental la participación de la comunidad, de los agentes de salud y líderes comunitarios.
- Las estrategias fueron: detección de casos a través de brigadas en 6 comunidades, implementación de un laboratorio de campo, la formación de voluntarios, administración de la TDO y vigilancia epidemiológica en el nivel local, a través de voluntarios Kichwa, establecimiento de un sistema de referencia de pacientes y el seguimiento de los pacientes a través de la visita domiciliaria.

Segunda Fase:

Se desarrollaron las siguientes líneas de acción: ampliación de la estrategia a 57 comunidades, se atendieron a comunidades indígenas Shuar, Siona y Secoya, y a comunidades de Colonos. La metodología de intervención se mantuvo con el levantamiento de la línea de base, capacitación del personal en las nuevas normas del PNT, fortalecimiento de la Red de Laboratorios, a través de los microscopistas de Malaria capacitados para realizar el frotis de baciloscopia, sin embargo no se ha podido lograr que este personal continúe con estas actividades por ser personal contratado y que no tiene estabilidad laboral, así mismo se estableció un sistema de referencia de muestras y de sintomáticos respiratorios (SR) y se incorpora el cuaderno del voluntario.

Tercera Fase:

Se priorizaron las siguientes acciones: apoyo al equipo provincial del PCT; seguimiento, sensibilización y capacitación a las unidades de salud seleccionadas, en el contexto de la cultura indígena y con participación comunitaria e integración de voluntarios; se realiza la planificación mensual conjunta con las unidades de salud para programar las brigadas de salud, visitas domiciliarias, estudio de contactos y control mensual de pacientes; se realizan reuniones mensuales entre afectados, voluntarios y personal de salud y capacitación de voluntarios; así mismo se continua con el sistema de referencia, contra-referencia y seguimiento de pacientes. En esta fase también se ha continuado con el fortalecimiento de la red de laboratorio y con la implementación de dos instrumentos de registro, hoja de conclusiones y recomendaciones de las visitas realizadas por el equipo de salud y el check list del cumplimiento de actividades de los promotores en la comunidad mensual. Anexo 7.

Existe participación activa de los promotores de salud y voluntarios quienes dan testimonio sobre las ventajas de recibir capacitación y TDO por sus pares, entre los que se destacan:

- El agradecimiento de ex-pacientes por haber contribuido a recuperar su salud.
- Conocimiento de mecanismos de transmisión de la enfermedad vs. explicación mágico-chamánica de la enfermedad.

- La búsqueda de atención va desde la consulta al Yachac, Promotor de Salud y al final atención médica.
- Los testimonios evidencian que la presencia de reacciones adversas menores son parte del tratamiento.
- Se encontraron durante la visita personas que refirieron que ellos tenían síntomas respiratorios y que fueron examinados a través del examen de esputo y sus resultados fueron negativos, lo que no comprenden es porque salen negativos si continúan con sintomatología respiratoria y tienen “gargajo con rasgos de sangre oscura” ¿Paragonimiasis?
- Los promotores de salud identifican a los SR y llevan las muestras a las Unidades Operativas, tienen que hacer un viaje por cada una de las muestras, debido a que no cuentan con envases suficientes como para recolectar las 3 muestras en dos días. Cada vez que llevan una muestra les dan otro envase para la siguiente muestra.
- Se presentaron los testimonios de promotores de salud, voluntarios y ex – pacientes, sobre como fue su experiencia en el plan piloto para administrar la TDO. Así mismo, cada uno de ellos preparo un mapa parlante. En este mapa, esta dibujada la comunidad, y las casas de acuerdo a su ubicación. En el se identifican donde se encuentran los promotores de salud, los casos de TB y los SR identificados. Este mapa es compartido por los promotores de salud en las reuniones o asambleas comunitarias, con la finalidad de sensibilizar y motivar a la comunidad en la búsqueda de soluciones para el control de la tuberculosis.
- Intercambio de experiencias acerca de cómo recibieron la TDO, presencia de reacciones adversas y de como coordinan con el personal de salud de las UO.
- Utilización de los carteles del “Putupuma” y del “cuaderno del voluntario”.
- Actualmente cuentan con un programa radial (jueves 05:30-06:00) “Hablemos de TB”.
- Los promotores de salud y voluntarios, manifiestan que quieren continuar recibiendo capacitación “deseos de superación”.

Lecciones aprendidas:

- Es esencial el compromiso político de las autoridades de salud, así como establecer un trabajo conjunto entre la comunidad, voluntarios, ONGs y MSP que garantice la “sostenibilidad” en el control de la tuberculosis.
- Mantener asistencia técnica y acompañamiento del personal de salud en el trabajo comunitario.
- Capacitación permanente.
- Los voluntarios pueden ser familiares, sin embargo se requiere mayor motivación y seguimiento.
- Respeto mutuo entre chamanes y personal de salud.
- Incorporar el enfoque cultural y la participación social de la comunidad.

5.1.4 CECOMET

- La ONG CECOMET, inicio sus acciones en el control de la tuberculosis desde el año 1999, debido a que encontró que el 60% de los casos de TB abandonaban el tratamiento. Las causas que encontraron fueron: difícil accesibilidad a los servicios de salud, migración continua, deficiente relación médico-paciente, y poca disponibilidad

de medicamentos antituberculosis en los servicios de salud. Las etnias que viven en esta zona son Chachi o Cayapas.

- Por los motivos expuestos, CECOMET decide implementar un programa piloto de intervención en la micro-área de Zapallo Grande. Posteriormente se extiende a 3 comunidades Chachis del río Onzole. En el 2002, se implementa en otras micro-áreas.
- La metodología utilizada ha sido basada en epidemiología comunitaria, a través del diálogo paciente-equipo de salud-comunidad, documentación de la información con datos fiables y la atención integral al individuo, familia y comunidad.
- Al principio, trabajaron con el personal de salud de las Unidades Operativas, con la finalidad de integrar las actividades del control de la tuberculosis, en las actividades diarias de las unidades operativas.
- Para la implementación de la Terapia Directamente Observada (TDO), fueron necesarias realizar visitas para observar el tratamiento, formación y supervisión de redes de apoyo y dotación oportuna de fármacos.
- Para la organización de la estrategia DOTS Comunitario, fue necesario realizar asambleas comunitarias, búsqueda de sintomáticos respiratorios, valoración clínica del paciente, diálogo con el paciente, familia y líderes comunitarios, entrega de paquetes diarios de tratamiento, entrega de un calendario mensual para registro y observación del tratamiento a cargo familiares y líderes comunitarios, supervisión del tratamiento por el equipo de salud y el control del BAAR al término de la primera fase y del tratamiento.
- Implementación de laboratorios móviles en lugares estratégicos para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios (BAAR seriado en esputo) y diagnóstico diferencial con paragonimiasis.
- Utilización de técnicas de IEC (información, educación y comunicación), para realizar el diagnóstico situacional, entrevistas motivacionales, elaboración y difusión de material educativo.
- Han preparado material audiovisual que incluye 50 fotografías con un audio que explica el contenido del material educativo.
- La atención en estas comunidades se ha realizado desde el 2000 hasta mediados del 2005, a través de un paquete integral de atención.

Fortalezas

- La presencia de personal de salud, en las comunidades que apoyan el DOTS.
- Contar con un buen laboratorio de referencia.
- Integración del programa a las actividades normales de las unidades operativas del área de salud.

Debilidades

- Personal profesional con poca capacitación en el tema de tuberculosis.
- Falta de un sistema de vigilancia.
- Poca coordinación con personal del hospital.
- Débil compromiso del personal del área en el seguimiento de pacientes.

5.2 Visitas realizadas a las áreas de trabajo de tres ONGs – Año 2007

5.2.1 Napo – Archidona – ONG DyA

- Reunión con Promotores de Salud del Cantón Archidona
 - Participaron 66 personas: 42 Promotores de Salud, 8 Ex-pacientes, 12 médicos, enfermeras, auxiliares y otros 4 (acompañantes).
 - Testimonio de la experiencia de un Promotor de Salud.
 - Presentación de la utilización de los carteles educativos.
 - Testimonios del trabajo con Promotores de Salud, presentado por una Auxiliar de Enfermería.
 - Testimonios de Voluntari@s.
- Reunión de trabajo con personal de enfermería del Área No. 1.
- Visita a la Comunidad de Mondayacu – entrevista a Ex - paciente y Voluntario (esposo).
- Visita a la Comunidad de Yahuaui – entrevista a paciente y promotor de salud.
- Visita a la Comunidad de Wari Uccuyata – entrevista a Ex - paciente curado.

5.2.2 Sucumbíos – Lago Agrio – ONG RIOS

- Reunión con el Director (e) DPS, Responsable PCT, Coordinador Nacional RIOS y Enfermera Responsable del Proceso de Salud Intercultural de la DPS.
- Reunión con promotores de salud en el Kilómetro 21.
- Hubo participación de 57 promotores de salud, voluntarios y ex- pacientes, realizaron la presentación del sociodrama “Putu-Puma”, en la que representan a través de una historia conocida por la población, la relación con el problema de tuberculosis y de como abordarlo a través de la organización de los pobladores.
- Visita a Laboratorio Provincial INH – Lago Agrio.
- Reunión con Padres de Familia con la participación de PS – Comunidad 5 de Agosto – Presentación de mapa parlante.
- Entrevista a un Yachac.
- Reunión con la Comunidad Puyu Pungo.
- Visita al SCS Puerto Aguarico.

5.2.3 Esmeraldas - Borbón – ONG CECOMET

- Visita a la Oficina de CECOMET: Presentación del trabajo realizado
- Viaje a Borbón
- SCS Zapallo Grande

5.3 Entrevistas realizadas

5.3.1 Fundación Alli Causai

Como parte del estudio sobre las acciones en salud y DOTS comunitario, se realizaron 15 entrevistas en tres zonas de trabajo de la Fundación "Alli Causai".

Del total de encuestas, 8 fueron respondidas por mujeres y 7 por hombres. Ex pacientes fueron 6, 7 pobladores sin cargo alguno, 1 dirigente de una organización de mujeres y 1 responsable comunitaria. Con relación a las edades, estuvieron en el rango entre 17 y 72 años. La mayor proporción de entrevistados se encuentran entre los 20 y 39 años, de acuerdo a sexo 53,3% fueron mujeres, 6 (40%) entrevistados fueron ex-pacientes que ahora se desempeñan como promotores de salud. Ver Tablas 1 y 2.

Tabla 1. Entrevistados de acuerdo a sexo. DOTS Comunitario. Tres zonas de estudio de la Fundación Alli Causai. Ecuador 2006.

Zona de estudio	Mujeres	Hombres	Ex-paciente	
			Si	No
El Corazón	3	2	1	4
Cicalpa	2	3	3	2
Simiatug	3	2	2	3
Total	8	7	6	9

Tabla 2. Edades de los entrevistados. DOTS Comunitario. Tres zonas de estudio de la Fundación Alli Causai. Ecuador 2006.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
15 – 19 años	1	1	2
20 – 29 años	2	2	4
30 – 39 años	2	2	4
40 – 49 años	1	2	3
50 y más	2	0	2
Total	8	7	15

5.3.2 Napo – Archidona – ONG DyA

Se realizaron 26 entrevistas en las zonas de trabajo de la ONG DyA.

Del total de encuestas, 6 fueron respondidas por mujeres y 20 por hombres. Ex pacientes fueron 12, 9 pobladores sin cargo alguno y 5 promotores de salud. Con relación a las edades, estuvieron en el rango entre 24 y 68 años. La mayor proporción de entrevistados se encuentran entre los 30 y 39 años, de acuerdo a sexo 23% fueron mujeres, 12 (46%) entrevistados fueron ex-pacientes y el 33.3% de ellos ahora se desempeñan como promotores de salud. Tablas 3 y 4.

Tabla 3. Entrevistados de acuerdo a sexo. DOTS Comunitario.
Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Cantón	Mujeres	Hombres	Ex-paciente		Promotor de Salud
			Si	No	
Archidona	6	20	12	9	5

Tabla 4. Edades de los entrevistados. DOTS Comunitario.
Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
15 – 19 años	0	0	0
20 – 29 años	2	2	4
30 – 39 años	3	7	10
40 – 49 años	1	6	7
50 y más	0	5	5
Total	6	20	26

5.3.3 Sucumbíos – Lago Agrio – ONG RIOS

Se realizaron 33 entrevistas en las zonas de trabajo de la ONG RIOS.

Del total de encuestas, 15 fueron respondidas por mujeres y 18 por hombres. Ex pacientes fueron 4, 10 pobladores sin cargo alguno, 7 promotores de salud y 12 docentes de escuelas y colegios. Con relación a las edades, estuvieron en el rango entre 18 y 60 años. La mayor proporción de entrevistados se encuentran entre los 30 y 39 años, de acuerdo a sexo 45% fueron mujeres, 4 (12%) entrevistados fueron ex-pacientes. Tablas 5 y 6.

Tabla 5. Entrevistados de acuerdo a sexo. DOTS Comunitario.
Lago Agrio - Sucumbíos, Ecuador 2007.

Cantón	Mujeres	Hombres	Ex-paciente		Promotores de Salud	Docentes de Colegios y Escuelas
			Si	No		
Lago Agrio	15	18	4	10	7	12

Tabla 6. Edades de los entrevistados. DOTS Comunitario.
Lago Agrio - Sucumbíos, Ecuador 2007.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
15 – 19 años	0	1	1
20 – 29 años	6	3	9
30 – 39 años	8	3	11
40 – 49 años	3	6	9
50 y más	0	1	1
Nd	0	2	2
Total	17	16	33

5.3.4 Borbón – ONG CECOMET

Se realizaron 9 entrevistas en las zonas de trabajo de la ONG CECOMET. Del total de encuestas, 5 fueron respondidas por mujeres y 4 por hombres, 1 de las encuestas fue respondida por un promotor de salud. Con relación a las edades, estuvieron en el rango entre 23 y 47 años. La mayor proporción de entrevistados se encuentran entre los 40 y 49 años, de acuerdo a sexo 56% fueron mujeres. Tablas 7 y 8.

Tabla 7. Entrevistados de acuerdo a sexo. DOTS Comunitario.
Borbón - Esmeraldas, Ecuador 2007.

Cantón	Mujeres	Hombres	Ex-paciente		Promotor de Salud
			Si	No	
Borbón	5	4	0	7	1

Tabla 8. Edades de los entrevistados. DOTS Comunitario.
Borbón – Esmeraldas, Ecuador 2007.

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Total
15 – 19 años	0	0	0
20 – 29 años	1	1	2
30 – 39 años	2	0	2
40 – 49 años	2	3	5
50 y más	0	0	0
Total	5	4	9

5.4 Detección y diagnóstico de casos

5.4.1 Fundación Alli Causai

En las tres zonas de estudio El Corazón, Cicalpa y **Simiatug**, las actividades de detección de casos, en el periodo 1998 – 2005, reportan que se identificaron 961 SR, de los cuales se examinaron a 640 (67%) y 67 (7%) fueron SR con BK (+). Se procesaron un total de 1 408 baciloscopias de diagnóstico igual a 2,2 baciloscopias de diagnóstico por SR examinado.

Los resultados obtenidos acerca de los signos y síntomas percibidas por los entrevistados se presentan en la tabla 9.

Tabla 9. Sintomatología percibida por los entrevistados. DOTS Comunitario. Tres zonas de estudio de la Fundación Alli Causai. Ecuador 2006.

Signos y síntomas	No.	%
Tos por 15 o más días con gargajo (expectoración)	15	100
Anorexia	8	53,3
Dolor de espalda	7	46,7
Adelgazamiento	7	46,7
Fatiga y cansancio al caminar y trabajar	4	26,7
Sudor por las noches	4	26,7
Malestar general	3	20,0
Ahogo por las noches	3	20,0
Gargajo con sangre	3	20,0
Fiebre	2	13,3

Es evidente que la población entrevistada en las zonas de estudio, tienen el concepto de sintomático respiratorio, identificando la tos con gargajo por 15 días o más, como signo de alarma de tuberculosis. En orden decreciente se enuncian los otros signos y síntomas.

Los entrevistados refieren como síntomas que indican que puede ser tuberculosis:

“Tos de largo tiempo, dolor de espalda, enflaquece y pierde las ganas de comer, cuando están graves botan gargajos con sangre”. (Mujer de 29 años de la comunidad Empalme – El Corazón).

“Tos, malestar general del cuerpo, sudor frío, ahogo por las noches, gargajo, a veces verde amarillo, no tiene ganas de comer, se enflaquece, no puede caminar ni trabajar por que se cansa mucho”. (Mujer de 30 años, dirigente de la organización de mujeres en La vaquería – Cicalpa).

“Tos, primero ha sabido ser la tos, fatiga al caminar, no tiene apetito, cansancio”. (Hombre de 45 años, de la comunidad de Pimbaló – Simiatug).

Durante la capacitación dirigida a los promotores de salud, este mensaje fue repetido, lo que evidencia que los promotores de salud entrenados repiten este mensaje a la población.

En la entrevista, se preguntó acerca del lugar o servicio al que acuden cuando tienen tos persistente de más que 15 días, encontrándose múltiples respuestas, lo que explica que no existe una ruta única de atención:

- 5 acuden a solicitar atención al Hospital Alli Causai.
- 4 refieren consultar al promotor de salud o a los responsables del botiquín.
- 5 refirieron que utilizan medicina natural: remedios del campo (2), sebo de borrego (1) y al curandero (2).
- 5 refieren que consultan los hospitales del ministerio de salud, sin embargo refieren que no siempre realizan los exámenes de esputo y que la atención no es oportuna.
- Solo 1 persona respondió que acude al médico particular.

“Antes de conocer de la tuberculosis, me fui donde el curandero. Ahora si se presenta algún caso es mejor llevar directo a la Fundación Alli Causai, porque en el hospital dan muchos pretextos, no dan tratamiento pronto, no realizan los exámenes”. (Ex paciente de la comunidad La Plancha – El Corazón).

“Nunca he tenido tos por mucho tiempo, si se enfermara alguien de la familia al hospital o médicos particulares”. (Hombre de 18 años de la comunidad Vaquería – Cicalpa).

“Utilizamos remedios del campo, vamos al subcentro pero no atienden bien, la Susanita (promotora de salud) es la que atiende”. (Mujer de 32 años, de la comunidad La Guerrana – Simiatug).

“Al seguro pero no dan tratamiento, es mejor ir con los promotores, según lo que digan ellos se va al hospital o al seguro”. Mujer de 30 años, dirigente de la organización de mujeres en La vaquería – Cicalpa).

“Si es un sintomático respiratorio en coordinación con la Técnico de Alli Causai realizaría un examen para ver si requiere tomar muestras, porque la Fundación esta más cerca con las comunidades. El Hospital casi nunca hacen los exámenes de tuberculosis”. (Mujer de 17 años, Responsable Comunitaria de la comunidad de Padrehuasi – El Corazón).

También se realizó entrevistas a un Yachak (curandero o médico indígena) y a una partera de la comunidad, quienes explican como causas de la enfermedad, los agentes físicos y naturales del medio ambiente. En el Anexo 6 se encuentra en detalle las entrevistas.

Ambos refieren que a las personas que tienen tos con gargajo, esta enfermedad se le conoce como “pulmonía, pulmón resfriado, bronconeumonía, yana uju (tos negra)” y explican como causas de la enfermedad el estar expuesto por mucho tiempo al aire y viento frío, humo y el trabajar mucho tejiendo.

Identifican como síntomas de “pulmonía”, la tos, el gergajo, dolor de espalda, cansancio, dificultad para respirar, perdida del apetito, sudor frío, calentura y adelgazamiento. También refieren que no pueden caminar y tampoco trabajar.

Cuando se les pregunto si se puede verificar fácilmente en los servicios de salud si alguien tiene tuberculosis, todos los entrevistados respondieron esta pregunta: 13 respondieron que a través del examen de gergajo, PPD (5), Rayos X (4) y chequeo médico (2), especificando que las muestras de gergajo, son tomadas a través del chequeo médico durante las caravanas médicas y llevadas a Ambato (Hospital de la FAC) para el examen.

“Para saber si tiene tuberculosis se examina el gergajo y pruebas de tuberculosis”. (Mujer de 42 años de la comunidad de Pimbalo – Simiatug).

“Con el examen de gergajo, se coge las 3 muestras de gergajo de cada enfermo, a veces el doctor manda sacar radiografía”. (Ex paciente de 38 años de la comunidad La Vaqueria – Cicalpa).

“Con las pruebas de tuberculosis, PPD, radiografía, coger el gergajo”. (Mujer de 32 años de la comunidad Gerrana – Simiatug).

“A los sintomáticos respiratorios se les coge muestras de gergajo en laboratorio para examinar. Además se puede sacar radiografía y se puede poner PPD”. (Mujer de 17 años, responsable comunitaria, de la comunidad de Padrehuasi – El Corazón)

El tiempo utilizado entre la identificación de SR en la comunidad por los promotores de salud hasta el diagnóstico con baciloscopia esta entre 2 a 3 semanas y el inicio de tratamiento se realiza teniendo en cuenta quien va a dar el tratamiento y envió de medicamentos, no se ha cuantificado el tiempo debido a que por las condiciones previas es variable.

5.4.2 DyA

Entre los años 2000 y 2005 se realizaron las siguientes actividades en la búsqueda de casos, estas actividades fueron realizadas entre el MSP y DyA

- Atenciones en > 15 años: 23 022
- Identificación de 407 SR y examen de 186 (46%).
- Del total de SR examinados, 33 (17,7%) fueron BK (+).
- De haberse examinado al 100% de SR identificados y aplicando la misma proporción de SR BK (+), se hubiesen encontrado 39 casos TBP BK (+) más.

Entre los resultados obtenidos acerca de los síntomas que tienen las personas con tuberculosis, identificaron lo siguiente:

En la tabla 10, se presentan las respuestas dadas por los entrevistados en orden decreciente. La mayor parte de los entrevistados relaciona tuberculosis con la presencia

de fiebre y tos (en diferentes categorías) si sumamos todas las respuestas relacionadas con tos y flema tendremos que 24 de 26 encuestados asocia alguna forma de tos con la enfermedad.

Tabla 10. Sintomatología percibida por los entrevistados. DOTS Comunitario. Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Signos y síntomas	No.	%
Fiebre	18	19.4
Tos	11	11.8
Tos y flema por 15 o más días	13	14.0
Dolor de cabeza	9	9.7
Cansancio	8	8.6
Dolor de espalda	7	7.5
Baja de peso	7	7.5
Sudor por las noches	6	6.5
Dolor del cuerpo	5	5.4
Flema con sangre	3	3.2
Pérdida de apetito	2	2.2
Mareo	2	2.2
Sueño	1	1.1
Sangre por la nariz	1	1.1

Los entrevistados refieren como síntomas que indican que puede ser tuberculosis: *“Tos, dolor en garganta, dolor en espalda, queda irqui (delgada) dolor de cabeza, no pasaba la voz y estaba ronca y seca”*. (Mujer de 32 años de la comunidad Mondayacu – Archidona).

“Tos con flema, fiebre, sudor, bajo peso”. (Promotor de salud de 40 años de la comunidad Porotoyaku).

En la entrevista, se preguntó acerca del lugar o servicio al que acuden cuando tienen tos persistente por más que 15 días, encontrándose múltiples respuestas, lo que explica que no existe una ruta única de atención, se identifica como centro de atención para tuberculosis en primer lugar a los establecimientos de salud del MSP, sin embargo existen otras alternativas de atención, que si no son bien orientadas podrían incrementar el tiempo en que la persona afectada por tuberculosis pueda recibir atención e iniciar el tratamiento:

- Puesto o centro de salud y hospital, 14
- Promotor de salud y luego al centro de salud más cercano, 3
- Curandero y luego al centro de salud, 3
- Shaman y centro de salud, 2
- Farmacia, promotor de salud y luego al centro de salud, 1

- Farmacia, 1
- Farmacia y centro de salud, 1
- Seguro social campesino, puesto de salud y farmacia, 1

“Primero al curandero, luego al centro de salud para examen de esputo”. (Ex paciente de 57 años de la comunidad Porotoyaku).

“Inicialmente acuden a la farmacia y si continua nace la preocupación de la familia, luego acuden al promotor comunitario de salud, le cuentan el tiempo de tos y sus síntomas, y el promotor recomienda hacer examen de esputo para la verificación”. (Hombre de 42 años de la comunidad Yawari).

“Directamente al sub centro de salud, porque hay apoyo a las personas y dan la medicina”. (Presidente de la comunidad Shicama Alto).

Con relación al método diagnóstico, el 77,8% de los entrevistados responden que el diagnóstico se realiza a través del examen del esputo en el laboratorio, esto probablemente se deba a que el 73% de los entrevistados fueron ex - pacientes y promotores de salud. Tabla 11.

Tabla 11. Conocimiento acerca del método de diagnóstico. DOTS Comunitario. Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Examen del esputo o gargajo en el laboratorio	21	77.8
Examen de esputo y rayos X	2	7.4
Examen de gargajo, sangre y orina	1	3.7
Shamanes a través de brebajes y en el SCS a través de los exámenes de esputo	1	3.7
No sabe / no conoce	2	7.4

5.4.3 RIOS

La detección de casos informada en las 2 fases, ha sido la siguiente:

I Fase

- Examen de 1 183 personas de una población total de 1283 (92,2%).
- Identificaron a 234 SR (19,8%), de los cuales 14,5% fueron SR BK (+).
- Refieren haber elaborado un plan de educación y acción comunitaria (no fue facilitado).
- Han diseñado y aplicado de instrumentos de evaluación para la comunidad y los servicios de salud.

II Fase

- Examen de 4 515 personas de una población total de 8 186 (55,2%)
- Se identificaron 823 SR (10%),

Entre los resultados obtenidos acerca de los síntomas que tienen las personas con tuberculosis, identificaron lo siguiente:

En la entrevista, se preguntó acerca del lugar o servicio al que acuden cuando tienen tos persistente de más que 15 días, encontrándose que la población acude a las unidades operativas del MSP y también al promotor de salud, lo que ratifica la necesidad de contar con promotores de salud bien entrenados y que puedan ayudar a recibir atención, diagnóstico y tratamiento oportuno a las personas afectadas por tuberculosis:

- Al puesto o sub centro de salud, 8
- Hospital, 10
- Consultorio particular, 4
- Promotor y después al hospital, 3
- Promotor de salud y luego al centro de salud más cercano, 5
- Promotor, sub centro de salud y después el hospital, 4
- Promotor, 1
- Botica o Farmacia, 2

“Puesto de salud, más confiado y apropiado”. (Hombre de la comunidad Nueva Loja).

“Depende si estoy cerca de un centro médico ahí se acude, si no donde el promotor para que me lleve a hacer los exámenes”. (Mujer de 22 años de la comunidad Lago Agrio).

“Pienso que a un consultorio particular, por la diferencia en la atención, con un hospital público”. (Docente de 29 años del Colegio Nueva Loja, Napo).

En la tabla 12, se presentan las respuestas de los entrevistados en orden decreciente. La mayor parte de los entrevistados relaciona tuberculosis con tos en diferentes categorías, si sumamos todas las respuestas relacionadas con tos y flema tendríamos que 29 de 33 encuestados asocia alguna forma de tos con la enfermedad. Este concepto es muy variable inclusive en los promotores.

Tabla 12. Sintomatología percibida por los entrevistados. DOTS Comunitario. Lago Agrio - Sucumbíos, Ecuador 2007.

Signos y síntomas	No.	%
Dolor de espalda (pulmones)	11	14.1
Tos y flema por 15 o más días	10	12.8
Pérdida de peso	8	10.3
Fiebre	6	7.7
Tos	6	7.7
Sudoración nocturna	5	6.4

Tos con flema o gargajo	4	5.1
Cansancio	4	5.1
Falta de apetito	4	5.1
Tos seca	3	3.8
Tos persistente o permanente	3	3.8
Dolor de cabeza	3	3.8
Tos y gargajo (flema)	2	2.6
Expectoración	2	2.6
Tos por más de 15 días	1	1.3
Piel pálida	1	1.3
Flema con sangre	1	1.3
Mareos	1	1.3
Desnutrición	1	1.3
No sabe / no conoce	1	1.3
Nd	1	1.3

“Tos y flema por mas de 15 días, sudoración, baja de peso, falta de apetito”. (Mujer de 22 años de Lago Agrio).

“Tos con flema, pérdida de peso y dolor de espalda”. (Mujer de 34 años de Nueva Loja).

Con relación al método diagnóstico, los entrevistados responden en su mayor parte (66.6%) que el diagnóstico se realiza a través del examen del esputo en el laboratorio. Tabla 13.

Tabla 13. Conocimiento acerca del método de diagnóstico. DOTS Comunitario. Lago Agrio - Sucumbíos, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Examen del esputo o gargajo en el laboratorio	20	66.6
Radiografía	1	3.3
Preguntando si las personas tienen tos y flema	4	13.3
Cuando la persona se siente enferma	1	3.3
Nd	4	13.3

5.4.4 CECOMET

Durante la visita se revisó la información existente en el libro de registro de sintomáticos respiratorios y libro de registro de casos del SCS Zapallo Grande, encontrándose la

información descrita en la Tabla No. 14. Al analizar esta información se evidencia que las actividades de detección y tratamiento de casos de TB, no han realizado en forma continua, probablemente estas actividades se desarrollan en forma pasiva a partir del año 2006.

Tabla No. 14. Información operacional de detección y notificación de casos.
SCS Zapallo Grande, Borbón, Esmeraldas,
Ecuador. Años 2005, 2006 y mes de Enero del 2007

Variable	2005	2006	2007
SR Identificados	74	16	2
SR Examinados	65	7	2
SR BK (+)	3	1	0
SR Paragonimiasis (+)	3	0	0
TB Pulmonar Nuevos	8	1	0
TB P BK (+)	4	1	0
TB P BK (-)	4	0	0

Nota: no se encontró registro de las condiciones de egreso, de ningún paciente

En la entrevista, se pregunto acerca del lugar o servicio al que acuden cuando requieren atención, encontrándose que la mayor parte de la población acude a las unidades operativas del MSP:

- 7 refieren que es mejor llevarlo al hospital o SCS.
- 1 refiere que solicitan medicamentos en la Botica para la tos
- Otros toman hierbas medicinales
- Uno de los encuestados refiere que las personas de procedencia Afro tienen mas costumbre de ir al médico, mientras que los Chachi buscan en primer lugar al Curandero

“Hospital para que le hagan sus exámenes, porque como ya ha habido casos y conocen, hay carteles que indican que debe hacerse”. (Hombre de 45 años de la comunidad de Borbón).

“Sub centros de salud, es una enfermedad del médico, no de brujos”. (Hombre de 29 años de la comunidad Herradura UPI).

En la tabla 15, se presentan los resultados obtenidos acerca de los síntomas que tienen las personas con tuberculosis, identificaron lo siguiente:

Tabla 15. Sintomatología percibida por los entrevistados.
DOTS Comunitario. Borbón - Esmeraldas, Ecuador 2007.

Signos y síntomas	No.	%
Tos	6	22.2
Pérdida de peso	5	18.5
Fiebre	4	14.8
Tos con gargajo	3	11.1
Cansancio	2	7,4
Dolor de cabeza	1	3.7
Dolor de espalda	1	3.7
Sudor por las noches	1	3.7
Dolor del cuerpo	1	3.7
Gripe	1	3.7
Escalofríos	1	3.7
Gripe	1	3.7

“Tos con gargajo, fiebre, se cansa”. (Hombre de 29 años de la comunidad Herradura UPI).

“Tos, fiebre, dolor de cabeza, escalofríos, dolor de cuerpo”. (Mujer de 23 años de la Comunidad de Chispero).

El 77,8% de los entrevistados responde que el diagnóstico se realiza a través del examen del esputo en el laboratorio. Tabla 16.

Tabla 16. Conocimiento acerca del método de diagnóstico.
DOTS Comunitario. Borbón - Esmeraldas, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Examen del esputo o gargajo en el laboratorio	7	77.8
Examen de sangre y saliva	1	11.1
Examen de sangre y orina	1	11.1

5.5 Tratamiento

5.5.1 Fundación Alli Causai

Se recolectó información a través de los informes trimestrales de caso, haciéndose una revisión de las tarjetas de tratamiento e historias de los casos disponibles en la FAC desde 1998 al 2005, encontrándose los siguientes resultados:

En **El Corazón**, de los 23 casos de TB Pulmonar BK(+): 20 se curaron (87%), 2 fallecieron (8,7%) y 1 (4,3%) en tratamiento actualmente. El caso diagnosticado como TB Pulmonar BK(-) terminó el tratamiento y de las 3 recaídas, 2 terminaron como curados y 1 está actualmente en tratamiento.

En la zona de **Cicalpa**, los 17 casos de TB Pulmonar BK(+) egresaron como curados, lo que nos da una eficiencia del 100%. Los 2 casos diagnosticados como TB Pulmonar BK(-) terminaron el tratamiento y los 2 abandonos recuperados también terminaron como curados.

En **Simiatug**, los 19 casos de TB Pulmonar BK(+) egresaron como curados, lo que nos da una eficiencia de 100% y los 48 casos de TB Pulmonar BK (-) fueron tratamientos terminados.

En cuanto a que si la tuberculosis puede ser curada, los entrevistados respondieron que si, y diferenciaron el tiempo de tratamiento la persona con tuberculosis debe tomar (de acuerdo a antecedentes de tratamiento), lo que mas resalta en las respuestas es que se refieren al tratamiento como largo, de 6 meses a más. En cuanto al costo sólo dos tenían un precio referencial, especificando que ellos no pagaban nada para obtener el tratamiento.

“Si he visto curar a 7 personas enfermas de la comunidad; el tratamiento tomaron por más de 6 meses, a una persona le inyectaron casi 2 meses. No se cuanto cuesta pero por tanta medicación creo que es muy caro”. (Hombre de 35 años, de la comunidad La vaquería – Cicalpa).

“Si hay cura. Se da el tratamiento con isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, 48 tomas de lunes a sábado descansando domingos luego se completa con isoniacida y etambutol hasta completar los 6 meses. Con el esquema dos a mas de tabletas se aplica 48 dosis de estreptomina, dura 8 meses de tratamiento”. (Mujer de 17 años, Responsable Comunitaria de Padrehuasi – El Corazón).

“Si hay cura, pero se debe tomar muchas pastillas, se debe comer mejor como en dietas que hacen las mujeres de parto”. (Mujer de 72 años, ex paciente de la comunidad Santa Rosa – Cicalpa).

El yachak hace el diagnóstico a través de la pasada del cuy. Como tratamiento para la “pulmonía” utilizan hierbas como el tilo, tipo, salve real, violeta, borraja, eucalipto, con

azúcar quemada o miel de abeja. También hacen referencia a las vaporizaciones con hojas de eucalipto.

El Yachak refiere *“nosotros curamos solo cuando están recién empezando con la enfermedad; cuando vienen graves con la enfermedad avanzada se aconseja que vaya donde los Doctores para que hagan otros exámenes; luego según lo que dice el doctor le ayudamos a que siga el tratamiento hasta que cure”*.

Tabla 17. Conocimiento acerca del tratamiento por los entrevistados.
Tres zonas de estudio de la Fundación Alli Causai. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Respuestas	No.	%
Duración del tratamiento para casos nuevos (6 meses)	11	73,3
Duración del retratamiento (8 y más meses)	5	33,3
Tiene curación	15	100,0
El costo del tratamiento para los casos nuevos es > 1 000 dólares	2	13,3
Desconoce el costo	4	26,7
No tiene costo alguno para el paciente	3	26,7

A la pregunta sobre donde se consigue el tratamiento, los entrevistados (11) responden que los medicamentos se consiguen a través de la Fundación “Alli Causai”, los mismos que son entregados a los promotores de salud y estos son administrados en la casa del paciente en forma gratuita.

“Es más fácil y seguro conseguir en la Fundación Alli Causai aunque en el Hospital de Corazón también dan, pero no hay seguridad para terminar el tratamiento”. (Hombre de 22 años, ex paciente de la comunidad La Plancha – El Corazón).

“De la Fundación Alli Causai, el técnico entrega a los responsables comunitarios”. (Mujer de 17 años, responsable comunitaria, de la comunidad de Padrehuasi – El Corazón)

“El tratamiento me lo dio un compañero de la comunidad, en la casa todas las tarde”. (Mujer de 72 años, ex paciente, de la comunidad de Santa Rosa - Cicalpa).

También refieren que es posible obtener los medicamentos a través del Hospital Latacunga (1), Hospital de Colta (1), Seguro Campesino (1) y Hospitales en Cicalpa (2) y en El Corazón (2).

Con relación a la duración del tratamiento, 11 respondieron que para los casos nuevos duraba 6 meses, 5 respondieron 8 meses o más para los que ya recibieron un tratamiento para casos nuevos, 1 entrevistado respondió que por mucho tiempo y 2 no saben el tiempo.

Al preguntársele si el tratamiento se puede realizar por menos tiempo, 9 respondieron categóricamente que NO, 4 no saben y 1 responde que puede ser.

La presencia de un promotor de salud permite que la terapia directamente observada (TDO) pueda ser desarrollada con excelentes resultados: alta proporción de SR examinados, curación de los casos que supera la meta de la Organización Mundial de la Salud. Se ha observado la adherencia al tratamiento del 100% de los casos y por lo tanto se está realizando prevención de la transmisión de la tuberculosis y del desarrollo de cepas resistentes.

Los medicamentos son preparados y enviados por fase a los promotores de salud, a su vez ellos son supervisados por los Tecnólogos en APS y el personal de la FAC. Para el cambio de fase los pacientes son examinados por el médico, a través del examen físico y baciloscopia de control.

Con relación al registro de la administración de tratamiento, se encontró que es el Promotor de Salud quien registra diariamente la administración del tratamiento, mediante el uso de la tarjeta de control de tratamiento, para lo cual ha sido entrenado. El TAPS supervisa periódicamente que la administración del tratamiento se haya cumplido mediante la revisión de la tarjeta y entrevistas con los pacientes. Cada uno de los TAPS informa a la Enfermera Responsable del PCT de la FAC acerca del cumplimiento de la administración del tratamiento por cada uno de los pacientes en forma regular

Desde este año están trabajando en la administración de quimiopprofilaxis a menores de 5 años, la misma que se realiza en forma supervisada por los TAPS.

Siempre se hace el estudio y examen de contactos, a través de examen físico, Rayos X y PPD en los niños menores de 15 años y en los adultos con síntomas respiratorios, a través de la baciloscopia.

El PPD es usado como apoyo en el diagnóstico de tuberculosis infantil. Con los resultados que tienen van a trabajar el mapeo epidemiológico y socio antropológico en la comunidad de Simiatug. La comunidad acepta de muy buen grado la aplicación de PPD.

Los entrevistados conocen sobre tuberculosis, identificando en primer lugar a los cursos realizados por la Fundación "Alli Causai", al Dr. Carlos Rojas, los Promotores de Salud y los Tecnólogos de APS como los facilitadores en los cursos desarrollados (12). En segundo lugar, se hace referencia a que han observado a pacientes con tuberculosis (5) y por haber tenido tuberculosis (2). También refieren que saben de tuberculosis a través de las reuniones comunitarias (5) y por el chequeo médico.

"Aprendí en cursos de capacitación que realizó la Fundación Alli Causai, observando directamente a los pacientes con tuberculosis". (Mujer de 17 años, responsable comunitaria, de la comunidad de Padrehuasi – El Corazón)

"En las reuniones comunitarias, conversan las personas enfermas que trataron de la tuberculosis". (Hombre de 44 años de la comunidad de Quishpe Alto – El Corazón).

“Se aprende por medio de las personas enfermas, en el chequeo con los médicos de Alli Causai, en las reuniones de la comunidad”. (Mujer de 42 años de la comunidad de Pimbalo – Simiatug)

El 100% de los encuestados respondieron que el tratamiento es administrado por los promotores de salud en las comunidades, y este es obtenido a través de la FAC, lo que ratifica que el promotor de salud es identificado, conocido y aceptado por la población para administrar la TDO en la comunidad.

“El tratamiento reciben de la Fundación Alli Causai y dan de tomar en la casa, los promotores les da de tomar. Todos los días, esto cuentan los que han recibido el beneficio”. (Hombre de 44 años de la comunidad de Quishpe Alto – El Corazón).

“Anteriormente el Hospital entregaba la mediación para tomar en la casa directamente el enfermo. Ahora existen responsables que están capacitados para dar de tomar en la casa de los enfermos con tuberculosis”. (Mujer de 28 años de la comunidad Empalme – El Corazón).

“Personalmente recibí el tratamiento de las manos de la compañera Lourdes que era promotora de salud de ese tiempo, luego yo tuve que ayudar a dar tratamiento a otros”. (Hombre de 38 años, ex paciente y promotor de salud de la comunidad La Vaquería – Cicalpa).

5.5.2 DyA

De los 66 casos TB P BK+ notificados en el periodo 2000 - 2005, 39 fueron tratados por el MSP y 27 por los voluntarios. Los resultados demuestran que el tratamiento realizado por promotores de salud o voluntarios es más efectivo, al disminuir el abandono y los tratamientos terminados, debido a que por las condiciones de accesibilidad geográfica el promotor se encuentra más cerca del paciente para realizar el seguimiento individual de cada uno de los casos. Ver Tabla 18.

Tabla 18. Resultados de Tratamiento paciente con TBP BK (+) tratados por el personal de las unidades operativas del Ministerio de Salud y por Promotores de Salud o Voluntarios. Cantón Archidona, Provincia Napo, Años 2000 – 2005.

Condición de egreso	MSP		Voluntarios	
	Nº	%	Nº	%
Curados	31	79,5	26	96,3
Abandonos	3	7,7	0	0
Tratamientos terminados	3	7,7	0	0
Fallecidos	1	2,6	1	3,7
Transferencias sin confirmar	1	2,6	0	0
Total	39	100,0	27	100,0

- En el 2003 se reportó un caso como TB Pulmonar recaída, el mismo que egresó como curado.

En cuanto a que si la tuberculosis puede ser curada, el 81% de los entrevistados respondieron que si hay curación a través del tratamiento, que no tiene costo y dura 6 meses. Tablas 19 y 20.

Tabla 19. Conocimiento acerca del tratamiento por los entrevistados. DOTS Comunitario. Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Si hay curación, con el tratamiento y no cuesta nada	21	80.8
Si hay curación, pero es muy costoso	2	7.7
Medicamentos caseros (tabaco y frutas)	2	7.7
Medicamentos y shamanes	1	3.8

“Si hay curación, siguiendo el tratamiento con los doctores, máxima duración es 6 meses”. (Hombre de 33 años, ex paciente de la comunidad Yawara).

“Si existe curación a través del tratamiento con medicina y se requiere también de una buena alimentación, el tiempo es de 6 meses, costo cubre el estado”. (Mujer de 42 años de la comunidad de Yawari).

“Si hay cura, con medicinas y no cuesta nada, es gratis”. (Hombre de 55 años de la comunidad Santa Rita).

Tabla 20. Duración del tratamiento. DOTS Comunitario. Archidona, Napo, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
6 meses	21	80.8
6 a 9 meses	2	7.7
1 año	2	7.7
4 días con medicina natural	1	3.8

A la pregunta sobre quien y donde se recibe el tratamiento, los entrevistados refieren tres modalidades:

- Promotor de salud o voluntario en la casa del paciente cuando este vive muy lejos;
- Trabajador de salud (enfermeras) en los centros de salud; y

- La tercera modalidad es una combinación de las dos primeras: al inicio en el centro de salud es administrado por el trabajador de salud y luego se le encarga al promotor de salud.

“El tratamiento se consigue en el centro de salud, dura 6 meses. No se puede hacer más corto cuando esta bastante afectado. El tratamiento lo recibimos en el centro de salud, con la ayuda de los doctores y promotor comunitario”. (Hombre de 33 años, ex paciente de la comunidad Yawari).

“Una persona nombrada como promotor, dan la medicina en la casa”. (Hombre de 55 años, de la comunidad Santa Rita).

“En este momento se da el tratamiento el trabajador de salud y facilitador comunitario. Ya habiendo un promotor voluntario dentro de cada comunidad. El voluntario da el tratamiento, con la indicación de los médicos”. (Hombre de 38 años, Comunidad Yawari).

La presencia de un promotor de salud permite que la terapia directamente observada (TDO) pueda ser facilitada a los afectados por tuberculosis, facilitándole el tratamiento de acuerdo a sus necesidades y horario acordado con el promotor de salud. Los promotores realizan el registro de las dosis administradas, presencia de reacciones adversas, control de tratamiento, indicaciones del medico para el voluntario y censo de los contactos para realizar el seguimiento, en el “cuaderno del voluntario”. Anexo 8.

Estas actividades son coordinadas y acompañadas por el personal de salud del sub centro de salud (generalmente enfermeras y auxiliares).

Los entrevistados responden que conocen sobre tuberculosis, a través de charlas (SCS, DyA), personal de salud, promotor de salud, los abuelos y por personas que han tenido la enfermedad.

Al preguntárseles por qué considera que es importante tratarse lo más pronto posible, responden:

- 24, para evitar el contagio;
- 9, para evitar la muerte; y
- 1 para asegurar la vida.

5.5.3 RIOS

La administración de la TDO en la primera fase fue realizada a 46 pacientes y egresaron como curados 89,1% (Esta información se refiere al total de casos de TB notificados, no se recibió la información por localización y condición bacteriológica notificada para el análisis).

En la II Fase, se administró TDO a 97 pacientes, los cuales egresaron como: Curados 93%, Abandono 3% y Fallecidos 4%.

En cuanto a que si la tuberculosis puede ser curada, el 88% de los entrevistados respondieron que si hay curación a través del tratamiento, que no tiene costo. En cuanto al tiempo de duración que respondieron los entrevistados es muy variable, el rango esta entre 30 días y 2 años. El 45% responde que la duración es de 6 a 8 meses. Tablas 21 y 22.

Tabla 21. Conocimiento acerca del tratamiento por los entrevistados.
Lago Agrio - Sucumbios, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Si	19	57.7
Si y es gratuito	10	30.3
Benzetacil por 1 año	1	3.0
no sabe / no conoce	3	9.1

“Si hay cura, dura 6 meses aproximadamente y es gratis”. (Mujer de 34 años, de Nueva Loja).

“Si hay cura, mediante la atención médica que se dignen dar al paciente”. (Mujer de 21 años de Nueva Loja).

Tabla 22. Duración del tratamiento. DOTS Comunitario.
Lago Agrio - Sucumbios, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
30 a 40 días	1	3.0
2 meses	1	3.0
3 meses	3	9.1
6 meses	8	24.2
6 a 8 meses	7	21.2
6 meses a 1 año	1	3.0
7 a 9 meses	1	3.0
8 meses	1	3.0
1 año	3	9.1
1 a 2 años	1	3.0
2 años	1	3.0
Variable de acuerdo al grado de contaminación	1	3.0
No existe cura	1	3.0
no sabe / no conoce	3	9.1

A la pregunta sobre quien y donde se recibe el tratamiento, los entrevistados refieren dos modalidades:

- Promotor de salud en la casa del paciente o en el centro comunal
- Personal de salud en los sub centros de salud y hospitales

“A un puesto de salud más cercano, para luego ir a una casa de salud como hospital, clínica. Según la condición económica”. (Hombre, de la comunidad Araza).

“El tratamiento se consigue en el FOKISE”. (Mujer de 43 años, Comunidad 5 de Agosto).

“El tratamiento lo dan el personal de salud y de las unidades operativas o un facilitador comunitario”. (Mujer de 34 años, Nueva Loja).

Al igual que en lo encontrado en Archidona, los promotores realizan el registro de las dosis administradas, presencia de reacciones adversas, control de tratamiento, indicaciones del medico para el voluntario y censo de los contactos para realizar el seguimiento en el “cuaderno del voluntario”. Anexo 8.

Estas actividades son coordinadas y acompañadas por el personal de salud del sub centro de salud (generalmente enfermeras y auxiliares).

Los entrevistados responden que conocen sobre tuberculosis, a través de charlas de médicos y enfermeras (SCS y RIOS), promotor de salud, folletos, radio, televisión y por personas que han tenido la enfermedad.

Al preguntárseles por qué considera que es importante tratarse lo más pronto posible, responden:

- Evitar el contagio, 23
- Evitar la muerte, 8
- Asegurar la vida, 3
- Prevenir a tiempo la enfermedad, 3
- Para curarse, 2
- Para que no evoluciones el virus, 1
- Para no volverse resistente, 1
- Evitar complicaciones, 1
- No data, 1

5.5.4 CECOMET

El Área de Salud Borbón está en la zona norte de la provincia de Esmeraldas. Cuenta con una población de 25 000 habitantes (predominio de grupos, negros e indígenas chachis), su área de influencia son 170 comunidades.

CECOMET informó que hay una disminución de la tasa de abandono de 60% en 1999 a 4% en el 2002, a través del tratamiento directamente observado con apoyo del personal de salud, familia y comunidad. Se afirma también que el diálogo facilitó la comunicación del equipo de salud-paciente, mejorando la adherencia al tratamiento, el laboratorio móvil mejoró la cobertura diagnóstica y la utilización de técnicas IEC ayudó a la población a conocer mejor la enfermedad.

En cuanto a que si la tuberculosis puede ser curada y si tiene algún costo para el paciente, el 100% de los entrevistados respondieron que si hay curación a través del tratamiento y que no tiene costo.

“Si hay tratamiento, depende de si es primera vez, 6 meses, los que son de segunda, 8 meses”. (Hombre de 45 años, Borbón).

“Si se trata a tiempo, si, con el tratamiento para tuberculosis, 6 meses y no tiene costo para el paciente” (Mujer de 30 años, Borbón).

En cuanto al tiempo de duración, los entrevistados respondieron entre 6 meses y 1 año, relacionado con el grado de avance de la enfermedad. Tablas 23 y 24.

Tabla 23. Conocimiento acerca del tratamiento por los entrevistados.
DOTS Comunitario. Borbón - Esmeraldas, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
Si hay curación, con el tratamiento y no cuesta nada	9	100

Tabla 24. Duración del tratamiento. DOTS Comunitario.
Borbón - Esmeraldas, Ecuador 2007.

Respuestas	No.	%
6 meses	6	66.7
7 a 9 meses	2	22.2
1 año	1	11.1

A la pregunta sobre quien y donde se recibe el tratamiento, los entrevistados refieren dos modalidades:

- Médico o personal de enfermería en el SCS y el hospital;
- Médico entrega los medicamentos al paciente con una cartilla para la semana y/o al promotor de salud si el paciente vive lejos. En este caso la Unidad Operativa le facilita los medicamentos para 1 mes

“Ahorita el medico cuando sale al recorrido y él les proporciona los medicamentos con una cartilla (para una semana) y otros van a recibir el tratamiento en el hospital”. (Hombre de 45 años, de Borbón).

“La auxiliar o el promotor encargado de la micro área y si vive lejos con un familiar (previa educación)”. (Auxiliar de enfermería de 30 años, Borbón).

Los promotores registran en una hoja calendario por cada mes y en él registran la dosis administrada.

Estas actividades son coordinadas y acompañadas por el personal de salud del sub centro de salud.

Los entrevistados responden que conocen sobre tuberculosis, a través de charlas de:

- Capacitaciones del PCT Esmeraldas y porque he hecho seguimiento a pacientes
- Charlas (SCS, PCT Esmeraldas, Vicariato, comunidad), esposo que es auxiliar de salud y por personas que han tenido la enfermedad

Al preguntárseles por qué considera que es importante tratarse lo más pronto posible, responden:

- Para evitar el contagio, 4
- Para evitar la muerte, 3
- Para evitar el contagio y la muerte, 2

Entre los aspectos positivos, destacan

- Un ex paciente refiere que para él lo más importante ha sido recuperar su salud, ha adquirido conocimientos y ahora puede ayudar a otros pacientes con TB
- Construcción del Puesto de Salud, abastecimiento de medicinas, formación de promotores de salud.
- El tratamiento adecuado es bueno para tener una población saludable. Se debe salir en busca de las personas enfermas
- Es importante controlar que el paciente se tome el medicamento, para que no se desperdicie, porque cuando tienen reacciones, ellos botaban los medicamentos

5.6 Organización y participación comunitaria

5.6.1 Fundación Alli Causai

Con relación a la organización de la comunidad y mecanismos de involucramiento en la toma de decisiones en salud, tenemos que el tema de la salud en las zonas estudiadas es llevado adelante por las organizaciones campesinas locales, la frecuencia de las reuniones es propia de cada zona o comunidad.

Siempre cuando hay un acercamiento de parte de la Fundación Alli Causai con la zona interesada se busca la integración de la organización campesina local, puede ser una organización de segundo grado como el cabildo, etc.

El cabildo es el órgano administrativo y representativo de la comuna, esta integrado por el presidente, el vicepresidente, el tesorero, el síndico y el secretario. Su mandato es de un año. La elección del cabildo se realiza con la intervención de los comuneros hombres y mujeres, debidamente inscritos en el registro, mediante papeletas o pronunciándose verbalmente. Entre sus atribuciones y deberes del cabildo, se encuentra el **“organizar y vigilar las actividades colectivas de la comuna”**. Uno de los derechos de los

comuneros enfatiza que deben “recibir ayuda y asistencia especial en situaciones difíciles o de calamidad personal y familiar”²⁰

Otro ejemplo de organización comunal es la Unión de Organizaciones del Pueblo Puruha de Cicalpa para el Desarrollo Integral “UODIC”, que en sus estatutos, capítulo cuarto, en el título del departamento de salud, enumera las responsabilidades de este:

- A. Organizar y coordinar programas de salud en beneficio de todas las organizaciones filiales.
- B. elaborar y ejecutar programas educativos sobre salud en coordinación con el departamento de educación.
- C. coordinar los gastos para programas de salud con el departamento financiero, y
- D. elaborar y entregar informes al consejo de gobierno sobre cualquier actividad realizada en aspecto de salud por menos cada tres meses.

Es importante destacar que en estas zonas, la organización campesina tiene una larga historia con relación a organización; inicialmente se establecen los cabildos, que funcionan jurídicamente desde la colonia, con el objetivo de cobrar los impuestos a los pobladores. Luego con los procesos de reforma agraria desde la década del sesenta los cabildos se unen a otro tipo de organizaciones producto del proceso de desarrollo agrario (asociaciones de trabajadores agrícolas, cooperativas etc.). Las organizaciones de primer grado son las comunidades. Las organizaciones de segundo grado son promovidas desde el estado y son la suma de varias comunidades, casi siempre se ubican rompiendo los límites de la división política, mas regionales, generalmente cantonales. Las organizaciones regionales de segundo grado están formadas por delegados de las comunidades, las cooperativas y las asociaciones. Los cabildos, las asociaciones y las cooperativas funcionan con la participación de los jefes de familia, con decisiones democráticas realizadas en asambleas.

Las actividades y acciones desarrolladas por la FAC en los últimos 8 años se han mantenido a través de la participación activa de las organizaciones campesinas locales, como eje fundamental para poder llevar adelante el trabajo en la comunidad. El compromiso de la organización y el logro de los objetivos dependen de la importancia que la organización comunal brinde al tema salud y al control de la tuberculosis.

Las actividades en el control de la tuberculosis han sido gratuitas y estas son: consultas médicas, baciloscopias, cultivos, radiografía de tórax y tratamientos.

Los resultados encontrados por la Fundación “Alli Causai” son muy similares en las tres zonas de estudio. En la zona de Simiatug ha habido mayor participación de promotores de salud y de los TAPS.

Las organizaciones sociales de las zonas han integrado a sus acciones el tema de la salud, tanto en la atención curativa formal a nivel primario como en los ámbitos de la prevención y formación de recursos locales. Los promotores de salud son nombrados por

²⁰ Ministerio de Agricultura y Ganadería. Dirección Provincial Agropecuaria de Chimborazo. Riobamba – Ecuador. Resolución No. OC 553. Ecuador 2006.

los integrantes de las comunidades y promueven desde la comunidad las acciones necesarias para mejorar el nivel de salud de los pobladores de la comunidad.

Antes de iniciar el trabajo en la comunidad, se establece un convenio entre las organizaciones comunales^(a) y las instituciones^(b) que realizarán las actividades de localización de casos de tuberculosis. El modelo que han implementado se describe a continuación:

Organizaciones comunales	Institución de salud "Fundación Alli Causai"
Primera Fase: Coordinación	
Facilitan el soporte organizativo, infraestructura educativa y de comunicación	Responsable de brindar la atención médica y brindar los insumos necesarios para la búsqueda de casos en la comunidad
Realiza 2 a 3 visitas a cada una de las comunidades, para explicar acerca de la actividad de búsqueda de casos de TB que se realizará. Así mismo se informa acerca de la enfermedad y el tratamiento.	Un delegado de la FAC explica el procedimiento en asamblea
El responsable de salud de la comunidad (promotor de salud) registra a las familias que desean participar en la búsqueda de casos de TB.	Se conforma el equipo técnico (médicos, bioquímico, tecnólogos en APS. Traslado del equipo técnico desde la FAC hasta el centro de atención establecido en la comunidad.
Segunda Fase: Diagnóstico	
Provee el local para realizar el examen médico de los pobladores. Facilitan la información a los equipos técnicos para realizar el examen médico, coordinan la convocatoria fuera de los ambientes de trabajo medico.	En base al registro de las familias inscritas, se preparan las historias clínicas, teniendo en cuenta las siguientes variables: <ul style="list-style-type: none">• Datos generales: nombre, edad, comunidad, peso, talla.• Ambientales: número de habitaciones, ubicación de la cocina, combustible utilizado y tipo de techo.• Clínicos: examen clínico general, identificación del SR, búsqueda de antecedentes de tratamiento e indagación acerca de antecedentes familiares.
	En caso de identificarse el paciente como SR, se recolectará 3 muestras de esputo, luego se procederá a realizar la baciloscopia por el método de Ziel Nielsen.
	Aplicación de 10 UI PPD Rt 23 Tween 80 a toda la población, con lectura a las 72 horas.

Tercera Fase: Resultados y tratamiento

En el caso de encontrarse casos de TB, los tecnólogos en APS o promotores de salud capacitados serán los responsables de administrar el tratamiento directamente observado.

Los resultados obtenidos se entregarán a cada familia en una reunión con todos los pobladores de la comunidad presentes. Se busca a través de esta reunión que las personas diagnosticadas con TB, se comprometan ante su comunidad a realizar el tratamiento.

Si hay indicación de quimioprofilaxis a algún niño menor de 5 años, se administrará igualmente directamente observado.

Se procederá a identificar los contactos de los casos de TB, y en el caso de los niños menores de 5 años sin evidencia de enfermedad tuberculosis, se administrará la quimioprofilaxis.

El promotor de salud^(c) facilitará los envases para muestras de esputos a los pacientes, para realizarles los controles de baciloscopia, cada 2 meses.

La FAC entrenará y proveerá el esquema de tratamiento antituberculoso al promotor de salud para que administre el tratamiento directamente observado y la quimioprofilaxis en los menores de 5 años.

El promotor de salud y los dirigentes comunitarios se comprometen a mantenerse vigilantes ante la presencia de algún poblador con síntomas respiratorios para atenderlo lo más pronto posible.

Educar a la población sobre la prevención y control de la TB. Resolver dudas y preguntas de la población.

^(a) Runacunapac Yachana Huasi, Corporación de Organizaciones Facundo Vela, Unión Intercomunal de Cabildos de Panyatug.

^(b) Fundación "Alli Causai", quien también coordina con el Laboratorio de Investigaciones Clínicas del Hospital Voz Andes.

^(c) Los promotores de salud son elegidos por la comunidad y son personas son entrenadas por la FAC, de esta manera se convierten en los principales actores en el proceso de facilitar el DOTS en la comunidad.

El tercer aspecto de la encuesta, se refirió a la organización y participación comunitaria, encontrándose los siguientes resultados:

- Los dirigentes y los promotores de salud están bien identificados (80%), como responsables para el tema de la salud en la población. También se menciona la Asociación de trabajadores 12 de Octubre (13%) y 7% refieren que no hay comité.
- Entre las actividades que se han organizado en el último año, se mencionaron:
 - Caravanas médicas, 8 (53,3%)
 - Capacitación a promotores de salud, 6 (40%)
 - Vacunación de niños, 2 (13,3%)
 - Desparasitación, 1 (6,7%)
 - Huertas familiares, la quesera, educación, electrificación, letrización y granja integral, 3 (20%)
 - No sabe / no contesta / nada en salud, 3 (20%).

- Los dirigentes de la comunidad y los promotores de salud (73,3%), son los responsables de coordinar y solicitar el apoyo a diferentes instituciones, de acuerdo a sus necesidades.
- No se identifica la presencia de un comité organizado para la toma de decisiones, debido a que la comunidad esta organizada a través de los dirigentes comunales y en el caso del tema de salud, estos coordinan directamente con los promotores de salud, para planificar acciones en salud.
- Entre los temas que se destacan como objetivos de las organizaciones comunales están: conseguir centros productivos, educación para los niños y evitar la migración de los jóvenes creando nuevas fuentes de trabajo.
- Los que responden que los dirigentes organizados toman las decisiones, refieren que se reúnen una vez al mes (33,3%), una vez por semana (27%) y cada 15 días (7%).
- Los logros en los últimos años han sido: chequeo médico a través de la caravana médica, vacunación a los niños, tratamiento de tuberculosis, botiquín de primeros auxilios, capacitación a promotores de salud y educación a la comunidad en general sobre temas de salud. Casa comunal, electrificación, agua potable, quesera, huertas familiares, colegio y guardería.
- No cuentan con un comité de salud que los represente, son los dirigentes de la comunidad (90%) quienes coordinan con la FAC para solicitar acciones en salud.
- Tienen diferentes vías para relacionarse con los servicios de salud. Entre ellos se encuentran coordinación con los promotores de salud, curanderos, seguro campesino, profesores a cargo de los botiquines escolares, Fundación Alli Causai, hospitales y sub centros de salud, sin embargo refieren que estos últimos no atienden bien y tienen dificultades con ellos por su falta de respuesta inmediata a sus necesidades.
- Las acciones de salud, son propuestas a través de los dirigentes comunales y promotores de salud (67%), en las reuniones comunales.
- Los entrevistados identifican como sus aliados para proponer acciones en salud para su comunidad a la FAC, los establecimientos del MSP, el Seguro Social del Campesino, otras ONGs y el Municipio. 4 entrevistados no saben o no responden.
- Finalmente, los entrevistados identifican los siguientes resultados positivos:
 - Que los dirigentes comunitarios en coordinación con los promotores de salud han logrado múltiples resultados positivos en salud: chequeo para los niños con PPD y Rayos X, el tratamiento de la tuberculosis, cursos de capacitación para los promotores de salud, chequeo médico y atención odontológica a la población en general a través de las caravanas médicas, con la Fundación Alli Causai. Con los hospitales las campañas de vacunación para los niños.
 - Entre otros resultados positivos para la comunidad tenemos: capacitación en producción de granos y crianza de animales, agua potable, electrificación, la guardería, gestión para el recorrido de un ómnibus una vez al día en estos últimos tres meses y el trámite para la construcción de un sub centro de salud en la parroquia de Pangua.

5.6.2 DyA

- 10 responden que no conocen ninguna organización comunitaria en su comunidad
- 12 identifican al promotor de salud como quien organiza la participación de la comunidad en las actividades de salud

- 4 refieren que cuenta con un comité de salud representado por los dirigentes y promotores de salud

5.6.3 RIOS

- 6 responden que no existe ninguna organización comunitaria en su comunidad
- 10 identifican al promotor de salud como quien organiza la participación de la comunidad en las actividades de salud.
- 9 refieren que cuenta con un comité de salud representado por un presidente, secretario y vocal, en algunos casos también mencionan al promotor de salud como parte del comité.
- 3 refieren que tienen el establecimiento de salud cerca
- 2 refieren que FONAKISE y APTISE
- 2 no saben
- 1 refiere que tiene seguro social campesino

5.6.4 CECOMET

- Sólo 2 encuestados responden que existe una directiva y un representante para el tema de salud
- Los demás responden que no saben o no conocen

Al preguntárseles como se organizan, si no hay comité, responden:

- Cada persona busca atención cuando la necesita
- La comunidad a veces se reúne cuando hay que tratar algún tema

Con relación a las actividades con los servicios de salud, responden que:

- Coordinan actividades educativas con el SCS
- Hay una enfermera que visita la comunidad a hacer vigilancia, vacunación, control de peso de los niños
- Acuden al SCS y al hospital cuando requieren atención médica

5.7 Estigma

Con el pasar del tiempo las organizaciones campesinas locales han venido promoviendo una serie de acciones que han permitido que el DOTS sea una forma necesaria para cortar la cadena de transmisión de la tuberculosis. La propuesta de búsqueda de SR, el diagnóstico de TB y su tratamiento mediante terapia observada no es causa de problema, más bien existe una total aceptación de parte de las comunidades campesinas. La magia que tiene el poder observar un tubo de cultivo con crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis* permite pasar por alto de los obstáculos de un tratamiento de 6 meses. Un promotor que pueda ver que realmente existe una bacteria causante de la enfermedad, permite que comunique su testimonio a la comunidad y aceptan la utilización del tratamiento con medicinas no tradicionales.

Las respuestas obtenidas en las entrevistas en las tres zonas de estudio de la Fundación Alli Causai, evidencian que la tuberculosis en la comunidad es un problema que esta siendo afrontado por la comunidad.

El 100% de los entrevistados responden que es importante tratarse lo más temprano posible, en primer lugar para evitar el contagio, 9 (60%) para evitar la muerte, 3 para evitar el sufrimiento de la familia, 2 para evitar el daño a los pulmones, 1 para que pase la fatiga y la tos, y 1 para tener una salud completa en la familia.

“Para que no contagien a los demás, para vivir con una salud y sanos, para evitar el sufrimiento de la familia”. (Hombre de 44 años de la comunidad de Quishpe Alto – El Corazón).

“El tratamiento es difícil porque no se cura rápido como otras enfermedades. Para que no se mueran la gente de la comunidad. Para no contaminar al resto de las familias”. (Mujer de 30 años, Dirigente de la organización de mujeres de la comunidad La Vaquería – Cicalpa)

“Para no contagiar a los demás y aliviar el dolor de la familia y el enfermo”. (Mujer de 42 años de la comunidad de Pimbalo – Simiatug).

Es importante destacar que los entrevistados respondieron que es la propia comunidad, la que busca ayuda para el paciente tanto para el diagnóstico como para el tratamiento (67%).

Los familiares y dirigentes comunitarios se solidarizan con la persona con tuberculosis a través de consejos para que la persona tome el tratamiento y se cure (53,3%), apoyo con dinero (13,3%) y apoyo con productos alimenticios (7%). Sólo 2 personas respondieron que algunas personas de la comunidad se asustan y tienen miedo de contagiarse.

“No se tiene miedo de acercarse a las personas con tuberculosis, la comunidad, la familia con los dirigentes apoyan para curar al enfermo”. (Mujer de 42 años de la comunidad de Pimbalo – Simiatug).

“Familiares cercanos, dirigentes de la comunidad apoyan con consejos para que reciba tratamiento, otros se asustan y tienen miedo de contagiarse”. (Mujer de 17 años, responsable comunitaria, de la comunidad de Padrehuasi – El Corazón)

“Es una preocupación para todos y se busca la manera de apoyar para que se curen”. (Mujer de 35 años de la comunidad La Vaquería – Cicalpa).

En un testimonio brindado por un ex paciente en Ambato, refirió lo siguiente *“en el momento era triste, uno se sentía discriminado, uno no podía estar con todas las personas” “lo bueno es que no me deje ser discriminado, eso depende del ánimo del mismo paciente, con la fe y deseo de curarse” “en la comunidad las personas se esconden, acuden al que ve el cuy o se van a sacar la “pisada del santo –yana uju-” “tenemos que hacer contacto con la gente para que nos colabore en el tratamiento” “se debe dar ánimo a los pacientes para que se curen” “yo me cure, gracias al tratamiento y a los cuidados que me dieron”.*

Los entrevistados que corresponden al área de trabajo de DyA, respondieron que *“se debe ayudar a que sigan el tratamiento y que debe ir al centro de salud”, también respondieron que se le debe apoyar y recomendar el tratamiento, por el bienestar de la comunidad. Sólo 9 personas responden que es necesario algún grado de aislamiento.*

“No se puede aislar a la persona con tuberculosis porque no es un animal, más bien apoyamos, recomendamos para tratarse”. (Hombre de 42 años, Comunidad Yawari).

“Tratar de ayudarlo y que se haga atender lo más pronto posible para el bienestar de su comunidad”. (Mujer de 24 años, Santa Rita).

“Cuando el paciente cumple con ciertas normas de prevención es bien visto, si no suelen aislar a un cuarto separado”. (Hombre de 36 años, Comunidad Rucucullacta).

En el área de trabajo de RIOS, la mayoría respondieron que se debe ayudar a que reciban el tratamiento, apoyar y recomendar el tratamiento. 9 de 33 responden que se le aísla y que la comunidad lo rechaza.

“Antes se le aislaba, pero actualmente se le ayuda y se le aconseja que vaya lo más pronto posible al sub centro”. (Mujer de 34 años, Nueva Loja).

“Es algo mal visto pero hay que ayudarlo y hacer conocer que es importante tratarse”. (Mujer de 36 años, La Florida).

“Es tratado de manera aislada, mal visto y abandonado de formas continuas”. (Mujer de 22 años, Lago Agrío).

En el área de Borbón, el 50% responde que lo ayudan a buscar ayuda y tratamiento; y el otro 50% refiere que lo aíslan por miedo al contagio.

“Algunos lo aíslan y otros ayudan a que vaya al médico porque sanes que cuando reciben el tratamiento ya no contagia”. (Hombre de 48 años, Borbón).

“Hay que darles apoyo moral, porque ellos mismos se aíslan, hay que darles confianza”. (Hombre de 45 años, Borbón).

“Lo alejan, porque tienen miedo que se contagie”. (Mujer de 23 años, Comunidad Chispero).

5.8 Abogacía, comunicación y movilización social

5.8.1 Fundación Alli Causai

En las actividades de abogacía, comunicación y movilización social, bajo el contexto de mejorar las condiciones de salud de la población, la Fundación Alli Causai, ha desarrollado actividades educativas dirigidas a localizar los casos, diagnosticar y tratar gratuitamente los casos de TB en la comunidad y con la participación de la comunidad. Así mismo ha contribuido a educar a los pobladores en como mejorar los cultivos de hortalizas y orientarlos en como alimentarse de acuerdo a la estación y al cultivo que siembran.

En **Simiatug**, las actividades de comunicación fueron llevadas adelante por la organización de segundo grado que posee una radio. Los tecnólogos en APS promueven las actividades de salud en cada comunidad mediante reuniones, asambleas y reuniones mensuales en las comunidades que están involucradas en la organización de segundo grado.

En **Cicalpa**, las actividades de movilización social y comunicación, se realizan a través de reuniones de socialización. Estas son realizadas por la Fundación Alli Causai, los dirigentes de la organización de segundo grado, los dirigentes de las comunidades.

Las reuniones son realizadas por dirigentes y comunidades en **El Corazón**. También hay la participación de los promotores de salud que igualmente utilizan las reuniones semanales o mensuales en cada comunidad.

En base a la experiencia adquirida en el control de la tuberculosis, La Fundación Alli Causai ha producido los siguientes materiales:

- Cuaderno de control de la tuberculosis, auspiciado por Johannifer Unfall Hilfe – Alemania.
- Capacitación sobre tuberculosis a promotores de salud, auspiciado por la Asociación Paz y Desarrollo, y el Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, España.

5.8.2 DyA

Entre las actividades realizadas en el último año, se destacan

- 11 charlas educativas en las reuniones de la comunidad
- 12 responden que ninguna o en blanco
- Otras respuestas: agua, letrinización, botiquín comunitario, exámenes de esputo.

En la toma de iniciativas para la organización y participación comunitaria, responden que se realizan:

- Desde la comunidad y buscando apoyo en las instituciones como las ONGs, Ministerio de Salud y la Alcaldía

- No se identifica claramente la presencia de un comité en la comunidad por lo tanto no existen objetivos como tal. Manifiestan la necesidad de desarrollar la comunidad y tener mejor salud.
- Las actividades de salud en la comunidad están siendo dirigidas por el Presidente de la comunidad y los promotores de salud.
- Refieren una buena relación con los servicios de salud y con promotores de salud.

5.8.3 RIOS

Entre las actividades realizadas en el último año, se destacan

- 15 charlas educativas en las reuniones de la comunidad y cuando realizan búsqueda de casos en la comunidad
- 13 responden que ninguna o en blanco
- Otras respuestas: vacunas, mingas, visitas y odontología.

En la toma de iniciativas para la organización y participación comunitaria

- El 60% responde que desde la comunidad y el Ministerio de Salud,
- 40% no conoce o no sabe.

5.8.4 CECOMET

Entre las actividades realizadas en el último año, se destacan

- Los 9 encuestados respondieron que ninguna actividad en salud.
- Con relación a otras actividades, refieren que han tenido producción, compra de medicinas y panel solar.

En la toma de iniciativas para la organización y participación comunitaria, responden que coordinan con:

- ONG (Hindio iLCE – SUBIIZ)
- Ministerio y ONG
- Los 7 encuestados restantes responden que no saben

6. CONCLUSIONES

- La organización del DOTS Comunitario en las provincias visitadas se ha realizado por iniciativa de las Organizaciones No Gubernamentales, debido a la insuficiente cobertura de atención por parte de los servicios del Ministerio de Salud Pública y la presencia de casos de TB en la población.
- Las actividades y acciones desarrolladas se han mantenido a través de la participación activa de las organizaciones campesinas locales, como eje fundamental para poder llevar adelante el trabajo en la comunidad. El compromiso de la población y el logro de los objetivos dependen de la importancia que la organización comunal brinde al tema salud y al control de la tuberculosis.
- Se han realizado actividades de búsqueda de casos, diagnóstico y tratamiento de los casos de TB encontrados, con participación activa de la comunidad.
- Es importante la participación del personal de salud de las áreas y unidades operativas, para realizar acciones en el control de la TB en las comunidades, coordinando, supervisando y monitoreando el desempeño de los promotores de salud y voluntarios en la administración del tratamiento.
- Los entrevistados, tienen el concepto de sintomático respiratorio, identificando la tos con gargajo por 15 o más días, como signo de alarma de tuberculosis. Los representantes de la medicina tradicional: Yachak y Partera de la comunidad explican como causas de la enfermedad, los agentes físicos y naturales del medio ambiente. “
- En la búsqueda de atención de salud existen diferentes proveedores de salud a los que acude la población, entre los que se encuentran: el Hospital Alli Causai, el promotor de salud o a los responsables del botiquín, curanderos, hospitales del ministerio de salud y el médico particular.
- Los resultados demuestran que el tratamiento realizado por promotores de salud y voluntarios es más efectivo, favorecen la adherencia al tratamiento, disminuyen los abandonos y los tratamientos terminados, debido a que por accesibilidad geográfica y cultural, el promotor de salud se encuentra más cerca del paciente para realizar el seguimiento de cada uno de los casos. La curación en las zonas visitadas supera el 93% cuando el tratamiento es realizado por promotores de salud y voluntarios
- El tiempo utilizado entre la identificación de SR en la comunidad por los promotores de salud hasta el diagnóstico con baciloscopia esta entre 2 a 3 semanas y el inicio de tratamiento se realiza teniendo en cuenta quien va a dar el tratamiento y envió de medicamentos, no se ha cuantificado el tiempo debido a que por las condiciones previas es variable.
- Los entrevistados conocen el tratamiento, que es de largo tiempo, diferencian el tratamiento de acuerdo a antecedentes de tratamiento y administrado en forma gratuita en sus hogares por los promotores de salud, quienes son entrenados y supervisados por los

Tecnólogos en APS y el personal de las ONGs y personal de salud de las unidades operativas del Ministerio de Salud.

- La administración de tratamiento es registrada diariamente por el promotor de salud, esta información es recolectada por el personal descrito en el párrafo anterior, para el monitoreo y evaluación de cada caso individual y posteriormente para la realización de los estudios de cohorte.
- Se realiza el examen de los contactos y desde este año se ha iniciado la administración de quimioprofilaxis a menores de 5 años, en forma supervisada.
- La presencia de un promotor de salud permite que el TDO, pueda ser desarrollada con excelentes resultados con una alta proporción de SR examinados, curación de los casos que supera la meta de la Organización Mundial de la Salud. Se ha observado la adherencia al tratamiento del 100% de los casos y por lo tanto se está realizando prevención de la transmisión de la tuberculosis y del desarrollo de cepas resistentes.
- Con relación al estigma, los entrevistados aceptan que es necesario ayudar a la persona con TB de la comunidad, para evitar el contagio; así mismo destacan la importancia de facilitarles la TDO y cooperar con él en su recuperación.
- La participación comunitaria está presente, debido a que las organizaciones sociales de las zonas han integrado a sus acciones el tema de la salud, tanto en la atención curativa formal a nivel primario como en los ámbitos de la prevención y formación de recursos locales. Los promotores de salud son nombrados por los integrantes de las comunidades y promueven desde la comunidad las acciones necesarias para mejorar el nivel de salud de los pobladores de la comunidad.
- Se ha establecido un trabajo organizado a través de convenios entre las organizaciones comunales, las ONGs y las Áreas de Salud, que permiten el desarrollo de acciones de prevención y control de la tuberculosis en cada una de las comunidades, habiéndose logrado:
 - Incluir a la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración del plan de atención.
 - Desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres y creencias de las comunidades.
 - Evaluar los resultados de los casos de tuberculosis tanto individual como colectivamente a través del seguimiento de los casos (médico y bacteriológico) la notificación de casos y el estudio de cohortes
- En el área de salud intervenida por CECOMET, las actividades se descontinuaron, debido a la falta de apoyo de las autoridades del Área de Salud Borbón, lo que ha perjudicado el diagnóstico y tratamiento de los casos de TB en la jurisdicción del SCS Zapallo Grande, lo que pudo ser verificado al momento de la visita; porque no están realizando actividades preventivas de salud pública, sólo atención médica a la demanda en la unidad operativa.

- Se han desarrollado programas de capacitación dirigidos a promotores de salud, voluntarios y personal de salud de las unidades operativas. En las encuestas realizadas, los entrevistados que no son promotores de salud, tienen diferentes percepciones acerca de los síntomas, diagnóstico y tratamiento, encontrándose que el concepto del contagio es una preocupación para la población.
- Los promotores de salud asumieron la responsabilidad de vigilar el control de la TB en sus comunidades, a través de acciones de vigilancia comunal, utilizando como herramientas el mapa parlante, realizando charlas educativas con material preparado y validado por ellos mismos, visitas domiciliarias y educación en sus comunidades.
- Ante un problema de salud, la población prefiere acudir a consultar en primer lugar a los promotores de salud.
- En los lugares donde no hay compromiso de las autoridades de salud, no se logra involucrar al personal de salud en el trabajo comunitario y de seguimiento de los casos de TB.

7. RECOMENDACIONES

- Con la finalidad de identificar el número de SR identificados y enviados a los servicios de salud por los promotores de salud y/o voluntarios, incluir la nota “identificado por el PS/Vol.” en el rubro Observaciones del Registro de Sintomáticos Respiratorios.
- Facilitar la logística necesaria para mejorar la detección de casos la oportunidad en la toma de muestras a los SR que sean identificados por los PS y Voluntarios, facilitándoles cantidad suficiente de envases para muestras de esputo y evitar que viajen tres veces por un mismo SR o tengan que juntar muestras para llevarlas a los establecimientos de salud.
- Establecer mecanismos para la atención de las reacciones adversas y diagnóstico diferencial en coordinación con la DPS y los médicos de las Unidades Operativas del MSP.
- Preparar un rotafolio de tela para utilización de los PS/Vol. con el contenido de los carteles ya producidos.
- Establecer protocolos para el diagnóstico diferencial de los SR.
- En las zonas donde la paragonimiasis sea una enfermedad endémica, se recomienda implementar los medios diagnósticos y tratamiento. Actualmente existen personas en la comunidad que tienen sintomatología “tos y expectoración con rasgos de sangre oscura” que han sido identificados y examinados como SR, y al haberse descartado TB, no se le ha dado tratamiento para su sintomatología y continúan con esta sintomatología, sin que se le haya dado solución a su enfermedad.
- Orientar a los promotores de salud y voluntarios para preparar el mapa parlante por cada año para la identificación de SR, casos de TB y ubicación de los PS y Voluntarios
- Continuar con el entrenamiento a promotores de salud.
- Supervisar y monitorear las actividades de los PS/Vol. y de las Unidades Operativas.
- Diseñar una propuesta metodológica que incluya los instrumentos para trabajar en DOTS comunitario, dirigido a trabajadores de salud, Voluntarios y Promotores de Salud en Tuberculosis.
- Intervenir en los servicios de salud y comunidades, con una propuesta que recoja las expectativas de la población, planificando el trabajo conjuntamente con ellos, y adecuando las estrategias que garanticen la adherencia al tratamiento de los pacientes.

8. LIMITACIONES

- No se contó con el acompañamiento en las visitas realizadas en este año de funcionarios del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública.
- El tiempo asignado a las visitas de campo fue de 2 días (año 2007) incluyendo el tiempo de desplazamiento desde Quito a las 3 provincias, lo que limitó un mayor acercamiento a conocer en profundidad las actividades que realizan los promotores de salud.

9. AGRADECIMIENTOS

Colaboraron de manera activa en la recolección de información, entrevistas y preparación de este informe los Coordinadores del Área de Tuberculosis de las ONGs DyA, RIOS y CECOMET: Dra. María Dolores Campoverde, Dr. Vinicio Mancheno y Lic. Enf. Cynthia Caicedo, así como los / las médicos (a), enfermeras y auxiliares de enfermería de las DPS y unidades operativas del MSP y de las ONGs que se entrevistaron durante la visita y por la Fundación Alli Causai: Dr. Carlos Rojas Andrade, Lic. Enf. Christina Fatorelli, TAPS Elena Pucha y Lida Quinquituna

Así mismo a la Dra. Elizabeth Romero, Responsable Nacional del Programa Nacional de Control de Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, por la aceptación del desarrollo de la presente consultoría.

Al equipo de CARE Ecuador, en especial al Dr. Luis Vieira y la Lic. Virginia Riofrío por su participación en los aspectos técnicos y administrativos.

Mi especial agradecimiento a todas las personas que participaron (ex – pacientes, pobladores, promotores y voluntario de salud) que con su participación en las reuniones y respuestas a las entrevistas, permitieron documentar este informe.

10. BIBLIOGRAFIA

1. Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Manejo de la Tuberculosis. Guía para los países con escasos recursos económicos. Quinta edición, 2000. Paris, Francia.
2. Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. WHO/CDS/TB/2002.297. Ginebra 2002.
2. Global Tuberculosis Control: surveillance, planning, financing. WHO Report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362), page 10.
3. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005. República del Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Control de Tuberculosis, Control y Mejoramiento de la Salud Pública. Páginas 1, 6, 32
4. Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. ISBN 92 7 532673 8. Organización Panamericana de la Salud, 2005.
5. Kuffo D. informe del estudio de resistencia a fármacos antituberculosos en Ecuador. Años 2002 – 2003. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 32-37.
6. Plan de acción para el fortalecimiento gerencial de los niveles del PNT en el Ecuador 2005 – 2006. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 41-53.
7. IV Reunión Anual del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis – Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Conclusiones y Recomendaciones, página 81.
8. World Health Organization Expert Committee on tuberculosis, 9th report. World Health Organization Technical Report Series No. 552. Geneva, Switzerland: WHO, 1974
9. Romero E, Hernández L, Graham B, Zavala D y col. Información, Educación y Comunicación como medios de cambio para el control de la tuberculosis en el Ecuador. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 24-26.
10. Chaulk C P, Grady M. Evaluating tuberculosis control programs: strategies, tools and models. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4 (Suppl 2): S55 – S60.
11. Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. WHO/CDS/TB/2002.297. Ginebra 2002
12. WHO. Community Contribution to TB Care: Practice and Policy. WHO/CDS/TB/2003.312. Geneva 2003.
13. Romero E, Hernández L, Graham B, Zavala D y col. Información, Educación y Comunicación como medios de cambio para el control de la tuberculosis en el Ecuador. Informe Quinquenal del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. 2002 – 2005. Quito, Agosto 2005, páginas 24-26.
14. Chaulk C P, Grady M. Evaluating tuberculosis control programs: strategies, tools and models. Int J Tuberc Lung Dis 2000; 4 (Suppl 2): S55 – S60.
15. Organización Mundial de la Salud. Un marco ampliado de DOTS para el control eficaz de la tuberculosis. WHO/CDS/TB/2002.297. Ginebra 2002
16. STOP TB Department - WHO. Community Contribution to TB Care: Practice and Policy. Review of experience of community contribution to TB care and recommendations to Nacional TB Programmes. WHO/CDS/TB/2003.312. Geneva 2003.

- 17 Dermot M, The role of the community in the control of tuberculosis. ELSEVIER. Tuberculosis (2003) 83, 177-182.
- 18 Hadley M, Maher D. Community Involvement in tuberculosis control: lessons from other health care programmes. Int J. Tuberc Lung Dis 4 (5): 401-408, 2000 IUATLD.
- 19 Singh A, Parasher D, Shekhavat G, Sahu S, Wares D, Granich R. Effectiveness of urban community volunteers in directly observed treatment of tuberculosis patients: a field report from Haryana, North India. Int J. Tuberc Lung Dis 8 (6): 800-802, 2004 IUATLD.
- 20 Ministerio de Agricultura y Ganadería. Dirección Provincial Agropecuaria de Chimborazo. Riobamba – Ecuador. Resolución No. OC 553. Ecuador 2006.

ANEXOS

Anexo 1 Información general

Contexto demográfico y socioeconómico

La población del Ecuador, según los resultados del Censo Nacional de noviembre de 2001, alcanzó la cifra de 12.156.608 habitantes; el 49,6% corresponde a hombres y 50,4% a mujeres; el 61,0% de la población habita en zonas urbanas y 39,0% en las rurales.

El crecimiento anual con respecto al Censo de 1990 fue de 2,0%, encontrándose diferencias de acuerdo a zonas: 2,92% en la zona urbana y 0,73% en la rural.

El censo de la población indígena no se encontró disponible. Las organizaciones indígenas estiman que entre 25% y 30% de los habitantes pertenecen a este grupo, concentrado principalmente en la Amazonía y en el área rural andina.

La urbanización es un cambio social importante, ya que en 1950 más del 70% de la población vivía en el campo, al finalizar el año 2001, esta proporción se redujo al 39%. El número de ciudades con más de 30.000 habitantes se quintuplicó desde 1960. Durante el decenio de 1990, la población urbana creció 3,1% por año y la rural, 0,8%.

En el año 2000, la distribución del ingreso reportó que el 10% de hogares concentraba el 45% del total de los ingresos, en tanto que el 10% más pobre recibía únicamente el 10% de los ingresos.

El crecimiento económico, que fue negativo en 1999 (-7%), pasó a 2,3% en el 2000 y 5,2% en el 2001. El PIB per cápita aumentó de US\$ 1064 en 1999 a US\$ 1383 en 2001.

La deuda externa en noviembre de 2001 se ubicó en US\$ 11.185 millones, lo que representa el 63,0% del PIB. Con datos de Julio del año 2002, UNICEF estimó que 29.8% del Presupuesto General del Estado previsto se destina al pago del servicio de la deuda.

Las desigualdades sociales injustas y reducibles entre grupos, regiones geográficas, áreas rural y urbana, y género, entre otras, indican problemas de equidad.

El salario básico privado aumentó de US\$ 146,00 en el año 2001 a 163,80 a principios de 2002, mientras que el valor de la canasta básica se ubica en US\$ 248,40. La inflación, que durante el 2000 llegó al 96,4% en dólares, para 2001 bajó a 22,4%. El desempleo en áreas urbanas disminuyó de 9,6% en diciembre del 2000 a 8,4% en enero de 2002; los ocupados con pleno empleo representan el 50,5% de la PEA y los subempleados el 41,1%.

El gasto público en salud del Gobierno Central, que había descendido hasta apenas 0,5% del PIB en 1999, se recuperó llegando a 0,8% en 2001. En términos del Presupuesto General del Estado, el gasto en salud para 2001 representó el 2,7%, mientras que para el 2002 llegó a 4,85%.



Contexto áreas de estudio Fundación Alii Causai

Localización geográfica y datos poblacionales

Las tres zonas de estudios estas ubicadas en tres provincias, se detalla a continuación información acerca de localización geográfica y datos de población.

Tabla 1. Localización geográfica de las provincias en las que se encuentran las tres zonas de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

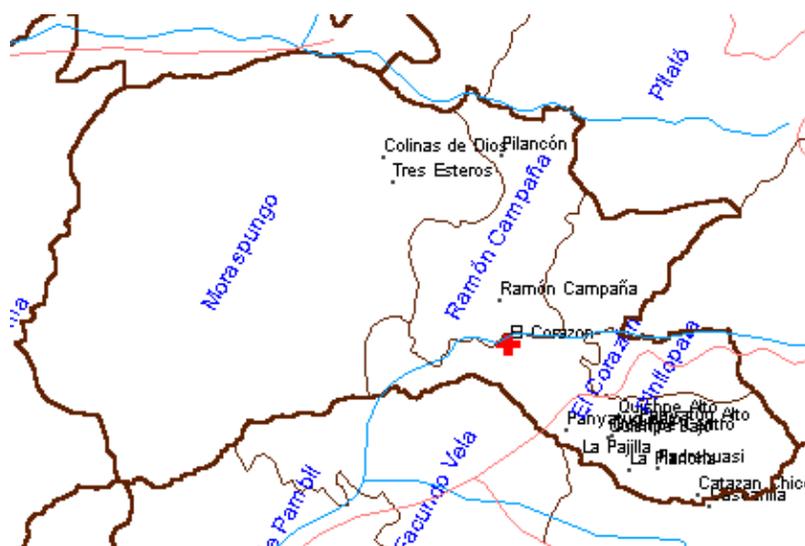
Provincia	Zona de estudio	Población 2005	Fuente de información	Extensión territorial	Etnias
Cotopaxi	El Corazón	384 499	INEC *	5 956 km ²	Kichwa Mestizos
Chimborazo	Cicalpa	432 711		6 527 km ²	Kichwa Mestizos
Bolívar	Simiatug	178 089		3 938 km ²	Kichwa Mestizos
Total		995 299		16 421 km²	

* INEC Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo, por grupos de edad. Elaborado por el MSP. Sistema común de información.

Tabla 2. Localización geográfica de las tres zonas de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Zona de estudio	Población 2001	Fuente de información	Extensión territorial	Etnias	Lengua
El Corazón	6 193	INEC	160 Km ²	Kichwa 17% Mestizos 79%	Español / Kichwa
Cicalpa	16 417	INEC	193 Km ²	Kichwa 81% Mestizos 19%	Español / Kichwa
Simiatug	9 588	INEC	304 Km ²	Kichwa 95% Mestizos 5%	Español / Kichwa
Total	34 493		657 Km ²		

El Cantón Pangua está ubicado al sur occidente de la Provincia de Cotopaxi, extendiéndose desde 0°59" de latitud sur, 1°13" en la parte septentrional y desde los 78°7" de longitud occidental hasta los 7929 LW en la zona oriental; como referencias podemos citar sus límites, al Norte el cantón Pujilí, al sur la provincia de Los Ríos, al sur-este el cantón La Mana y al oeste la parroquia Facundo Vela de la provincia de Bolívar. Las comunidades de la **Parroquia El Corazón** están entre 2.100 y 2.500 m.s.n.m.

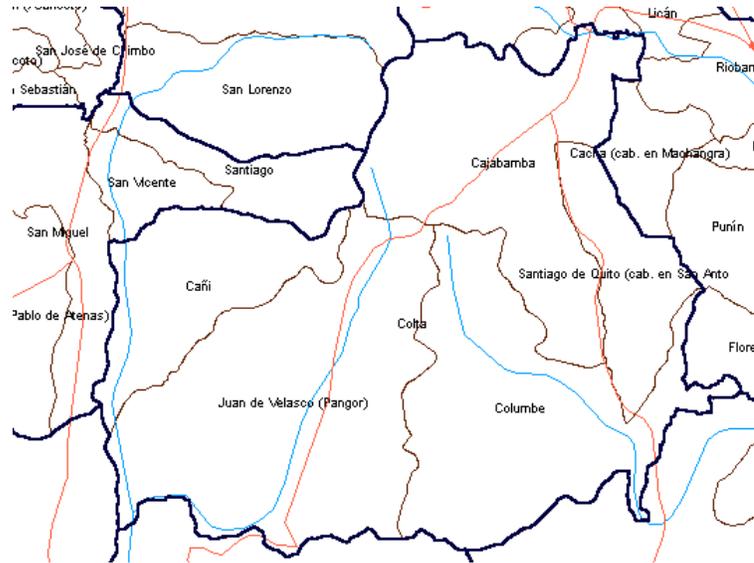


El Cantón de Colta, se ubica en la parte Nor Occidental de la Provincia de Chimborazo, limita al norte con el cantón Riobamba y sus parroquias San Juan y Licán, al sur con el Cantón Pallatanga y Guamote, al este con el cantón Riobamba con las parroquias: Cacha, Punín, Flores y las parroquias Cebadas del cantón Guamote. Al oeste limita con la provincia de Bolívar.

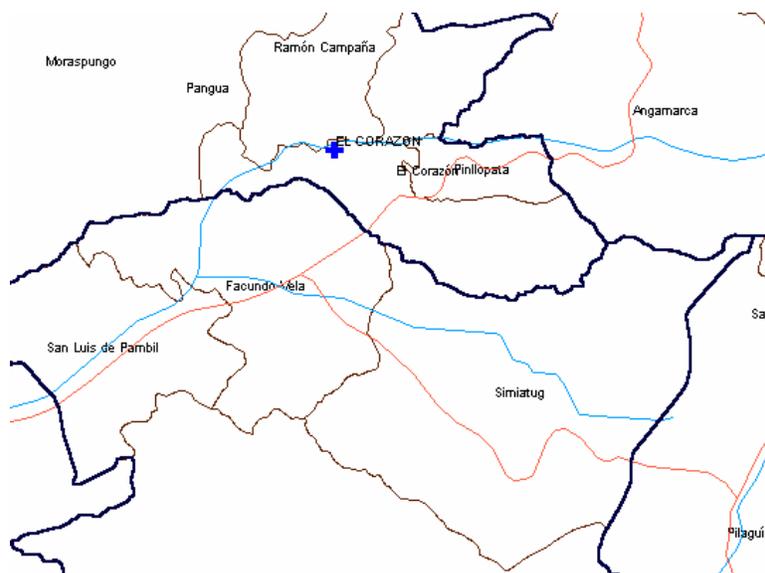
El cantón Colta se divide, administrativamente en seis parroquias, tres urbanas: Villa la Unión (Cajabamba) y Cicalpa; y tres parroquias rurales: Columbe, Cañi, Juan de Velasco, Santiago de

Quito. La **Parroquia de Cicalpa** se encuentra a 3.000 msnm, algunas comunidades de Cicalpa están a 3.700 msnm.

Las mujeres indígenas mayores hablan muy poco castellano y hasta hace poco su contacto con el mundo mestizo, era a través de los hombres.



Simiatug, se encuentra en la región noreste de la provincia de Bolívar, limita hacia el norte con la parroquia El Corazón (provincia de Cotopaxi), al este con la provincia Tungurahua, al sur con la parroquia Salinas (provincia de Bolívar) al oeste con la parroquia Facundo Vela (provincia Bolívar). Las comunidades están entre 2.900 y 3.700 m.s.n.m.



Situación socioeconómica

Tabla 3. Fuentes de ingreso en las tres zonas de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Zona de estudio	Fuentes de ingreso
El Corazón	36.8% procede de agricultura 35.2% procede de trabajo no calificado
Cicalpa	43% agricultura, 43% personal no calificado
Simiatug	60% procede de agricultura, 32.7% trabajo no calificado

En las partes altas del Cantón de **Pangua** cultivan cereales y leguminosas como es la cebada, trigo, habas, lenteja, arvejas en micro parcelas que son designadas para el consumo familiar. El cultivo predominante es el fréjol, maíz, arveja y haba.

La crianza de ovinos es predominante en la zona alta, también constituye importante en la economía familiar, permite el ingreso económico, satisface las necesidades de consumo, el cuidado es asumido directamente por la mujer, para su mantenimiento se aprovecha de pastos naturales.

Los equinos también presentes en esta zona, constituyen un medio de transporte muy útil en el trabajo agrícola, la comercialización de los productos; muchos campesinos se trasladan a diario de las fincas hacia los filos de las carreteras, centros poblados, hospital, mercados o ferias a lomo de mula o caballo.

En Cicalpa, la tierra es el principal medio de producción para los sectores indígenas; su alta concentración en pocas manos explica las grandes diferencias socioeconómicas que existen entre los habitantes de Chimborazo y de Colta.

La forma de producción de los agricultores se sustenta en la mano de obra familiar y, en determinados momentos del ciclo de producción, se recurre a la práctica cultural de presta manos entre familias. Las formas de trabajo más generalizadas son las manuales y en un porcentaje alto el uso de yuntas, en tanto la mecanización de la agricultura, es casi inexistente. Los cultivos principales son de cebada, papa y maíz.

La crianza de ovinos también es significativa especialmente en las zonas más altas, donde tienen las condiciones naturales necesarias por la presencia de pastos naturales.

En **Simiatug**, Las características con respecto a la agricultura y lengua son similares a las del cantón Colta.

No se encontraron indicadores demográficos en las tres zonas de estudio, tales como tasa de fecundidad, tasa de mortalidad, tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna y esperanza de vida al nacer.

Tabla 4. Indicadores sociales en las tres zonas de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Zona de estudio	Empleo	Nivel de pobreza	Alfabetismo (%)	Nivel educativo (acceso)
El Corazón	36.8% procede de agricultura 35.2% procede de trabajo no calificado	84.1% pobreza, 64.9% pobreza extrema	77.9%	4 años promedio aprobados en escuela básica
Cicalpa	43% agricultura, 43% personal no calificado	86% pobreza 67% pobreza extrema	67.9%	3 años promedio aprobados en escuela básica
Simiatug	60% procede de agricultura, 32.7% trabajo no calificado	98.1% pobreza, 94% extrema pobreza extrema	58.5%	2 años promedio aprobados en escuela básica

Uno de los problemas más críticos que tiene el cantón Colta (**Cicalpa**) es el alto índice de analfabetismo, sólo 1 de cada 3 mujeres sabe leer y escribir.

La mayoría de la población que vive en la zona alta del cantón Pangua (**El Corazón**) tiene su origen en la parroquia de Simiatug provincia de Bolívar. En esta zona hablan Kichwa mientras que en la parte baja se utiliza el castellano. Por esta razón, se puede diferenciar a los habitantes según su origen. En relación con la vestimenta, en la zona baja sub-tropical los varones utilizan ropa delgada como camisas, pantalones de tela fina, zapatos o botas de caucho, las mujeres se ponen faldas, shorts, pantalones, vestidos, camisetas; en las zonas altas la vestimenta es más gruesa los varones visten camisas, pantalones, sacos y algunos ponchos, sombreros y botas y las mujeres visten faldas, blusas, sacos, chalinas y sombreros.

El cantón Pangua apenas cuenta con el servicio público de agua en la parte urbana y una mínima parte en la zona rural; este servicio es insuficiente para abastecer a la población urbana. La mayoría de las comunidades en estudio no cuentan con este servicio. Por la falta de agua potable, la población consume el líquido vital desde las vertientes, pozos y ríos cercanos a sus viviendas.

El déficit habitacional en el cantón Pangua es sumamente grave, es decir apenas el 15% de la población cuenta con viviendas acondicionadas para habitar, esto corresponde a la población urbana, mientras que la población rural dispone de viviendas construidas con las siguientes características: paredes de adobe y techos de zinc, adobe y techos de hojas de caña o palmas, madera y zinc, en mínima parte, de bloques y cemento armado. Este tipo de construcción no cuenta con una orientación técnica arquitectónica, por lo que la distribución de cuartos en la mayoría de casas es nula, el hacinamiento es evidente e incide en el riesgo de adquirir enfermedades contagiosas entre los miembros de la familia.

Por la lejanía con el centro urbano y el costo que representa, el gas doméstico en esta zona no es utilizado. La gente acostumbra quemar paja y leña dentro de las mismas casas para cocinar,

debido a la escasez de ventanas en las casas el humo impregna el ambiente incrementando los problemas respiratorios.

Sistema de salud

En las tres provincias, cuentan con hospitales, establecimientos de salud de primer nivel de atención y laboratorios. En cada una de las áreas hospitalarias tienen por lo menos 1 hospital y 1 laboratorio que realiza baciloscopias. Sin embargo en las zonas de estudio, sólo El Corazón cuenta con hospital y laboratorio, las otras dos zonas de estudio no cuentan con estos servicios hasta la fecha.

Tabla 5. Estructura de salud en las provincias y áreas de salud de las tres zonas de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Provincia	Hospitales	Sub Centros de Salud	Puestos de salud	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
Cotopaxi	4	3	64	4	4
Chimborazo	2	2	90	2	2
Bolívar	2	4	49	2	2

Área de Salud	Hospitales	Sub Centros de Salud	Puestos de salud	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
No. 6 Cotopaxi	1	6	2	1	1
No. 2 Chimborazo	1	6	11	1	1
No. 1 Guaranda	1	1	17	1	1

Zona de estudio	Hospitales	Sub Centros de Salud	Puestos de salud	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
El Corazón	1	0	0	1	1
Cicalpa	0	1	2	0	0
Simiatug	0	0	2	1	0

En Cicalpa existe un puesto de salud perteneciente al Ministerio de Salud Pública, además existe un dispensario el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Con relación a otros proveedores involucrados en las tres zonas de estudio, la ONG que viene trabajando en las tres zonas es la Fundación "Alli Causai". Sólo en Cicalpa tienen un registro detallado de los otros proveedores involucrados. En la tabla 6 se describe lo encontrado excluyendo la FAC

Tabla 6. Otros proveedores de salud involucrados en la zona de estudio. DOTS Comunitario. Ecuador 2006.

Zona de estudio	ONGs	Privados	Curanderos	Comadronas/Parteras	Botiquines
El Corazón	0	3	No hay datos	No hay datos	1 (no operativo)
Cicalpa	2	3	80	80	3
Simiatug	0	0	No hay datos	No hay datos	8 (no operativo)

En la zona de **El Corazón**, en la zona de la comuna Panyatug, el centro de salud mas cercano se llama Pinllopata, que esta ubicado dentro del Cantón Pangua, la capital del Cantón es El Corazón. Aquí se encuentran las comunidades: La Plancha, Quishpe Punta Urco, Palma Urco, Catazan Chico, Catazan Grande, Padrehuasi (la casa del padre), El empalme y La pajilla en la zona alta.

En la cabecera cantonal está a disposición un hospital cantonal (El Corazón), con servicios de: emergencia para atención de segundo nivel las 24 horas, consulta externa, hospitalización con 15 camas, farmacia, laboratorio, radiología y odontología.

El Centro de Salud de Pinllopata queda a 1 hora en vehiculo, con la dificultad que este Sub Centro de Salud es del Seguro Campesino, por lo tanto solo atiende afiliados. Para acceder al Hospital de El Corazón (Ministerio de Salud) el costo es de 15 dólares por el transporte en automóvil. Solo las comunidades de Quishpe Palma Urco y La Plancha, tienen acceso a carretera; los pobladores de las otras comunidades tienen que caminar 30 minutos adicionalmente. En la zona baja, los pobladores de las comunidades de Tres Esteros y Colinas de Dios, desde el punto de carretera hasta la comunidad son 1 hora 30 a 2 horas. Para llegar al establecimiento de salud mas cercano, los pobladores tienen que caminar 2 horas mas 1 hora 30 de vehiculo.

Las dos parroquias que están siendo atendidas en la provincia de Bolívar de la zona de estudio **Simiatug**, se encuentran en el Área de Salud No. 1.

En el Cantón de Guaranda, se encuentra la parroquia Simiatug y el SCS Simiatug. Las comunidades que están en esta zona son: Cocha, Tingo, Gerrana, Laihua, Pimbalo, Llullimunllo, Cutahua, Boliche, Papaloma, Mindina, Cascarilla, Santa Teresa, Pambugloma, Yatalo, Simiatug Centro, Allago, Santo Domingo Quialo, Monoloma y Lanzaurco. Las carreteras solo pueden ser utilizadas en verano, el costo de vehiculo es mucho más alto que en otras zonas, la ambulancia del SCS no tiene chofer y por lo tanto no puede ser utilizada. Caminando desde la carretera, se puede hacer entre 1 a 12 horas la mas lejana (Monoloma, Lanzaurco y Santa Teresa).

En las comunidades existen promotores de salud, ellos han sido capacitados para atender las emergencias y cuentan con un botiquín de primeros auxilios, facilitado por la Fundación "Alli Causai".

En la Parroquia Facundo Vela y el SCS Facundo Vela, las comunidades son: Ingapirca, Musullacta, Pungadaguas, El Torneado, Santa Teresita de la Unión, La Florida, Porvenir. Caminando entre 1 a 12 horas la mas lejana (La Florida y El Porvenir).

En la zona de estudio de **Cicalpa** (Colta), provincia de Chimborazo, se encuentra el Área de Salud No. 2 y el Cantón Colta (Puesto de Salud Cicalpa), las comunidades que se han trabajado son La Pradera, Lliglig y Virgen de las Nieves.

Desde Colta hasta las comunidades el alquiler de un vehiculo cuesta entre 7 a 10 dólares y de las comunidades hacia Colta casi lo mismo. Caminando más o menos 1 hora hasta el PS y 2 horas hasta Colta donde existe un Hospital Cantonal.

Anexo 2

Formato para recolectar datos acerca del contexto de las zonas de estudio

1. Localización geográfica, datos poblacionales

Provincia	Zona de estudio	Población (especificar año)	Fuente de información	Extensión territorial	Etnias	Lenguas
-----------	-----------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------	--------	---------

Total

Zonas de estudio	Zona de estudio	Población (especificar año)	Fuente de información	Extensión territorial	Etnias	Lenguas
------------------	-----------------	-----------------------------	-----------------------	-----------------------	--------	---------

Total

2. Situación socio-económico: fuentes de ingreso, empleo, pobreza, alfabetismo, acceso a escuela básica, media, (tasas, bolsones), otros detalles relevantes. Si tienen algún otro indicador socio económico, por favor agregarlo.

Zona de estudio	Fuentes de ingreso
-----------------	--------------------

Zona de estudio	Empleo	Nivel de pobreza	Alfabetismo (%)	Nivel educativo (acceso)
-----------------	--------	------------------	-----------------	--------------------------

Zona de estudio	Tasa de fecundidad	Tasa de mortalidad general	Tasa de mortalidad infantil	Tasa de mortalidad materna
-----------------	--------------------	----------------------------	-----------------------------	----------------------------

Zona de estudio	Esperanza de vida al nacer
-----------------	----------------------------

3. Sistema de salud

Estructura Ministerio de salud en los servicios de salud del Área de Salud, extensión de cobertura, rol de ONGs, cobertura real, obstáculos.

Otros proveedores involucrados: privados, curanderos, comadronas, botiquines etc.

Estructura del Ministerio de Salud

Provincia	Hospitales	Centros de Salud	Unidades Operativas	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
-----------	------------	------------------	---------------------	--------------	---------------------------

Área de Salud	Hospitales	Centros de Salud	Unidades Operativas	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
---------------	------------	------------------	---------------------	--------------	---------------------------

Zona de estudio	Hospitales	Centros de Salud	Unidades Operativas	Laboratorios	Laboratorios que hacen BK
-----------------	------------	------------------	---------------------	--------------	---------------------------

Extensión de cobertura, rol de ONGs, cobertura real, obstáculos (describir):

Otros proveedores de salud involucrados en la zona de estudio

Zona de estudio	ONGs	Privados	Curanderos	Comadronas/Parteras	Botiquines
-----------------	------	----------	------------	---------------------	------------

Hacer otra tabla si existen otras instituciones

4. Programa de tuberculosis (DOTS/TAES)

Cobertura DOTS (hasta donde laboratorio, hasta donde tratamiento), datos epidemiológicos (notificación de casos durante últimos 5 años, ídem cohortes de resultado tratamiento, sistema de cobros (baciloscopia, primera consulta, consultas subsecuentes, rayos, medicamentos). Explicación y análisis de datos, dando énfasis al porque en una comunidad/zona va mejor que en otra. Adjunto esta un archivo en excel para registrar la información.

5. DOTS comunitaria:Cuál es el rol que desempeña?

6. Contexto socio-cultural al respecto a DOTS: concepto de salud, estigma, creencias, obstáculos para detección oportuna y adherencia

7. Organización de la comunidad y mecanismos de involucramiento en la toma de decisiones de salud y gobierno local.

Funcionamiento comités de desarrollo, frecuencia reuniones, resultados palpables o visibles.

Como es el vínculo entre salud y comunidad, como entre el programa TB y la misma, que acciones por parte de salud, que acciones de la comunidad (ejemplos).

8. Actividades de Abogacía, Comunicación y Movilización Social

Abogacía: promover salud y lucha TB con las autoridades locales y también con los colegas de salud.

Comunicación: Educación en salud en los servicios, y en la comunidad (radio, charlas, folletos, teatro etc.) Quién lo organiza? Quién lo hace? Qué se hace?

Movilización Social: Todo lo que refiere a organización de la comunidad y los ciudadanos en general (no solo en el campo, también en la zona urbana.)

Describir cada actividad para cada una de las zonas de estudio.

Zona de estudio: _____

Anexo 3
Formato para las Entrevistas

Ficha No.

Entrevista aplicada en las Comunidad de _____

Datos del entrevistado

Mujer Hombre Ex Paciente Si No

Edad _____

Nombre comunidad _____

A. Conocimiento de tuberculosis y su cura

- 1 **Cuáles con los síntomas/quejas/padecimientos que puede ser tuberculosis?**

- 2 **Hay cura para tuberculosis y si hay, cual es? (duración, costo)**

- 3 **Como se puede verificar fácil en los servicios de salud si alguien tiene tuberculosis? (a través esputo)**

- 4 **Donde se consigue el tratamiento?**

Cuanto tiempo dura el tratamiento?

Se puede hacerlo mas corto?

- 5 **Porque es importante tratarse lo mas temprano que posible? (evitar la muerte, evitar contagio a otros)**

- 6 **Como sabe estas cosas de tuberculosis? (promotor, radio, charla..)**

- 7 **Si alguien tiene tuberculosis como es visto en su comunidad? Que se hace? (aislar la persona, ayudarle, mandar a tratarse etc..)**

B. Utilización de servicios DOTS/TAES

- 1 **A donde vas cuando tienes tos persistente de mas que 15 días? (curandero, botica/ farmacia, guardiana o promotor, puesto de salud, hospital, etc...)**
Porque? (mas cerca, menos caro, mas confiado, mas apropiado (socio-cultural, mala experiencia)
-

- 2 **Quien y donde se da el tratamiento de DOTS/TAES? (trabajador de salud, guardiana, facilitador comunitario, etc..)**

C. Organización y participación comunitaria

- 1 **Tiene alguna organización de salud alrededor de la comunidad? (comité, promotor, etc..) Quienes forman parte del comité?**
 - 2 **Qué actividades se ha organizado en el ultimo año?**
 - 3 **Quién toman estas iniciativas? (desde la comunidad misma, o de fuera del Ministerio de Salud, proyecto ONG etc..)**
 - 4 **Si hay un comité que son los objetivos? (salud, desarrollo, etc..)**
 - 5 **Cuantas veces se reúnen?**
 - 6 **Qué cosas se han logrado en los últimos años?**
 - 7 **Si no hay comité, como se organizan para asuntos de salud?**
 - 8 **Cómo se relacionan con los servicios de salud? (con quienes, que les parece?)**
 - 9 **Cómo pueden proponer acciones de salud?**
 - 10 **A quienes pueden proponer acciones ? (salud, gobierno local, ONG etc..)**
 - 11 **Qué cosas les han resultado positivas?**
-

Anexo 4
Formato para el Informe Trimestral de Casos de Tuberculosis

INFORME TRIMESTRAL	1	2	3	4	AÑO	FECHA DE ELABORACIÓN	
NOMBRE DE LA UNIDAD QUE INFORMA						PROVINCIA	ZONA DE ESTUDIO
NOMBRE DEL RESPONSABLE						FIRMA	

1. DETECCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS

Nº CONSULTAS EN MAYORES DE 15 AÑOS	
Nº SR ESPERADOS	0
Nº SR IDENTIFICADOS	##### %
Nº SR EXAMINADOS	##### %
Nº SR BK+	##### %

2. CONCENTRADO DE LABORATORIO

Nº DE PRIMERAS MUESTRAS DE DIAGNÓSTICO	
Nº TOTAL DE CASOS POSITIVOS	
Nº TOTAL DE BK DE DIAGNÓSTICO	
Nº TOTAL DE BK DE CONTROL	
Nº TOTAL DE BACILOSCOPIAS	0

3. CASOS NUEVOS SEGÚN FORMAS DE TUBERCULOSIS

PULMONAR						EXTRAPULMONAR (3)		SUBTOTAL		TOTAL
BK + (1)			BK - (2)					(1+2+3)		
M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	M	F	
0	0	0						0	0	0
#####						#####		#####		#####

4. CASOS NUEVOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+

(Solo la columna 1 del cuadro 3)

GRUPO DE EDAD POR SEXO																TOTAL
0 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y +		SUBTOTAL		
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
														0	0	0

5. CASOS ANTES TRATADOS CON TUBERCULOSIS PULMONAR BK+

RECAÍDAS			ABANDONOS RECUPERADOS			FRACASOS			OTROS			SUBTOTAL		TOTAL
M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	
		0			0			0			0	0	0	0

6. CASOS DE MENINGITIS TUBERCULOSIS

GRUPO DE EDAD POR SEXO										TOTAL
0-4			5-14			15 y +		SUBTOTAL		
M	F	TOTAL	M	F	TOTAL	M	F	M	F	
		0						0	0	0

7. PACIENTES VIH/SIDA/TUBERCULOSIS

GRUPO DE EDAD POR SEXO																TOTAL
0 - 14		15 - 24		25 - 34		35 - 44		45 - 54		55 - 64		65 y +		SUBTOTAL		
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	
														0	0	0

Anexo 5

Formato para informar los resultados de los Estudios de Cohorte

Estudio de Cohorte - Resultados de Tratamiento Casos Nuevos - Esquema Uno

Nombre de la Zona de Estudio que informa
Provincia

Año: _____

Fecha en que completo este formulario
Nombre de la persona que lleno el formulario

Casos Nuevos	Informados		Condición de egreso																		Total Evaluados						
			Curados			Tratamientos terminados			Fracasos			Transferencias sin confirmar			Abandonos			Fallecidos									
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total						
TB Pulmonar BK+			0			0			0			0			0			0			0			0			0
TB Pulmonar BK-			0			0			0			0			0			0			0			0			0
TB Extrapulmonar			0			0			0			0			0			0			0			0			0

Estudio de Cohorte - Resultados de Tratamiento Antes Tratados - Esquema Dos

Nombre de la Zona de Estudio que informa
Provincia

Año: _____

Fecha en que completo este formulario
Nombre de la persona que lleno el formulario

Casos Nuevos	Informados		Condición de egreso																		Total Evaluados						
			Curados			Tratamientos terminados			Fracasos			Transferencias sin confirmar			Abandonos			Fallecidos									
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total						
Recaida			0			0			0			0			0			0			0			0			0
Abandono Recuperado			0			0			0			0			0			0			0			0			0
Fracaso			0			0			0			0			0			0			0			0			0

Anexo 6

Entrevista a Yachag y Partera, sobre el diagnostico, tratamiento y control de la tuberculosis, según su practica.

Entrevista directa a un Yachak de la comunidad Lig Lig de la Parroquia Cicalpa del Cantón Colta; provincia de Chimborazo.

Sexo: masculino

Edad: 38 años

Entrevistado por: Rosa Elena Pucha

Nota: para evitar la alteración del mensaje vertida en la entrevista al Yachak se transcribe como lo expresó durante la entrevista realizada.

1. ¿Con qué nombre conocen ustedes y la gente en las comunidades a las personas que tosen y botan gargaajo por mucho tiempo?

Nosotros en las comunidades conocemos como PULMONÍA así se conoce en esta tierra.

2. ¿Por qué creen que se da esta enfermedad? (Causas)

La Pulmonía se da por:

- Trabajar mucho en polvos
- Por estar mucho tiempo en humo de carros, humo de leña en la cocina. También se produce en la gente que se dedica a estar solo tejiendo por mucho tiempo.
- En la gente que se acostumbra a pasar montado en caballo por mucho tiempo también se produce la pulmonía, por que al correr en el caballo respiran el aire muy frío.

3. Estas personas que tosen y botan gargaajo por mucho tiempo que otras dolencias, molestias sientes o aquejan?.

No todos los enfermos con pulmonía se queja de lo mismos dolores; por eso hay que saber si esta recién empezando con la enfermedad, esta avanzada la enfermedad o ya esta muy complicada o grave.

Si está empezando la enfermedad; tiene dolor de espalda, poca tos, a veces bota gargaajo pero poquito y de color blanco.

Si esta avanzada la pulmonía tiene dolor de espalda, la tos ataca mucho por mas tiempo y bota gargaajo de color amarillo, siente cansancio, aparece amarillo, ya no puede trabajar mucho en cosas pesada, las cuestas ya no alcanza a caminar se pone morado la cara, los labios, es como

que estuviera ahogando, siente sudor frío, algunos tienen asco a las comidas y no comen normalmente, comen apenas poquito.

Si está muy complicada o grave; tosen demasiado, siquiera por más de 10 a 15 minutos, botan bastante gergajo a veces con sangre, cuando respiran, duermen roncan mucho, ya no pueden dormir normalmente algunos amanecen sentados, tienen calentura, peor ya no pueden caminar ni hacer ningún trabajo; así mismo ya no comen y se ven muy flacos.

4. Cómo o de qué forma saben ustedes que las personas que tosen mucho tiempo tienen Tuberculosis?

Nosotros ya sabemos que las personas que están tose y tose por mucho tiempo, tienen dañado el Yurak Shungo (pulmones); sobre todo ya se le ve muy flaco, amarillo, se pone morado al respirar, está fatigado como que estuviera corrido bastante tose duro a cada rato y el gergajo es muy pesado.

Así mismo se limpia con el cuy para ver en qué parte de esta demasiado gergajo, luego de limpiar con el cuy se va pelando de poco a poco el cuy y se va revisando desde la nariz, garganta, y Yurak Shungo (pulmones) aquí se va viendo dónde mismo está asentado mucho gergajo según eso vemos si está grave o no, si el gergajo está solo en la garganta no es mucho grave, pero si está en el shungo y en ambos lados bastante gergajo ahí si está muy grave; se ve clarito que está con gergajo por que en el Yurac Shungo de Cuy aparece sangre cuajada.

Por medio del pulso y la respiración, se debe tocar el pulso con el dedo del corazón y ver cómo respira, siempre los enfermos con pulmonía tienen pulso rápido y respiran agitados.

¿Con qué les curan o qué cosas utilizan para curar?

En la medicina de campo hay varias de curar así por ejemplo tenemos:

- Algunas personas que pueden coger pichones de las tórtolas; se le corta el pescuezo y se coge la sangre calientita con un poco de miel de abeja se les da de tomar en ayunas siquiera por 8 días o por lo menos cuando consiguen los pichones.
- En cambio la carne del mismo pichón apenas que pela se amarra en la espalda en la parte dolorida.
- En caso de los preparados se les da cebolla rallada con rábano, hojitas de eucalipto aromático con miel de abeja, esto se le da de tomar luego de las comidas, después del desayuno, almuerzo y merienda.
- Tilo, tipo, violeta, con azúcar quemado también se le da solo por las tardes antes de la merienda.
- Se hace los vaos (vaporizaciones); esto solo las noches debe hacer y luego debe arrojarse por que hace sudar y saca todo el sudor frío).

5. ¿Cada que tiempo realizan los controles, donde lo realizan y como le controla? (el enfermo viene a su casa o usted visita a la casa del enfermo?)

Si los enfermos viven cerca vienen a la casa cada 4 días y se va viendo si ha mejorado el pulso, la respiración.

A los que viven lejos de la casa, se visita cada 8 días en la casa del enfermo por que algunos ya no pueden caminar mucho peor muy lejos.

6. ¿Que consejos le da en cuanto a la alimentación?

Deben comer solo alimentos blandos, suaves, porque el cuerpo se cansa rápido al comer comidas pesadas o secas y puede provocar tos fuerte rato de comer y se puede ahogar con la comida por eso no se da.

No debe comer comidas irritosas, por ejemplo carne de chanco, pescado, maní, ají, aliños, achote, manteca de chanco, estos alimentos empeoran la tos y hace botar gargajo más gargajo pesado y el enfermo se empeora cada ves más ya no puede respirar y se pone muy grave a veces ya no se encuentra la cura.

Es bueno que tomen aguas de hierbas como la manzanilla, tipo eucalipto pero tibios.

Si tiene o puede conseguir puede tomar jugos de papaya, melón, guayaba.

7. ¿Cómo o de que debe cuidarse durante el tratamiento?

Sobre todo debe descansar, no debe trabajar en cosas pesadas.

Debe estar en un ambiente caliente. No debe tomar trago. No debe fumar. No comer cosas irritosas. Hasta que calme la tos debe dormir aparte de los hijos si es posible solo.

Nosotros curamos solo cuando están recién empezando con la enfermedad; cuando vienen graves con la enfermedad avanzada se aconseja que vaya donde los Doctores para que hagan otros exámenes; luego según lo que dice el doctor le ayudamos a que siga el tratamiento hasta que cure.

A veces también depende de los familiares, por que traen cuando ya esta grave, se descuidan mucho y quieren que le curemos a veces cuando ya no hay como ni curar.

La pulmonía es muy duro curar y es muy peligroso porque se puede reventar los pulmones y empiezan a botar demasiada sangre por la boca y se mueren. Pero ni así la gente se preocupa solo buscan remedios cuando ya esta muy grave.

Entrevista a Partera

Edad: 54 años

Comunidad: La Pradera

1.- ¿Con qué nombre conocen ustedes y la gente en las comunidades a las personas que tosen y botan gargajo por mucho tiempo?

A los que tosen mucho tiempo y botan demasiado gargajo son conocidos como pulmonía, pulmón resfriado, bronconeumonía, yana uju (tos negra). Según las familias pero con cualquiera de estos nombres le dice la gente.

2.- ¿Por qué creen que se da esta enfermedad? (Causas)

Esta enfermedad aparece por mucho frío, a veces por que están trabajando y sudan mucho y vota el viento y se resfría muy fuerte. A veces también se da por mucho humo.

3.- Estas personas que tosen y botan gargajo por mucho tiempo que otras dolencias, molestias sientes o aquejan?

Según las personas, a veces tienen tos suave, otros lastima cuando tosen a cada rato, mas que todo por las noches algunos amanecen lastima sin poder dormir por mucha tos.

Tienen mucho dolor de espalda, no tienen ganas de comer, a veces se levanta la fiebre, no pueden caminar peor trabajar.

4.- ¿Con qué les curan o que cosas utilizan para curar?

Con remedios de campo se cura pero cuando la enfermedad ya esta muy avanzada algunos se mueren y no se puede hacer mayor cosa.

Las hierbitas que más se utiliza para la pulmonía son: tilo, tipo, salve real, violeta, borraja, cualquiera de estas agüitas con azúcar quemado se les da de tomar.

De repente también se hace bañar con aguas de hierbas calientes, para aliviar el dolor de espalda, refrescar la sangre por la fiebre.

Otras veces se pone la clara de huevo batido en la espalda, con un papelito.

Cuando el pecho esta roncando mucho se hace vao (vaporizaciones) con hojitas de eucalipto tierno o si se consigue con eucalipto aromático.

5.- ¿Cada que tiempo realizan los controles, donde lo realizan y como le controla? (el enfermo viene a su casa o ustedes visitan a la casa del enfermo)

Según el interés de cada familia se hace los controles pasando un día una vez por semana, pero si quiera para saber si esta curando o no; si el enfermo no viene tengo que visitar a la casa.

6.- ¿Que consejos le da en cuanto a la alimentación?

Sobre la comida se aconseja no comer cosas irritosas; carne de chanco, cuy, carne frita, aguate, ají, comino, achote.

No tomar ni comer cosas frías.

Es mejor que coman sopitas o coladitas suaves por que comidas secas son pesadas y el enfermo se puede empeorar.

7.-¿Cómo o de que debe cuidarse durante el tratamiento?

- No comer cosas irritosas
- No tomar trago
- No salir a frío
- No tomar aguas frías. O muy frescas.

Anexo 7

Check list de cumplimiento de actividades de los promotores en la comunidad

Promotores _____

Comunidad _____

Sub centro de salud _____

Fecha _____

No.	Actividades	Si	No
1	Elaboración y/o actualización del mapa parlante de la comunidad		
2	Elaboración de censo y/o actualización de toda la comunidad		
3	Elaborar un listado de los SR (sintomáticos respiratorios) que son todas las personas que tienen tos y flema (gargajo) por más de quince días		
4	Dar una charla educativa a la comunidad sobre la búsqueda activa de SR		
5	Participar en reuniones de la comunidad dando el tema de tuberculosis		
6	Conocer a que unidad operativa pertenece a su comunidad		
7	Número de pacientes que ha trasladado al SCS de referencia para que se realice los exámenes requerido por el PCT		
8	Número de pacientes con TB que administra tratamiento		

Anexo 8. Cuaderno del (a) Voluntario (a) de salud
"Tukuy kausaymanta yanaparishun"

A continuación se incluye la información consignada en el cuaderno de los voluntarios:

1. Nombre y comunidad a la que pertenecen
2. Compromisos del (a) voluntario (a) de salud y recomendaciones
 - Asumir el compromiso con la comunidad de tratar los (as) enfermos (as), identificar sospechosos (as) y realizar promoción educativa en la comunidad.
 - Ser líder y aportar con ideas y acciones que permitan mejorar las condiciones de salud de la comunidad.
 - Asumir una zona geográfica dentro de la comunidad para la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, es decir que tendremos que estar atentos a la presencia de sospechosos de tuberculosis y otros problemas de salud y apoyarlos para que tengan una atención médica.
 - Tratar al paciente con respeto y cariño, brindarle confianza y apoyo.
 - Estimular al paciente todo el tiempo para que cumpla el tratamiento.
 - Dar el tratamiento al paciente y ver que tome la medicina en nuestra presencia.
 - Apoyar el trabajo del equipo de salud del centro o sub centro de salud que me corresponda.
 - Acudir mensualmente a la unidad de salud para el control médico del paciente.
 - Seguir las indicaciones del (a) médico (a).

3. Las recomendaciones que no debo olvidar

Para mi paciente

- El (a) paciente se debe alimentar mejor que cualquier miembro de la familia
- Alimentarse con productos de la zona que son de grana alimento. Revise siempre las indicaciones sobre alimentación que usted tiene.
- El (a) enfermo (a) debe toser tapándose la boca con un pañuelo y no debe escupir dentro de la casa, sino en un lugar donde dé el sol, porque ahí se muere la bacteria (el putupuma).
- No deben realizar trabajos fuertes hasta que se cure.
- Si un (a) médico (a) le receta otra medicina para el (a) enfermo (a), usted debe informarle de la medicina para la tuberculosis que esta tomando.
- Cuando una mujer tiene tuberculosis, se debe educar a la pareja sobre la necesidad de utilizar algún método anticonceptivo, el embarazo trae riesgos para la madre y el niño.
- El (a) enfermo (a) puede participar libremente de la vida comunitaria.

Para la familia de mi paciente

- La familia del (a) enfermo debe ser examinada para ver si no hay algún miembro que este contagiado.
- La familia es el primer grupo de apoyo para el (a) enfermo (a).
- La familia hace el seguimiento del tratamiento del (a) enfermo (a).

Para la comunidad

- La comunidad apoya el trabajo de los (as) voluntarios.
- Debe conocer que la única forma que se transmite la tuberculosis pulmonar es a través de la respiración.
- La tuberculosis pulmonar (el putupuma) no se contagia al saludar, dando la mano a la persona enferma, ni al tomar la chicha o comida de un persona enferma.
- La comunidad apoya las acciones de salud en la comunidad y promueve acciones para que los (as) enfermos se cure,

4. Reacciones adversas de la medicina

Una reacción adversa a las medicinas, significa que la medicina que cura también puede causar otros síntomas, que antes de tomar las pastillas no tenía. Esto no sucede en todas las personas y depende de la dosis, del tipo de medicina y de la respuesta del cuerpo. Por ejemplo, una persona que esta tomando medicina para la tuberculosis puede sentir ardor en el estómago, pero puede suceder que otra persona que toma la misma medicina no siente nada.

En el caso de la tuberculosis, las pastillas curan esta enfermedad también pueden causar reacciones adversas, aunque cualquier persona puede presentar una reacción adversa, es mas frecuente que se presente en mayores de edad.

Signos de alerta médica por las reacciones adversas, las reacciones adversas a la medicina de la tuberculosis, generalmente pasan después de poco tiempo con las medidas de apoyo que da el (a) médico (a), y en muy pocos casos es necesario hacer correcciones al tratamiento o suspenderlo.

Signos de alerta:

Si su paciente presenta los siguientes síntomas es necesario que acuda inmediatamente al médico:

- Paciente que no ve el color rojo ni verde
- Paciente que esta perdiendo la audición (no oye bien)
- Paciente que esta como loco, pierda la razón

Paciente que tiene: náusea, vómito, dolor de barriga, sin ganas de comer, se lo ve enfermo.

Si usted observa que su paciente presenta otros síntomas raros y que le preocupan, debe acudir al médico.

El cuaderno tiene 12 hojas, para que el promotor escriba como su paciente le dice que siente ordenado en los siguientes síntomas:

- Dolor de barriga
- Dolor de barriga en el lado derecho (donde esta el hígado o en el centro del estómago o puzu)
- Ardor de barriga (quemazón)
- Náusea (solo ganas de vomitar, pero no vomito)
- No le da ganas de comer
- Mareo
- Color amarillo de la piel
- Dolor de huesos
- Dolor de articulaciones (donde se unen los huesos)

- Picazón del cuerpo
- Pérdida de la memoria (se olvida de las cosas)
- Hace cosas que no entendemos (esta como loco, pierde la razón)
- Se le pela la piel
- Visión borrosa (no ve bien)
- No oye bien
- No puede ver el color rojo o verde

5. Control de tratamiento

Se ha dedicado 24 recuadros para que el promotor evalúe semanalmente al paciente y que incluye la siguiente información:

- 1. En esta semana de tratamiento mi paciente me cuenta que:
- 2. Las indicaciones que le he dado a mi paciente son:

6. Indicaciones del (a) médico (a) para el voluntario

8 recuadros para las indicaciones del médico, para que el promotor escriba las indicaciones que el / la médico (a) receta.

7. Contactos de mi paciente

Una hoja para el control de contactos que incluye el nombre y apellidos de las personas que viven con el paciente, edad, relación de parentesco, si tiene tos, tiempo que tiene tos, recomendaciones e indicaciones.

8. Control de la administración de medicamentos.

Se incluye una hoja para registrar el día de la toma de medicamentos en primera y segunda fase, durante todo el tratamiento.

Anexo 9
Cronograma de trabajo – 2007

22 de Enero	:	Llegada a Quito
23 y 24 de Enero	:	Trabajo de campo en Napo
25 y 26 de Enero	:	Trabajo de campo en Sucumbios
27 y 29 de Enero	:	Preparación del informe preliminar
30 y 31 de Enero	:	Trabajo de campo en Esmeraldas
1 de Febrero	:	Preparación del informe consolidado de las tres provincias
2 de Febrero	:	Reunión de trabajo con representantes del PNT y CARE Ecuador
		<ul style="list-style-type: none">• Informe de los hallazgos encontrados y recomendaciones preliminares de las visitas realizadas.• Discutir el diseño y validación de la propuesta metodológica para trabajar DOTS Comunitario en el Ecuador.• Retorno a Lima

El cronograma de trabajo fue coordinado con la Lic. Miriam Benavides, del PNT Ecuador, teniendo en cuenta los traslados y disponibilidad de medio de transporte a las provincias a visitar, quien a su vez coordino con los Sub Receptores de las provincias incluidas.