

Universidad Nacional Experimental
de los Llanos Occidentales
"EZEQUIEL ZAMORA"



LA UNIVERSIDAD QUE SIEMBRA

*Vicerrectorado de Planificación y Desarrollo Regional
Coordinación de Área de Postgrado
Postgrado Gerencia y Planificación Institucional.*

**LA PLANIFICACIÓN PARTICIPATIVA EN LA TRANSVERSALIZACIÓN
DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD.
(Caso: Prevención de la tuberculosis (TBC) en comunidades del
Pueblo Indígena Jivi. La Macanilla, Municipio Pedro Camejo, Estado
Apure. 2014.)**

**Requisito parcial para optar al grado de
Magister Scientiarum en Gerencia y Planificación Institucional**

Autora:
Glamaris Guilarte
C.I 11.924.256
Tutora:
Profesora Neiva Tovar

SAN FERNANDO DE APURE, ENERO 2015.

DEDICATORIA

A mis amores

*Son mi fuente de inspiración para superarme cada día
un motivo constante para continuar trazando mis metas.
Por su apoyo, esmero, paciencia, colaboración incondicional
Y sobre todo la confianza depositada en mí.*

Para un líder

*Por ese liderazgo, y ese afán de hombre
Venezolano y Rebelde
En tu presencia:
Un pueblo consciente, diverso, crítico,
rebelde, despierto.
Venezuela grande.
En las diferencias se enarbola el tricolor
En tu ausencia:
Esperanza, lucha ¡Siempre Venezuela!*

A mis padres.

Su amor fue el impulso de mi creación.

AGRADECIMIENTO

“El tiempo de Dios es perfecto”. Agradecida y bendecida por tu bondad, por abrirme las puertas y los caminos, estar siempre a mi lado.

Por tu amor y apoyo incondicional para lograr alcanzar esta meta. KC.

A mis tesoritos, mucho de mí y de lo que me propongo me mueve gracias a su existencia.

A la Universidad Nacional Experimental de Los Llanos Occidentales “Ezequiel Zamora” (UNELLZ –APURE), a los profesores de la IX cohorte de la Maestría de Gerencia y Planificación Institucional, en especial a los que con su vocación e ímpetu por la enseñanza marcaron muy positivamente mi proceso de formación: Gabino, Wilson Gallardo, Mercedes Betancourt y Neiva Tovar.

A las demás autoridades del consejo de profesores y de forma especial a la profesora Rosalía Pérez, actual coordinadora de la maestría.

Nuevamente a la Profesora Neiva Tovar. Mi guía en esta investigación, sus conocimientos, consejos y apoyo son de un valor incalculable para mi formación como profesional y el logro de esta meta.

Al Dr Jesús Toro, (Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio del Poder Popular para la Salud. Maracay-estado Aragua), por haber confiado en mí y brindarme el tiempo necesario para culminar este proyecto.

A las comunidades del pueblo Indígena Jivi de Los Mangos, Chaparral-La Planta y La Florida.

A los capitanes indígenas Rosa María Andrade, Luis Vidal Méndez y Ramón Tovar.

Amauci José por recibirme en Los Mangos y alojarme en las instalaciones de INPARQUE para el desarrollo del trabajo de campo, además de ser un informante clave y oportuno.

Al grupo de trabajadores de la salud, muchachos indígenas Jivi, quienes son ejemplo de superación en sus comunidades: Francisco, Néstor, María y Máximo.

A los profesores Luisa Guevara, Alexis y José Gregorio Figueroa miembros revisores, por sus recomendaciones y observaciones.

INDICE GENERAL

	PAG.
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INDICE GENERAL.....	v
LISTA DE FIGURAS.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	ix
RESUMEN.....	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO I. EL PROBLEMA	
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Justificación.....	11
1.3 Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1 Objetivo General.....	13
1.3.2 Objetivo Especifico.....	13
1.4 Alcances de la investigación.....	14
1.5 Limitaciones de la investigación.....	14
CAPITULO II. MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL	
2.1 Antecedente de la investigación.....	15
2.2 Bases legales.....	20
2.2.1 Bases legales Internacionales.....	20
2.2.2 Bases legales nacional.....	32
2.3 Base referencial teórica.....	39
2.3.1 Enfoque de Interculturalidad.....	39
2.3.2 Interculturalidad en Salud	51
2.3.3 Transversalización del enfoque intercultural.....	58

2.3.4 Participación ciudadana.....	63
2.3.5 Disposición a la Participación.....	72
2.3.6. Participación social en la salud.....	73
2.3.7 La Planificación Participativa.....	78
2.3.8. Planificación en Salud.....	83
2.3.9 Prevención de la Enfermedad.....	84
2.3.10 Tuberculosis (TBC).....	88
2.3.11 Prevención de la Tuberculosis.....	98
2.3.12 La Tuberculosis en Venezuela.....	100
2.4 Operacionalización de las Variables.....	103

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Consideraciones generales.....	104
3.2 Diseño de la Investigación.....	105
3.2.1 Tipo de Investigación.....	105
3.3 Procedimiento metodológico.....	109
3.4 Población y muestra.....	111
3.5 Técnicas e Instrumentos Recolección de la Información.....	114
3.6 Sistematización, procesamiento y análisis de los datos.....	119

CAPITULO IV. RESULTADOS Y ANALISIS

4.1 Descripción General de la Macanilla.....	120
4.1.1 Reseña histórica del centro poblado La Macanilla.....	120
4.1.2 Características geográficas y físico-ambientales de la zona.....	121
4.1.3 Atractivos Turísticos.....	125
4.1.4 Servicios básicos.....	125
4.1.5 Organizaciones sociales presentes.....	126
4.2 Pueblo indígena Jivi.....	127
4.2.1 Organización económica.....	129
4.2.2 Estructura política.....	

4.2.3 Organización Social.....	130
4.2.5 Sistema de creencias y religión.....	131
4.2.6 Sistema salud-enfermedad.....	132
4.2.7 Población indígena Jivi en el Estado Apure.....	133
4.3 Análisis de los resultados de la investigación.....	134
4.3.1 Conocimiento Preventivos de la tuberculosis en la población Jivi	135
4.3. 2 Disposición a la participación.....	159
4.3.3 Diseño de Estrategias para la prevención de la tuberculosis (TBC) con las comunidades del Pueblo indígenas Jivi. La Macanilla.....	170
 CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones.....	172
5.2 Recomendaciones.....	177
 GLOSARIO.....	 179
ABREVIATURAS.....	187
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	188
ANEXOS.....	194

Figuras	Pág.
1 Tuberculosis en Población Indígena. Tasas por 100.000 Habitantes. Venezuela 2008-2013	101
2 Incidencia de tuberculosis en población Indígena. Venezuela y Apure. 2008-2013 Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, MPPS: 2014	102
3 Frecuencias absolutas de Síntomas de la tuberculosis conocidos en las comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014. Fuente: Guilarte (2014)	141
4 Representación de la distribución porcentual de la denominación que recibe la tuberculosis en el idioma Jivi. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014Fuente: Guilarte (2014)	143
5 Causas de la enfermedad. Prevención de la tuberculosis (TBC) Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014 Fuente: Guilarte (2014)	145
6 Distribución porcentual del lugar a donde acudirían en caso de enfermar con tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014. Fuente: Guilarte (2014)	149
7 Distribución absoluta de los motivos por lo que la TBC es considerada como un problema para la comunidad. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014. Fuente: Guilarte (2014).	159

LISTA DE TABLAS

TABLA N°	Pág.
1 Descripción de la tuberculosis pulmonar.	88
2 Niveles de prevención de la Tuberculosis.	98
3 Operacionalización de variables.	112
4 Población indígena Jivi de las comunidades ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. 2014.	113
5 Total de entrevistas semiestructuradas realizadas por comunidad indígena abordada. La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. Venezuela. 2014.	133
6 Distribución de la población del pueblo indígena Jivi por estados. Venezuela, según Censo 2011	133
7 Distribución de la población total indígena del estado Apure según el sexo	137
8 Personas entrevistadas que padecieron de TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	138
9 Números de personas en la vivienda que han padecido la enfermedad. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	139
10 Números de espacios internos en la vivienda. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	139
11 Números de espacios internos en la vivienda. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	139
12 Reconocimiento de una persona enferma con Tuberculosis. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	140
13 Testimonios sobre el reconocimiento de enfermos de tuberculosis por los síntomas de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	157

14	Denominación de la Tuberculosis para la población Jivi. sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.	157
15	Denominación de la Tuberculosis en idioma Jivi según los principales síntomas de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	159
16	Causas de la enfermedad. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	161
17	Registros según caracterización de las causas de la enfermedad. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.	164
18	Consideración de la TBC como una enfermedad contagiosa. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.	165
19	Testimonios sobre el conocimiento de la tuberculosis como una enfermedad contagiosa. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	166
20	Conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad el Bacilo de Koch. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	166
21	Testimonios sobre elección del sitio en donde acudirían en caso de tener tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.	168
22	Intención de visita al centro de salud en caso de contraer TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.	170
23	Curación de la Tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014	172
24	Curación de la TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	172
25	Testimonios sobre el uso del tratamiento y su eficacia en la curación de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014	173
26	Testimonios sobre el uso de la fitoterapia su eficacia y uso en la curación de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	174

27	Conocimiento sobre la prevención de la tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014	160
28	Conocimientos sobre la prevención de la enfermedad. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.	161
29	Grupo 1. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014	162
30	Grupo 2. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014	163
31	Grupo 3. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.	164
32	Respuestas en consenso a las preguntas grupos de discusión: Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014	165
33	Identificación de problemas planteados en la asamblea que evitan la prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014	166



La planificación participativa en la transversalización del enfoque intercultural de salud. (Caso: Prevención de la tuberculosis (TBC) en comunidades indígenas Jivi. La Macanilla, Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.)

Autora: Glamaris Guilarte
Tutora: Neiva Tovar
Enero, 2015

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo general proponer estrategias para la prevención de la tuberculosis (TBC), enmarcadas dentro de los enfoques de interculturalidad en salud y planificación participativa, con las comunidades del pueblo indígena Jivi ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. 2014. Se utilizó como marco conceptual los enfoques de planificación participativa e interculturalidad en Salud. La prevención de la Salud es una estrategia del sistema Nacional de Salud que se centra en evitar y controlar los casos de una enfermedad. En el caso de la Tuberculosis, las estrategias de prevención de la enfermedad implementadas en las comunidades indígenas no se encuentran orientadas a esa población. Por lo que es necesaria la participación de los Pueblos y Comunidades Indígenas en la planificación para que los programas se desarrollen con eficacia. Se realizó una investigación de Campo de tipo exploratorio etnográfica. El trabajo se dividió en dos etapas. Una con la aplicación de entrevistas semiestructuradas a 26 jefes de familias, representando el 56% del universo total de la población. En la otra etapa, se realizaron discusiones grupales y una asamblea que dio como resultado la formulación de estrategias de prevención de la TBC para el pueblo indígena Jivi. Se emplearon varias técnicas para la ejecución de la investigación: entrevistas semiestructuradas, observación directa, discusiones grupales, asamblea, análisis del problema, FODA. Como resultado se evidenció conocimientos preventivos para la TBC, disposición para participar abiertamente en los problemas de salud que les afectan y el diseño de las estrategias.

Descriptores: Enfoque Intercultural en Salud, Planificación Participativa, Prevención de la Tuberculosis, Pueblo indígena Jivi.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de cambios en las sociedades y culturas ameritan largos periodos de ensayos, construcción, y reformulación de las estructuras profundas de sus bases sociales. Por lo general, los cambios no son circunstanciales, ni azarosos; responden más bien a necesidades históricas postergadas e ignoradas de los diversos grupos sociales que conforman las bases de un Estado o Nación y que llegan a ejercer en un momento dado la gobernabilidad política.

En los países contemporáneos los marcos jurídicos promueven los deberes y derechos de los ciudadanos y brindan un marco de garantías para ejercer la ciudadanía, en ocasiones las legislaciones amparan la permeabilización de transformaciones profundas o ejercen mecanismo de control para evitarlas.

En Venezuela el inicio del siglo XXI hasta nuestro días, se ha visto marcado por un complejo proceso de cambios instaurados a partir del primer mandato de Hugo Rafael Chávez Frías, pasando por un proceso inédito de participación ciudadana constituyente que dio como resultado una nueva Carta Magna, promulgada durante 1999, en donde se buscó transformar las estructuras del Estado exponiendo como fin la refundación de la República, con la prioridad de establecer una **“sociedad democrática, participativa, protagónica, multiétnica y pluricultural”**. (Preámbulo CRBV)

Entre los cambios estructurales referidos al principio de participación, se puede señalar que los mecanismos que plantea la Constitución para ejercer la participación de la sociedad venezolana no quedan únicamente referidos, como es característico en los modelos de democracias representativas al campo del libre ejercicio del sufragio para la elección de los gobernantes, sino como un derecho y deber sociopolítico de los ciudadanos para intervenir en cada una de las instancias de los asuntos de la gestión y administración pública, con marcado énfasis en la planificación participativa y la contraloría social.

Así como la participación social y ciudadana es determinante en la reformulación del nuevo Estado venezolano, lo es también el reconocimiento constitucional de una sociedad venezolana multiétnica y pluricultural. A través de

estos preceptos se reconoce, por un lado, la compleja identidad social, histórica y cultural del país, conformada principalmente a raíz de un complejo proceso de transculturización y de integración biológica y cultural de tres raíces: los pueblos originarios ancestrales americanos, la africana y la cultura española. Y, por otro lado reconoce y visibiliza en la actualidad, la resistencia y existencia en el tiempo de varios grupos étnicos como son: los Pueblos y comunidades indígenas venezolanas y poblaciones de afrodescendientes.

La Constitución ofrece un marco jurídico que replantea el ejercicio del poder político y público, así como una serie de lineamientos para conformar desde lo Nacional a lo local, y viceversa, y una nueva institucionalidad direccionada por los criterios de democracia participativa y protagónica. Sin embargo, romper con las anteriores formas de ejercicios de poder de la gestión pública nacional, caracterizada aun hoy día por la burocracia y representatividad, ha sido la mayor barrera que durante más de catorce años, no ha permitido que fluyan rápidamente aportes necesarios para la reformulación completa del Estado y de sus instituciones.

En el caso específico de la Salud Pública, se observa que los programas, planes y proyectos aun se formulan sin la participación activa de los ciudadanos y sus comunidades. Se mantienen las grandes brechas entre el sistema biomédico de salud caracterizado por una medicina curativa y no preventiva.

A pesar que en la constitución en el capítulo V *De los derechos Sociales y de las Familias*, el artículo 84-, define claramente que ***“la comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en instituciones públicas de salud”*** en dicho artículo refiere también que el Estado a través del sistema público de salud dará ***“prioridad a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, garantizando el tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad”***.

De igual manera se caracteriza la oposición marcada de roles entre el personal de salud “especialista” en sus áreas de conocimientos y los usuarios de los servicios, que aun son vistos como “pacientes” y no como participes de cambios, de transformación y de conocimientos, quienes de forma individual y

colectiva construyen según sus experiencias sus propios proceso de salud y enfermedad, y que por lo tanto, tienen percepciones y actitudes que pueden aprovecharse para la prevención y hasta erradicación de enfermedades prevenibles.

Las brechas se hacen aun más grandes cuando los servicios de salud, programas, planes y proyectos de salud son llevados hacia las poblaciones indígenas venezolanas. Ya que no son adecuados a las particularidades lingüísticas, culturales y geográficas de estas poblaciones.

En la actualidad, en muchas comunidades indígenas venezolanas se siguen registrando altos niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles causadas por determinantes multifactoriales asociados a condiciones de pobreza y pobreza extrema, como son: ausencia de agua potable, alimentos, transporte, viviendas, áreas de cultivo, hacimiento, pocos o inexistentes medios de comunicación (red de radios, vías de accesos), bajos niveles de inclusión dentro del sistema educativo nacional, bajas coberturas de acceso a los servicios de salud.

Problemas que se agudiza aun más en aquellas poblaciones que debido a las barreras geográficas producto de habitar en zonas rurales de difícil accesibilidad, no son incluidos permanentemente en los planes y programas del sistema de salud. En el caso específico del estado Apure un 70% de las comunidades indígenas no poseen ningún servicio del primer nivel de atención en salud (consultorios populares o ambulatorios tipo 1).

Entre las patologías que más afectan a los cuarenta Pueblos y Comunidades Indígenas del país se encuentran la tuberculosis, paludismo, parasitosis intestinales, desnutrición, caries dentales, problemas de piel como escabiosis y micosis, y diferentes trastornos respiratorios y digestivos. (Dirección Nacional de salud Indígena: 2014)

Según datos suministrados por el Programa de Control Nacional de Tuberculosis en Venezuela, se aprecia una notable diferencia en la incidencia –es decir, casos reportados de personas con tuberculosis- entre población general y población indígena, por casos de tuberculosis. Lo que significa que en el país los indígenas se enferman seis veces más de esta enfermedad que el resto de la población.

Desde un nivel local de acción, con esta investigación se busca indagar sobre ¿Cómo se pueden crear espacios de diálogos en las comunidades indígenas que permitan delinear estrategias culturalmente pertinentes para la prevención de una enfermedad como la tuberculosis?. Y que a su vez, establezca un marco de referencia teórico-metodológico-práctico inicial para comparar y coadyuvar experiencias futuras.

Para ello se partirá en primer lugar de la necesidad de conocer, desde la perspectiva de las comunidades indígenas Jivi apureñas, los conocimientos que ellos poseen sobre la tuberculosis, el tratamiento, diagnóstico y prevención de la enfermedad. Como segundo objetivo la disposición individual y colectiva a la participación para la prevención de la tuberculosis, con el fin último de formular estrategias para prevenir la enfermedad en las comunidades del Pueblo indígena Jivi ubicadas en La Macanilla, municipio Pedro Camejo

En las comunidades escogidas par esta investigación se reportan casos anuales de enfermos por tuberculosis pulmonar con una incidencia crítica durante el periodo 2008 al 2010.

Los aspectos anteriormente anunciados se abordaran en el primer capítulo de la investigación en donde se describe ampliamente el problema, sus objetivos, alcances y limitaciones de la misma.

En el mismo orden de ideas, es importante destacar que para lograr el desarrollo de los objetivos anteriormente expuestos, se escogió como marco de referencia teórico dos enfoques: el enfoque intercultural de salud y la planificación participativa.

El enfoque intercultural de salud porque, desde nuestro punto de vista, brinda la perspectiva más acorde para comprender aspectos claves de los procesos de interrelaciones humanas. Partiendo de la concepción antropológica que en toda sociedad en donde confluyen más de una cultura, devenida por las interrelaciones pluriculturales y multiétnicas –la coexistencia en mismo espacio geográfico y político-administrativo de varios grupos étnicos-, pueden estar sujetas a conflictos profundos por el desconocimiento y legitimación del “otro”. Lo que conllevaría al fracaso permanente de acciones del Estado dirigidas a mejorar la calidad de vida de sus ciudadanos.

A su vez, se ha escogido el enfoque de la planificación participativa como la herramienta teórica y metodológica para la acción-práctica de la investigación, ya que el proceso de planificación implica anteponerse a una realidad, proyectando una forma alternativa ideal del mundo en la que los seres humanos desean vivir. Siendo la planificación participativa la herramienta aunque no la única, de impulsar cambios reales, estructurales que vayan más allá de lo dictado por un marco jurídico. Es una vía de hacer consciente un problema y buscar de forma individual y colectiva el cambio positivo deseado.

Los enfoques anteriormente enunciados serán desarrollados de una forma amplia y exhaustiva en el segundo capítulo de este trabajo, en donde además se profundiza en una investigación documental todo el marco legal nacional e internacional pertinente al tema central abordado, así como los antecedentes de este problema de investigación.

Por las características propias de esta investigación, la misma esta enmarcada en una investigación etnográfica, dentro de la modalidad de trabajo de campo exploratorio, lo cual se desarrollará en el tercer capítulo de este trabajo. Finalmente el Capítulo IV Resultados y Análisis, y el Capítulo V el cual comprende las Conclusiones y Recomendaciones.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del Problema.

Según el marco constitucional nacional la planificación participativa se plantea como el medio desde donde se podrán implantar los principios de integridad territorial, cooperación, solidaridad, concurrencia y corresponsabilidad, suscritos con el fin establecer una sociedad democrática, participativa, protagónica, multiétnica y pluricultural en un Estado de justicia y derecho. A su vez, la Constitución, define el Estado venezolano como un Estado federal descentralizado y establece la planificación estratégica participativa como el medio idóneo para que los ciudadanos se empoderen de las herramientas necesarias para solucionar los problemas que afectan a la población en los niveles locales de ciudadanía.

En Venezuela se orienta, entonces, la planificación y el desarrollo como un mandato constitucional, y a su vez un fin mismo del Estado venezolano. Concretándose lo señalado anteriormente con la creación del Ministerio de Planificación y Desarrollo y la promulgación de la Ley Orgánica de Planificación (LOP:2001).

En ésta ley se define la planificación como la “práctica para transformar y construir nuevas realidades con la capacidad de alcanzar propósitos, interpretar intereses de la sociedad e incorporar, en las deliberaciones presentes, las necesidades de las generaciones futuras” (LOP, 2001:3)

Al hacer mención sobre la planificación participativa es necesario recurrir a la noción de “*participación social*”. En la Ley Orgánica de Planificación (LOP) se hace referencia a este aspecto como un derecho que tienen todos los sectores de estar debidamente informados, de elaborar propuestas, identificar prioridades y recomendar formas de participación que incidan en la construcción, viabilidad y perfectibilidad de la planificación, con el fin de que todos los venezolanos,

directamente o a través de las comunidades organizadas presenten y formulen propuestas para la planificación que se ejecuta, desde los niveles más locales de participación, en cada uno de los órganos y entes de la administración pública.

A su vez, para que exista un proceso de empoderamiento y contraloría social, en el artículo 60, se establece con carácter de obligatoriedad que todos los órganos de la Administración pública suministren a los diversos sectores sociales del país, información amplia y oportuna sobre sus planes de desarrollo y demás programas y proyectos.

A pesar de ese gran avance desarrollado y definido dentro del marco jurídico Nacional en donde la planificación participativa es un vértice central del Estado y sus instituciones, en la gestión de salud pública nacional la planificación normativa se sigue manteniendo como el marco general desde donde se diseñan los programas, planes y proyectos en salud (Díaz-Polanco, 2008:7). Dejando de un lado el diseño de programas en el que se incorpore la participación social. Lo que da como resultado la ejecución de planes, programas, y proyectos en salud, con estrategias, logros y metas establecidos sin orientación a la solución de los problemas estructurales y causales que afectan la salud de la población venezolana. Y mucho menos se adaptan, ni tienen pertinencia social acorde a la diversidad cultural de nuestro país.

En consecuencia no se logran traspasar las barreras institucionales para formular políticas en salud más equitativas e inclusivas. Más aun cuando dirigimos la mirada hacia los problemas de salud existentes en zonas rurales en donde residen poblaciones, como los pueblos ancestrales de nuestro país, que fueron excluidos e invisibilizados por la aplicación de políticas públicas neoliberales y de los modelos de democracia representativa, impuestos en periodos anteriores a la instauración de la denominada “Quinta República”.

Venezuela posee una gran diversidad cultural, plasmado constitucionalmente partir de 1999 en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, en donde se reconoce nuestro país como multicultural y pluricultural.

En el caso específico de los grupos étnicos originarios en la actualidad se han registrado y reconocido un total de más de 40 pueblos indígenas, de los cuales

cuatro se encuentran en el estado Apure como son los: Pumé, Jivi, Amorua y Cuiba. La gran diversidad étnica encontrada en nuestras fronteras y la gran extensión geográfica del territorio nacional en donde se distribuyen los pueblos y comunidades indígenas nos lleva a considerar necesarias la producción de respuestas locales y regionales en salud que contemple y visibilice las diversidad geográfica, lingüística, cultural del país.

Si enfocamos ahora nuestra atención al asunto indígena nos encontramos con que en la Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI), hace referencia la participación de estos pueblos en las políticas, señalando que: el Estado *promoverá y desarrollará las acciones coordinadas y sistemáticas que garanticen la participación efectiva de los pueblos y comunidades y organizaciones indígenas en los asuntos nación (Art. 6)*

A su vez indica que son los mismos pueblos y comunidades indígenas los que deberán participar *directamente o a través de sus organizaciones de representación, en la formulación de políticas públicas dirigidas a estos pueblos y comunidades o de cualquier otra política que pueda afectarles directa o indirectamente*. Respetando en todo momento las organizaciones propias y autoridades legítimas de cada pueblos o comunidades indígenas. (Art. 5)

En el caso específico de los servicios de salud, esa misma Ley establece que los pueblos y comunidades indígenas se deben organizar e insertar en la planificación y contraloría de los servicios de salud a los cuales tengan acceso. Por lo que toda atención integral de salud deberá adecuarse pertinentemente a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de los pueblos ancestrales.

A consecuencia de un largo proceso de exclusión de los indígenas dentro de las políticas anteriores, se evidencia todavía en la actualidad grandes brechas de inequidades que aun no se han podido disminuir. Los indicadores de salud para los pueblos indígenas venezolanos, dan cuenta de una situación en la cual prevalecen las enfermedades de tipo infeccioso y prevenibles. Los actuales programas de salud que conforman a la Atención Primaria en Salud (APS), no alcanzan a cubrir satisfactoriamente las necesidades de los usuarios debido a fallas en la dotación de equipos y medicamentos, problemas en la infraestructura, escaso

personal en las zonas rurales, falta de seguimiento a los programas, a lo cual se une las diferencias culturales entre los profesionales de salud y los pacientes indígenas

En las comunidades indígenas venezolanas, se registran altos niveles de morbilidad y mortalidad infantil por enfermedades prevenibles causadas por determinantes multifactoriales asociados a condiciones de pobreza y pobreza extrema, como son: ausencia de agua potable, alimentos, transporte, viviendas, áreas de cultivo, hacimiento, pocos o inexistentes medios de comunicación (red de radios, vías de accesos), y bajas coberturas de acceso a los servicios de salud.

La tuberculosis, malaria, parasitosis intestinales, diarreas, desnutrición, caries dentales, problemas de piel como escabiosis y micosis, y diversos trastornos respiratorios son las patologías que más afectan a los 40 Pueblos y Comunidades Indígenas del país. (DNSI:2014)

En el caso específico del estado Apure, para el lapso 2008-2010 se registraron en comunidades indígenas Apureñas un total de 31 casos, con 2 defunciones (2009), 7 abandonaron el tratamiento, 13 se curaron de la enfermedad y los 9 restantes no se obtuvo información. De esos casos, diez (10) son del Municipio Pedro Camejo de las comunidades Jivi en donde se realizó la investigación. Llama la atención además, que de los abandonos de tratamiento y muertes todos ocurrieron en la población Jivi. En los años sucesivos se observa una disminución en la búsqueda activa de casos en las comunidades donde ha prevalecido la enfermedad, lo que ha llevado a un subregistro, sin embargo se reportan anualmente entre dos y más casos de personas que comienzan tratamientos en dichas localidades. (Programa Regional Control de Tuberculosis (PRCTBC: 2013)

A partir de la descripción breve de este panorama de morbimortalidad por tuberculosis, el marco jurídico nacional que promulga la participación activa de los Pueblos y Comunidades Indígenas, como también la necesidad de insertar la planificación participativa en la consolidación de un modelo nacional democrático participativo, nos proponemos identificar el conocimiento que los Jivi tienen de la tuberculosis para construir y diseñar con el pueblo indígena Jivi estrategias

asertivas y adecuadas socioculturalmente que disminuyan el contagio por esa enfermedad entre las familias indígenas.

En el 2002 el Ministerio de Salud y Desarrollo Social plasmó en un documento denominado “Enfoque de etnia” (Rivero 2002: 7), la necesidad de incorporar la noción de etnia, dentro de los planes y programas de salud. Posteriormente desde el 2005 se formaliza dentro de esa institución la Dirección Nacional de Salud Indígena. Desde ese ente se comienza a formular una serie de objetivos orientados a brindar atención en Salud con las Comunidades y Pueblos Indígenas del país, entre las acciones tomadas se sustituye el enfoque de etnia, por el enfoque de interculturalidad en Salud como el marco de referencia teórico que permita transversalizar el enfoque de etnia dentro de los planes, programas y proyectos del Sistema Público Nacional de Salud.

Los enfoques transversales postulan un conjunto de principios, valores y conceptos que nos ayudan a comprender mejor y con mayor profundidad e integralidad la compleja realidad social y cultural de un país, a encontrar mejores respuestas y soluciones a los problemas sociales que se desean superar, y por tanto a comprender la realidad desde sus diversas dimensiones. La transversalización de un enfoque ayuda a desarrollar estrategias contextualizadas, a mirar la realidad de manera integral, (...) y constituyen una garantía para la no discriminación, la democracia y el respeto de los derechos humanos de cada persona, sin distinción de su condición social, étnica, cultural, de sexo o edad. El enfoque intercultural forma parte de los llamados enfoques transversales, como el enfoque de género, de los derechos humanos, de Cultura de Paz, de Participación Ciudadana y otros. (UNFPA: 2007).

A partir del desarrollo de la siguiente investigación se busca comprender ***¿Cómo podrían desarrollarse mecanismos idóneos de participación ciudadana para la inclusión de las comunidades indígenas en programas, proyectos y planes de salud?***, con el fin de construir espacios de diálogos y acción entre el personal de salud y los Pueblos y Comunidades Indígenas, y por ende, el diseño de estrategias de salud acordes a las particularidades culturales y étnicas del país, y en específico del estado Apure

De igual forma, nos interesa conocer *¿Cuales herramientas de la planificación participativa pueden coadyuvar al proceso de transversalización del enfoque de interculturalidad en salud en los programas de salud locales?.*

De forma específica en la prevención de una enfermedad crónica y evitable como la Tuberculosis, de manera que sus respuestas permitan desarrollar estrategias oportunas con calidad y calidez para mejorar la calidad de vida, a la vez de que se respeten las particularidades culturales y étnicas de los Pueblos y comunidades indígenas.

Finalmente, en relación a las interrogantes generales expuestas anteriormente, nos planteamos, las siguientes preguntas que precisan el desarrollo de los objetivos de esta investigación:

¿Cuáles son los conocimientos sobre la tuberculosis existentes en la población abordada, para determinar hacia donde se debe orientar las estrategias de prevención de la tuberculosis?

¿Se generarán las condiciones necesarias para que exista disposición de participación individual y colectiva por parte de las poblaciones Jivi, que generen una reflexión consciente sobre la importancia de prevenir la Tuberculosis en sus comunidades.?

Y, desde ese análisis colectivo e individual, finalmente:

¿Cuáles serían las soluciones que la comunidad considera como determinantes en la prevención de la tuberculosis en sus comunidades?

1.2 Justificación

El contexto político venezolano vigente busca consolidar un modelo de democracia participativa y protagónica como política de Estado, lo que ha permitido crear desde diversas instancias del poder gubernamental y social las condiciones que contribuyan a la búsqueda de nuevos espacios, fórmulas de profundización y consolidación de los mecanismos reales de participación y

empoderamiento social. Sin embargo, es un proceso largo y complejo que, además, debe responder a expectativas y necesidades reales acumuladas por diversos actores sociales, -como por ejemplo los pueblos y comunidades indígenas, de afrodescendientes y demás minorías étnicas- que no eran visibles dentro de los parámetros de la democracia representativa.

En lo que respecta al área específica de la gestión y la planificación de los asuntos de salud pública, a pesar del desarrollo de avances en la materia, existe una tarea postergada de la inserción de las comunidades indígenas en la participación, planificación y contraloría social en los programas de salud. Sobre todo en aquellos programas de salud como el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, que están orientados a toda la población venezolana, y que en sus estadísticas reflejan que en algunas poblaciones indígenas del país, en relación a las no indígenas, suceden altas tasas de incidencia y prevalencias de casos de Tuberculosis (TBC).

Para las poblaciones que han sido afectadas por la enfermedad, el Sistema Nacional de Salud desarrolla estrategias encaminadas a la prevención de la Tuberculosis, enfocadas principalmente través de la búsqueda activa de casos y el Tratamiento Asistido Directamente supervisado (TAES), pero éstas se llevan a toda la población por igual sin distinguir en las particularidades culturales, lingüísticas de los pueblos y comunidades indígenas. Trayendo como consecuencia que el alcance esperado, según las Metas del Milenio, en la disminución de los casos en poblaciones indígenas no sea la esperada.

Por lo tanto, esta investigación se enfocará en formular algunas estrategias para prevenir la tuberculosis en comunidades Jivi apureñas con la finalidad de que se puedan adecuar y/o considerar dichas estrategias para el fortalecimiento de las acciones preventivas que impulsa el sistema regional y local de salud. Pero también en la búsqueda de abrir espacios de participación para que las comunidades indígenas abordadas en el estudio, que han sido marcadamente afectadas por esta enfermedad, desde sus conocimientos y experiencias, se apropien de dichas medidas preventivas, haciendo consciente su papel determinante que poseen como colectivo para controlar la TBC en sus comunidades.

1.3 Objetivo de la investigación.

1.3.1 Objetivo General

Proponer estrategias para la prevención de la tuberculosis (TBC), enmarcadas dentro de los enfoques de interculturalidad en salud y planificación participativa, con las comunidades del pueblo indígena Jivi ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. Venezuela, 2014.

1.3.1.1 Objetivo Específicos

- Analizar conocimientos de tuberculosis en el sistema de salud-enfermedad Jivi. La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. 2014.
- Identificar la disposición a la participación en la prevención de la Tuberculosis por parte de la población indígena Jivi. La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. 2014
- Diseñar estrategias para prevención de la tuberculosis, con las comunidades indígenas Jivi ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo, estado Apure.

1.4 Alcances de la investigación.

Con esta investigación se pretende proporcionar información relevante a los diversos componentes del sistema de salud regional, y a otras autoridades correspondientes en materia de asuntos indígenas, para la planificación adecuada en el diseño de estrategias para la prevención de la tuberculosis con pertinencia socio-cultural, con la participación activa de los mismos actores involucrados. Es decir, los Pueblos y Comunidades indígenas.

Por lo mencionado anteriormente es que ésta investigación, desde el área de la gestión y la planificación institucional tiene gran relevancia, sobre todo desde el ámbito de la gestión y planificación en salud pública. Porque, en primer lugar intenta dar respuesta a la necesidad postergada de comenzar a ensayar la forma práctica de transversalizar el enfoque intercultural en los programas de

salud a nivel nacional, regional y local; y en segundo lugar, ya que través del diálogo directo horizontal y con respeto, es que pretendemos obtener las herramientas para incentivar la toma de decisiones que permitan resolver algunos de los problemas de salud que afectan a las comunidades y Pueblos Indígenas de Apure. Como por ejemplo lograr que los pacientes indígenas Jivi que residen en comunidades ubicadas en el municipio Pedro Camejo no abandonen su tratamiento, restablezcan su salud después de padecer tuberculosis. Así como que las estrategias del Programa de Control de Tuberculosis se orienten más hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, y no hacia el tratamiento, impactando de forma positiva en la disminución de casos y muertes por tuberculosis. Con las correspondencia de que dichas estrategias se adecuen a las particularidades culturales y sociales del pueblo indígena Jivi.

1.5 Limitaciones de la Investigación.

Es importante mencionar algunas limitantes de esta investigación. La primera se encuentra vinculada al mismo objetivo del trabajo y la búsqueda de establecer la participación de actores y roles antagónicos (sistemas de creencias distintos, juegos de roles y relaciones de poder claramente marcadas entre el personal de salud y los pacientes), que en ocasiones perjudican cualquier intento de trazar espacios de dialogo y participación conjunto, con respeto y horizontalidad. Otra de las limitantes es particular a la metodología escogida para esta investigación, la investigación etnográfica. Esta metodología de la ciencia antropológica es la apropiada para abordar problemas entre culturas distintas, pero amerita un tiempo considerable para la realización del trabajo de campo. Esta limitante se puede convertir en una fortaleza si es abordada por un especialista en el área.

CAPITULO II.

MARCO CONCEPTUAL REFENCIAL.

2.1 Antecedentes de la Investigación.

Con la investigación documental realizada constatamos el campo novedoso de nuestra investigación, ya que aun encontrado valiosos aportes sobre el tema, los trabajos analizados no hacen referencia acerca de la importancia de incorporar de la planificación participativa y el enfoque intercultural de salud para la prevención de enfermedades crónicas como la tuberculosis, tampoco estudios que analicen la tuberculosis en población indígena y Jivi. Sin embargo, a continuación exponemos los trabajos de investigación encontrados que brindan aportes singulares, ya sea por las metodologías diseñadas, áreas temáticas, marcos referenciales y/o análisis pertinentes a ésta investigación específica.

Romero (1999): “Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en comunidades indígenas del estado de Oaxaca una aproximación cualitativa”. El objetivo de la investigación era realizar un estudio descripción de las creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis, en dos comunidades indígenas de Oaxaca. Se empleó el método etnográfico, con herramientas cualitativas como las discusiones familiares, entrevistas abiertas y reconstrucción e historias de vida. Tomaron un marco muestral de 28 familias mixtecas y 84 zapotecas, seleccionadas al azar. Como resultado obtuvieron que la tuberculosis fue desconocida por más del 80% de las familias. Los enfermos perciben a esta enfermedad como “*Enfriamiento*” y “*Brujería*”, la adherencia al tratamiento se hizo en etapas avanzadas, para la mayoría la tuberculosis ejerce en quien la padece rechazo social, que trae como consecuencia el abandono y el aislamiento de las personas diagnosticadas con la enfermedad. Como conclusión el estudio indico que el concepto de “*enfermedad*” y de “*tuberculosis pulmonar*” en estos

dos grupos étnicos es percibida de forma diferente al otorgado por los médicos, por ende las acciones de prevención y control a realizar deben considerar la cultura de cada grupo social.

En el 2004 se realizó una investigación antropológica en la población indígena Warao para fortalecer el programa de Tuberculosis en el Municipio Antonio Díaz del Estado Delta Amacuro (MSalud, IVIC, OPS, GTZ). Se determinó que los Waraos reconocían la enfermedad de TBC como peligrosa, capaz de provocar la muerte, la cual no podía ser curada por sus médicos y medicinas tradicionales, y que habían constatado que el tratamiento suministrado por el Ministerio de salud era efectivo. Se evidenció que las fallas reales se encontraba en el diagnóstico oportuno y la entrega efectiva de medicamento y no a negativa de los pacientes en recibir y tomar el tratamiento.

Chacare (2006) identificó en la población indígena del estado de Amazonas los factores relacionados con la enfermedad y muerte por TB, estableciendo las relaciones entre el comportamiento epidemiológico de la TB y la accesibilidad cultural y geográfica a los servicios de salud y a las medidas de control. La autora realizó un análisis epidemiológico de tasas diferenciales entre etnias y población no indígena, a través del estudio del componente sociocultural. Empleo entrevistas y estudios de casos. A partir de los resultados recomendó: 1) Disminuir el retardo de diagnóstico con búsqueda activa, adiestramiento del personal de salud, adaptación cultural (síntomas), pertinencia lingüística según etnia, y comunicación respetuosa entre agentes de salud y médicos tradicionales incorporándolos en la red de diagnóstico. 2) Mejorar la calidad de los datos recolectados para el Programa Integrado de Control de la Tuberculosis en Amazonas PICTA; y 3) Desarrollar proyectos de investigación específicos en el área.

Burquez Hernández (2006): “Conocimientos de las Medidas Preventivas y creencias sobre la tuberculosis que tienen los usuarios de consulta externa en el Centro de Salud “El Pino”, Lima, Perú. Su objetivo fue determinar los

conocimientos de las medidas preventivas y creencias sobre la tuberculosis que tienen los usuarios de consulta externa. El método fue descriptivo de corte transversal. Los resultados encontrados es que Un alto porcentaje (45.6%) de usuarios de Consulta Externa tienen un conocimiento medio sobre las Medidas Preventivas de la tuberculosis, otro porcentaje de 29,1% tienen conocimiento bajo esto indica que la población no está preparada ni debidamente informada para prevenir el contagio y protegerse de la tuberculosis; así que se ven en riesgo a contraer esta enfermedad y a presentar complicaciones si no conocen ni realizan las pruebas de detección oportuna.” Un alto porcentaje mayor a 50% tienen creencias marcadas referidas a aspectos biopsicosociales como son: la inadecuada alimentación, las formas de contagio de la tuberculosis, la pobreza y el tratamiento que se le da a una persona con tuberculosis

Ortega y otros, (2006). “Participación comunitaria en salud en el ambulatorio La Jungla de Catia La Mar”. En una investigación de tipo descriptivo-exploratorio emplearon un abordaje cualitativo, con el método de estudios de casos, en donde se escogió una muestra de 40 informantes miembros de la comunidad del área de influencia del ambulatorio, La recolección de la información se hizo a través de la técnica del grupo focal, utilizando un guión de entrevistas con nueve preguntas básicas. Concluyeron que las estrategias de prevención de la enfermedad se ven limitadas por el énfasis en transmitir información compleja acerca de las enfermedades, lo cual es inadecuado para cambiar conductas sociales, además al orientarse a ir en contra de la participación social, ya que genera dependencia y no consiguen aumentar la capacidad de la comunidad para tomar decisiones fundamentales y conscientes frente a su propia visión de la salud

Sánchez Daisbelys (2009): “Estrategias de participación comunitaria en la misión de Barrio Adentro. Caso de estudio: Urbanización la Rosaleta de la ciudad de Barinas. Periodo 2008”. Con este estudio se propusieron diseñar estrategias para promover la participación en la gestión de la “Misión Barrio Adentro” en la

urbanización la Rosaleda de la ciudad de Barinas. Realizaron una triangulación metodológica con el uso de método cualitativo y cuantitativo, empleando la investigación-acción, las técnicas grupos de discusión y una encuesta estructurada. Se aplicó una encuesta a 305 personas. Entre los resultados, se obtuvo que el 33% de las personas utilizan los servicios de Barrio adentro, más del 54% de los encuestados no se sienten motivados a incorporarse en las actividades que la Misión Barrio Adentro organiza, aunque un 51% señaló que “casi siempre” o a veces reciben buena atención de la Misión Barrio Adentro. Para la autora esa falta de interés y disposición en participar en los procesos de planificación, se debe al alto porcentaje de personas que desconocen las actividades y efectividad de la Misión Barrio Adentro.

La Alianza Comunitaria para la solución de la Tuberculosis. México (2010). realizó un estudio titulado “Actitudes, Conocimientos y Prácticas de Tuberculosis en México, en proveedores de servicios de salud”, los objetivos del estudio fueron, explorar el conocimiento, percepción y actitudes de las personas afectadas por tuberculosis. El método fue descriptivo de corte transversal. El estudio fue realizado en cinco localidades: Tijuana, Monterrey, Chiapas, Taumauripas y Morelia. Entre los resultados del estudio encontraron que 8 de cada 10 considera que es la falta de conocimiento, información o entendimiento lo que causa la falta de adherencia al tratamiento. Mientras que solo entre la mitad y dos terceras partes en promedio mencionaron como mensajes básicos de TB el hecho de que esta existe, su tratamiento es gratuito y que se cura. Solo una tercera parte citó los signos y síntomas como mensajes básicos para la población en general

Collazos Flores (2013) “Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes del centro asistencial ESN- PCT de San Luis- 2012”. Tuvo como objetivo general: Determinar la relación entre los conocimientos y las actitudes hacia la aplicación de las medidas preventivas en familiares de pacientes del centro

asistencial ESN-PCT ubicado en Perú. El método empleado fue descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por 32 familiares de pacientes. La técnica fue la entrevista y el instrumento tipo cuestionario. Los resultados del estudio proporcionan información actualizada a las instituciones de salud, con el fin de que diseñen estrategias y/o elaboren planes de educación para la salud dirigidos a los grupos de riesgo, con el objetivo de sensibilizar a la población hacia la adopción de una cultura de prevención, y estilos de vida saludables contribuyendo a disminuir el riesgo a complicaciones que afectan su calidad de vida. En las conclusiones resalta el hecho de que el mayor porcentaje de familiares no conoce sobre el uso de quimioprofilaxis, vacunación BCG y tienen una actitud de aceptación, seguido de un porcentaje significativo que conoce y rechaza la aplicación de las medidas preventivas.

Cardona Arias y Hernández-Petro (2013): “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana”. El objetivo de la investigación fue describir conocimientos, actitudes y prácticas sobre la tuberculosis y su asociación con algunos aspectos sociodemográficos de habitantes de zonas rurales e indígenas de la región colombiana de Córdoba. Realizaron un estudio descriptivo transversal con una población de 300 individuos, 100 indígenas de la etnia zenúe y 200 campesinos no indígenas. concluyeron que la información recabada durante la investigación es de gran utilidad a los responsables de la planeación y prestación de servicios de salud, en la medida en que permite identificar factores y grupos de riesgo, orientar las acciones de educación en salud, implementar estrategias para disminuir la transmisión de la TB, fomentar hábitos saludables y prevenir y controlar oportunamente la aparición de nuevos casos y sus consecuencias sobre la salud individual y comunitaria.

2.2 Bases Legales.

En esta parte ahondaremos sobre las bases legales, lo cual ha sido resultado de una investigación documental exhaustiva que refleja el amplio marco

jurídico en donde se justifica y apoya teóricamente la investigación. Se dividió en dos secciones. Una que hace referencia a las bases legales internacionales y la otra al marco jurídico nacional.

2.2.1 Bases legales Internacionales.

2.2.1.1 Convenio número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

El convenio número 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes, ha sido el instrumento de derecho internacional más conocido, citado e invocado como el referente jurídico por excelencia para lograr reivindicaciones y cambios en la legislación de los países en pro de la defensa de los derechos de los pueblos indígenas y ancestrales del mundo.

Aprobado en la 76a conferencia de la organización internacional del trabajo (OIT), el 27 de junio de 1989, es un instrumento jurídico internacional vinculante que trata específicamente los derechos de los pueblos indígenas y tribales.

Venezuela tuvo una gran demora de más de 20 años en ratificar el convenio. Se adhirió en el 2001, durante el primer mandato presidencial de Hugo Rafael Chávez Frías (Gaceta Oficial N° 37.305/ 17-10-2001).

El convenio establece que los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de los pueblos indígenas y tribales (artículo 3) y asegurar que existan instituciones y mecanismos apropiados para lograr tales fines (artículo 33). Estimula el diálogo entre los gobiernos y los pueblos indígenas y tribales y ha sido utilizado como herramienta para los procesos de desarrollo, prevención y resolución de conflictos. Enfatiza los mecanismos de la consulta y la participación de los pueblos indígenas.

Según Domingo Efren, citando a la abogada mexicana Magdalena Gómez, este instrumento internacional de derechos humanos tiene como principios básicos: a) El respeto y reconocimiento a las culturas, formas de vida y de organizaciones e instituciones tradicionales de los pueblos indígenas y tribales:

Las culturas e identidades indígenas y tribales forman una parte íntegra de sus vidas. Sus modos de vida, sus costumbres y tradiciones, sus instituciones, leyes consuetudinarias, modos de uso de la tierra y formas de organización social en general son diferentes a las de la población dominante. El convenio reconoce estas diferencias y busca garantizar que sean respetadas y tenidas en cuenta a la hora de tomar medidas que seguramente tendrán un impacto sobre ello. b) La Consulta y la participación; y c) El establecimiento de mecanismos adecuados y procedimientos para dar cumplimiento al Convenio de acuerdo a las condiciones de cada país.

La consulta y la participación constituyen la piedra angular del convenio aspectos sobre la cual se basan todas sus disposiciones. Los principios de consulta y participación en el convenio no se relacionan únicamente con el desarrollo de proyectos específicos, sino con asuntos más amplios de gobernabilidad, y la participación de los pueblos indígenas y tribales en la vida pública.

Sobre la participación, se insta a los Estados el deber de consultar a los pueblos indígenas para que tengan una participación efectiva en las decisiones que les afecta. Fomenta a que puedan hacerlo de manera informada, previa y libre en los procesos de desarrollo y de formulación de políticas que los afectan, destacando que “Los pueblos involucrados deben tener la oportunidad de participar libremente en todos los niveles en la formulación, implementación y evaluación de medidas y programas que les conciernen directamente.”

En relación a la consulta, el instrumento enuncia que las mismas deben realizarse a través de procedimientos apropiados, de buena fe, y a través de sus instituciones representativas. Para el convenio la consulta efectiva es aquella en la que los interesados tienen la oportunidad de influir la decisión adoptada y deben celebrarse en el idioma de los pueblos indígenas presentes, si ellos no comprenden el idioma en la que se realiza la reunión, la consulta no pueden constituirse como real.

A continuación citamos los artículos sobre la Seguridad social y salud que el convenio analizado enmarca, los cuales representan un hito en materia de salud y pueblos indígenas.

Artículo 25:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

2.2.1.2 Declaración internacional de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) 1978.

En septiembre de 1978 los países que firmaron la Declaración de Alma Ata, reconocieron que la participación comunitaria era un derecho y una posibilidad para el fortalecimiento de la autonomía de los pueblos en el mejoramiento de su salud: *“Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”*. El objetivo de ésta declaración era lograr la “Salud para Todos” en el 2000.

Esta Declaración enfatizó la necesidad de promover y desarrollar la participación comunitaria “al máximo posible”, con participación en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención primaria sanitaria, haciendo un uso más completo de los recursos locales y nacionales.

Así como el convenio 169 de la OIT, marco un hito en la legislación en materia de los derechos a las consultas y participación por parte de los pueblos indígenas. El Alma Ata lo hizo en materia salud, participación comunitaria y planificación. En la Declaración se enuncia el concepto de salud tal cual es aceptado hasta la actualidad. Definiendo la salud como:

Un estado de completo bienestar, físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro de grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

Otros aspectos claves de esta declaración a considerar fueron el hecho de resaltar que la desigualdad existente en la salud entre las personas es inaceptable, para ello los Estados tienen que promover que sus ciudadanos tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación, organización e implementación de su atención de salud, por lo cual es imperativo fomentar:

...en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.

En la declaración de Alma Ata, se introduce constantemente la importancia de la incorporación de la planificación participativa a los sistemas y políticas de salud, que rompa con los esquemas normativos tradicionales en los cuales se han basado los programas de salud.

La planificación de la atención primaria en salud ha de realizarse tanto en las comunidades como en los niveles intermedios y central. El ministerio de salud, o su equivalente, tiene a su cargo la formulación de la política sanitaria nacional, incluida la correspondiente a la atención primaria en

salud, y ha de gestionar su aprobación por el gobierno. Esta política tiene mayores probabilidades de ser eficaz si forma parte de la política general del desarrollo del país y refleja, en consecuencia, los objetivos sociales y económicos del gobierno.

Y pone énfasis en el papel decisorio de los Gobiernos en su responsabilidad de permitir que los cambios se produzcan desde las bases pero el apoyo del sistema políticos administrativos de los países:

Es necesario decidir cuáles son los mecanismos más convenientes para la planificación, el funcionamiento y la fiscalización del programa de atención primaria en salud de una comunidad, para determinarlo habrá que contar con el sistema político, administrativo y social de la localidad en cuestión.

Dentro del conjunto de recomendaciones realizadas en la declaración, se pueden citar dos por su relevancia para este estudio, las cuales hacen hincapié en la participación comunitaria y el papel decisorio de las comunidades en la construcción de poblaciones saludables.

Punto 2. Participación de la comunidad en la atención primaria de salud.

La conferencia, persuadida de que la autorresponsabilidad y la conciencia social nacional y comunitaria son factores fundamentales del progreso humano, y reconociendo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en el proceso de mejorar y conservar su salud. **Recomienda:** Que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad mediante la difusión eficaz de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades de hacerse responsable de su salud y bienestar.

Punto 6. Atención primaria en salud completa en el plano local.

A fin de que la atención primaria de salud sea completa, todas las actividades encaminadas al desarrollo deben estar relacionadas entre sí y equilibradas de modo de modo que se concentren en los problemas de máxima prioridad, conforme

lo perciba tanto la comunidad como el sistema sanitario; y que se pongan en práctica intervenciones culturalmente aceptables, técnicamente apropiadas, factibles y adecuadamente seleccionadas, en combinaciones que respondan a las necesidades locales.

2.2.1.3 Carta de Ottawa. 1986. Conferencia internacional para la promoción de la salud:

La primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud reunida en Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 emitió como resultado un documento denominado la “Carta de Ottawa”, dirigida a la consecución del objetivo mundial de lograr "Salud para Todos en el año 2.000". Esta conferencia fue una respuesta a la creciente demanda para formular una nueva concepción de la salud pública en el mundo. La conferencia tomó como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Ata sobre la atención primaria en Salud y el documento "Los Objetivos de la Salud para Todos" de la Organización Mundial de la Salud.

Las estrategias definidas en la carta se pueden resumir en cinco ejes:

- Creación de política públicas saludables.
- Organización y participación comunitaria.
- Creación de entornos favorables a la salud.
- Aptitudes personales y cambios de comportamientos.
- Fortalecimiento de los servicios de salud

Sobre el reforzamiento de la acción comunitaria en cuanto a la organización y participación comunitaria, establece que la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. “La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos.” Para lograr esos objetivos, la información y formación son elementos ineludibles con los cuales toda comunidad organizada debe contar.

El desarrollo de la comunidad se basa en los recursos humanos y materiales con que cuenta la comunidad misma para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las cuestiones sanitarias. Esto requiere un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria, así como a la ayuda financiera.

En lo que respecta a las aptitudes personales y cambios de comportamientos que las comunidades deben tener para la prevención de enfermedades, en la declaración se centra en destacar que sólo se podrá lograr cambios de comportamientos saludables si se enfocan asertivamente estrategias para la “promoción de la salud”.

Entonces, refleja que toda actividad que se formule para la prevención de enfermedades debe estar acompañada de estrategias de promoción de la salud, las cuales favorecen el desarrollo personal y social en tanto que proporcionan información, educación en hábitos saludables y aptitudes indispensables para una vida sana.

La promoción de la salud, consiste en brindar información oportuna, adecuada y entendible sobre factores de riesgos a contraer enfermedades. Sí las personas tienen ese conocimiento se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medio ambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud, por lo tanto, así como la prevención de enfermedades es indispensable, la promoción de la salud es esencial en la medida de que proporciona los medios para que “a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas”.

2.2.1.4 Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas. Organización Panamericana de la Salud.

En lo que respecta a los Organismos Internacionales encontramos que tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), además de construir, validar, promover visiones y perspectivas críticas que den cuenta sobre la existencias de las desigualdades y inequidades en salud en poblaciones indígenas, se han dado a la tarea de formular

estrategias desde donde se intentan normatizar y crear pautas en salud, con la aplicación del enfoque intercultural..

En 1992 en el contexto de la conmemoración de los 500 años de la llegada de los europeos al Continente Americano en la OPS surge la *Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas*.

Esta iniciativa resulta ser un antecedente de envergadura como lineamiento internacional ya que responde a los organismos internacionales rectores de la salud como son la OPS y OMS. Por esta razón es importante resaltar brevemente los avances más importante de esta perspectiva, que se ha construido a través del consenso y de experiencias locales exitosas del continente americano, en donde las tomas de decisiones oportunas y correctas llevada a cabo por gerentes y planificadores de salud, sensibilizados hacia el tema de las poblaciones indígenas americanas, han abierto un nuevo campo de concebir la salud y la enfermedad. En este sentido, la OPS ha considerando en sus estrategias que para construir cualquier proceso intercultural de salud es obligatoria la participación permanente de los pueblos indígenas, ya que:

A partir del reconocimiento de la vigencia de los pueblos indígenas, se propone incorporar nuevas disciplinas y dimensiones de análisis para hacer posible comprender que el abordaje de la problemática de salud indígena ocurre en la intersección de muchos temas, entre los cuales se mencionan los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una nueva aproximación de la historia. (...) La identificación de soluciones a largo plazo requiere la promoción de alianzas estratégicas intrasectoriales, intersectoriales y multidisciplinares donde exista participación indígena plena. (OPS, 2003: 5)

Durante los años 1999-2002 en torno a la iniciativa contemplo un plan de acción en el cual sus actividades quedaron concentradas en tres líneas de acción interrelacionadas:

a) Planificación estratégica y alianzas:

En esta línea, las actividades han estado dirigidas a apoyar a los países en la formulación y puesta en práctica de políticas públicas y estrategias integradas para el desarrollo de sistemas de salud tendientes al logro del acceso equitativo para los pueblos indígenas, dentro del contexto de la reforma sectorial.

b) Marcos de referencia y modelos de atención interculturales:

En esta línea las actividades han apoyado a los países en el diseño y la ejecución de los marcos de referencia y modelos de atención que aborden las barreras que limitan el logro de la equidad en salud y en el acceso a los servicios de salud por parte de los pueblos indígenas. Por lo cual, se ha enfatizado en la generación de metodología e instrumentos que faciliten la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud, particularmente en la atención primaria de salud.

c) Información para detectar y vigilar las desigualdades:

En esta línea las actividades promueven tanto el mejoramiento de la recopilación, producción y difusión de información acerca de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas, como el uso de la información en el desarrollo de políticas y programas.

Con esta visión amplia de ver la diversidad cultural y la salud en las Américas la OPS busca que los Estados miembros, entre los que se encuentra Venezuela y la gran mayoría de los países americanos, aborden de una manera sistemática y en cooperación con los pueblos indígenas la problemática de salud que aqueja a dichos pueblos, a partir de cinco principios:

- ◆ Enfoque Integral de Salud,
- ◆ Derecho a la autodeterminación de los pueblos.
- ◆ Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- ◆ Reciprocidad en sus relaciones.
- ◆ Derecho a la participación sistemática de los pueblos Indígenas.

2.2.1.5 Declaración de Ginebra Sobre la Salud y La Supervivencia de los Pueblos Indígenas, 1999. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS en 1999, realizó la Reunión Consultiva Internacional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas en donde se aprobó la Declaración de Ginebra sobre la Salud y la Supervivencia de los Pueblos Indígenas, en la que se reconocía que la salud y el bienestar de los pueblos indígenas se ven fuertemente afectados por factores ajenos a la propia esfera de la salud como son los determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales.

Los objetivos de la consulta fueron los siguientes:

- 1) Proporcionar elementos clave para la formulación de políticas, estrategias y recomendaciones de la OMS para la protección y promoción del derecho a la salud de los pueblos indígenas.
- 2) Identificar y recomendar mecanismos específicos para asegurar la alianza con los pueblos indígenas en la labor de la OMS a nivel mundial, regional y de cada país.
- 3) Identificar las maneras en las cuales la OMS pueda trabajar más eficazmente con otras entidades para asegurar la protección y promoción del derecho a la salud de los pueblos indígenas.
- 4) En la alianza con el Comité sobre la Salud de las Poblaciones Indígenas, identificar el proceso de formulación y finalización de un plan de acción mundial integral y sostenible sobre la salud de los pueblos indígena

2.2.1.6 La Salud de las Poblaciones indígenas de las Américas” Resolución de la 138.a Sesión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, 2006.

Esta resolución instó a los Estados miembros a que:

- a) Velen por la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas sanitarias nacionales;

- b) Mejoren la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones basadas en evidencia y la capacidad de monitoreo en la Región;
- c) Incorporen el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de salud;
- d) Desarrollen, junto con la OPS/OMS, alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos para mejorar aún más la salud de los pueblos indígenas

Resalta de esta declaración que la Organización Panamericana de la Salud fomenta como criterio de interpretación y análisis el enfoque de interculturalidad, destacando la necesidad de aplicar este enfoque en los sistemas nacionales de salud de la Región. Con el objetivo de mejorar el acceso a la atención de salud de calidad por parte de los pueblos indígenas, mediante la incorporación de las perspectivas, las prácticas y las terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud en conformidad con la estrategia de atención primaria de la salud y los principios de seguridad y eficacia de las prácticas sanitarias tradicionales.

2.2.1.7 Declaración de las Naciones Unidas (ONU) de los Derechos de los Pueblos Indígenas (DDPI). 2007.

La declaración de las naciones unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas fue aprobada en la 62a sesión de la asamblea general de la organización de las naciones unidas (ONU), realizada en New York. Es un documento detallado sobre los derechos humanos de los pueblos indígenas. Fue preparada y debatida oficialmente durante más de veinte años antes de ser aprobada por la Asamblea General el 13 de septiembre de 2007.

El documento hace hincapié en el derecho de los pueblos indígenas a vivir con dignidad, a mantener y fortalecer sus propias instituciones, culturas y tradiciones y a buscar su propio desarrollo, determinado libremente de conformidad con sus propias necesidades e intereses.

A diferencia del Convenio 169, la Declaración no tiene rango de tratado internacional jurídicamente obligatorio. Por lo tanto no es vinculante u obligatorio para los países miembros de la ONU, sino que es declarativo y orientativo, es

decir es un marco de preceptos acerca de los derechos individuales y colectivos “ideales” para los pueblos indígenas. El valor del documento es político, ético y moral, aunque no genera obligaciones jurídicas, puede usarse para guiar proyectos de leyes, políticas públicas y decisiones judiciales sobre asuntos indígenas.

Esta Declaración es un instrumento significativo para evitar la violación de los derechos humanos de 370 millones de indígenas en todo el mundo y para prestar asistencia a los pueblos indígenas y a los Estados en la lucha contra la discriminación y la marginación. Muchos de los derechos consagrados en la Declaración exigen nuevos enfoques con respecto a tópicos mundiales, como el desarrollo, la descentralización y la democracia multicultural.

Según la declaración para lograr el pleno respeto de la diversidad, los países deberán adoptar enfoques participativos de los asuntos indígenas para los que hará falta celebrar consultas efectivas y establecer alianzas con los pueblos indígenas. De los 192 países miembros de la ONU, sólo cuatro votaron en contra - Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda- aunque posteriormente revirtieron su postura.

Diecisiete de los 46 artículos de la Declaración se refieren a la cultura indígena; a su protección y promoción, respetando el aporte directo de los pueblos indígenas en la toma de decisiones y asignando recursos a la educación y la salud en idiomas indígenas. Quince de los 46 artículos de la Declaración se refieren a la participación de los pueblos indígenas en todas las decisiones que afectan a sus vidas, incluida la participación efectiva en un sistema de gobierno democrático.

Esencialmente, la Declaración prohíbe la discriminación contra los pueblos indígenas y promueve su participación plena y efectiva en todos los asuntos que les conciernen, así como su derecho a seguir siendo diferentes y a perseguir su propia visión del desarrollo económico y social.

La declaración precisa los derechos colectivos e individuales de los pueblos indígenas, especialmente sus derechos a sus tierras, bienes, recursos vitales, territorios y recursos, a su cultura, identidad y lengua, al empleo, la salud, la educación y a determinar libremente su condición política y su desarrollo económico

El artículo 24 del documento, refiere el tópico de la salud y los pueblos indígenas, indicando que tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho:

Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2.2.1.9 Desarrollo de los Objetivos del Milenio (ODM). 2000.

En septiembre de 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los líderes mundiales de 189 Estados adoptaron un conjunto de objetivos y metas cuantificables y delimitadas en tiempo, las cuales tendrían que alcanzarse para el 2015, para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente, y la discriminación contra la mujer. Son un total de ocho objetivos generales, 18 metas y 48 indicadores. De los cuales tres de los ocho ODM se refieren explícitamente a temas de salud, específicamente el 23, del objetivo 6 sobre “*Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades*” hace referencia a reducir la prevalencia y tasas de mortalidad asociadas a tuberculosis.

Base legales Nacionales.

Después de haber realizado una revisión por el marco legal internacional en materia de Pueblos Indígenas, salud, participación comunitaria y planificación participativa, ahora nos centraremos en el marco jurídico nacional desde donde legalmente este estudio se sustenta.

En primer lugar revisaremos la Carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela (Gaceta Oficial Extraordinaria N° 5908, 9-02-2009). En la introducción de este trabajo mencionamos el prólogo, ya que es eje de reflexión y análisis para las principales interrogantes planteadas aquí. Como es el hecho de la

búsqueda de refundar la República a través de una democracia participativa, protagónica, multiétnica y pluricultural.

El pueblo de Venezuela, en ejercicio de sus poderes creadores e invocando la protección de Dios, el ejemplo histórico de nuestro Libertador Simón Bolívar y el heroísmo y sacrificio de nuestros antepasados aborígenes y de los precursores y forjadores de una patria libre y soberana; con el fin supremo de refundar la República para establecer una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural en un Estado de justicia, federal y descentralizado, que consolide los valores de la libertad, la independencia, la paz, la solidaridad, el bien común, la integridad territorial, la convivencia y el imperio de la ley para esta y las futuras generaciones; asegure el derecho a la vida, al trabajo, a la cultura, a la educación, a la justicia social y a la igualdad sin discriminación ni subordinación alguna. (Preámbulo CRBV)

La Constitución establece que para llegar a ese ideal de refundación de la República es imperativo que los venezolanos participen protagónicamente en cada uno de los niveles de gobierno, y las instituciones que lo integran, a través de los mecanismos que ejercen la planificación y la contraloría social. Esto lo podemos observar en el caso específico que se da al tratamiento de la salud como derecho fundamental de los venezolanos.

Según artículo 83, los venezolanos tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa:

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.

A su vez, el Estado en materia de salud, además de consagrar la gratuidad y la exigencia de participación deberá ejercer la rectoría del Sistema Público

Nacional de salud, priorizando, según lo establece el Artículo 84, las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades:

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud

Por otro lado, el capítulo VIII con ocho artículos exclusivos *para los derechos de los pueblos indígenas*, refleja la importancia y el reconocimiento que se da sobre la base multicultural y pluricultural de nuestro país. Reconociendo, es decir visibilizando, la existencia de los pueblos y comunidades indígenas venezolanos, su organización social, política y económica, sus culturas y costumbres, idiomas, religiones, así como su hábitat y el derecho a la propiedad colectiva sobre las tierras que ocupan, las cuales son indispensables para garantizar sus formas de vida.

Sobre los derechos sociales de los pueblos indígenas en la constitución se promulga el derecho a una educación intercultural bilingüe, a la salud, a la medicina tradicional, a sus prácticas económicas tradicionales, a participar en la economía nacional como trabajadores y trabajadoras, a la formación profesional, a participar en programas de capacitación y contar con servicios de asistencia técnica y financiera que fortalezcan sus actividades económicas, y a la participación política de los indígenas en la Asamblea Nacional y en los cuerpos deliberantes de las entidades federales y locales con población indígena.

Artículo 121 Los pueblos indígenas tienen derecho a mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión, valores, espiritualidad y sus lugares sagrados y

de culto. El Estado fomentará la valoración y difusión de las manifestaciones culturales de los pueblos indígenas, los cuales tienen derecho a una educación propia y a un régimen educativo de carácter intercultural y bilingüe, atendiendo a sus particularidades socioculturales, valores y tradiciones.

Por otro lado, el artículo 122 plantea el derecho a la salud integral y el reconocimiento a la medicina tradicional de los pueblos indígenas:

Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y cultura. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.

En Venezuela, después de la Constitución, el segundo documento en importancia donde se establecen normas, regulaciones, conceptos, deberes y derechos de la población indígena venezolana, es La Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas (LOPCI) (Gaceta Oficial. N° 38.344, 2005).

Esta ley entro en vigencia en el 2005, la LOPCI, como se le conoce por sus iniciales, tiene por objeto desarrollar los derechos constitucionales y aquellos que han sido suscritos por la República en los convenios, pactos y tratados internacionales.

Por medio de esta ley orgánica, se busca proteger la vida y desarrollo sostenible de los pueblos indígenas, establecer los mecanismos de relación entre los pueblos indígenas y el Estado, y servir de marco normativo a otras leyes referidas a los derechos de los pueblos indígenas.

El Capítulo 1, artículo 6 de la LOPCI se mencionan el derecho a la participación de los pueblos y comunidades indígenas en la formulación de políticas públicas:

El Estado promoverá y desarrollará acciones coordinadas y sistemáticas que garanticen la participación efectiva de los pueblos, comunidades y organizaciones indígenas en los asuntos nacionales, regionales y locales. Los pueblos y comunidades indígenas participaran directamente o través de sus organizaciones de representación, en la formulación de políticas públicas dirigidas a estos pueblos y comunidades o de cualquier otra política pública que pueda afectarles directa o indirectamente. En todo caso, deberá tomarse en cuenta la

organización propia y autoridades legítimas de cada pueblo o comunidad participante, como expresión de sus usos y costumbres.

De gran importancia en el Título V *De los Derechos Sociales*, el Capítulo II denominado *De la salud y la medicina indígena*, en donde se incluyeron siete artículos que norman los derechos y servicios de salud dirigidos a la población indígena, en cuanto a: el derecho a la medicina indígena, la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud, la participación indígena en los programas y servicios de salud, los idiomas indígenas en la atención de salud, de la capacitación y formación del personal de salud, sobre la definición y coordinación de políticas de salud y del nombramiento de funcionarios regionales en materia de salud.

Del derecho a la medicina indígena

Artículo 111. Los pueblos y comunidades indígenas tienen derecho al uso de su medicina tradicional y de sus prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de su salud integral. Este reconocimiento no limita el derecho de acceso de los pueblos y comunidades indígenas a los demás servicios y programas del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, los cuales deberán prestarse en un plano de igualdad de oportunidades, equidad y calidad de servicio respecto al resto de la población nacional.

De la incorporación de la medicina tradicional indígena al Sistema Nacional de Salud

Artículo 112. El Estado, a través de los órganos, entes y demás organismos competentes y en coordinación con los pueblos y comunidades indígenas, creará las condiciones necesarias para la incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas, a los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas. Los indígenas especialistas en su medicina tradicional podrán utilizar sus conocimientos y procedimientos con fines preventivos y curativos, siempre que cuenten con el consentimiento de los pacientes, indígenas o no-indígenas, y se realicen en los lugares destinados para tales fines. Estas prácticas serán respetadas por todas las instituciones públicas de salud.

De la participación indígena en los programas y servicios de salud

Artículo 113. Los servicios de salud se organizan, planifican y controlan con la participación directa de los pueblos y comunidades indígenas y sus organizaciones. La atención integral en salud se adecuará a las condiciones geográficas, económicas, sociales y culturales y a los usos y costumbres de estos pueblos y comunidades.

Los idiomas indígenas en la atención en salud

Artículo 114. Los servicios del Sistema Nacional de Salud dirigidos a los pueblos y comunidades indígenas deben incorporar los idiomas indígenas a este sistema, mediante la designación del personal idóneo e intérpretes necesarios para la atención de los indígenas y facilitar la comunicación con las personas, las familias, los pueblos y comunidades indígenas.

De la capacitación y formación del personal de salud

Artículo 115. El Estado, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, garantizará la capacitación del personal a cargo de la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas, y promoverá que en los programas de estudios de las universidades e institutos de formación de profesionales de la salud se incorporen contenidos relacionados con la medicina indígena, respetando la cosmovisión, conocimientos, prácticas, usos, costumbres y tradiciones indígenas.

De la definición y coordinación de las políticas de salud

Artículo 116. El ministerio competente en materia de salud, con la participación de los pueblos y comunidades indígenas, definirá las políticas de salud destinadas a los pueblos y comunidades indígenas. La ejecución de los planes y programas de salud se hará de manera coordinada con el ente ejecutor de la política indígena del país, con los gobiernos regionales y municipales de entidades con población indígena, y con los pueblos y comunidades indígenas.

Del nombramiento de funcionarios regionales

Artículo 117. Las direcciones de salud dependientes del Ejecutivo Nacional, estatal o municipal, de los estados y municipios con población indígena, designarán en coordinación con el ente ejecutor de la política indígena del

país y las organizaciones indígenas, un funcionario o grupo de funcionarios para que garanticen la ejecución de las políticas generales en la prestación de servicios de salud a los pueblos y comunidades indígenas.

En la revisión realizada para la elaboración del marco jurídico nacional de este estudio, que tuviese competencia en el tema de asuntos indígenas, participación y salud se puede destacar el artículo 41 de la Ley Orgánica para la Protección de niñas, niños y adolescentes (LOPNNA, Gaceta oficial N° 5.859, 10-12-07), promulgada durante el 2007.

Artículo 41. Todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Asimismo, tienen derecho a servicios de salud, de carácter gratuito y de la más alta calidad, especialmente para la prevención, tratamiento y rehabilitación de las afecciones a su salud. En el caso de niñas, niños y adolescentes de comunidades y pueblos indígenas debe considerarse la medicina tradicional que contribuya a preservar su salud física y mental.

Para finalizar este apartado, es necesario mencionar que después de más de catorce años de desarrollo de la denominada Quinta República aun no se ha decretado una Ley que regule y normalice el Sistema Público Nacional de Salud. Se cuenta con el borrador del anteproyecto de la Ley orgánica de la salud de fecha 2002. El cual hace referencia al derecho ciudadano y comunitario de los venezolanos a la participación en la gestión y control del sector salud:

La participación social en salud es el derecho constitucional que tienen todos los ciudadanos y ciudadanas a ejercer su poder de decisión, intervención y control de manera directa y con plena autonomía e independencia, en forma individual o colectiva, y por medios diversos en la formulación, planificación y regulación de las políticas, planes y acciones de salud, así como la evaluación de la gestión de servicios y presupuestos de salud, en el marco de una democracia social, participativa y protagónica, que hace resistir la soberanía del pueblo.

2.3 Base referencial teórica.

2.3.1 Enfoque de Interculturalidad.

El tema de la interculturalidad en América Latina surge asociada directamente con la mirada hacia “el otro”, que en el contexto latinoamericano se refiere principalmente a los pueblos indígenas y más recientemente al de los afrodescendientes.

Esta noción también aparece ligada a la emergencia de un nuevo actor social en el escenario sociopolítico latinoamericano: el movimiento indígena, que removi6 la conciencia de las sociedades latinoamericanas. Surge entonces la interculturalidad como alternativa al mestizaje uniformizador e integracionista de las pol6ticas estatales. (Walsh, 2000) La interculturalidad significa “*entre culturas*”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en t6rminos equitativos, en condiciones de igualdad.

En principio la aplicaci6n del enfoque intercultural se desarroll6 ampliamente como estrategias y pol6ticas para la educaci6n en los estados latinoamericanos, la cual tuvo sus antecedentes en los aportes de las ciencias sociales latinoamericanas desde hace m6s de cuatro d6cadas del siglo XX.

La interculturalidad presupone un di6logo entre culturas donde existe un intercambio y compartimiento de valores y contenidos culturales. Este di6logo tiene como sustento el manejo del conflicto, a diferencia de las pol6ticas asimilacionistas y de pluralismos cultural que evaden el conflicto sobre la base de la eliminaci6n de la diferencia, o la creaci6n de minor6as excluidas en las periferias de los centros de poder. La interculturalidad es un di6logo entre iguales, en un contexto multilingüe, multi6tnico, pluricultural y pluri6tnico.

Según el autor Carlos Giménez Romero, “la interculturalidad es una relaci6n de armonía entre las culturas; dicho de otra forma, una relaci6n de intercambio positivo y convivencia social entre actores culturalmente diferenciados”.

La interculturalidad se origina de la filosofía del pluralismo cultural, y va m6s all6 del enfoque sociocultural y pol6tico del multiculturalismo al poner mayor atenci6n a la intensa interacci6n que de hecho hay entre las culturas. Tiene en

cuenta no solo las diferencias entre personas y grupos sino también las convergencias entre ellos, los vínculos que unen la aceptación de los derechos humanos, los valores compartidos, las normas de convivencia ya legitimadas y aceptadas, los intereses comunes en desarrollo local, la identidad nacional en algunos casos, y otros puntos en común.

En un estudio sobre tendencias y casos de política lingüística y educativa, Norma Tarrow identifica tres paradigmas con los cuales los Estados nacionales pluriculturales y multilingües han dado tratamiento a los procesos de relaciones entre más de un grupo étnico, el autor establece esos paradigmas a través del estudio de diversas experiencias de como ha sido tratado el tema de la diversidad cultural y lingüística desde las políticas de educación. Las tres concepciones son: paradigmas de asimilación, de aceptación y de interculturación.

Paradigma de asimilación. Postula una sociedad monocultural, que no reconoce ni acepta la realidad y la existencia del multiculturalismo, tampoco la igualdad entre los grupos dominante y dominado. Bajo este concepto, a través de las instituciones del Estado y también del poder de la opinión pública, se persiguen, eliminan y reprimen las culturas y lenguas de los grupos y pueblos dominados. El ideal de desarrollo se pretende alcanzar por medio de la uniformidad cultural y lingüística.

Paradigma de aceptación. En su fase inicial persiste en negar la igualdad entre los grupos dominante y dominado, pero fomenta programas de compensación para atender necesidades y valores de los grupos dominados, aunque el objetivo es todavía el de asimilar o integrar a éstos a la sociedad dominante. Una virtud de este paradigma es que, en un proceso gradual (no sin conflictos), va sustituyendo la visión monocultural por una perspectiva cultural pluralista. Pertenecen a este nivel los programas lingüísticos y culturales, estudios étnicos, educación bilingüe, estudios de otras religiones, con los cuales se permite el mantenimiento de la propia identidad cultural.

Paradigma de interculturación. Es cuando el diálogo entre las culturas se vuelve una realidad efectiva o al menos un objetivo. Aparecen los conceptos de interacción, interdependencia, intercambio y reciprocidad; se impulsan programas de lucha contra los prejuicios y discriminación racial, así como la educación en derechos humanos de la sociedad; el interés fundamental de la educación es la calidad y la interacción entre las culturas y naciones, se valora el enriquecimiento mutuo que resulta del intercambio, la reciprocidad y la interdependencia; surgen métodos apropiados, tales como el aprendizaje cooperativo, las técnicas de solución de conflictos y luego la educación para la comprensión internacional. Una nación multicultural, que cuenta con un marco jurídico de unidad nacional, podrá construir y fortalecer sus espacios de convivencia intercultural a partir del formal reconocimiento, respeto, promoción y aceptación voluntaria de las culturas y los pueblos que la conforman como tal. Se fortalece con la vivencia de los valores de civismo y equidad, libertad y responsabilidad, respeto y solidaridad. La fuerza y el sustento de la interacción y comunicación intercultural, de la creatividad artística e intelectual de una nación, proviene de su diversidad cultural y lingüística, de la rica diversidad ecológica de su ambiente natural, de la fortaleza y dignidad de las familias, comunidades y pueblos, y fundamentalmente de la capacidad humana de comprender, crear, recrear, construir, emprender y corresponder.

El autor Carlos Giménez Romero, propone nueve características de las relaciones interculturales para que sea una relación de armonía entre las culturas, una relación de intercambio positivo y convivencia social entre actores culturalmente diferenciados:

Confianza. Es la actitud que resulta de la creencia, certidumbre, seguridad y confiabilidad de la persona en su identidad cultural y lingüística en una sociedad multicultural. Le permite tener franqueza y amistad para relacionar e intercambiar positivamente con personas pertenecientes a otro grupo social o comunidad cultural. Se realiza plenamente cuando el marco de políticas culturales, lingüísticas y educacionales del país está diseñado conforme al pluralismo

cultural. Cuando la relación es desigual dominante-dominado, mayoría-minoría, sin equidad étnica, cultural, lingüística y de género, será difícil desarrollar la confianza para el desarrollo de la persona y la comunidad. La confianza y la lealtad son factores indispensables para las relaciones interculturales. Cuando una parte de la población de un país está en condiciones de exclusión y discriminación por su condición social, su cultura y su lengua, hay que trabajar por medio de políticas culturales y educativas, y hasta acciones afirmativas, para crear confianza en la sociedad y la nación.

Reconocimiento mutuo. Es el reconocimiento del otro como tal, en sus códigos lingüísticos y costumbres, capacidades, formas de vida, cosmovisión, formas de organización social y patrones de crianza. Al ser reconocimiento mutuo, cada quien valora al otro como su hermano, su prójimo o su conciudadano, con quien dialoga, intercambia, construye, sueña y realiza sus propósitos en una relación respetuosa y recíproca sin que la cultura propia sea un obstáculo. Porque en materia de los valores de las culturas existen concordancias, además siempre suman, nunca restan. El reconocimiento mutuo se da cuando ambas partes se aceptan como interlocutores válidos y en cuanto a sujetos iguales en derechos y ciudadanía común.

Comunicación efectiva. Las culturas no son islas incomunicadas, además son dinámicas y no estáticas. Se comunican entre sí y se intercambian conocimientos, valores, motivos estéticos y astronomía, artes y visión del mundo. La comunicación efectiva no se da cuando en una nación pluricultural se implementa una política monocultural y monolingüe en la que un grupo social pasa a tomar las decisiones en su código lingüístico y patrones culturales, relevando las otras a una situación de sojuzgamiento y asimilación. La comunicación es del dominante hacia el dominado, sin tener en cuenta sus lógicas de desarrollo endógeno y su dinámica de interculturación.

Diálogo y debate. La interculturalidad es un diálogo entre iguales. En una sociedad pluricultural el diálogo y el debate se debe dar entre iguales, en el

sentido de que cada quien dialoga desde su cultura a través de las convergencias y puntos en común, porque no hay culturas superiores e inferiores, solo hay culturas diferentes. El diálogo y debate que se realiza con reconocimiento mutuo y comunicación efectiva lleva a la consecución del bien común y la conducta fraternal entre sí de todos los habitantes de una nación o país. En la era de la conectividad mundial y la sociedad del conocimiento, el diálogo intercultural de un país hace más informados y cultivados a sus habitantes, sin perder su identidad cultural pero sí fortaleciendo su participación en las dinámicas regionales y mundiales.

Aprendizaje mutuo. Es una actitud recíproca de los miembros de culturas diferentes en un ambiente propicio de igualdad y equidad. Cada cultura considera que su cosmovisión, sus conocimientos, valor, principios de su pensamiento, sus métodos para resolver problemas y satisfacer necesidades materiales y espirituales, formas de organización y normas de convivencia social y política y comportamiento con la naturaleza, economía y espiritualidad, son las que cumplen la función para su desarrollo humano social. Con confianza y lealtad muestra a los otros el cúmulo de experiencias que le han permitido vivir y desenvolverse en el mundo, y con interés quiere aprender de las otras culturas, especialmente las que se desarrollan en el mismo territorio nacional. El aprendizaje mutuo favorece la economía, el desarrollo social y la solidaridad democrática. Hace fuertes a los países y deja a un lado la discriminación y la negación cultural.

Intercambio positivo. Es el aporte que cada comunidad cultural hace por medio de sus integrantes, con lo mejor de sí mismos para la configuración de la vida social del país. Cada uno de los actores culturalmente diferenciados aporta algo que sirve para el desarrollo del otro y de ambos. Se trata de todo lo que conlleva una lengua, conocimiento, tecnologías, valores, habilidades, tradiciones, formas de adaptación, expresión artística, creencias y signos sociales.

Resolución pacífica del conflicto. Los seres humanos somos seres sociales, pero también seres de conflictos. Cada cultura tiene sus formas de

solucionar las contradicciones y los conflictos entre los miembros de la comunidad cultural, asimismo posee métodos y procedimientos para entenderse con los de otras culturas y pueblos. En Estados nacionales pluriculturales, multilingües y multiétnicos, los pueblos y culturas que lo forman han encontrado la forma de convivir pacíficamente, en sus dinámicas, participación y competencia; tienen normas, procedimientos y autoridades para conocer, analizar, tomar consejo e impartir justicia. Cuando funciona la cultura de interculturalidad entre los pueblos y comunidades, que supone relaciones equitativas, la resolución pacífica de conflictos forma parte de la cultura nacional.

Cooperación. La interculturalidad se va construyendo por fases de acuerdo al entendimiento mutuo y a la cooperación intercultural y entre culturas. Se apoya en los principios de solidaridad, complementariedad y en la reciprocidad.

La convivencia. Convivencia social que se apoya en el respeto mutuo y la aceptación de unas normas comunes; viene de la aceptación de las otras opiniones y estilos de vida hacia el que piensa o actúa de manera diferente; se buscan arreglos por medios no violentos de las tensiones y disputas. Conciencia de todos de que convivir es algo difícil y que exige esfuerzo y aprendizaje. En definitiva es la convivencia dinámica y enriquecedora que va mucho más allá de la mera coexistencia de no agredirse y soportarse. Aunque la mera coexistencia de no agresión es mejor que la violencia y agresión que han sufrido los pueblos indígenas y otras comunidades étnicas en la historia de América. La interculturalidad es un camino para la construcción de la paz y la convivencia armónica, mutuamente enriquecedora entre los pueblos y comunidades: fortalece la unidad nacional por medio de la conducta fraternal entre sí de todos los habitantes. Los valores de todas las culturas que conforman la nación multicultural consolidan el bien común, la justicia y la equidad.

Con el enfoque de interculturalidad se demanda el reconocimiento por parte del Estado de la pluralidad cultural existente en un país, entendida ésta como respeto a la diferencia; pero además, es la creación de espacios en las que distintas

culturas coexistan, interactúan y conozcan, permitiendo de este modo el encuentro a fin de crear vínculos entre todos los miembros de una sociedad para el reconocimiento recíproco de las diferencias culturales. Este enfoque plantea que la diversidad cultural no constituye una amenaza para los grupos en contacto, sino que más bien enriquecería la estructura social de un Estado.

Se supone que en todo Estado multicultural y pluricultural, como el venezolano, deberían confluír relaciones simétricas de contacto. Sin embargo uno de los debates que origina la interculturalidad, como enfoque que transversalice toda política pública de Estado, es que la interacción en las relaciones sociales y culturales no se da -la mayoría de las veces- en un plano de igualdad y equidad.

Se ha demostrado históricamente que en los modelos de democracia representativa se resta capacidad de decisión a las propias colectividades para transferir esas decisiones a las sociedades dominantes. Bajo ese estado de dominación se reflejan diversos conflictos - la mayoría de las veces latentes y solapados-, condicionados por intereses de grupos que ejercen su poder social, económico y político, los cuales promueven la exclusión e invisibilidad como mecanismo de control social sobre grupos minoritarios. En esos espacios de exclusión la incursión de la participación ciudadana se ejerce desde la verticalidad de la estructura del Estado.

Por lo tanto el enfoque intercultural debería ser entendido como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales.

Según lo expuesto el enfoque intercultural es crítico y progresista, al intentar hacer consiente y romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. La interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad. Por lo tanto, toda

perspectiva o marco de referencia construida bajo el enfoque intercultural debe permitir una mirada holística (totalizadora) y más humana de los seres humanos y de su entorno

El enfoque intercultural y su importancia como marco de referencia en las políticas de Estado.

La interculturalidad hace referencia a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, en donde se busca desarrollar una interacción *entre* personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y considera las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder. A su vez, considera que existen condiciones institucionales que limitan la posibilidad a que los “otros” puedan ser considerados como sujetos con identidades. No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro.

El enfoque intercultural supone una forma de pensamiento, una estrategia teórica y práctica que requiere de un aprendizaje por parte de los actores sociales involucrados. Debe hacerse consciente de reflexión y análisis. Y el papel político de los gobiernos que representan a un Estado-Nación es determinante en la lucha por visibilizar los derechos de las poblaciones indígenas o de afrodescendientes y consolidar en todos los poderes estatales el reconocimiento de la diversidad cultural de su Nación. Es decir, es imprescindible que no se asuma sólo el enfoque intercultural como una estrategia política de un gobierno determinado, sino que la interculturalidad se defina en el tiempo como una política permanente de los Estados.

Al asumirse como política pública de Estado asegurará, como por ejemplo en el caso venezolano desde 1999 con la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, que los avances, esfuerzos y prácticas llevados a cabo por un gobierno no queden interrumpido por las políticas que pueda ejercer la llegada de un nuevo gobierno con un pensamiento ideológico diferente.

Para Giménez la interculturalidad es un planteamiento pluralista sobre las relaciones humanas que debería haber entre actores culturalmente diferenciados. El Estado deberá, promover sistemáticamente espacios y procesos de interacción positiva que vayan abriendo y generalizando relaciones de confianza,

reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, diálogo y debate, aprendizaje e intercambio, regulación pacífica del conflicto, cooperación y convivencia. Todo esto sobre la bases de tres principios:

I) El principio de Ciudadanía: que implica el reconocimiento pleno y la búsqueda constante de igualdad real y efectiva de derechos, responsabilidades, oportunidades, así como la lucha permanente contra el racismo y la discriminación.

II) El principio de derecho a la diferencia: que conlleva el respeto a la identidad y derechos de cada uno de los pueblos, grupos étnicos y expresiones socioculturales

III) El principio de unidad en la diversidad: que implica el reconocimiento pleno y la búsqueda constante de igualdad real de derechos, responsabilidades, oportunidades, así como la lucha permanente contra el racismo y la discriminación

Sin embargo, el enfoque de interculturalidad además de asumirse como política de gobierno y Estado tiene que pasar de la formulación de estrategias coyunturales a estrategias más estructurales. En este sentido el pensamiento intercultural debe trascender a las instituciones estatales y gubernamentales existentes.

Se debe llegar también a penetrar y transformar las instituciones y estructuras que constituyen el edificio social. Es decir, lograr que las instituciones estén estructuradas de tal forma que reflejen y a la vez facilitan las relaciones positivas entre las diversas personas. Este es el nivel estructural de la interculturalidad. (Albó S/F)

Otro punto considerable en la aplicación pertinente del enfoque, es que para observar un impacto o cambio tangible es necesaria una transformación de la estructura socioeconómica de un país. En el caso Venezolano, en donde los

mayores índices de pobreza se encuentran en los Estados y municipios como mayor población indígena que criolla, como por ejemplo los estados Delta Amacuro y Apure, en donde municipios como Antonio Díaz y Achaguas, respectivamente, quedaron para 1998 y 2005 en primer lugar como los municipios más pobres de América latina, un punto que se refleja muy negativamente con los mayores índices de mortalidad materna e infantil, años de vida perdidos, bajos niveles educativos y la no inserción escolar.

Entonces, cuando se reflejan mayores márgenes de inequidad en un país entre grupos culturales distintos, mayores retos se deben plantear para que el impacto social sea más equitativo y transformador, así lo enfatiza el investigador Boliviano Xavier Albó cuando afirma que para,

Lograr relaciones de interculturalidad más positivas sería más sencillo si se tratara de gentes de culturas distintas pero de igual posición y prestigio social; por ejemplo, entre dos países o pueblos indígenas semejantes en contacto. Pero lo común es que cada grupo este en una posición social y económica distinta y entonces hay que superar mayores bloqueos. Así ocurre, por ejemplo en los países (...) pluriétnicos con un grupo hegemónico, o incluso por migraciones internas de tipo laboral dentro de un mismo país, etc. Podríamos concluir que, de una manera cada vez más generalizada, las relaciones interculturales asimétricas son un ingrediente presente en cualquier parte del mundo cada vez más globalizado e injusto (Op. cit)

Las desigualdades sociales y económicas en donde se dan relaciones de poder entre un grupo dominante que muy difícilmente considerarían como iguales a los que consideran como “Inferiores”. Un ejemplo muy particular que se da en Venezuela es la invisibilización o negación de lo indígena, por un marcado racismo y una notoria discriminación al llamar “irracionales” a los indígenas.

Estas relaciones de poder en donde se sitúan unos “arribas” y otros “abajo” han dejado grandes secuelas en los indígenas venezolanos –como por ejemplo muy marcadamente en los indígenas apureños-, quienes como consecuencia de un duro proceso histórico de invisibilización y discriminación por parte de la sociedad apureña han asumido el rol de “irracionales” nominando a la población no indígena como los “racionales”. En la mayoría de los casos desvalorizan su

propia cultura, lengua, tradiciones, olvidándolas para adoptar la cultura dominante, o por el contrario evitando todo contacto y asilándose socialmente para no ser agredidos.

Estas aptitudes contrapuestas entre un grupo que niega la existencia del otro, o de un grupo que niega su propia existencia, son elementos negativos que no permitirían de ninguna manera dejar fluir la interculturalidad como medio de comunicación horizontal y simétrico con igualdad condiciones. Las instituciones reproducen los esquemas de las sociedades en donde se desarrollan. Por esta razón al mantenerse una estructura injusta de dominación económica, política, social y cultural, se generaran actitudes contrapuestas entre los de “arriba” y los de “abajo”, el reto es garantizar un estado con estructuras más equitativas para todos sus ciudadanos.

Para el antropólogo venezolano y lingüista Esteban Emilio Monsoyi, el reto a encarar va más allá en presuponer que la discusión de lo “intercultural” sólo es un problema del indígena, y que estas discusiones se centren y extrapolen únicamente cuando se enfrenta el ciudadano “no indígena” a un contacto e interacción con los indígenas, tiene que pasar a ser una discusión formativa, educativa para todos los venezolanos, mas aun según nuestro parecer, cuando el reconocimiento de nuestra sociedad se da bajo los parámetro de pluriculturalidad y multiculturalidad. Al respecto Monsoyi destaca:

En consecuencia, no basta para nada que los indígenas sean interculturales si el resto de la población no lo es. Como punto de partida está perfectamente bien que los pueblos autóctonos comiencen el proceso, por cuanto para ellos estaba en juego nada menos que la supervivencia inmediata y mediata de sus idiomas, culturas e identidades. Pero ya es tiempo y hasta considero que estamos algo rezagados para una mayor toma de conciencia de todo el pueblo venezolano, tanto en lo que respecta a la pluriculturalidad como a la interculturalidad, ya que ambas vertientes constitucionales han sido muy descuidadas por no decir saboteadas: tanto por grupos reaccionarios como por muchos sedicentes revolucionarios o por los apáticos de siempre que hacen de mayoría. (Monsoyi 2006)

Cabe ahora aclarar que la interculturalidad no se impone exclusivamente frente a los pueblos indígenas, sino que habrá de consolidarse en el seno y ente todas las culturas constitutivas del país venezolano.

Entonces, la interculturalidad es un proceso, una meta por alcanzar en los Estados con una gran diversidad cultural ya que la interculturalidad en si misma no existe, es un proceso consciente individual colectivo, que debería proyectarse como un “deber ser alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones concretas que se puedan construir, no en abstracto, sino en medio de procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas” (Salud Indígena S/F)

La interculturalidad requiere de un cambio global, no se sustenta sólo en voluntades particulares, sino que necesita de voluntad política que permita impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados. (salud indígena S/F)

A partir de lo señalado hasta el momento, otro aspecto relevante en mencionar es que la interculturalidad debe ser entendida como un proceso dinámico con múltiples direcciones, de creación y de tensión, pero siempre en construcción. Y como proceso, tiene su raíz en las brechas culturales reales y actuales, caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa.

Sin embargo, no se debe suponer que el enfoque de interculturalidad en salud es una panacea a toda la problemática del proceso de atención de la salud, no hay que olvidar la existencia de otros determinantes que contribuyen de forma estructural en agravar la situación de salud como la inequidad, la pobreza extrema, difícil acceso a los servicios, tenencia de la tierra, la desnutrición, la difícil accesibilidad geográfica, entre otras.

Por esta razón el papel fundamental de los actores sociales, el gobierno, las instituciones públicas, los movimientos indígenas, las comunidades y pueblos indígenas y en general toda la población venezolana, para crear modos de

responsabilidad, tolerancia, respeto, sensibilidad y solidaridad colectivos e individuales, pero siempre en permanente construcción.

2.3.2 Interculturalidad en Salud

En el apartado anterior se hizo referencia al término de interculturalidad a la relación existente “entre culturas”, no simplemente como un contacto, sino como intercambio basado en el respeto. Se consideró la interculturalidad como un proceso dinámico y permanente de relación de comunicación, diálogo, consenso y aprendizaje entre culturas en condiciones de legitimidad mutua e igualdad, que se construye entre personas y grupos, conocimientos y prácticas culturalmente distintas.

En esta parte profundizaremos sobre la interculturalidad en salud, la cual en primer plano se definirá como una estrategia transversal que *“considera, utiliza y potencia conocimiento y prácticas en torno al proceso salud enfermedad atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas.”* (Saéz: s/f)

En el año 1990, el modelo biomédico basado en el sistema occidental de salud, fue denominado por Menéndez como el modelo hegemónico (MMH). Esta cultura médica se ha establecido mundialmente como el modelo capaz de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población mundial, un modelo biologicista que no considera los contextos sociales y culturales de las personas.

Esa concepción se ha convertido a la vez en la debilidad del sistema médico occidental y de su expresión como medicina alopática hegemónica, incrementada además por la presencia de otras limitaciones de ese sistema como: eficacia limitada en determinados grupos sociales, inequidad, temor poblacional a sus efectos adversos, burocratización de la atención, sobrevaloración la medicina curativa, desvalorización de la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, dependencia de la industria farmacéutica, negación de la salud como un derecho gratuito universal y legitimación en los Estados-Nación para posicionar la medicina privada como la más eficaz para restablecer la salud, así como la anteposición de la asistencia individual a la colectiva.

Los sistemas médicos, como construcciones culturales, han nacido para responder a las necesidades particulares de un entorno social específico. La extrapolación del principio etnocéntrico occidental de salud se evidencia en el Modelo Médico Hegemónico, lo que ha generado la aparición de importantes dificultades al no considerar la cultura de los usuarios en el proceso de atención en salud. Bajo esta realidad, muchas veces el modelo biomédico se ha constituido en un nuevo instrumento discriminatorio, en nefasta competencia con la relegación por etnia, clase social, religión, idioma, etc. (Carreazo. 2004)

Es a partir de las críticas sostenidas hacia el modelo médico dominante como surge la necesidad de dar respuestas desde otras perspectivas y corrientes, desde donde se inserta la interculturalidad en salud como estrategia transversal que *“considera, utiliza y potencia conocimiento y prácticas en torno al proceso salud enfermedad atención tanto de la medicina oficial como de las medicinas indígenas.”*

A diferencia del El sistema biomédico alopático que refuerza los estereotipos sociales preexistentes, muchos de ellos cargados por juicios valores racistas, La interculturalidad en salud, como política de salud propone aplicar el enfoque intercultural en las estrategias de curación, rehabilitación, prevención de la enfermedad y promoción de la salud; además de intenta facilitar el reconocimiento, el respeto, la comprensión de las diferencias culturales de los pueblos. (Sáez Salgado: Mod IV).

La interculturalidad en salud propone la participación activa de los diferentes actores sociales de la salud, considerando no sólo la relación entre las personas, sino los recursos terapéuticos, los espacios y los aspectos administrativos y de dirección de los servicios de salud, ya que a pesar de la hegemonía del modelo biomédico en términos de políticas y diseños de programas, planes y proyectos de salud, la realidad es que la medicina indígena es utilizada en las comunidades, no como terapias complementarias, si no como un modelo de medicina confiable, eficaz y aceptado culturalmente por las culturas indígenas que lo reproducen a través del conocimiento del entorno ambiental y de las experiencias de los médicos tradicionales, parteras, curanderos, entre otros.

Según Carreazo (2004), la interculturalidad en salud se puede entender como:

...una serie de acciones que implican en primer término tomar conciencia de la cultura del paciente, para poder asimilarla y luego incorporarla en el proceso de atención en salud; es un conjunto de acciones o políticas mucho más necesarias y trascendentes en un país multicultural y pluriétnico como el nuestro, circunstancia que genera diferentes expectativas y percepciones del proceso salud-enfermedad entre proveedor y usuario y que suele provocar dificultades y desavenencias en la relación médico paciente.

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, existen enfermedades que únicamente tiene salida resolutive a través de terapeutas tradicionales. Se trata de los denominados “síndromes culturalmente delimitados”. Estos constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa explicación que solo pueden ser entendidos, comprendidos, tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Los más conocidos y frecuentes en América Latina corresponden al mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, los aires (mal viento), torceduras, maleficio y otros.

En las sociedades indígenas perviven complejos sistemas de salud de raíces ancestrales junto a los sistemas de salud oficiales. Eso muestra en la realidad la vigencia –con o sin reconocimiento legal– de sistemas que gozan de legitimidad y niveles de efectividad y correspondencia con sus sistemas de vida.

Un adecuado acercamiento y armonización con esta realidad solo es posible desde una visión de un “pluralismo médico”. El desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, en especial en el primer nivel de atención, depende en gran parte de la formación y competencia del personal que atiende a la población indígena. La incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación del personal de salud, ayuda a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del equipo de salud en situación multicultural.

En el campo de la salud pública y colectiva la interculturalidad implica que todos los sistemas de salud (incluida la medicina tradicional) deben contar con la posibilidad de ser practicados en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, contando con los recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes y prácticas que aseguren el desarrollo, revitalización y reproducción de sus medios ancestrales de curación.

La manera en que entendemos el mundo, el cuerpo, la salud y la enfermedad y los diversos procesos de interacción entre los individuos y su ambiente, cambia de una cultura a otra; por eso, para poder entendernos con personas de otras culturas, es necesario establecer puentes y acuerdos comunes de comunicación.

En el contexto venezolano, los usuarios de los servicios de salud, y no solo los indígenas, cuestionan al falta de sensibilidad, de irrespeto en el trato recibido de parte de los prestadores del servicio de salud, el menosprecio a sus opiniones, y la desinformación a la que son objeto, aspectos que terminan por incidir en la satisfacción que reciben del servicio y de la atención del personal. Esto influye en el desapego a las indicaciones médicas, una incidencia mayor de abandono a los tratamientos y en resistencia al uso de los servicios que en casos extremos, ha llegado a la confrontación y al choque cultural. En definitiva a un fracaso de la alta inversión de recursos humanos y económicos que realiza el Estado para garantizar el derecho a la salud de los venezolanos.

Por lo dicho anteriormente es necesaria la construcción de un proceso de relación y comunicación entre grupos culturales y de personas con percepciones diferentes de su realidad y sin embargo, con similares capacidades para el ejercicio de sus derechos, como por ejemplo, en las relaciones que suceden entre los usuarios con lo profesionales de salud, con diferentes niveles y contenidos de conocimiento y de valores personales.

Así que, un proceso real de interculturalidad presupone sentido común, un criterio ético fundamental que es el respeto al ser humano, a sus derechos inalienables, al respeto de sus conocimientos y desconocimientos.

El desarrollo de acciones de salud con orientación intercultural supone reconocer principios básicos, como:

- ◆ El respeto en el trato de los usuarios.
- ◆ Participación social.
- ◆ Cooperación.
- ◆ Consenso.
- ◆ El reconocimiento de las tradiciones culturales,
- ◆ Sostenibilidad.
- ◆ Calidad.
- ◆ Calidez.
- ◆ Tolerancia.
- ◆ Solidaridad.
- ◆ Eficiencia.
- ◆ La inclusión en la atención, y
- ◆ La equidad en salud hacia los distintos grupos étnicos.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- ✓ Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- ✓ Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- ✓ Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- ✓ Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- ✓ Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

Por otro lado, encontramos que se pueden establecer tres formas de acercamientos posibles al ámbito operativo de la salud intercultural:

a) **La salud intercultural como acción-movilización**, entendida como el proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades, y

moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino responde activamente a un llamado externo.

b) **La salud intercultural como gestión**, entendida como el proceso en que representantes de la comunidad participan en la ejecución de acciones en salud, orientación dentro de los centros de salud, conexión con la familia, respondiendo a necesidades sentidas de la comunidad. Así, surge un voluntariado de facilitadores interculturales en espacios cedidos por el centro de salud.

c) **La salud intercultural como cambio**, entendida como el proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas.

Así mismo, la operacionalización del concepto de interculturalidad, según la OPS, supone el cumplimiento de los siguientes retos:

Requiere superar algunos vacíos existentes como: a) no registro de información epidemiológica con criterio étnico en el nivel local y nacional; b) carencia de perfil epidemiológico según grupo étnico; c) paralelismo o superposición en la información epidemiológica; d) formularios de información epidemiológica demasiado complejos de diligenciar; e) baja calidad de información en los registros de informaciones epidemiológicas en las unidades básicas de salud; f) la información de los promotores de salud no es aceptada en el sistema nacional epidemiológico.

Estrategias de salud intercultural

El enfoque intercultural tiene dos niveles de expresión: a) las actividades que materializan la interacción entre medicinas, y b) la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Requiere transformaciones estructurales de largo plazo y

responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado junto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto pluricultural de sociedad.

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios.

El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. Las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural del mundo simbólico del paciente significa que se comprenda, respete e incluso integre elementos culturales relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

El impacto de los planes, programas y proyectos en los cuales se utilizan como marco de referencia el enfoque interculturalidad en salud se puede medir a través las siguientes variables,

- 1) Observar si se incorpora la variable etnia en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- 2) Determinar si en las áreas relacionadas con salud los currículos de universidades y en los servicios de salud tienen presente el componente: diversidad cultural.
- 3) Establecer si existen programas de inducción sobre diversidad cultural en el personal médico y paramédico para trabajos con comunidades indígenas.
- 4) Percatar la existencia de infraestructura, alojamiento y oferta tecnológica sensible a la diversidad cultural.
- 5) Advertir el nivel de apoyo a los indígenas para tener acceso, en especial lingüístico, a los servicios superiores de atención.

- 6) Determinar la cantidad de personal indígena involucrado en los trabajos de salud de forma tal que se discrimine los diferentes niveles de formación (promotores de salud o de medicina de nivel superior)
- 7) Calificación de la participación de la medicina tradicional en los sistemas de salud.
- 8) Identificar los planes y proyectos de salud en los cuales se consideren las particularidades socioculturales de los pueblos indígenas y/o de otros grupos étnicos, como por ejemplo las comunidades de afrodescendientes
- 9) Según los perfiles epidemiológicos de la población determinar la cantidad de programas adecuados pertinentemente a la diversidad cultural existente.

Para la instrumentalización de estas estrategias se proponen los siguientes componentes:

- ◆ Promoción de espacios de diálogo y negociación entre el sector institucional e indígena con el acompañamiento del nivel central y local.
- ◆ Investigación orientada a crear metodologías y bases de datos construidas y concertadas desde una perspectiva indígena e institucional.
- ◆ Educación y comunicación dirigida a elevar la capacidad de análisis y de propuesta de los recursos humanos de la salud y de los pueblos indígenas.
- ◆ Planificación como elemento básico para la gestión de recursos financieros y logísticos.

2.3.3 Transversalización del enfoque Intercultural en Salud.

Para su transversalización toda política de interculturalidad, en el ámbito de la salud pública y colectiva debe por lo menos orientarse hacia algunas estrategias fundamentales.

1. Sensibilización y capacitación del personal de salud. En todos los niveles del personal directivo, técnico y operativo del sistema de salud.
2. Incorporación de personal de salud indígena que sean traductores en cada uno de los niveles de la atención en salud.
3. Adecuación de los programas de salud: Formulación, planificación, ejecución y evaluación de estrategias para los programas con pertinencia sociocultural con las comunidades y pueblos indígenas en cuestión.
4. La implementación del registro epidemiológico de los grupos étnicos del país.
5. Formulación de indicadores de salud acordes a las estrategias evaluadas, que permitan medir la eficacia y eficiencias de los programas.
6. El reconocimiento y fortalecimiento de la medicina tradicional indígena. (parteras, curanderos, sobadores, médicos, y la fitoterapia).
7. Acondicionamiento y construcción de infraestructura de servicios de salud. (salas de parto vertical, salas de hospitalización hospedaje con colgaderos para chinchorros, entre otros).
8. Investigación etnográfica para conocer actitudes, prácticas de los procesos de salud-enfermedad, para evaluar el impacto de las estrategias ejecutadas bajo enfoque intercultural en salud, para el diseño de estrategias asertivas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades.
9. Revalorización y protección de la medicina tradicional / medicina indígena. Y Revalorización y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
10. Acuerdos nacionales, regionales y locales (alcaldías, consejos comunales, comunas, barrios) entre las instituciones públicas (ministerios, fundaciones).
11. Formulación de políticas de atención a la salud de poblaciones indígenas.

Desafíos para desarrollar desde el Estado modelos de atención en Salud con enfoque intercultural

Según la OPS, en la actualidad los países latinoamericanos enfrentan los siguientes desafíos para la inserción de la interculturalidad en los sistemas de salud (Nicaragua, OPS:1998):

- ◆ Planificar, ejecutar y evaluar en conjunto con las comunidades, experiencias de modelos de atención con enfoque intercultural.
- ◆ Establecer protocolos de atención, estándares de calidad, indicadores pertinentes.
- ◆ Desarrollar procesos de implementación gradual de sistemas médicos articulados, con experiencias sistematizadas y publicadas.
- ◆ Desarrollar sistemas de monitoreo, acompañamiento y evaluación.
- ◆ Desarrollar mecanismos de financiación.
- ◆ El ejercicio de la libre determinación indígena, expresado a través del respeto y la promoción de la autogestión indígena.
- ◆ Establecimientos de procedimientos de participación en la toma de decisiones.
- ◆ El consenso como mecanismo de control.
- ◆ El consentimiento previo informado.
- ◆ El reconocimiento a la tecnología y el conocimiento indígena y afrodescendiente.
- ◆ Incorporación de normas tradicionales de salud.
- ◆ Convenios que aseguren los derechos de conocimiento intelectual colectivo.

Experiencias de la transversalización del enfoque intercultural de salud en Venezuela.

Varios autores reflejan experiencias puestas en marcha en diferentes países latinoamericanos, en donde se han aplicado estrategias para la transversalización de la interculturalidad de salud (OPS, Sanz, Salgado y Carreazo), a continuación las agrupamos según las temáticas encontradas. :

1. Formación de recursos humanos.
2. Incorporación de médicos tradicionales y parteras dentro de los servicios de salud.

3. Sistemas de información epidemiológicos disgregados por grupos étnicos.
4. La adecuación lingüística cultural de los servicios públicos de salud: Traducción de material gráfico, escrito, audiovisual para las actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades
5. Investigaciones de impacto de los programas de salud, actitudes, percepciones, conocimiento, prácticas y representaciones sociales, incorporación de las ciencias sociales en salud.
6. Ejercicio de la abogacía de sus derechos: creación de legislación en materia de salud intercultural.
7. Acondicionamiento de espacios físicos de centros de salud pertinente social y culturalmente.
8. Roles de liderazgo de personal de salud indígena formado para ejercer la Gestión pública, en las instituciones de salud.
9. Participación en el diseño, gestión y evaluación de políticas, planes y programas orientados hacia la población indígena.
10. Incorporación de alimentos indígenas en la dieta brindada a indígenas hospitalizados.

En el caso específico de Venezuela, a partir de los años 80 del siglo pasado se incorporaron indígenas con el nombre de auxiliares de medicina simplificada, para trabajar en consultorios ubicados en poblaciones indígenas. Este personal fue formado con conocimientos en enfermería, paramédicos y medicina, para brindar asistencia oportuna en los casos en que no hubiese médicos.

Pero, es a partir del comienzo de este siglo cuando se inserta dentro del Ministerio del Poder Popular para la Salud, siguiendo los preceptos constitucionales referentes a la salud y los pueblos indígenas, que el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (hasta 2006, denominado ahora Ministerio del Poder Popular para la Salud) un grupo de trabajo consolidado que daría paso al establecimiento de la primera Dirección de salud indígena.

En un principio el grupo de trabajo no desarrolló el enfoque intercultural como marco referencial teórico, sino que se habló del enfoque de etnias,

posteriormente a partir de la conformación durante el 2005 de la Dirección de salud Indígena se tomó como marco referencial operativo y práctico el enfoque intercultural en salud. Desde esta instancia se han llevado a cabo los siguientes proyectos:

- ✓ **Formación e incorporación de personal de salud indígena en el Primer Nivel de Atención Primaria de Salud (Consultorios, ambulatorios)** bajo los cargos de defensores y defensoras de salud, paramédicos, promotores de salud, Agentes Comunitarios de Atención Primaria en Salud (ACAPS), quienes vienen a sustituir a los Auxiliares de Medicina Simplificada. Auxiliares de laboratorio con formación en el reconocimiento de enfermedades tropicales (Malaria, parasitosis intestinales y tuberculosis), inserción de Vacunadores indígenas para el trabajo y el fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).
- ✓ **Coordinaciones Regionales de Salud Indígena.** En los Estados Apure, Amazonas, Barinas, Bolívar, Monagas, Delta Amacuro, y Zulia
- ✓ **Proyecto Cacique Nigale:** Formación de indígenas como profesionales en el área de medicina. Universidad Rómulo Gallegos UNERG.
- ✓ **Servicios de Atención y orientación al Indígena “SAOI”:** Con la incorporación de traductores en la red hospitalaria como facilitadores interculturales en los Servicios de Atención. En el estado Apure existen dos de estos servicios ubicados en el Hospital Pablo Acosta Ortiz de San Fernando de Apure y en el Hospital Rómulo Gallegos de Elorza, municipio Rómulo Gallegos. Ambos fueron creados durante el año 2008. En la actualidad existen 33 servicios de atención y orientación al indígena.
- ✓ **Adecuaciones de la infraestructura hospitalaria:** En el Estado Bolívar y Amazonas.
- ✓ **Inserción de la variable de etnia en los registros epidemiológico nacionales:** Este aspecto aun no se ha desarrollado de manera operativa, sólo un proyecto piloto en el estado Zulia.
- ✓ Plan de salud Apure (2007)
- ✓ Plan de Salud Yanomami
- ✓ Plan Delta.
- ✓ Publicación de la serie de libros: Tillet y Freire (Comp): **Salud Indígena en Venezuela.** 2008. Edición Ministerio del Poder Popular para la Salud. Caracas. Venezuela

Estas han sido las experiencias desarrolladas hasta los momentos en Venezuela, sin embargo, el trabajo de insertar la variable de etnia, bajo el enfoque de interculturalidad de salud adecuando los programas de salud existentes en el Ministerios a las particularidades sociales, culturales y lingüísticas de los diferentes pueblos indígenas venezolanos.

2.3.4 Participación ciudadana.

El concepto de participación está impregnado de la historia propia de los grupos sociales. Se hace necesario ahondar acerca de su uso, para tener claro el objetivo que se busca al facilitar la participación comunitaria desde el sector salud. Su etimología indica que participar significa *tener parte o tomar parte* de algo. Como la participación que aquí nos ocupa es la participación social, que involucra sujetos sociales, interesa definir en cada caso, a través de qué mecanismos o formas las personas pueden participar en algo *en* o *desde* su comunidad.

En cuanto al concepto de comunidad, su etimología refiere a su calidad de común, a aquello que no siendo privativo de uno solo, pertenece o se extiende a varios. Así pues, dependiendo de lo que se considere *común* o *compartido*, podrán identificarse diversos tipos de comunidades.

Además, también es posible pensar la participación como el derecho que permite la construcción de un espacio público, que facilita el ejercicio de la ciudadanía.

La participación entendida como medio no es otra cosa que utilizar los recursos comunitarios (incluida la población) para alcanzar metas y objetivos preestablecidos. Los resultados, por tanto, son más importantes que el acto de la participación. Se trata de mejorar la eficiencia de los servicios empleando la participación como técnica de gestión, que beneficia tanto al prestador como al consumidor, quedando este último integrado en el sistema de prestación y sometido a sus órdenes. En definitiva, "la participación como medio es principalmente una forma estática, pasiva y controlable de participación", siendo, además –y lamentablemente-, la más frecuente.

La participación como fin, en cambio, conlleva insistir más en la idea de proceso de crecimiento dinámico, no cuantificable y no previsible. Es una forma activa de participación que se crea y configura por quienes participan, respondiendo a las necesidades y circunstancias cambiantes de cada lugar. Se considera, en esta perspectiva que la participación es un proceso intrínseco al desarrollo que refuerza los programas y existe más allá de ellos, como intervención dinámica permanente. No se considera como una técnica de gestión, sino como base para que la gente pueda influir e intervenir desde la base en niveles superiores. Para ello, la sensibilización y la creación de estructuras organizadas son elementos críticos e indispensables de una participación eficaz (Modulo 8. Argentina Pag, 174)

Participación social desde las bases.

La República Bolivariana de Venezuela se fundamenta en los postulados de la democracia participativa y Protagónica, es decir, en la participación activa del ciudadano venezolano en los asuntos de carácter público, según lo establece el artículo 62 de la constitución vigente. La participación del pueblo en la gestión, control y ejecución de los asuntos públicos es, entonces, la forma operativa de la democracia participativa; por ende, el modelo democrático planteado y consagrado constitucionalmente sólo puede profundizarse a partir de que el Estado nacional y la sociedad venezolana en general compartan y cooperen en el desarrollo de las políticas públicas. (Bonilla s/f: 123)

En consecuencia, la Carta Magna expone tanto los mecanismos políticos de participación ciudadana, así como, formas de organización social y económica del pueblo venezolano. Del artículo 70 de la Constitución Nacional se desprende que las organizaciones vecinales y comunales, y las asambleas de ciudadanos serán la columna vertebral del sistema político y del mismo modo tendrán un peso importante en la administración de los asuntos públicos. Desde este punto de vista, las organizaciones locales jugarán en los próximos años un rol central dentro de la configuración de la sociedad venezolana, exigiendo del mismo modo un fortalecimiento de las mismas y su proliferación en todas las comunidades que

conforman la población nacional. Fortalecimiento que procura invertir la pirámide de los procesos de toma de decisión. (Bonilla s/f:) 123

Por otro lado, en el artículo 184 de la constitución vigente, se plantean un conjunto de deberes y obligaciones tanto de las estructuras regionales (estados), como de las locales (Alcaldías), consistentes en la creación de mecanismos flexibles y abiertos para que los mismos descentralicen y transfieran a las comunidades y grupos vecinales organizados los servicios que éstos gestionen previa demostración de su capacidad para prestarlos. De esta manera las organizaciones vecinales y comunales deben adquirir la capacidad técnica necesaria para lograr la transferencia de recursos. Además deben contar con una estructura. (Bonilla s/f: 123) organizativa eficiente y eficaz y con una comprobada capacidad movilizadora de ciudadanos, dispuestos a participar directamente en los procesos que se señalan en los numerales correspondientes al mismo artículo.

Como se puede constatar, el desarrollo y capacitación técnica-administrativa de las organizaciones vecinales y comunales es una necesidad perentoria del naciente sistema político democrático venezolano basado en la participación y protagonismo ciudadano. De esta forma, se justifica el esfuerzo que se debe realizar en capacitar a las organizaciones sociales, y comunales, para desarrollar estrategias que permitan su fortalecimiento, y la propagación de las experiencias hasta ahora acumuladas, dando lugar a la maduración política e institucional de la democracia participativa en Venezuela.

De esta manera, la participación y el protagonismo desde la base, se entiende como un bien en sí mismo, como una actividad virtuosa que conducirá al desarrollo de sentimientos altruistas y actitudes cooperativas. La participación política y social de los ciudadanos venezolanos, resultará de la vinculación directa y activa en los procesos de debate, formulación y ejecución de los programas de desarrollo social y políticas gubernamentales produciendo recursos intelectuales, afectivos y económicos para aceptar o tolerar las decisiones difíciles, sobre todo cuando el ciudadano, cara a cara con sus iguales, sea el actor principal en la acción ejecutoria de la política pública.

Con el sistema nacional de planificación participativo se pretende otorgarle al ciudadano común su legítimo derecho de intervenir en el diseño de las

políticas públicas, y con ello, promover la organización social. Desde esta perspectiva, se tiene garantía de que en principio la información sobre la cual se apoya el proceso de toma de decisiones en la formulación de los planes es fiable, se garantizará el sentido de pertinencia social, se atenderán las necesidades más sentidas de las grandes mayorías, los planes gozarán de consenso activo, entre otros aspectos. (Luis Bonilla y Haiman el Troudi)

Características de la participación ciudadana.

El Instituto Nacional para Federalismo y el Desarrollo Municipal de México (2002) clasifica la participación ciudadana en tres grupos, formal, espontánea y organizada

Participación Formal: Es aquella que llevan a cabo los ciudadanos mediante el ejercicio al voto, establecido constitucionalmente, y a través del cual se otorga legitimidad y confianza a quienes se eligen como gobernantes y representantes de la sociedad.

Participación Espontánea: Se genera cuando los miembros de una comunidad, frente a una necesidad o un problema común se organizan para darle solución por sí mismos o proponen a sus gobernantes las pautas necesarias para resolverlo. Esta forma de participación es común en situaciones de emergencia como inundaciones, sismos, epidemias etc. Pero también en acciones que requieran de la participación voluntaria de la comunidad como campañas de vacunación, alfabetización, entre otras.

Participación Organizada: Es aquella que promueven las asociaciones de trabajadores, juntas de vecinos, consejos comunales, estudiantes universitarios, entre otros, o el propio gobierno, para apoyar la formulación y el cumplimiento de los planes o políticas públicas, o bien para realizar obras y acciones de beneficio colectivo. Esta forma de participación tiene como objeto colaborar de manera solidaria, ordenada y permanente en la solución de los problemas sentidos por los

habitantes de las comunidades, así como apoyar a las autoridades locales para lograr el desarrollo comunitario.

Para definir un proceso comunitario como participativo, se tienen que poder reconocer en él una serie de principios o rasgos. La participación comunitaria debe ser: activa, consciente, responsable, deliberada, libre, organizada y sostenida en el tiempo a través de las bases sociales de los grupos que la constituyen como proceso de ejercicio del poder local.

Características de la participación.

- **Activa** La población interviene en todas las fases de diagnóstico, planificación, ejecución, control y evaluación. Cuanto más capacidad de influir en las decisiones alcance la población, más eficaz, real y democrática será su participación.
- **Consciente** Conoce y toma conciencia de los problemas existentes y los transforma en necesidades que se tienen que solucionar.
- **Responsable** Se compromete y decide de acuerdo con sus derechos y responsabilidades.
- **Deliberada y libre** Las intervenciones son voluntarias y se hacen de forma planificada, manteniendo su autonomía y desarrollando tareas propias.
- **Organizada** La población tiene su propia organización, no dependiente de los servicios sanitarios. Las actividades se integran con objetivos comunes hacia el desarrollo comunitario.
- **Sostenida** No se trata de acciones puntuales de movimientos asociativos, de respuesta a tensiones coyunturales, sino que responde a problemas de salud y el proceso se mantiene en el tiempo.

Niveles de ejercicio de la participación.

Según la dimensión de la participación, se podrán distinguir los siguientes niveles:

1. **En la información:** La ciudadanía tiene derecho a estar informada sobre todos los programas y proyectos públicos, de lo contrario no podría comprometerse en la participación.
2. **En la consulta:** Es el derecho que tienen los ciudadanos a ser consultados. Para desarrollar este nivel es necesario la creación de canales a través de los cuales se reciban las opiniones y posiciones de la población frente a un determinado tema.
3. **En la decisión:** Es el derecho de participar en la formación de una voluntad final que determinará un curso de acción específico.
4. **En la ejecución:** La cual debe emanar de un proceso de voluntad concertado directamente por la opinión ciudadana.

Vinculada a la idea de diferentes alcances de la participación comunitaria está la idea de niveles o intensidades en las que puede instrumentarse esa participación. Al respecto Aguilar Idanes, nos dice podrían establecerse seis niveles posibles de participación, a modo de escala, de menor o mayor intensidad:

1. La participación como *oferta/invitación*. Es el grado o nivel más bajo, aunque en sentido estricto podría hablarse de una forma de pseudoparticipación, ya que lo que se pretende es que las personas tomen parte en decisiones ya tomadas "desde arriba" que se ofrecen a los que están "abajo". Este tipo de participación impide la decisión sobre cuestiones sustanciales y mantiene intactas las relaciones de dependencia de unos con respecto a otros.
2. La participación como *consulta*. En este caso, los responsables de diseñar y ejecutar un programa consultan (cuando quieren) solicitando sugerencias

o alentando a la gente a que exprese sus puntos de vista sobre lo que se va hacer o se está haciendo. En este grado o nivel de participación podemos distinguir la consulta *facultativa* (solo se participa si así les parece a los responsables de la toma de decisiones), y la consulta *obligatoria* (cuando dentro del sistema u organización existen disposiciones que obligan a la consulta).

3. Una forma más participativa es la llamada participación por *delegación*, que puede darse en el interior de una organización (se delegan facultades de decisión), o bien delegando responsabilidades a las personas involucradas dentro de un programa que, en ciertos ámbitos o actividades, pueden tomar decisiones autónomamente. También esta modalidad se instrumenta cuando se tiene la posibilidad de integrar un órgano de decisión mediante la elección o el nombramiento de representantes.
4. Existe también la participación como *influencia recomendación* que se expresa a través de la posibilidad y capacidad de influir mediante propuestas acerca de lo que conviene hacer o presionando sobre los que en última instancia, tienen el poder de decisión.
5. Un mayor grado de participación es la *cogestión* en donde se establecen mecanismos de codecisión y de colegialidad por los cuales la participación se transforma en algo institucionalizado y compartido.
6. por último, el grado más alto de participación sería la *autogestión*. En este nivel cada uno interviene indirectamente en la toma de decisiones conforme a las líneas generales establecidas conjuntamente por todas las personas involucradas (ya sea en un programa o en una organización). Este nivel de participación implica también el control operacional de todo cuanto se realiza. Se trata de "gestionar por uno mismo" (los miembros de la organización o los participantes de un programa), y "gestionar según las propias normas", siempre que ello no afecte los legítimos intereses del conjunto de la sociedad.

Sin embargo, no se puede negar la presencia de serias dificultades para el desarrollo del modelo de participación directa, como lo señalan los autores que lo abordan desde una posición no exenta a su vez de crítica. Subirats (2001:37) las ha resumido de manera precisa:

- “*la participación aumenta la lentitud en la toma de decisiones*”: hay que consultar a más gente y el proceso dialógico es más complejo y lento. Sin embargo la toma de decisiones tecno-burocratizada está sujeta a la misma crítica de ineficiencia;
- “*se aumentan los costes en la toma de decisiones*”, sobre todo los de tiempo y recursos operativos, no tanto los de carácter económico, enunciado que no contabiliza todos los factores que también se producen en el proceso de toma participativa de decisiones, por ejemplo aprendizaje, articulación social y legitimación;
- “*la participación no incorpora valor añadido a la decisión*”, puesto que el incremento de participación aumentará la legitimación, pero no la precisión y certeza en la decisión tomada; este argumento se ha desmontado en la práctica, sobre todo si tenemos en cuenta la democratización del conocimiento que han producido las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.
- “*la precisión provoca un exceso de particularismos*” porque aparecen un número creciente de puntos de vista; esto también pueden ser visto como una riqueza, un incremento de la complejidad, no como un problema, además de que es posible el uso de técnicas de consenso que aglutinen las divergencias de manera eficaz y operativa;
- “*la participación sólo tiene en cuenta el corto plazo*”, que es donde se muestra más certera, pero adolece de la planificación más abierta;

- “*la participación erosiona instituciones y partidos*”, que son pilares de la democracia representativa, por ejemplo las ideas teóricas de Constitución y Parlamento (MÁIZ, 2006:29), erosión que no viene fundamentalmente de la mano de la participación.
- En cuanto a la actividad de los actores, las dificultades que este mismo autor señala son sobre todo relativas a la calidad de la participación: los ciudadanos no quieren participar y cuando lo hacen son inconstantes, suelen participar siempre los mismos y además tienden a representar sus propios intereses, careciendo de una visión de interés comunitario (SUBIRATS, 2001:38)
- Dos han sido los argumentos centrales esgrimidos en su contra. En primer lugar, el nudo problemático generado por el gran número de ciudadanos inmiscuidos en los procesos de discusión, quienes al ser consultados o involucrarse en la formulación y gestión de políticas públicas podrían eventualmente retrasar los procesos de toma de decisiones. (Bonilla s/f: 31)
- En segundo lugar, el precario nivel de desarrollo de la cultura de la participación para la gestión pública. Precariedad que pasa por un inadecuado desarrollo de las herramientas para lograr el consenso proactivo. (Bonilla s/f:31)
- El segundo argumento sostiene que la democracia participativa degenera inevitablemente en la manipulación de los ciudadanos, a través de la propaganda y la disuasión publicitaria de los medios, debido a que la ciudadanía carece de una educación pública óptima o de conocimientos técnicos sobre las materias de discusión; de esta manera, los ciudadanos terminan arropados por los criterios expuestos por los tecnócratas u oradores más aventajados del foro. (Bonilla s/f:32)
- Al desarrollar un modelo educativo centrado en los asuntos privados, pero sin ninguna motivación por la participación en los asuntos públicos, tiende a

castrarse el ejercicio de la ciudadanía promoviendo el idiotismo griego, que solo genera distancia entre el político profesional y el ciudadano, relegando a este último a una esfera de acción privada e individualizada.

2.3.5 Disposición a la participación

La disposición es un concepto construido desde la sociología. Las disposiciones son estructuras mentales de los individuos, la guía para determinar sus acciones en un contexto dado. La disposición es un hábito, una preparación, un estado de alerta, o una tendencia a actuar de una manera específica.

Según Bourdieu el *habitus* es un sistema de disposiciones duraderas, que funcionan como esquemas de clasificación para orientar las valoraciones, percepciones y acciones de los sujetos. Constituye también un conjunto de estructuras tanto estructuradas como estructurantes: lo primero, porque implica el proceso mediante el cual los sujetos interiorizan lo social; lo segundo, porque funciona como principio generador y estructurador de prácticas culturales y representaciones

El habitus se define como un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir (Bourdieu, 1972: 178)

En la teoría del sociólogo francés Bourdieu las disposiciones, o campos de las disposiciones, son las tendencias naturales de cada individuo a asumir una determinada posición, una actitud, una respuesta, hacia un condicionamiento en cualquier campo. No existe un determinismo estricto a través de una de las disposiciones. De hecho, el habitus o actitud es la elección de una posición, respuesta, acción ante un hecho. El cual tiene su estructura cognitiva derivada de las experiencias individuales y colectivas de un individuo.

Para los autores Aparicio y Arna, la actitud o disposición a la participación es un proceso colectivo, adquirido por los individuos a través de la experiencia

que permitirá “reaccionar de forma organizada positivamente o negativamente hacia algo o alguien”. (p.30)

2.3.6 Participación social en salud.

Para la Organización Panamericana de la Salud la participación social en salud es:

...la cogestión de la salud, se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada democrática y concertada. (OPS 1994:15)

Los antecedentes a este concepto parte del año 1978 cuando el Organismo Internacional convocó la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud en la ciudad ex Rusa de Alma Ata. El documento conocido internacionalmente como la Declaración de Alma Ata deja establecido que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud. (OMS/UNICEF, 1978).

Después, en 1986 en Canadá se realizó la primera conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud patrocinada por la OMS, la conferencia elaboró un documento titulado “Carta de Ottawa”. En donde establece que la participación comunitaria en la fuerza motriz para la promoción de la salud “en la toma de decisiones para la planificación y para la acción” (Ponte S/F).

Todos estos avances en materia de políticas de salud pública a nivel internacional no fueron consideradas como estrategias prioritarias en muchos países de la región, sobre todo en aquellos en los que se propusieron reformas estatales con carácter neoliberal. En lo que respecta a los documentos del Alma Ata y la Carta de Ottawa, se reinterpretó la APS como el primer nivel asistencial, negando la visión integral de estas estrategias para volver al asistencialismo y protagonismo de la visión médica (control profesional) y las soluciones técnicas

anulando el compromiso comunitario que debía establecerse como eje fundamental. Se impuso una nueva perspectiva que dejaba la puerta abierta a las privatizaciones de los servicios de salud, excluyendo la promoción de la salud y la participación de la comunidad, pero manteniendo el carácter elitista, autoritario y biologicista de los servicios sanitarios.

Esta visión reformista caló profundamente en la década de los 90, cuando la OMS perdió liderazgo en el diseño de políticas de salud, siendo reemplazada por los programas de ajuste estructural impuestos por organismos multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. Un ejemplo de esto es el documento “Investing in Health” (BM, 1993), en donde se proponían inversiones en salud con soluciones verticales, focalizadas en enfermedades y no en la promoción y prevención sólo haciendo énfasis en lo curativo, en la reducción de los sistemas públicos de salud y los procesos de privatización, estrategias neoliberales contrarias al espíritu transformador de la “Salud para Todos” promulgadas en el Alma Ata y la Carta de Ottawa. Sin embargo “...el peor ataque (...) vino desde el propio sistema internacional de salud pública. Las poderosas instituciones mundiales de salud pusieron en marcha una campaña internacional para despojarla (...) de sus componentes.

Observamos entonces, que cuando se han puesto en marcha los modelos de participación comunitaria en las políticas públicas de salud han surgido diversas causas estructurales que han replicado el fracaso de su incorporación:

1. *La hegemonía Biomédica:* El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico. Entiende que la salud y la enfermedad son problemas individuales (No colectivos) de una maquinaria biológica (mecanicista) que se puede reparar (Curación) de manera fragmentaria (reduccionista). Margina la prevención, la promoción de la salud y sobre todo la Salud Pública. Piensa en la enfermedad antes que en las causas, en las razones individuales antes que en las sociales y en las enfermedades orgánicas antes que en las funcionales. El sujeto pierde la autonomía de su propia salud y transfiere todo el protagonismo a las elites profesionales y a la alta tecnología.

2. *El proceso de privatización de la salud:* Los sistemas públicos tienen defectos innegables, estos problemas que no son inherentes a su condición de públicos, sino a la hegemonía del modelo biomédico, explicado anteriormente. Entonces se presentó la privatización como racionalidad y modernidad (prometiendo productividad y eficiencia, pero su verdadero objetivo es mercantilizar los servicios de salud. El estado pasa a ser subsidiario mientras se promueve el mercado

3. *La naturaleza misma de las estrategias y políticas diseñadas para la promoción de la salud:* Sus propuestas se basan en transformaciones profundas en las estructuras sociales, institucionales y políticas de los Estados con énfasis en la salud pública colectiva y no privada e individualizada. La reforma estructural del sistema público de salud se debe llevar a cabo en manos de los ciudadanos. Para eso es indispensable la capacitación y formación de las comunidades para controlar sus propios procesos de salud, participando directamente en la toma de decisiones, en todos los niveles de planificación. Pero esto no es una alternativa fácil porque el personal profesional de salud debe aprender a actuar como “mediador” de las actividades de las familias y las comunidades.

Características de la participación en salud.

La participación comunitaria en salud entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio sería la clave de este concepto

No se puede confundir, como muchas veces se hace, la participación con el consenso y la asistencia. La participación no puede existir sin toma de conciencia: participa solamente quien es consciente de la necesidad de su participación y quien sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas. La gente puede y debe participar para cambiar algo; teóricamente para mejorarlo.

El Grupo de Estudios de la OMS (1991), sugiere que la participación en salud se interpreta en tres vías diferentes:

Participación como *contribución*: donde la comunidad participa en determinados programas y proyectos mediante contribuciones de trabajo, dinero o materiales.

Participación como *organización*, que implica la creación de estructuras apropiadas para facilitar la participación.

Participación como *dotación de poder, fortalecimiento o potenciación (empowerment)* de grupos y comunidades, particularmente de aquellas que son pobres y marginalizadas, desarrollando el poder de toma de decisiones efectivas concernientes a los servicios de atención a la salud, ya sea teniendo voz y voto efectivos o teniendo el control sobre esos programas

El derecho a participar en salud supone reconocer que la población, tanto en el ámbito individual como colectivo, debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo. Un sistema de salud más eficaz y eficiente requiere que el tradicional rol de los pacientes como consumidores se transforme en una nueva función de coproductores. Una forma diferente de contemplar la producción de salud, basada en la democracia participativa y contraria a la jerarquía de la autonomía médica o a la competencia del mercado.

La participación no puede existir sin toma de conciencia; participa solamente quien es consciente de la necesidad de su participación y quien sabe que si no participa no se podrán modificar las cosas. La gente puede y debe participar para cambiar y mejorar. La participación entendida como toma de conciencia de la situación y de los problemas y orientada hacia el cambio es la clave.

En relación a lo anterior, se puede agregar que para lograr una participación más efectiva se requiere un doble aprendizaje: la gestión en salud tiene que ceder poder y los ciudadanos tienen que aceptar la responsabilidad.

A modo de resumen sobre este apartado creemos pertinente destacar algunas orientaciones realizadas por Ruiz-Gimenez: (s/f:64):

Involucrar a la comunidad en el análisis de sus problemas de salud y en la identificación de cuáles son las necesidades de salud más importantes. En este campo es necesario construir conjuntamente los valores culturales y sociales sobre la salud y la enfermedad que facilitan la autonomía individual y colectiva. Nos permite a los profesionales de la salud participar de los conocimientos y la experiencia propia de la población sobre la enfermedad y la salud.

Reforzar el papel de protagonista de la ciudadanía como sujeto del cuidado de su salud aumentando su responsabilidad. En Atención Primaria muchas decisiones dependen de los pacientes (ellos deciden cuándo los síntomas son suficientemente graves como para requerir ayuda; cuándo utilizar un recurso u otro; si se harán las pruebas y si atenderán o no a las recomendaciones dadas, etc.). Cuanto más avancemos en este sentido más aumentará la eficacia de las actuaciones del sistema sanitario y la utilización racional de los recursos.

Desarrollar los servicios sobre una base comunitaria. Favorece la motivación de la comunidad para aceptar y usar los servicios. Para ello los ciudadanos deben participar activamente en los centros de salud en el diagnóstico de los problemas y necesidades de la comunidad, en la priorización de los mismos, en la movilización de recursos comunitarios y en el desarrollo y reorientación de programas de sal

Dar a la comunidad el control social de la planificación y evaluación del funcionamiento de los servicios. Aspecto necesario para dar respuesta a la crisis de legitimización actual de los sistemas sanitarios. También el proceso de evaluación de la atención a la salud debe experimentar cambios importantes en el enfoque y en los métodos ya que durante muchos años se ha centrado únicamente en la evolución de los indicadores de mortalidad y morbilidad. Cada vez es más

necesario contemplar otros resultados, como son la evolución de las desigualdades en los niveles de salud y en el acceso a los servicios. También es importante utilizar otros indicadores (la calidad de vida, las condiciones y los estilos de vida, el grado de satisfacción de las necesidades de la población y el grado de aceptabilidad de los servicios).

Potenciar el abordaje multisectorial y la coordinación intersectorial. Ayuda a la coordinación dentro del sector sanitario y con otros servicios sociales, aumenta la eficiencia en la utilización de los recursos, reduce el predominio de los profesionales sanitarios en las decisiones y contribuye así a la desmedicalización. Ante diversos problemas de salud actuales (patologías crónicas, discapacitados, mayores solitarios, etc.), la población actúa como la mejor coordinadora para la atención y utilización de recursos.

2.3.7 La planificación participativa.

La participación no es solamente un instrumento de la planificación, es una necesidad primaria de los seres humanos llevada por la condición interactuar siempre en grupo, en sociedad. Por esta razón, la aplicación de un enfoque participativo inserto dentro de los niveles de planificación en la gestión de instituciones y servicios públicos se considera como una vía para legitimar y establecer la interacción interdisciplinar y multisectorial, así como un mecanismo que estimula en todos los actores involucrados el compromiso y la identificación con la prestación de servicios públicos.

El empleo de la participación en los procesos de planificación pública conlleva alcanzar el logro, porque permite lograr eficacia en las acciones públicas que se diseñan, formulan, evalúan, y monitorean en conjunto con las instituciones gubernamentales y la colectividad. Es la base para la cooperación entre intereses antagónicos, para lograr una eficiente gestión pública.

En un proceso de participación ciudadana se respetan todas las ideas de contribuciones, pues se busca que las personas se involucren de forma permanente en todo el proceso de gestión pública.

La planificación participativa surge como reacción a la planificación normativa de carácter técnico-racional para plantear la planificación como un proceso en el que se supera la distinción entre “sujeto” planificador y “objeto” planificado, que se confunden.

Las bases teóricas de la planificación participativa son múltiples y no están cerradas pues más que un modelo de planificación cerrado, se trata un enfoque abierto y en permanente construcción. No obstante, las referencias básicas serían la educación popular de Paolo Freire, la investigación acción de Fals Borda, el Diagnóstico Rural Participativo de Robert Chambers, la socio-praxis de Carlos Núñez, el diálogo de saberes de Boaventura de Souza Santos o el enfoque estratégico situacional de Matus.

En esencia, la planificación participativa introduce una ruptura epistemológica con los paradigmas positivistas. Entiende que los procesos de desarrollo se caracterizan por la diversidad de actores y perspectivas. En consecuencia, la interpretación que cada uno de los actores hace de los problemas es necesariamente diferente. Por ello, la realidad en su conjunto sólo puede ser apreciada de manera intersubjetiva y situacional a través del diálogo entre racionalidades diferentes.

Además, entiende que la capacidad de predicción es limitada pues el comportamiento de la gente no es ni predecible ni controlable. Por tanto, asume que las intervenciones son emergentes y derivan de la interacción entre los actores que participan en el propio proceso. En consecuencia, enfatiza el valor de los aprendizajes generados y las relaciones construidas a lo largo del proceso.

La Planificación participativa constituye una de estas propuestas metodológicas, basada en el enfoque estratégico, que releva la importancia de integrar la visión, experiencia e intereses de la comunidad afectada, en todos los momentos del proceso de planificación con el fin de abordar y solucionar sus problemas, utilizando y desarrollando sus propias capacidades.

Es un método de trabajo que facilita el desarrollo de los equipos de trabajo y de las comunidades, ya que:

- ◆ La población que vive los problemas participa en el diagnóstico de su situación, y en la definición de las soluciones, facilitando en este transcurso, un proceso de aprendizaje: sobre sí misma, otros actores, medio ambiente, formas de intervención.
- ◆ Al incorporar diversos puntos de vista y recursos facilita la implementación de acciones *integrales*, que tienen impacto sobre un conjunto de necesidades presentes en la población.
- ◆ La efectividad de las acciones requiere de respuestas sistemáticas y coordinadas de los servicios de salud y comunidad que las protagoniza.

En lo que concierne a la planificación participativa, se puede indicar que es un mecanismo para comprender la realidad y modificarla, considerando la complejidad de los acontecimientos ligados a la prestación de servicios públicos. En este tipo de planificación no hay objetividad pura y simple, pues tanto el actor sujeto como el objeto de planificación están interrelacionados, involucrando a otros actores públicos y sociales que también planifican. “Se reconoce que hay varias explicaciones de la realidad condicionadas por la inserción específica de cada actor en la misma realidad, por lo que el diagnóstico único y la verdad objetiva ya no son posibles” (Matus, 1996)

Planificar participativamente supone pactar con un grupo de instituciones y personas lo que se pretende hacer en miras a resolver un problema u conflictos. Considerado que entre esas fuerzas sociales existen impulsos que oponen y resisten a quien o quienes ejercen la planificación. Entonces, no se trata de predecir los comportamientos, sino de prever las relaciones interactivas entre los adversarios y los aliados en cada situación de conflicto.

Todo proceso de planificación de la gestión pública supone un proceso de negociación entre el Estado –y todas sus instituciones en el nivel local, regional y nacional- y los ciudadanos. “Negociar significa, entre otras cosas, asumir el conflicto y reconocer en los conflictos de intereses el propio bagaje de experiencias y de compromisos democráticos (Haddad, 1983)

La Planificación Participativa ofrece los elementos necesarios para establecer, en forma colectiva, programas, proyectos y actividades a corto, mediano y largo plazo, que responden a los problemas y necesidades de las comunidades. Esta metodología da la oportunidad a diversos actores sociales, muchas veces relacionados por tensiones o conflictos generados ante un problema, de aportar ideas, experiencias y recursos. De manera que tomen conciencia de que un problema determinado es de todos. aumentando la autoestima de cada una de las personas que colaboran en el proceso.

Es un método a través del cual las personas pueden ganar grados de participación en el proceso de desarrollo de sus comunidades. En otras palabras, es el conjunto de técnicas que permiten la intervención de los ciudadanos en la organización o en la actividad de la Administración Pública, sin integrarse en las estructuras burocráticas, a través de la participación comunitaria.

Ventajas de la Planificación Participativa:

- ◆ Permite tener un mejor conocimiento de la situación a través de la reflexión conjunta.
- ◆ Da la oportunidad a los participantes de aportar ideas, experiencias y recursos,
- ◆ Los participantes toman conciencia de que el problema es de todos.
- ◆ Es democrático, genera un clima de confianza y compromiso en los participantes
- ◆ Se acuerdan prioridades y se elaboran objetivos conjuntos,
- ◆ Se evita la dispersión de esfuerzos,
- ◆ Genera información que puede ser empleada en otras instancias,
- ◆ Aumenta la autoestima de cada una de las personas que colaboran en el proceso,

Características de la Planificación Participativa

- ◆ Se desarrolla en forma grupal

- ◆ Se adapta a un enfoque interdisciplinario
- ◆ Permite aprender con y de la gente
- ◆ Permite realizar una evaluación cuantitativa y cualitativa de la realidad
- ◆ Permite la triangulación de fuentes o verificación de los resultados

En el caso específico de nuestro país, a través del Sistema Nacional de Planificación con clara orientación participativa se pretende otorgarle al ciudadano común su legítimo derecho de intervenir en el diseño de las políticas públicas, y con ello, promover la organización social. Desde esta perspectiva, se garantiza que la información inicial sobre la cual se apoya el proceso de toma de decisiones en la formulación de planes, programas y proyectos sea lo más cercano posible a dar respuestas sobre las necesidades reales más sentidas de las grandes mayorías. (Bonilla y Haiman el Troudi, 2005)

Según Bonilla y El Troudi, en el caso de las transformaciones políticas que apunta la quinta república, promulgada en el gobierno actual, el modelo de planificación participativa del sistema público nacional de planificación posee una serie de principios como son:

- ◆ **El Ecodesarrollo desde las localidades** fundamentado en la relación sinérgica de los proyectos de vida de los sujetos sociales del cambio con los planes y acciones de desarrollo institucional y popular, la relación armónica entre el género humano y el resto de la naturaleza lo cual pasa por el reconocimiento del hombre como animal diferente y no superior, así como por la obligación de garantizar la sostenibilidad de la vida en el planeta para las generaciones futuras.
- ◆ El reconocimiento de la validez de todo acto público está basado en la **legitimidad** que emana del mayor grado de consenso posible y la aceptación proactiva de las decisiones de las mayorías.
- ◆ La **participación** como práctica transversal en todos los procesos de toma de decisiones en los asuntos de interés público.

- ◆ La **eficacia** de los procesos gubernamentales viene dada por prácticas institucionales que le permitan a las distintas dependencias y dinámicas generar productos que evidencien que sirven para lo que dicen servir y a quienes se deben: la calidad de vida y los ciudadanos, respectivamente.
- ◆ La **transparencia** en la planificación, ejecución y evaluación de los procesos del Sistema Nacional de Planificación Participativa (SNPP) para permitirle a los ciudadanos conocer y co-participar en los distintos momentos de la toma de decisiones públicas.
- ◆ La **democratización de la información** para la toma de decisiones es un exigencia para develar el Estado ante los ciudadanos. Develamiento que les permita apropiarse de los procesos y los distintos momentos en la toma de decisiones públicas.
- ◆ La **celeridad** en los procesos para elevar la eficacia y eficiencia de la administración pública es un requerimiento operativo, financiero y administrativo del nuevo Estado que requiere el sistema político de democracia participativa y protagónica.
- ◆ La relocalización burocrática y de la función pública en los aspectos y áreas de interés ciudadano.

2.3.8 Planificación en Salud Pública.

La Salud pública es el arte y la ciencia de prevenir enfermedades, prolongar la vida y fomentar salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para el saneamiento del medio, el control de los padecimientos transmisibles, la educación de los individuos en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico temprano y el tratamiento preventivo de las enfermedades, y el desarrollo de un mecanismo social que asegure a cada uno un nivel de vida

adecuado para la conservación de la salud. Organizando estos beneficios de tal modo que cada ciudadano se encuentre en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y longevidad. (Winslow, 1920)

La Planificación en salud consiste en la valoración razonada de una serie de circunstancias: geográficas, demográficas, económicas, jurídicas, políticas y epidemiológicas, con el fin de concretar las decisiones sobre la cantidad, calidad y tipo de recursos de salud que deban ofertarse, para cubrir una demanda o necesidad de una población, o para solucionar un problema de salud, en un momento y periodo determinando (Ramírez 2005:39)

2.3.9 Prevención de la enfermedad.

Según la Organización Mundial de la Salud por prevención de las enfermedades se entiende a las estrategias y “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

La prevención de la enfermedad al igual que la promoción de la salud son estrategias de la Atención Primaria en Salud. Su aplicación permite, según su nivel de intervención, mejorar el estado de salud de la población a corto, mediano o largo plazo. Es la acción que normalmente se emana desde los servicios de salud y que considera a los individuos y las poblaciones como expuestas a factores de riesgo identificables que suelen ser, con frecuencia, asociados a diferentes conductas de riesgo de los individuos. La modificación de estas conductas de riesgo constituye una de las metas primordiales de la prevención de la enfermedad.

El avance que se ha dado en los últimos años en la implementación de actividades preventivas y de promoción de la salud desde las diferentes instancias de los de salud, hace que éstas vayan alcanzando un nivel de prioridad cada vez mayor, hasta convertirse en el elemento nuclear del cambio cualitativo de la transformación producida; se trata de promover opciones de vida sana entre las personas, en situación de normalidad de crecimiento y desarrollo, y no solamente de prevenir daños a la salud de las personas con riesgo de padecerlos.

La prevención de la enfermedad es una estrategia que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud.

La prevención implica promover la salud, así como diagnosticar y tratar oportunamente a un enfermo, también rehabilitarlo y evitar complicaciones o secuelas de su padecimiento, mediante sus diferentes niveles de intervención

Es importante aclarar que a menudo se produce una superposición del contenido y las estrategias de promoción y prevención, que tienden a confundir las implicaciones y contenidos de ambos conceptos. Sin embargo hay notables diferencias entre ellos, aunque las fronteras entre cuando se debe aplicar una estrategia u otra no son tan disímiles.

La promoción no es únicamente prevenir la enfermedad. Por el contrario, el diseño de las estrategias desde la promoción se realiza hacia la población sana, que no presenta factores de riesgos determinantes para contraer una enfermedad, y busca promover medidas individuales o comunitarias que ayuden a desarrollar estilos de vida más saludables, dentro de lo que sus condiciones de subsistencia se lo permitan.

Mientras que la prevención se define como una actividad distinta a la promoción de la salud (OMS, 1998), ya que su principal diferencia radica en su enfoque en vez de estar orientada hacia la población sana, la prevención orienta estrategias a la población enferma o en riesgo de enfermar.

Por lo tanto, las estrategias de salud de prevención de la enfermedad, tienen como objetivo neutralizar los factores de riesgo de contraer una enfermedad utilizando estrategias de control viables, según la población afectada. De esta forma se anticipa a la aparición del efecto que puede perjudicar la salud de la población.

Hay tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria. En cada uno de ellos, se genera acciones específicas que contribuyen al control de la enfermedad y sus secuelas en diferentes etapas de la historia natural de la enfermedad. Mientras más precoz sea aplicada la medida preventiva, será más

efectiva en su objetivo para frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle en el individuo; por lo tanto, se debe dar énfasis a la prevención primaria antes de que aparezca la enfermedad, con el fin de contribuir al bienestar de la población en general.

Prevención primaria; se dirige a limitar la incidencia de enfermedad, es decir su aparición en una población o individuo, mediante el control de sus causas y factores de riesgo; implica medidas de protección de la salud, en general a través de esfuerzos personales y comunitarios; como por ejemplo la inmunización (en el caso de la TBC, la aplicación de la vacuna BCG), la pasteurización de la leche, la cloración del agua, el uso de preservativos o la modificación de factores y comportamientos de riesgo, como escupir en el piso, si se es tiene tuberculosis.

Prevención secundaria; Se dirige a la curación de las personas enfermas y la reducción de las consecuencias más graves de la enfermedad mediante la detección temprana y tratamiento precoz de los casos; su objetivo no es reducir la incidencia de la enfermedad sino reducir su gravedad y duración y, en consecuencia, reducir las complicaciones y la letalidad de la enfermedad. Los programas de tamizaje poblacional, como las campañas masivas de examen de Papanicolaou para detección y tratamiento precoces del cáncer de cuello uterino, son ejemplo de prevención secundaria. En el caso de tuberculosis son parte de la prevención secundaria la búsqueda activa de casos en poblaciones expuestas a la bacteria, ó la toma inmediata del medicamento, penas se diagnostique la enfermedad en un individuo.

Prevención terciaria; se dirige a reducir el progreso y las complicaciones de una enfermedad ya establecida mediante la aplicación de medidas orientadas a reducir secuelas y discapacidades, minimizar el sufrimiento y facilitar la adaptación de los pacientes a su entorno; es un aspecto importante de la terapéutica y la medicina rehabilitadora. La prevención terciaria implica una atención médica de buena calidad y es difícil de separar del propio tratamiento de la enfermedad. En lo que

respecta a la tuberculosis, si una persona empieza a tomar su tratamiento y no lo interrumpe, existe una alta probabilidad de que sana sin complicaciones,

2.3.10 Tuberculosis (TBC)

La tuberculosis (abreviada TBC o TB), llamada antiguamente tisis (del griego *φθίσις*, a través del latín *phthisis*) es una infección bacteriana contagiosa. (Tabla 1). La especie de bacterias más importante y representativa causante de tuberculosis es la *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch, perteneciente al complejo *Mycobacterium tuberculosis*.

La TBC es posiblemente la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo. Otras micobacterias, como *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium canetti* y *Mycobacterium microti* pueden causar también la tuberculosis, pero todas estas especies no lo suelen hacer en el individuo sano.

La tuberculosis es una de las enfermedades más antiguas que afectan a los seres humanos. Aunque se estima una antigüedad entre 15000 a 22000 años, En algún momento de la evolución, alguna especie de micobacterias traspasó la barrera biológica, por presión selectiva, y pasó a tener un reservorio en animales. Esto, posiblemente, dio lugar a un ancestro progenitor del *Mycobacterium bovis*, que es la aceptada por muchos como la más antigua de las especies que actualmente integran el denominado complejo *Mycobacterium tuberculosis*, que incluye *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum* y *M. microti*. El "escalón" siguiente sería el paso del *M. bovis* a la especie humana, coincidiendo con la domesticación de los animales por parte del hombre. Así, posiblemente, pudo surgir como patógeno para el perro.

Aunque la tuberculosis es una enfermedad predominantemente de los pulmones, puede afectar también el sistema nervioso central, el sistema linfático, el sistema circulatorio, el sistema genitourinario, el aparato digestivo, los huesos, las articulaciones e incluso la piel.

La enfermedad es un fenómeno posterior a la infección producida por el bacilo, esto implica que necesariamente no todos los infectados por tuberculosis

enferman de tuberculosis durante su vida. Al desarrollarse la enfermedad, más del 70% de los casos sin tratamiento produce la muerte.

Tabla 1.
Descripción de la tuberculosis pulmonar.

NOMBRE	TUBERCULOSIS
Descripción Clínica	Enfermedad por microbacterias, cuya infección inicial suele ser asintomática. Entre el 90 al 95% de las personas infectadas entran en una fase de latencia, a partir de la cual existe el peligro permanente de reactivación.
Periodo de incubación	De 4 a 12 semanas aproximadamente
Modo de transmisibilidad	Exposición prolongada y cercana a un caso infeccioso que expulsa bacilos en las gotitas de saliva
Periodo de transmisibilidad	Sin tratamiento, intermitente se puede tener bacilos en el esputo durante años. Con tratamiento deja de ser infectante a partir de las 4 a 8 semanas.
Agente causal	Mycobacterium tuberculosis. Bacilo de Koch.
Reservorio	Humanos, muy rara vez primates.
Letalidad	La tuberculosis es una enfermedad mortal si no se aplica tratamiento. En más del 70% de los casos sin tratamiento se produce la muerte.
Grupo de riesgos	Sin inmunización, menores de tres años, adolescentes, adultos jóvenes y ancianos. La susceptibilidad aumenta en pacientes VIH positivos o con otras formas de inmunosupresión.
Criterios de Laboratorio.	Bacilos ácidos-resistentes en frotis teñidos de esputo u otros líquidos corporales. El aislamiento del mycobacterium se hace mediante cultivo.
Diagnóstico	El diagnóstico preciso y temprano de la TBC pulmonar activa es fundamental para controlar la transmisión de la enfermedad. El diagnóstico incluye estudios radiológicos, la evaluación de manifestaciones clínicas y las pruebas de laboratorio en el paciente clasificado como sintomático respiratorio. A nivel de laboratorio, la baciloscopía practicada en muestras de esputo permite diagnosticar, cuantificar la carga bacilar y evaluar la progresión de la TBC pulmonar bajo tratamiento. Otros métodos utilizan medios de cultivo que garantizan el crecimiento de esta micobacteria (el método de Petroff, el método de Ogawa-Kudoh y el sistema Bactec). En Venezuela, el PNCTB, utiliza la baciloscopía y emplea los métodos de cultivo antes mencionados como parte de los estudios bacteriológicos.

Fuente: Guilarte, 2014

En 2004, las estadísticas de mortalidad y morbilidad incluían 14,6 millones de casos activos crónicos, 8,9 millones de casos nuevos y 1,6 millones de muertes, mayoritariamente en países en desarrollo. Además, un número creciente de personas del mundo contraen la tuberculosis debido a que su sistema inmunitario se ve comprometido por medicamentos inmunosupresores, abuso de drogas o el sida. La distribución de la tuberculosis no es uniforme en todo el mundo; aproximadamente el 80 % de la población de muchos países asiáticos y africanos dan positivo en las pruebas de la tuberculina, mientras que solo 5-10 % de la población de Estados Unidos da positivo.

Según datos publicados en octubre del 2013 por la OMS, 8.6 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1.3 millones murieron por esta causa en 2012. Además, el mayor número de casos ocurrió en Asia, a la que correspondió el 60 % de los casos nuevos en el mundo.

Existen dos tipos principales de tuberculosis:

Latente: La mayoría de las personas que son atacadas por la bacteria si están bien alimentadas pueden luchar contra ella y en muchas ocasiones ni se dan cuenta que padecieron la enfermedad ya que el organismo puede defenderse y detener la infección. En este caso, la bacteria se encuentra presente en el cuerpo pero en forma latente o dormida y si las circunstancias son favorables puede volverse activa y producir la enfermedad. Las personas con tuberculosis latente tienen las siguientes características:

- ◆ No tienen síntomas.
- ◆ No se sienten enfermos.
- ◆ No pueden transmitir la tuberculosis a otras personas.
- ◆ Si se realizan una prueba tuberculina en piel, sale positiva.
- ◆ Su cultivo de esputo (saliva) sale negativo.
- ◆ Su radiografía de tórax puede ser normal.
- ◆ Pueden desarrollar la enfermedad si no reciben un tratamiento oportuno.

Tuberculosis activa: La tuberculosis puede permanecer latente o bien activarse si el sistema inmune de la persona está debilitado y no puede luchar contra la bacteria que la causa. Las personas con tuberculosis pulmonar activa tienen las siguientes características

- ◆ Presentan por lo general síntomas como tos, dolor en el pecho, tos con sangre, pérdida de apetito, escalofríos, sudoración, fiebre entre otros.
- ◆ Se sienten enfermos.
- ◆ Pueden transmitir la enfermedad a otras personas a su alrededor como familiares y amigos.
- ◆ La prueba de tuberculina en la piel resulta positiva
- ◆ El cultivo de bacilos resulta positivo.
- ◆ La radiografía de tórax revela daños en los pulmones.

Tipos de tuberculosis según su localización u órgano comprometido:

A pesar de que la localización pulmonar es la más frecuente, la bacteria de la tuberculosis puede crecer en otros muchos lugares del organismo. Es lo que se conoce como **tuberculosis localizada**, ya que solo afecta a un órgano. Algunos de estos son, además del pulmón: piel, tracto gastro-intestinal (estómago, intestino y otros órganos asociados), riñón y cerebro. La bacteria puede alcanzar el cerebro produciendo una meningitis tuberculosa, que es muy peligrosa y muy difícil de tratar.

La tuberculosis puede diseminarse (**tuberculosis miliar o diseminada**) por la sangre alcanzando muchos órganos a la vez. Esta forma es muy grave, y suele aparecer en personas en las que el sistema inmune está debilitado o es casi inexistente.

Con respecto a las extrapulmonares, pueden aparecer en el contexto de una tuberculosis miliar, la reactivación de un foco pulmonar o en ausencia de enfermedad clínica pulmonar. Incluye:

- Tuberculosis meníngea: forma de meningitis bacteriana causada por *Mycobacterium tuberculosis* o más raramente *Mycobacterium bovis*. El organismo se asienta en las meninges, predominantemente en la base

encefálica, y forma microgranulomas con posterior rotura. El curso clínico tiende a ser subagudo, que progresa en días. Los síntomas pueden ser: dolor de cabeza, rigidez de nuca, déficits neurológicos.

- Tuberculosis oftálmica: infección tuberculosa del ojo, principalmente del iris, cuerpos ciliares y coroides.
- Tuberculosis cardiovascular: tuberculosis que afecta a corazón, pericardio o vasos sanguíneos. La pericarditis tuberculosa puede evolucionar a pericarditis constrictiva, hecho que lleva al uso de corticoesteroides en su tratamiento.
- Tuberculosis del sistema nervioso central: tuberculosis del cerebro, médula espinal o meninges. Generalmente causada por *Mycobacterium tuberculosis* y más raramente por *Mycobacterium bovis*.
- Tuberculosis genitourinaria: causa habitual de piuria estéril (leucocitos en orina sin germen visible). El acceso de la infección al aparato genitourinario suele ser por vía sanguínea. Puede ser causa de esterilidad por afectación de los epidídimos en los hombres y de la trompas de Falopio en las mujeres.
- Tuberculosis ganglionar : compromete las cadenas ganglionares cervicales y supraclaviculares. Produce hinchazón de los ganglios linfáticos. Puede presentar escrofulodermia: hinchazón de extensión local del tejido subcutáneo por una reactivación del bacilo tuberculoso en dichos tejidos. En este caso, se producen fístulas o úlceras drenantes, que presentan fibrosis e induración además de un característico color rojizo oscuro. Es común en pacientes jóvenes y niños. En infantes es muy común que la infección se presente en ganglios superficiales acompañados de fístulas. El 50 % de los casos, tanto en jóvenes como en niños, la enfermedad se manifiesta con grave hinchazón de los ganglios cervicales. El ganglio hinchado se presenta en exploración física como una gran masa dolorosa y con probable fistulación (escrófula). Dicha fistulación (escrofulodermia) suele ser de color rojo oscuro. En todos los casos hay presencia de fiebre.
- Tuberculosis osteoarticular: Tras una infección pulmonar el bacilo puede circular por el torrente sanguíneo hasta alojarse en algún hueso o

articulación, se trataría así de una osteoartritis tuberculosa o tuberculosis osteoarticular.

Síntomas de la Tuberculosis.

En el comienzo de la enfermedad, las personas con tuberculosis pueden tener síntomas comunes a otras enfermedades, como son fiebre, cansancio, falta de apetito, pérdida de peso, depresión, sudor nocturno y disnea en casos avanzados;.

Como en muchos casos, las primeras etapas de la enfermedad se desarrollan sin síntomas el diagnóstico temprano es complicado. En estos casos, el diagnóstico se establece cuando se realizan análisis al paciente para detectar la presencia de otras patologías y se descubre por casualidad la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis suelen ser:

- Tos: es el más importante. No solo porque se trata de una patología pulmonar, sino porque es el mecanismo de contagio más frecuente. Al ser tan común a muchas enfermedades, en muchos casos puede que no se le conceda importancia. Por ello, es importante que se consulte al médico cuando la tos dure más de dos semanas.
- Expectorcación: se expulsan flemas, a veces acompañadas de sangre.
- Febrícula: es una fiebre de solo unas décimas, que suele aparecer al final del día.
- Pérdida del apetito y pérdida de peso: también bastante comunes en muchas patologías.
- Sudoración por las noches.
- Dolor en el pecho: debido a la presión que produce la infección en los pulmones.
- Fatiga y cansancio excesivo en relación al esfuerzo realizado: la función pulmonar puede estar comprometida, y por ello resulta difícil hacer llegar oxígeno a los pulmones y, de ahí, al resto del cuerpo.

El diagnóstico de la tuberculosis

Cuando se acude a la consulta con síntomas que pueden indicar tuberculosis, el médico hará preguntas encaminadas a conocer el problema, si el paciente ha estado o no en contacto con enfermos de tuberculosis y durante cuánto tiempo. Además, encargará varias pruebas para corroborar el diagnóstico de tuberculosis.

Si el médico concluye que el paciente tiene tuberculosis y que la bacteria ha permanecido en el organismo del paciente un tiempo importante, será necesario conocer las personas con las que se ha relacionado, para instaurar un tratamiento preventivo y tratar de impedir que la enfermedad llegue a diseminarse a otras partes del cuerpo y provocar la muerte.

A continuación las pruebas médicas mas comunes que se emplean para diagnosticar positivamente un caso de tuberculosis.

Radiología: La radiografía es esencial en el diagnóstico de la enfermedad. Las lesiones típicas radiológicas son apicales, en hemitórax derecho, en segmentos posteriores y generalmente formando cavidades.

Baciloscopia de esputo: La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de tuberculosis es la bacteriología (baciloscopía y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. Consiste en un prueba seriada (tres días consecutivos), donde se toma una muestra de esputo para ver qué bacteria se encuentra presente. Para esta prueba no se necesita estar en ayunas o sin cepillarse. Con un costo bajo y de rápida ejecución, la baciloscopia es una técnica que permite identificar al 70-80 % de los casos pulmonares positivos. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo con la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios: clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico.

Cultivo de muestra biológica: El cultivo puede hacerse en medio Löwenstein-Jensen, la bacteria crece muy lentamente (30 a 90 días) a 37 °C en atmósfera con dióxido de carbono (en cultivo crecen mejor a pesar de ser aerobio estricto), dando colonias con aspecto de migas de pan (o huevos de araña), secas amarillentas y rugosas.

Prueba de la tuberculina mediante la técnica de Mantoux. Inyección intradérmica de PPD para la realización del test de Mantoux. Es una prueba cutánea (intradermoreacción) para detectar infección tuberculosa. Se utiliza como reactivo el PPD (Derivado Proteico Purificado). Hay que destacar que la prueba de la tuberculina Mantoux solo implica contacto, no infección.

MODS (*Microscopic observation drug susceptibility*) La observación microscópica de susceptibilidad de medicamentos (MODS) es un método de desarrollo reciente que posee una sensibilidad y especificidad muy elevadas, como también una gran reducción del tiempo para el diagnóstico de infección por el *Mycobacterium tuberculosis*, a la vez que evalúa la resistencia antibióticos de primera línea, como la isoniacida y la rifampicina para los pacientes TB-MDR (multidrogorresistentes).

Tratamiento de la Tuberculosis

La tuberculosis es curable, pero es necesario un diagnóstico temprano (acudir inmediatamente al médico), ya que es una enfermedad grave si no se sigue el tratamiento adecuado. Es indispensable no abandonar el tratamiento ya que esta enfermedad empeora rápidamente y favorece la proliferación de bacilos resistentes a los medicamento.

El tratamiento de la tuberculosis se realiza con combinaciones de fármacos antituberculosos, haciendo eficaces las pautas de seis meses de tratamiento, dos en la primera fase de tratamiento y cuatro meses en la segunda fase.

Generalmente, el tratamiento de la tuberculosis no suele requerir hospitalización. Solo en casos graves, como la diseminación de la enfermedad o que ésta se haya establecido en alguna localización importante (como es el

cerebro), es necesario el ingreso hospitalario. Si no hay complicaciones, el paciente puede seguir el tratamiento en casa.

Evolución de la tuberculosis.

El tratamiento para la tuberculosis es muy eficaz. El paciente puede notar mejoría en un corto espacio de tiempo, pero no se debe abandonar el tratamiento, ya que completar el ciclo de antibióticos asegura una curación total de la enfermedad. Por ello, la tuberculosis es una enfermedad relativamente fácil de curar y de manejar, ya que al poco tiempo de tomar la medicación, el paciente deja de expulsar bacterias.

Si no es diagnosticada a tiempo, es posible que la tuberculosis deje algunas secuelas en el pulmón, como pequeñas cicatrices, lo que no implica que el tratamiento sea menos efectivo; es decir, que la infección es igualmente erradicada. Sin embargo, el pulmón puede no funcionar tan bien como antes de sufrir la tuberculosis.

No obstante, es preciso insistir en que, si se toman los antibióticos a tiempo, la tuberculosis se cura completamente, el riesgo de recaída es muy bajo y el paciente puede hacer una vida normal.

Modo de transmisión de la tuberculosis pulmonar.

A pesar de que la tuberculosis extrapulmonar no es contagiosa, puede coexistir con la forma más presente y contagiosa de tuberculosis: La tuberculosis pulmonar. La transmisión de la tuberculosis solo puede realizarse por personas que tengan activa la enfermedad. Este tipo de tuberculosis se contagia por vía aérea, cuando las personas infectadas tosen, estornudan o escupen.

El contagio de tuberculosis ocurre cuando la persona sana inhala microscópicas gotas de saliva procedentes del enfermo (llamadas aerosoles), que se generan cuando este tose, estornuda, habla, canta o escupe. Estas gotas con bacterias tienen un tamaño muy pequeño y llegan a zonas profundas del pulmón de la persona sana, donde podrían proliferar dando lugar a la enfermedad.

La probabilidad de una transmisión eficaz aumenta con el número de partículas contaminadas expelidas por el enfermo, en lo bueno que sea la

ventilación del área, la duración de la exposición y en la virulencia de la cepa del *M. tuberculosis*. Las personas con contactos frecuentes, prolongados, o intensos tienen un riesgo alrededor del 25 % mayor de ser infectados.

Un paciente con TBC activa sin tratamiento puede infectar entre 10-15 personas por año. Otros riesgos incluyen aquellas áreas donde la TBC es frecuente, en pacientes inmunodeprimidos con condiciones como malnutrición y sida, poblaciones étnicas en alto riesgo y trabajadores de la salud sirviendo en regiones de alto riesgo.

En los pacientes con sida la TBC, actúa como enfermedad oportunista (coinfección) fuertemente asociada. También puede transmitirse por vía digestiva, sobre todo al ingerir leche no higienizada procedente de vacas tuberculosas infectadas con *Mycobacterium bovis*.

La cadena de transmisión puede romperse si se aísla al enfermo con tuberculosis activa y comenzando de inmediato la terapia antituberculosis efectiva (el tratamiento). Después de dos semanas con dicho tratamiento, aquellos pacientes con TBC activa y no-resistente dejan de ser contagiosos. Si una persona llegase a quedar infectada, le tomará menos de 21 días a un mes antes que pueda comenzar a transmitir la enfermedad a otros.

En los lugares espaciosos, bien ventilados o al aire libre, el contagio es complicado. Esto se debe a que, aunque las gotitas minúsculas pueden quedar suspendidas cierto tiempo en el aire, terminan por diseminarse y perder su capacidad infectiva. Pero en los lugares cerrados, mal ventilados, estas gotas pueden acumularse en el ambiente, alcanzando una gran concentración y facilitando así la inhalación de las mismas. Es por este motivo que en las regiones o zonas en las que se vive en condiciones de pobreza o hacinamiento es más plausible el contagio de tuberculosis.

Factores de riesgo.

Aunque hay factores que determinan la probabilidad del contagio, como las horas compartidas con el paciente en espacios cerrados, la virulencia de la bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*), o la propia susceptibilidad de la persona

sana, se acepta que contraer la enfermedad no es fácil, y que hace falta un contacto prolongado para que exista un riesgo real de contagio.

No todo el que contrae la bacteria desarrollará la enfermedad. Se calcula que el 90% de los pacientes permanecerán sin desarrollarla, ya que su sistema inmunitario conseguirá destruir las bacterias o mantenerlas controladas (infección latente). Sin embargo, estas personas darán positivo en las pruebas de contacto con la bacteria.

Solo el 10% de las personas que sufren el contagio enfermará. La manifestación de la enfermedad suele acontecer en los dos años posteriores al contagio (la bacteria crece muy lentamente). Si en ese tiempo no se producen síntomas de tuberculosis, el riesgo disminuye, pero no desaparece nunca; aumentando de nuevo en edades avanzadas, o ante la aparición de enfermedades que comprometan el sistema inmunitario del paciente.

Precisamente, las personas que padezcan alguna enfermedad que haya debilitado su sistema inmune (seropositivos, diabéticos, etcétera), los afectados de malnutrición, los ancianos y los niños son los grupos poblaciones con mayor riesgo de contagio de tuberculosis activa

Los factores de riesgo más frecuentes asociados a la enfermedad son: a) Tiempo después de la infección: la enfermedad es más frecuentes en los primeros años después de producida la infección. b) VIH/SIDA: es el agente más importante conocido para el paso de infección a enfermedad por tuberculosis, debido a la capacidad de este síndrome en disminuir la inmunidad celular humana que permite enfermar al paciente con VIH con enfermedades oportunistas como la tuberculosis las cuales habiendo estado en una etapa latente se propagan fácilmente en el organismo de individuos inmunológicamente suprimidos. c) la edad: es más frecuente en los extremos de la vida; en niños menores de 5 años y ancianos, d) Factores genéticos diversos, f) la nutrición: este último factor es un importante determinante de enfermedad en poblaciones con niveles altos de pobreza, g) La pobreza, y h) La migración en condiciones desfavorables que redundan en condiciones de pobreza, hacinamiento, prolongados periodos de contagiosidad por problemas de acceso a atención sanitaria de calidad, entre otros.

2.3.11 Prevención de la tuberculosis.

La prevención de la tuberculosis no se aplica a todas las poblaciones, sino aquellas poblaciones e individuos que aun sanos están expuestos a condiciones de riesgo de padecer la enfermedad. Las estrategias de prevención de la tuberculosis se orientan, dependiendo del grado de exposición a factores de riesgos, de enfermar, presentar síntomas y ser diagnosticado como positivo al TBC, y de la cronicidad que presenta el avance de la enfermedad. (Tabla. 2).

Tabla 2.
Niveles de prevención de la Tuberculosis.

NIVEL DE PREVENCIÓN	DEFINICIÓN	FASE DE LA ENFERMEDAD	POBLACIÓN OBJETIVO	MEDIDAS PREVENTIVAS
PRIMARIA	Medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud, mediante el control de los agentes causales y factores de riesgo.	Ausencia de la Enfermedad	Población total y grupos de alto riesgo	Vacunación BCG. Promoción de la Salud
SECUNDARIA	Medidas orientadas a detener o retardar el progreso de una enfermedad o problema de salud, ya presente en un individuo en cualquier punto de su aparición	Manifestación biológica de la enfermedad, patogénica, Diagnóstico temprano.	Pacientes diagnosticados con TBC, contactos, comunidades, grupos familiares	Inicio temprano de tratamiento. Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios.
TERCIARIA	Medidas orientadas a evitar, retardar o reducir la aparición de las secuelas de una enfermedad o problema de salud.	Crónico, Diagnóstico tardío de la enfermedad, estadio clínico avanzado	Pacientes diagnosticados con TBC, contactos.	Tratamiento. Hospitalización

Fuente: Guilarte (2014) Adaptado. MOPECE, OPS: 2011.

1. Aplicación de la vacuna BCG: En muchos países se usa la vacuna BCG como parte de los programas de control de la tuberculosis, especialmente en niños. Esta vacuna fue desarrollada en el Instituto Pasteur, Francia entre los años 1905 y 1921. Sin embargo, las vacunaciones masivas no comenzaron hasta después de la Segunda Guerra Mundial. La eficacia en la protección de la BCG en formas graves de tuberculosis (p.e: meningitis) en niños menores de 4 años es grande, y está alrededor del 80 %; su eficacia en adolescentes y adultos es más variable, estando entre el 0 y el 80 %. En Venezuela esta vacuna forma parte del esquema nacional de

vacunación, su aplicación es obligatoria y gratuita, y se aplica a los recién nacido durante el primer mes de vida

2. Diagnostico temprano y oportuno de la enfermedad.
3. Tomar el tratamiento, estrategia “TAES” Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado, adherencia al tratamiento.
4. Búsqueda activa de casos en contactos.
5. Campañas de Promoción de la salud: Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis. La OMS estipuló que el 24 de marzo sería el Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis. Se conmemora que el 24 de marzo de 1882 el doctor Robert Koch anunció el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis. En 1982 se realizó el primer Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis, con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (UICTER). Este evento buscaba educar al público sobre las consecuencias económicas y de salud causadas por la tuberculosis, su efecto en los países en desarrollo y su impacto continuo y trágico en la salud global.

Cuando una persona está enferma, el contagio de tuberculosis a una persona sana puede prevenirse, pero depende, sobre todo, de la actitud del enfermo y de sus familiares. De esa disposición del enfermo y su entorno, será determinante el que se ponga o no en práctica una serie de medidas preventivas que deberá tener un enfermo por TBC y sus familiares y contactos cercanos, como:

- ✓ Comenzar el tratamiento lo antes posible
- ✓ No suspender el tratamiento.
- ✓ Durante las primeras dos o tres semanas del tratamiento, es preciso que el paciente se mantenga en áreas ventiladas.
- ✓ Toser siempre en un pañuelo de papel desechable, que deberá ser depositado en la basura en una bolsa de plástico cerrada.
- ✓ Los contactos personales deben ser breves y limitados.
- ✓ No escupir en el piso.

- ✓ Apartar sus implementos y utensilios para comer
- ✓ Aumentar y Mantener medidas de aseo personal.

2.3.11 La Tuberculosis en Venezuela.

Existen condiciones que pueden disminuir una epidemia por tuberculosis, como: el diagnóstico oportuno de los casos, la administración debida y oportuna del tratamiento, aplicación del tratamiento preventivo de la infección, el mejoramiento de condiciones socio-económicas, la aplicación oportuna de la vacuna BCG y el empleo de estrategias adecuadas para promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En el caso específico de las comunidades indígenas de Latinoamérica, la tuberculosis es una de las enfermedades que más las afecta, debido a que se caracterizan por vivir en condiciones de:

- Pobreza: Debido, en gran medida a la pérdida de sus tierras y medios de producción que los obliga a la migración de áreas rurales a otras rurales, de áreas rurales a urbanas e incluso de país a país; migraciones que en su mayoría se dan en condiciones adversas.
- Marginalidad – los indígenas están ausentes de participar en procesos políticos, productivos y no tienen auto determinación de su propia salud.
- Inequidad – las poblaciones indígenas representan en general los sectores más pobres entre los pobres, con importante vulnerabilidad especialmente de las mujeres y niños

A su vez existen Barreras de acceso a servicios de salud, como: las barreras *geográficas*: con inexistencia de establecimientos de salud a disposición de las comunidades y en el mejor de los casos medicina de pobre calidad solo ofertada por personal voluntario o auxiliar.

En cambio las barreras *Culturales* expresan que la existencia de establecimientos de salud, si los hay, no garantiza la satisfacción de las necesidades de las poblaciones, puesto que las barreras lingüísticas, culturales imposibilitan la atención adecuada, mas aun cuando además se dan factores de

estigmatización por parte no solo del personal de salud sino de la comunidad que asiste a esos establecimientos, ligado a características étnicas o a la enfermedad que aqueja a estas poblaciones como es el caso de la TB.

Otras de las barreras características son las barreras *Económicas*: La atención pagada es obviamente una limitante al acceso, cuando no existe el acceso gratuito. Pero, además, en el caso específico de Venezuela en donde el Programa de Control de Tuberculosis es público y gratuito se debería tomar en cuenta los costos ligados al desplazamiento del enfermo al sistema de salud, el de su familia, la pérdida de horas laborales, hospedaje, comida, cuidado y atención de los niños, etc. En el caso específico del estado Apure, en su mayoría los servicios de salud en donde se diagnostica la enfermedad se encuentran en las zonas urbanas a muchas horas de camino de las comunidades de residencia.

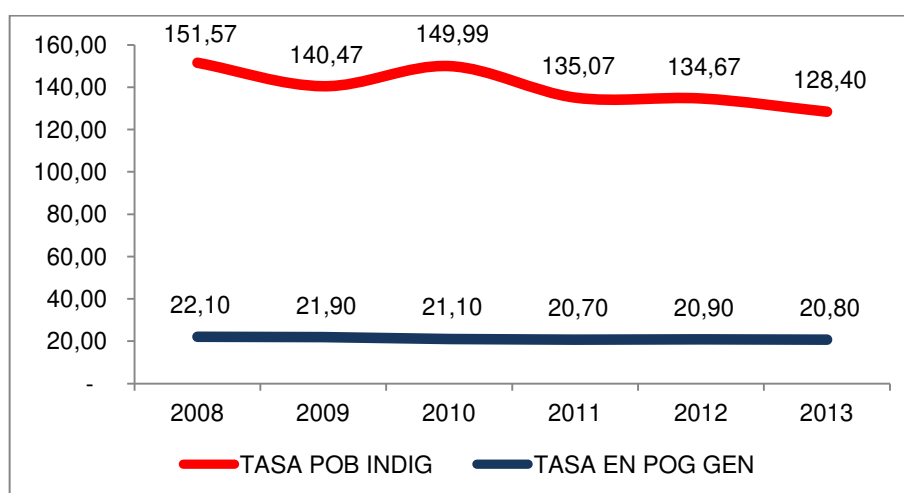


Figura 1. Tuberculosis en Población Indígena. Tasas por 100.000 Habitantes. Venezuela 2008-2013. Fuente: Programa Nacional de Control de Tuberculosis: 2014

En Venezuela se aprecia una notable diferencia en la incidencia entre población general y población indígena, por casos de tuberculosis. Es decir, en el país los indígenas se enferman 6 veces más de esta enfermedad que el resto de la población, con una tendencia de la tasa de incidencia a estabilizarse tanto en la población general como en la indígena en los últimos años. Se ha observado también el incremento de la coinfección con VIH. Y aunque en la actualidad en los registros epidemiológicos nacionales se ha hecho evidente una pequeña

tendencia decreciente en la infección de tuberculosis en comunidades indígenas, la infección de VIH tiene un ritmo de incremento acelerado en esa población lo que representa un grave problema de salud pública en el corto y mediano plazo.

Hasta los momentos, los datos encontrados sobre la TB en poblaciones indígenas venezolanas en su mayoría corresponden a la Región Amazónica pues cuentan con información abundante y un manejo de una variedad de indicadores de TB.

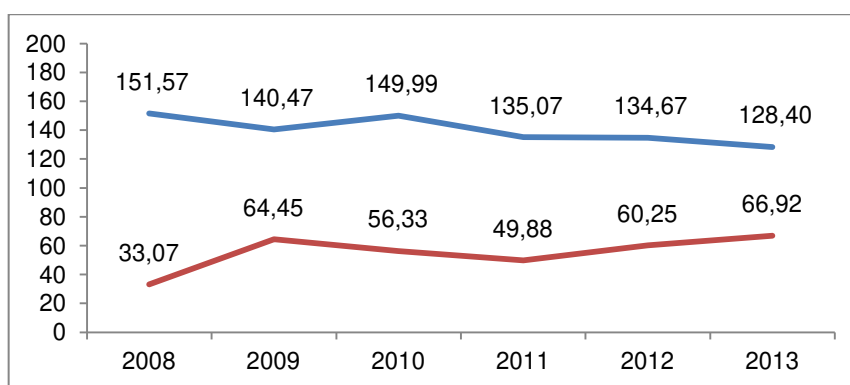


Figura 2. Incidencia de tuberculosis en población Indígena. Venezuela y Apure. 2008-2013 Fuente: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, MPPS: 2014

La información desagregada por grupos étnicos permite apreciar índices más elevados de la epidemia en aquellas poblaciones más adentradas en el bosque tropical del Amazonas, tales como los Yanomami, Baniva Baré, Piaroa y algunos grupos Arawak como los Kuripaco. En este caso la información por grupos étnicos evidencia un incremento significativo en la incidencia a partir de la edad adolescente con un acento mucho mayor en la población indígena. (OPS: 2004)

En los últimos 23 años las tasas de incidencia de TB cada 100.000 habitantes se estiman para Venezuela en 23,8-28,2 casos, es decir por cada 100.000 habitantes se presentan 28, 2 casos de tuberculosis en el país.

Tabla 3. Operacionalización de las variables.

Objetivo General: Proponer estrategias para la prevención de la tuberculosis (TBC), enmarcadas dentro de los enfoques de interculturalidad en salud y de planificación participativa, con las comunidades del pueblo indígena Jivi ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. 2014.				
Variable	Dimensión	Indicadores	Técnica	Instrumento
Conocimiento Preventivos sobre la tuberculosis	Medidas de Prevención contra la TBC.	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocimiento de la TBC. - Identificación de factores de riesgos asociados a la TBC - Identificación de signos y síntomas. - Reconocimientos de procedimientos para el diagnóstico de la enfermedad. - Conocimientos sobre el Tratamiento. - Practicas de la medicina Tradicional - Conocimientos medidas preventivas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semiestructuradas. - Entrevista a profundidad - Conversaciones grupales. - Observación directa participante. 	Guía de preguntas para las entrevistas semiestructuradas
Disposición a la participación Comunitaria para la prevención de la TBC.	Actitudes hacia la participación	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimientos de los artículos de las CRBV y de la LOPCI sobre la participación en salud. - Consultas a la población para la prevención de TBC. - Percepción de la TBC como problema de salud para la comunidad - Interés en asistir a eventos para conocer y prevenir la TBC - Asistencia a la convocatoria de la actividad grupal 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semiestructuradas. - Entrevista a profundidad - Conversaciones grupales. - Observación directa participante. - Asamblea Comunitaria 	Guía de preguntas para las entrevistas semiestructuradas
Estrategias formuladas	Prevención de la enfermedad. Enfoque Intercultural de salud Planificación Participativa	<ul style="list-style-type: none"> - Identificación de problemas que interfieren en la prevención de la TBC. - Causas problemas para la prevención de la TBC - Soluciones para la prevención de la TBC - Estrategias para la prevención de la TBC 	<ul style="list-style-type: none"> - Asamblea Comunitarias - Grupo de discusión - Tormenta de ideas - Observación directa participante - Registro fotográfico 	Preguntas problematizadoras.

Fuente: Guilarte (2014)

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

3.1 Consideraciones generales.

Dentro del campo de las investigaciones científicas desarrolladas desde el área de la Gestión y la planificación de la Salud Pública se han ido incorporando de manera incipiente los métodos cualitativos. Las investigaciones que emplean estos métodos, en ocasiones reciben críticas que argumentan la imposibilidad de generalizar a partir de los resultados obtenidos, “la subjetividad”, el riesgo que existe de que el investigador introduzca sesgos. (Nigenda:2005) No obstante, los problemas señalados también se presentan en la aplicación de los métodos cuantitativos. En lo que respecta al carácter subjetivo, el mismo no desaparece de las investigaciones independientemente del enfoque que se emplee.

Los métodos cualitativos tienen una clara tendencia a profundizar sobre los temas seleccionados, mientras que los cuantitativos, aunque permiten sólo un acceso a nivel superficial, posibilitan la inferencia a grupos poblacionales más amplios. Sin embargo, la cuantificación lleva a una exclusión de los significados del discurso cuando no necesariamente se ajustan a los esquemas de codificación taxonómica preseleccionados. (Moreno, 2004)

Estas discusiones entre lo cuantitativo y cualitativo han abierto caminos para la formulación de investigaciones mixtas, o donde se realicen las llamadas triangulación del métodos. (Ramírez y Barragán. 2005) En estos casos no se enfoca la visión únicamente hacia lo cualitativo o cuantitativo, si no que se intentan unificar ambos métodos para llegar a resultados confiables y con análisis más profundo de determinas variables y de las múltiples causas que determinan un problema. “Constituye el mayor nivel de integración entre los enfoques cuantitativo y

cualitativo,(...), en el que ambos se combinan durante todo el proceso de la investigación”. (Ramírez y Barragán 2005:5)

Los métodos cualitativos tienen una clara tendencia a profundizar sobre los temas seleccionados, mientras que los cuantitativos, aunque permiten sólo un acceso a nivel superficial, posibilitan la inferencia a grupos poblacionales más amplio. Sin embargo, la cuantificación lleva a una exclusión de los significados del discurso cuando no necesariamente se ajustan a los esquemas de codificación taxonómica preseleccionados. (Moreno, 2004)

En este estudio se empleó la combinación de varias técnicas y herramientas de ambos enfoques según los niveles de información esperados a partir de los objetivos planteados y del desarrollo mismo del proceso de investigación.

3.2 Diseño de la investigación.

3.2.1 Tipo de Investigación:

Para el desarrollo del presente trabajo se realizó una investigación de tipo exploratoria de campo, enfocada en el nivel etnográfico de la perspectiva antropológica

Según el manual de la UPEL (2006), por Investigación de Campo se entiende:

El análisis sistemático de problemas en la realidad, con el propósito bien sea de describirlos, interpretarlos, entender su naturaleza y factores constituyentes, explicar sus causas y efectos, o predecir su ocurrencia, haciendo uso de métodos característicos de cualquiera de los paradigmas o enfoques de investigación conocidos o en desarrollo. Los datos de interés son recogidos en forma directa de la realidad; en este sentido se trata de investigaciones a partir de datos originales o primarios. Sin embargo, se aceptan también estudios sobre datos censales o muestrales no recogidos por el estudiante, siempre y cuando se utilicen los registros originales con los datos no agregados; o cuando se trate de estudios que impliquen la construcción o uso de series históricas y, en general, la recolección y organización de datos publicados para su análisis mediante procedimientos

estadísticos, modelos matemáticos, econométricos o de otro tipo.”

Por su parte, el nivel de estudio etnográfico responde tanto a un método como a una ciencia (Mauss, 1967; Lowie, 1981; Kottak, 2001), muchas veces se emplea como sinónimo de antropología, antropología social o cultural, o etnología, según la escuela de pensamiento antropológico. Para Jean Claude Levi-Strauss, (1975) es un nivel de conocimiento de la ciencia antropológica, que hace énfasis en la labor que se desarrolla en el campo, básicamente en la recolección de datos, empleo de técnicas apropiadas según se planteen durante el proceso de investigación.

El antropólogo Británico Clifford Geertz (1996), hace referencia a la etnografía o etnología como un nivel de la investigación, que tiene por objeto realizar una descripción "densa" de los individuos y su entorno. La etnografía intenta ahondar sobre el significado de los símbolos y categorías que una cultura, comunidad o población humana significa para interpretar el mundo.

Geertz, profundiza sobre el papel de la etnografía en la contemporaneidad, en su libro *La Interpretación de las Culturas* (1973) en el capítulo “Descripción densa: hacia una teoría interpretativa de la cultura”, sostiene que el antropólogo social lo que realiza en su práctica es la etnografía, considerándola equivalente al análisis antropológico como forma de conocimiento y que no se refiere en toda su extensión a la etnografía como método en la que se destaca las actividades del trabajo de campo orientadas a establecer relaciones, seleccionar informantes, transcribir textos, establecer genealogías, trazar mapas del área, llevar un diario, entre otras.

Para Geertz no son sólo las actividades, técnicas o procedimientos anteriormente descritos lo que definen la empresa etnográfica. “Lo que la define es cierto tipo de esfuerzo intelectual: una especulación elaborada en términos de, para emplear el concepto de Gilbert Ryle “descripción densa”. (p. 21)

...sólo quiero destacar que la etnografía es descripción densa. Lo que en realidad encara el etnógrafo (salvo cuando está entregado a la más automática rutina que es la recolección de datos) es una

multiplicidad de estructuras conceptuales complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre sí, estructuras que son al mismo tiempo extrañas, irregulares, no explícitas, y a las cuales el etnógrafo debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y explicarlas después. Y esto ocurre hasta en los niveles más vulgares y rutinarios de su actividad: entrevistar a informantes, observar ritos, elicitación de términos de parentesco, establecer límites de propiedad, hacer censos de casas, escribir un diario. Hacer etnografía es tratar de leer (en el sentido de “interpretar un texto”) un manuscrito extranjero, borroso, plagado de elipsis, de incoherencias, de sospechosas enmiendas y de comentarios tendenciosos y además escrito, no en las grafías convencionales de representación sonora, sino en ejemplos volátiles de conducta modelada. (p. 23)

Cabe destacar que la noción etnográfica de donde parte Geertz está vinculada a su concepción de la “cultura”, como aquellas estructuras de significación socialmente establecidas

La finalidad de la antropología consiste en ampliar el universo del discurso humano. (...) Pero se trata de una meta a la que se ajusta peculiarmente bien el concepto semiótico de cultura. Entendida como sistema e interacción de signos interpretables (símbolos), la cultura no es una entidad, algo a los que puedan atribuirse de manera causal acontecimientos sociales, modos de conducta, instituciones o procesos sociales; la cultura es un contexto dentro del cual pueden describirse todos esos fenómenos de manera inteligible, es decir, densa. (p. 27)

Para Geertz la tarea etnográfica, o descripción densa, consiste en descubrir las estructuras conceptuales que informan los actos de nuestros sujetos lo “dicho” del discurso social, y en construir un sistema de análisis en cuyos términos aquello que es genérico de esas estructuras, aquello que pertenece a ellas porque son lo que son, se destaque y permanezca frente a los otros factores determinantes de la cultura humana. (p. 38)

Al emplear el nivel etnográfico en este estudio de campo de tipo exploratorio, se intenta realizar una descripción densa, según las pautas etnográficas (a) observar,

(b) registrar y (c) analizar “una multiplicidad de estructuras conceptuales (sociales y culturales) complejas, muchas de las cuales están superpuestas o entrelazadas entre si, estructuras que son al mismo tiempo, extrañas irregulares no explícitas, y a las cuales el etnógrafo, debe ingeniarse de alguna manera, para captarlas primero y para explicarlas (interpretarlas) después” (p. 67)

El investigador inevitablemente pone en juego sus propias normas y valores por lo que debe diferenciar claramente entre ambos universos. De hecho, según Giddens (1976) la etnografía permite arribar a una "mediación entre marcos de significados".

Por otra parte, los estudios exploratorios de campo, como el planteado tienden a emplearse a la hora de documentar ciertas experiencias, examinar temas o problemas poco estudiados o que no han sido abordadas antes. Por lo general se investigan tendencias, identifican relaciones potenciales entre variables y establecen el “tono” de investigaciones posteriores.

Los estudios exploratorios sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación más amplia sobre un contexto particular de la vida real, investigar problemas de comportamiento humano que consideren cruciales los profesionales de determinada área, identificar conceptos o variables promisorias, establecen prioridades para investigaciones posteriores o sugerir afirmaciones (postulados) verificables (Moreno 2005: 4)

Esta investigación de tipo exploratoria de campo, con una perspectiva etnográfica, tuvo como ventaja el hecho de que se obtuvo un cúmulo de información registrada bastante amplia. Este aspecto, aunado a que se emplearon varias técnicas para la recolección de información hizo indispensable, para que exista una mayor comprensión y entendimiento de cada uno de los pasos realizados durante el diseño de la investigación.

3.3 Procedimiento metodológico

La aplicación de la metodología de la investigación y cada una de las herramientas y técnicas aplicadas en el estudio comprendió de tres etapas:

Primera Etapa:

- ◆ Arqueo de fuentes documentales primarias y secundarias: para el conocimiento de: Historia de la comunidad, caracterización geográfica de la zona delimitada como objeto de estudio, las estadísticas sobre casos de TBC nacionales, regionales y locales, el desarrollo de las investigaciones afines, bases legales, y para la construcción correspondiente a los marcos metodológicos y teórico. La investigación documental se realizó en sitio e internet.
- ◆ visitas a la instituciones pertinente como el “Instituto de Salud del Estado Apure” (INSALUD), conversaciones con el personal del Programa Regional de Control de la Tuberculosis, con el Director Municipal de Salud del Municipio Pedro Camejo, representantes del Ministerio de Poder Popular para los Pueblos Indígena (MINPI), funcionarios de la Dirección Nacional de Salud Indígena, funcionarios del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y de la Coordinación Regional de Salud Indígena del Estado Apure, esto últimas instancias administrativas del Ministerio del Poder Popular para la Salud.
- ◆ Visitas preparatorias para la ejecución de las actividades de Campo en La Macanilla, para informar a los capitanes de las comunidades la intención y objetivos del trabajo de investigación, del igual manera de sostuvo conversación con el personal médico y al personal de salud indígena que laboran en el consultorio. Se contactaron informantes claves y traductores para el acordar con ellos el acompañamiento permanente en la realización de entrevistas, conversaciones y actividades grupales programadas

Segunda Etapa:

Esta segunda etapa correspondió al trabajo de campo en las comunidades, el cual se dividió a su vez en dos fases:

- ◆ La primera fase correspondió a la ejecución del estudio etnográfico. En el inicio se estableció contacto con líderes, capitanes, representantes de instituciones indígenas, personal de salud que residen y laboran en las comunidades abordadas, a los cuales se les presentó los objetivos y alcances de las actividades que se iban a desarrollar en el transcurso de la semana. Durante esta etapa de la investigación se realizaron las entrevistas semiestructuradas (Anexo 1), conversaciones grupales y la observación directa y participante.

La realización de las entrevista no fue una actividad rígida en cuanto a sólo formular preguntas preconcebidas una tras otra sin pasar a profundizar en un tema específico. En la investigación etnográfica, cuando la autora o autores lo consideran necesario, para ahondar en los conocimientos de la población abordada, se pueden realizan otras preguntas no planteadas en la guía, si son necesarias y se encuentran relacionadas con el tema de interés. En correspondencia con la profundidad a la que se quiere llegar en la conversación y la obtención de datos importantes para el desarrollo propio de los objetivos del estudio. Esta etapa llevó cuatro días de trabajo continuos, en donde además se realizó la convocatoria para la Asamblea comunitaria y las discusiones grupales las cuales se planificaron para el quinto y último día de trabajo.

- ◆ La segunda fase se realizó en el quinto día, y consistió en el desarrollo de las técnicas e instrumentos tomados de la planificación participativa. En primer lugar se ofreció un breve taller para informar sobre los derechos y deberes

contemplados en la CRBV y la LOPCI, sobre los artículos relacionados a la participación, planificación, asuntos indígenas y salud. Esto se decidió ya que se observó el desconocimiento del tema, así como el interés comentado por parte de algunos de los informantes en conocer más sobre este aspecto relevante. Esta actividad sirvió como un catalizador y retroalimentación para abrir la discusión que se realizarían en cada uno de los respectivos grupos de discusión formados.

Posterior al taller y debido a la gran asistencia de participantes a la actividad grupal se realizó la división en tres grupos de personas (contemplados entre 10 a 12 personas por grupo). Formados los grupos se les entregó una carpeta con las preguntas problematizadoras para sus discusiones internas, se explicó la técnica desarrollar (Anexo 2). Finalmente se realizó una asamblea con todos los asistentes en donde, en conjunto se generaron interrogantes, discusiones y el consenso sobre los puntos discutidos con anterioridad en los tres grupos formados. Se recogió la información de forma escrita en rotafolios, según los puntos expresados en relación a los problemas, las causas y posibles soluciones que según la población abordada impedían la prevención de la tuberculosis en sus comunidades.

Tercera Etapa: Sistematización, procesamientos y análisis de datos.

3.4 Población y Muestra.

3.4.1 Población:

La población, definida por Arias (2004), “La población o universo se refiere al conjunto para el cual serán válidas las conclusiones que se obtenga a los elementos o unidades (personas, instituciones o cosas) a los cuales se refieren la investigación” (p.135). Para Balestrini (2007), “se entiende por población o universo de estudio a la

totalidad de un conjunto de elementos, seres u objetos que se desea investigar y de la cual se estudia una fracción (la muestra) que se pretende reúna las mismas características y en igual proporción” (p.124).

Tabla 4.

Población indígena Jivi de las comunidades ubicadas en La Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. Venezuela. 2014.

COMUNIDAD	TOTAL DE HABITANTES	TOTAL DE FAMILIAS	TOTAL DE VIVIENDAS
Los Mangos	145	35	22
Chaparral-La Planta	56	19	10
La Florida	118	29	14
TOTAL	319	83	46

Fuente: Guilarte (2014)

Según lo dicho anteriormente, se puede observar (Tabla 4), que la población total de esta investigación responde a un total de 319 personas de las comunidades indígenas de Los Mangos, La Florida y Chaparral-La Planta. Esa población total se encuentra a su vez dividida en 83 familias distribuidas en 46 viviendas. Es importante destacar que las tres comunidades indígenas son contiguas y responde al área de influencia del Consultorio Popular la Macanilla, y en ella se reportados casos de Tuberculosis.

3.4.2 Muestra.

Balestrini (2007) señala que la muestra “es una parte o subconjunto de la población” ésta podrá representar o no en buena forma a la población y su tamaño dependerá del tipo de estudio que se desee realizar y de acuerdo a la profundidad del mismo” (p. 100).

La muestra es un “subconjunto representativo de un universo o población” Arias (1999:22) Por esta razón a los fines de esta investigación etnográfica y participativa se empleo el muestreo no probabilístico realizó una triangulación de

datos como resultados de dos grupos de muestra: 1) la considerada en las entrevistas semiestructuradas y 2) la relacionada con las actividades colectivas de la asamblea comunitaria indígena y los grupos de discusión.

Por respeto y consideración a las organizaciones e instituciones propias y autoridades legítimas del pueblo Indígena Jivi, para la realización de las entrevistas semiestructuradas se consideró la organización social tradicional de los Jivis, los cuales habitan en sus viviendas, organizados en grupos habitacionales matrilocales extendidos. (Familias matrilocales extendidas: El padre, su esposa, hijos, hijas, y los esposos e hijos de sus hijas Metzger y Morey: 1985: 165). Así que con el fin de trabajar con una muestra representativa de esas comunidades indígenas, determinada por su organización tradicional se consideró como población total las 46 viviendas registradas durante la investigación, en donde se entrevistaron a los jefes de familias. La muestra total de esta etapa de la investigación quedó determinada finalmente por 26 entrevistas semiestructuradas las cuales representaron el 56% del número total de viviendas. (tabla. 5)

Tabla 5.

Total de entrevistas semiestructuradas realizadas. Comunidades Jivi de la Macanilla, Municipio Pedro Camejo. Estado Apure. Venezuela. 2014.

Comunidad	Total de viviendas	N°. de entrevistas aplicadas	Porcentaje (%) de entrevistas realizadas según el total de viviendas de la población	Porcentaje (%) de jefes de familias entrevistados según vivienda visitada por comunidad	Porcentaje (%) entrevistas realizadas por comunidad según el N° total de entrevistas realizadas
Los Mangos	22	17	37	77	65
La Florida	14	4	7	29	15
Chaparral-La Planta	10	5	12	50	20
TOTAL	46	26	56		100

Fuente: Guilarte (2014)

La realización de las 26 entrevistas fue aleatoria e incidieron los siguientes aspectos: a) Vivienda con presencia de sus habitantes, b) Vivienda con presencia de adultos, preferiblemente el jefe de la familia, c) En donde hubiese disposición por parte del jefe de familia a participar de forma voluntaria en la entrevista; y d)

preferiblemente que el informante fuese bilingüe, entendiendo el español aunque no supiese hablar, este último aspecto no realmente no fue considerado como excluyente para la definición de los entrevistados, ya que siempre se contó con el apoyo de traductores durante todo el trabajo de campo, pero si interfirió por parte de los informantes, por ejemplo cuando en una vivienda la persona adulta encontrada, por lo general adulta mayor, por timidez y no saber el español, decidía no conceder la entrevista, a pesar de la compañía del traductor.

Vale la pena resaltar el caso de La Florida, en donde sólo se pudo realizar un 7% de las entrevistas totales realizadas, observamos que la mayoría de las viviendas estaban cerradas, ante esto le preguntamos al Capitán de la comunidad, quien informó que las familias ausentes estaban trabajando por un corto periodo de tiempo fuera del estado Apure. Hizo referencia que se habían dirigido al Sombrero, estado Guárico.

En general, durante la etapa del trabajo de campo destinado para realizar las entrevistas que duró cuatro días, se tuvo que ajustar el tiempo para realizar las entrevistas según el patrón de faenas de la comunidad, ya que por lo general, en durante la mañana, los hombres salen a pescar, regresan entre la una y tres de la tarde con los alimentos, quedando en la comunidad en el transcurso de la mañana las mujeres, niños y adultos mayores elaborando artesanía.

Con relación a la segunda etapa del proceso de investigación: La asamblea comunitaria y los grupos de discusión: se invitaron a los 26 informantes que participaron en la entrevistas, al personal de salud indígena, al personal médico del consultorio, a los tres capitanes a quienes además se les sugirió hiciese extensivo el llamado a todas las personas de su comunidad interesadas en participar

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.5.1 Técnicas

Hurtado (2002), afirma: “Las técnicas de recolección de datos comprenden procedimientos y actividades que le permiten al investigador obtener la información necesaria para dar respuestas a las preguntas de investigación”. Los instrumentos,

constituyen un conjunto de pautas e instrucciones que orienta la atención del investigador hacia un tipo de información específica para impedir que se aleje del punto de interés”. (p. 409).

3.5.1.1 Entrevistas semiestructuradas: Consisten en la conversación directa y abierta con el apoyo de unas preguntas que el investigador a diseñado previamente. Es una técnica etnográfica, se hace uso de una guía en las entrevistas, que luego van ha ser sistematizadas y comparadas, se diferencia de las encuestas tipo cuestionario por que el “investigador tiene un contacto personal con los informantes, y es el mismo quien registras sus respuestas” (Kottak. 2001: 45). Se sustenta en el diseño de preguntas abiertas y la guía que se emplean en las entrevistas únicamente son una referencia para llevar una dirección en la conversación, no son preguntas estancas a las cuales hay que realizar una tras de otra, el proceso comunicativo de la entrevista es el que encausa las preguntas a realizarse durante la conversación. La validez de su datos no esta sólo en la cantidad de respuestas aportadas, si no en el sentido, en los testimonios ofrecidos por los entrevistados.

3.5.1.2 Observación Directa y participante. Se considera la técnica etnográfica clásica, cuya premisa es que el investigador recoge la información durante el periodo de la investigación. “La participación en los hechos que uno (el investigador) esta observando, describiendo y analizando” (Kottak. 2001: 47) Este método requiere del registro de observaciones y de la información obtenida a partir de entrevistas, para su posterior codificación y, finalmente, el análisis.

3.5.1.3 Asambleas comunitarias: En este caso específico, nos referimos al término de asambleas comunitarias en el sentido de ver ésta organización comunal como una “institución propia” dentro de la organización social indígena. Según la Ley Orgánica para los Pueblos y Comunidades

Indígenas (LOPCI) las instituciones propias “Son aquellas instancias que forman parte de la organización propia de los pueblos y comunidades indígenas, las cuales por su carácter tradicional dentro de estos pueblos y comunidades, son representativas del colectivo como por ejemplo la familia, la forma tradicional de gobierno y el consejo de ancianos”. Para los grupos de indígenas llaneros, incluyendo el pueblo Pumé (Yaruro) y .los Jivi, las asambleas comunitarias son el eje central de la toma de decisiones colectivas y la vía para establecer consenso en la solución de sus problemas.

3.5.1.4 Grupo de Discusión: es una técnica grupal participativa que consiste en discusiones abiertas guiadas con grupos de informantes pequeños y homogéneos. El investigador debe asegurarse que todos los integrantes del grupo sean capaces de responder a las preguntas realizadas, buscando que la conversación grupal facilite la emisión de información. Con esta técnica, al igual que en las entrevistas semiestructuradas, se buscó obtener más registros.

3.5.1.5 Preguntas problematizadoras: A modo de realizar un diagnóstico rápido grupal para establecer si la tuberculosis es percibida como un problema de salud para los Jivi, se les entregó a los tres grupos de discusión conformados cuatro preguntas y un cuadro de Problemas, causas y soluciones (Anexo 3), que buscaban develar los problemas que la comunidad podrían identificar como aquellos inconvenientes que incidían negativamente en la prevención de la tuberculosis en sus comunidades. Se les indicó que en cada grupo debería haber un moderador bilingüe, el cual captaría las ideas aportadas por el grupo y de dirigir la discusión de forma tal que pudiesen responder las cuatro preguntas desarrolladas. Además, en cada grupo había una persona con la función secretario que se encargó de escribir las respuestas del grupo. Por ultimo cada grupo escogería a su relator o relatores para dar a conocer sus

aportes. Esta técnica fue una adecuación de la Técnica Análisis del problema (INVEPLAN 1993:44) que consiste en la formulación de interrogantes para la identificar si los problemas son abiertos o cerrados el cual consta de los siguientes pasos:

- a) Valorar y seleccionar el problema a enfrentar
- b) Establecer el asunto o cuestión a resolver, que delimitará el centro del análisis.
- c) Verifica si realmente existe un problema y puede ser analizado.
- d) Identifica si el problema es abierto o cerrado.
- e) Enuncia o define las situaciones causales del problema.
- f) Describe el problema.
- g) Determina las opciones más recomendables para enfrentar el problema.
- h) Determina las técnicas a emplear para la búsqueda de solución del problema como: Tormentas de ideas, Matriz DOFA, Árbol del problema, entre otras.

3.5.1.6 FODA: La planificación estratégica participativa se apoya en una serie de instrumentos y técnicas necesarias para la formulación de estrategias. Una de las técnicas utilizadas es el análisis de fortalezas, oportunidades, dificultades y amenazas (técnica FODA). Las estrategias permitirán definir el rumbo que se quiere seguir para mejorar un contexto y/o situación negativa observada. En esta técnica: las fortalezas se refieren a las condiciones o recursos que favorecen el desarrollo de actividades y el logro de objetivos. Las debilidades, a las condiciones que entorpecen la realización de actividades y el alcance de los objetivos. En un análisis externo, las oportunidades aluden a los fenómenos o hechos que podrían favorecer los resultados esperados y las amenazas apuntan a entender los factores, fenómenos o hechos que podrían obstaculizar el logro de los objetivos planteados. La matriz FODA es un instrumento metodológico de la planificación participativa que sirve para

identificar acciones viables mediante el cruce de variables, en el supuesto de que las acciones estratégicas deben ser ante todo acciones posibles y que la factibilidad se debe encontrar en la realidad misma del sistema. En otras palabras, por ejemplo la posibilidad de superar una debilidad que impide el logro del propósito, solo se la dará la existencia de fortalezas y oportunidades que lo permitan. El instrumento también permite la identificación de acciones que potencien entre sí a los factores positivos. Así tenemos los siguientes tipos de estrategias al cruzar el factor interno con el factor externo: **Estrategias FO** o estrategias de crecimiento son las resultantes de aprovechar las mejores posibilidades que da el entorno y las ventajas propias, para construir una posición que permita la expansión del sistema o su fortalecimiento para el logro de los propósitos que emprende. **Estrategias DO** son un tipo de estrategias de supervivencia en las que se busca superar las debilidades internas, haciendo uso de las oportunidades que ofrece el entorno. **Estrategias FA** son también de supervivencia y se refiere a las estrategias que buscan evadir las amenazas del entorno, aprovechando las fortalezas del sistema. **Las estrategias DA** permiten ver alternativas estratégicas que sugieren renunciar al logro dada una situación amenazante y débil difícilmente superable, que expone al sistema al fracaso. El cruce del factor interno por el factor externo supone que el sistema está en equilibrio interno; esto es, que las debilidades que tiene no han podido ser superadas por sí mismo. Sin embargo esta no es una situación frecuente; el sistema puede tener aún debilidades que por una u otra razón no se han superado, pudiendo hacerlo con sus propias posibilidades. (Módulo 4.2010:135)

3.5.2 Instrumentos. (Ver Anexos 1,2 y 3)

- ◆ Guía de entrevista semiestructurada
- ◆ Preguntas para los grupos de discusión.
- ◆ Matriz de problemas.

3.6 Sistematización, procesamiento y análisis de los datos.

La sistematización y procesamiento de los datos consistió en la transcripción de las entrevistas. Construir una base de datos en el programa Excel, con las preguntas abiertas y cerradas, para el posterior análisis, caracterización y construcción de tablas.

En cuanto al proceso de interpretación y análisis, en este estudio fue el resultado de obtener en campo información diversa a través de la mirada etnográfica y el rol de facilitadora para el trabajo participativo.

En lo que respecta a la información aquí analizada sobre los conocimientos de la tuberculosis en la población Jivi, se enfocó en el estudio etnográfico, el cual se centró no sólo en lo cuantitativo sino en lo cualitativo. Es importante destacar, entonces, que la información analizada no se presenta como estamentos estancos de datos numéricos y gráficos en donde se antepondrá el valor cuantitativo de las interrogantes planteadas a los entrevistados, si no más bien una superposición de datos obtenidos en campo entre información cualitativa y cuantitativa, obtenidas a través de la observación directa, las entrevistas, el cuestionario inicial, reuniones grupales, asamblea y conversaciones realizadas, según los objetivos y las variables analizadas en la investigación.

Finalmente en lo que concierne al punto de la participación de las comunidades Jivi en la formulación de estrategias para la prevención de la tuberculosis el papel de la autora fue de facilitadora, para orientar los procesos de diagnóstico participativo, formulación de problemas y motivación para la participación y el consenso colectivo, realizado a través de las técnicas y herramientas propias de la planificación participativa.

CAPITULO IV.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

4.1 Antecedentes históricos.

4.1.1 Reseña histórica del centro poblado La Macanilla.

Según relato de los habitantes de La Macanilla, la formación de este poblado se inicia aproximadamente a principio de los años cuarenta del siglo pasado. “En 1943 llegan al paso La Macanilla el señor Ricardo Espinosa, su esposa María Isabel Blanco y sus cinco hijos, desde entonces la población se estableció y comenzó su progresivo crecimiento poblacional” (IAES: 2014). Ese grupo familiar se establece y con el transcurrir del tiempo, el paso de la Macanilla se consolida como población de paso, centrandó su actividad económica en el transporte de la Chalana ubicada a orillas del río Capanaparo. La cual trajo consigo el desarrollo de la localidad, caracterizada por ofrecer servicios a los transeúntes y turistas. Actualmente la población se beneficia con el desarrollo del turismo, aprovechando durante los periodos de sequia la gran Playa de agua dulce que se forma en las márgenes de la comunidad de la Macanilla a orillas del río Capanaparo.

El nombre de la comunidad surge por una “Palma” llamada Macanilla, esta planta es empleada como materia prima en la elaboración de la artesanía que realizan los indígenas Jivi de la comunidad (sombreros, cestería, abanico y diversos artículos de uso cotidiano).

La escuela La Macanilla fue fundada por señor Arturo Barrio en 1962, con el nombre de Escuela Básica Concentrada, acompañada por una matrícula de 23 estudiantes; en ese mismo año es construido el primer dispensario de la localidad con un enfermero y una partera. A los pocos años se construye la casa que funcionaba como Iglesia Católica, teniendo de patrón al Doctor José Gregorio Hernández. En

1987 llega a este paso la vialidad que conecta actualmente los estados Apure-Amazonas (eje carretero norte-sur La Macanilla Puerto Páez, utilizando para ese entonces chalanas para el paso de vehículos a través del río Capanaparo. En el año 2000 se comienza la construcción del puente sobre el río, obra concluida en septiembre 2007. En el 2006 fue fundado el Ambulatorio Rural tipo 1, por el Alcalde Pedro Leal, dotada de una Ambulancia Tipo UCI.

La población estimada total de todo el centro poblado de La Macanilla es de 1.345 personas distribuidas en 357 viviendas (Censos consejos comunales).

Entre la décadas de 1960 y 1970 se establecen en el paso las primeras familias del el pueblo indígena Jivi, liderada por el entonces capitán Pancho Mirabal, quien fundó la primera comunidad Jivi de la zona conocida con el nombre de Los Mangos;

“Yo nací aquí, en el setenta y cuatro. Cuando eso habían cuatro casitas; anteriormente venían de Colombia, las raíces están en Colombia por los lados de Cararabo, de allí pasaron al Cinaruco y del Cinaruco pasaron a La Macanilla. Les gustó aquí, Los indígenas buscaban las costas en donde había abundancia de pescado. Cuando llegaron ya habitaban los criollos aquí.... Las otras llegaron hace poco. La Florida por el 2006 y Chaparral en el 2008”

Amaucí José, 40 años.

De tiempo mucho más reciente, entre 2007 y 2008 son conformadas las comunidades de La Florida y Chaparral La Planta. Entre 2009 y 2010 se situó en las márgenes del Capanaparo, otra comunidad del Pueblo indígena pumé (Yaruro) que lleva por nombre Valle verde.

4.1.2 Características geográficas y físico-ambientales de la zona.

El sector poblado de La Macanilla esta ubicado en las adyacencias del Parque Nacional “Santos Luzardo” (Decreto N° 2.018 - Creación del Parque nacional Santos Luzardo (Cinaruco y Capanaparo).

Este parque fue creado el 24 de febrero de 1988. La superficie del Área Bajo Régimen Especial (ABRAE) su superficie es de 584.368 hectáreas entre los municipios Achaguas y Pedro Camejo, la altitud es de 34 – 200.

Esta ABRAE no posee Plan de Ordenamiento y/o Reglamento de uso, pero en el decreto de su creación señala que el parque tiene como objetivo: “Proteger y conservar ecosistemas naturales únicos de la región llanera del país tales como: la extensa área de médanos ubicada entre los ríos Cinaruco y Capanaparo, el accidente geológico conocido como Las Galeras del Cinaruco y morichales, bosques de galería, caños y ríos, los cuales constituyen el hábitat de numerosas especies de fauna silvestre, algunas de ellas en peligro de extinción”.

4.1.2.1 Límites:

Por el Norte: “Río Capanaparo”, Sur: “Sabana Parque Nacional Santos Luzardo”, Este:”Fundo Potrerito. Oeste “Fundo La Fortuna:

4.1.2.2 Clima.

Tropical lluvioso de sabana. El área presenta una temperatura media anual de alrededor de 27 ° C, con relativamente pocas variaciones y un promedio anual de precipitación de 1500 mm. Se encuentran claramente definidas dos periodos, una seca de diciembre a marzo y denominada sequia, y otra húmeda de mayo a octubre, periodo conocido localmente como invierno o periodo de lluvia.

4.1.2.3 Ecosistemas.

Bosques ribereños semi-decíduos y sabanas abiertas inundables. Los bosques de galería se desarrollan en las márgenes de los ríos caudalosos como el Orinoco, Capanaparo y Cinaruco, presentando áreas de inundación casi todo el año. Los morichales, por el contrario se forman en los afluentes de aguas más tranquilas de los ríos antes mencionados. Las sabanas están compuestas por gramíneas densas a ralas, generalmente sin elementos leñosos y se encuentran según la posición topográfica en

el paisaje de bancos (no inundable), bajíos (inundación estacional) y esteros (inundación permanente o casi permanente).

4.1.2.4 Geología.

La región de los llanos posee un origen que data de la era Cuaternaria y está constituida principalmente por rocas sedimentarias. Esta región se ha ido conformando y estructurando como consecuencia de los procesos de deposición provocados por grandes masas sedimentarias que descienden desde el Macizo Guayanés, la cordillera de Mérida y el sistema de la Costa.

4.1.2.5 Geomorfología.

El relieve es muy plano y se encuentra solamente interrumpido por médanos eólicos, caños y las Galeras de Cinaruco, fenómeno geológico originado de las formaciones del macizo Guayanés, que alcanzan hasta 200 m de altitud y muestran un gran contraste en medio de las sabanas bajas y planas de la región.

El paisaje es de llanura con predominio de tres tipos de unidades fisiográficas: bancos, bajíos y esteros.

Los bancos son las áreas más elevadas de la sabana, son de textura arenosa y durante el periodo de lluvias pueden encharcarse pero no llegan a inundarse; normalmente se encuentran asociados a los márgenes de caños y ríos. Por su parte, los bajíos corresponden a zonas medias con buena capacidad de retención de humedad, que debido a su composición de limos y arcillas que no permite un buen drenaje del terreno presenta las condiciones más extremas para el desarrollo de la vegetación, ya que se inundan durante la época de lluvias y se vacían durante la seca.

4.1.2.5 Hidrografía.

Está conformada principalmente por la cuenca baja del río Capanaparo.

4.1.2.6 Vegetación.

Esta zona destaca la presencia de al menos 10 especies de plantas endémicas entre las que se destacan: *Alibertia davidsei*, *Erythroxylon foetidum* y *Strychnos davidsei*. Otras especies representativas son: la paja saeta (*Trachypogon* sp.), el chaparro (*Curatella americana*), el alcornoque (*Bowdichia virgiloides*), el chaparro manteco (*Byrsonima crassifolia*), el jobo (*Spondias mombin*), el guásimo (*Guazuma ulmifolia*), el tornillo (*Helicteres guazumaefolia*), el cachito (*Randia venezuelensis*), el patevaca (*Bauhinia bentamiana*), el manirito (*Annona jahnii*), el mastranto (*Hyptis suaveolens*) y el bejuco de banco (*Calopogonium mucoides*).

4.1.2.7 Fauna.

Entre los peces destaca la presencia de especies comerciales como el pavón (*Cichla temensis*), la cachama (*Piractus macropomun*), el bagre (*Pimelodus ornatus*), la sardinata (*Pellona castelnaeana*) y la curbinata (*Plagioscion squamosissimus*). Entre los reptiles se observa la presencia del caimán del Orinoco (*Crocodylus intermedius*), la tortuga arrau (*Podocnemis expansa*), el terecay (*Podocnemis unifilis*), el galápago (*Podocnemis vogli*), la caripatúa (*Chelus fimbriatus*), la baba (*Caiman crocodilus*) y la anaconda (*Eunectes murinus*). Entre los mamíferos destaca la presencia de las toninas (*Inia geoffrensis*), el perro de agua (*Pteroruna brasiliensis*), el chigüire (*Hydrochoerus hydrochaeris*), el mono araguato (*Alouatta seniculus*), el oso palmero (*Myrmecophaga tridactyla*) y la cuspa o armadillo gigante (*Pryodontes maximus*). La avifauna es variada, las garzas son abundantes con más de diez especies representadas. La corocora roja (*Endocimus ruber*) tienen gran presencia, al igual que el pato real (*Cairina moschata*) y la guacharaca de agua o chenchena (*Ophistocomus hoatzin*). Igualmente, se protegen tres especies de aves endémicas y más de veinte migratorias, como las garzas, gabanes, cigüeñas y el imponente garzón soldado.

4.1.2.8 Acceso.

El acceso a La Macanilla se realiza principalmente vía terrestre, por la carretera siguiendo la vía Norte-Sur de San Fernando de Apure a Puerto Páez (Amazonas). Por vía fluvial remontando los ríos Capanaparo, Cinaruco y Orinoco. El aeropuerto mas cercano esta en San Fernando de Apure.

4.1.3 Atractivos Turísticos

Uno de los mayores atractivos turístico es la inmensa playa de agua dulce que se forma en la ribera del río Capanaparo, conocida con el mismo nombre del centro poblado: playa o balneario La Macanilla. Sin embargo, la presencia de elementos de flora y fauna endémicas hace de este lugar una estación de gran interés para científicos y observadores de aves quienes desde allí, tienen la oportunidad de estudiar comportamientos propios de especies venezolanas

4.1.4 Servicios básicos.

Para el servicio de energía eléctrica la comunidad, en la actualidad se abastece principalmente por la red estatal de electricidad, sin embargo cuenta con tres plantas propias generadoras de energía eléctrica.

El agua para consumo humano, se obtiene a través de una red completa de tuberías para toda la comunidad. Las fuentes de obtención de agua son el rio, los jaguey, pozos profundos con bomba mecánica, molinos de viento e hidrobombas conocidas en la localidad como dinamo.

La población no cuenta con red de cloacas, solo pozos sépticos. El servicio de aseo urbano no cuenta con un vehículo para tal fin, ni con un territorio para depositar los desechos sólidos generados por la población, la basura es recogida en diferentes medios de transporte y luego arrojada a cielo abierto, según los habitantes de la zona a kilómetros de la comunidad. En el sector se cuenta con los servicios de Telefonía Celular Movilnet y TV Satelital.

4.1.5 Organizaciones sociales presentes:

- Comuna “La Nueva Libertad de la Patria”.
- Concejos comunales: En la Macanilla existen nueve consejos comunales: La Planta, Orinoco, El Campamento, La Macanilla, Los Mangos, Don Pedro, Los Hermanos, La Florida y Valle Verde.
- Casa de alimentación
- Representación de la Alcaldía de municipio Pedro Camejo
- Frente Francisco de Miranda
- Misiones: Misión Dr. José Gregorio Hernández, Misión Robinson, Misión Ribas, Misión Sucre, Misión Vuelvan Caras y Misión Madres del Barrio.
- Existen siete templos Evangélicos y uno católico.

Según los censos aportados por los consejos comunales, en las comunidades indígenas Jivi ubicadas en la Macanilla, Los Mangos, La Florida y Chaparral-La Planta hay un total de 319 personas. En cada comunidad hay un Concejo Comunal activo, con los siguientes proyectos en ejecución:

- ✓ Ejecución de 10 viviendas en Los Mangos (Ejecutándose)
- ✓ Ejecución de 10 viviendas en La Florida (Ejecutándose)
- ✓ Ejecución de 10 viviendas en Chaparral La Planta (Ejecutado, viviendas entregadas con equipamiento de línea blanca, disposición de excretas, servicio de luz, aguas blancas y gas)
- ✓ Granja Socialista: Es un proyecto de Ganadería que se estableció entre el Consejo Comunal de Los Mangos y La Florida, compraron una gran extensión de tierras y ganado, (Inactivo, Sin producción)
- ✓ Realización de manga y potrero para ganado, con dotación de ganado. Comunidad Chaparral-La Planta. (Ejecutado)
- ✓ Dotación de un Camión por comunidad. (Ejecutado)
- ✓ Creación de Posada Turística: Proyecto aprobado para la Comuna “La Nueva Libertad de la Patria” en donde se concentran dieciséis (16) consejos

comunales, doce (12) de la población no indígena, y seis de consejos comunales indígenas, de los cuales participan los consejos comunales de Los Mango y La Florida. (Ejecutándose)

- ✓ Proyecto cubículo o Caney Artesanal.: Para la venta de las artesanías producidas por los indígenas, quienes elaboran accesorios de Azabache, cestería y sombreros de la fibra de La Macanilla. Estos cubículos se instalaran en la carretera cerca del puente que pasa el río Capanaparo. (No ha comenzado a ejecutarse)
- ✓ Construcción de Módulos Sanitarios: Baños públicos para la atención de los turistas que llegan en temporada a las playas del Capanaparo.

4.2 Pueblo indígena Jivi.

Los Jivi (Hivi-Hiwi), como se autodenominan, son más conocidos en nuestro país con el nombre étnico de “Guahibo” (Guajivo).

En Colombia que es el territorio ancestral de este pueblo, tienen sus lazos históricos de parentesco con los pueblos Sikuni, Amorua, Wipiwi, Guiwi, Chiricoa, Cuiva, Mariposo. No se conoce con certeza su filiación lingüística, sin embargo, la mayoría de los investigadores consideran que su idioma pertenece a una familia o pueblo independiente (Monsoyi, Fabre, Romero, Castro).

Esa diversidad étnica con la que se identifican ancestralmente a los Jivi en Colombia, es consecuencia de su organización social y política, ya que se agrupan en bandas, clanes o familias extendidas que tomaban sus nombres de los ríos en los que situaban sus comunidades. (Castro. s/f:19)

De las narraciones de exploradores, aventureros y misioneros, existen pocos documentos, sin embargo la primera vez que se habla de los Jivi es en un relato de la expedición de Federman a los llanos cerca del río Meta en 1538. En sus crónicas se les describe como bandas de cazadores y recolectores nómadas. Otros documentos del Siglo XVI narran la desarticulación de esta cultura, como consecuencia de la

destrucción de sus pueblos, el robo y la esclavización de los indígenas por parte de los invasores españoles.

En Siglo XVII La oposición violenta de los Jivi impide a los jesuitas retenerlos en reducciones misioneras, por esta razón algunos cronistas describieron a los Jivi como asaltantes nómada, debido a su negativa de dejarse redimir en pueblos de misioneros.

Durante el Siglo XVIII trataron precariamente de mantener su modo de vida originario, de cazadores y recolectores nómadas. A causa de los conflictos con los criollos usurpadores de sus extensos territorios, este el modo de vida tradicional fue modificando y con el tiempo entraron en un proceso de sedentarización que cambió sus patrones tradicionales de subsistencia.

A mediados del Siglo XX en el hatu La Rubiera entre los municipios Rómulo Gallegos y Municipios Muñoz a 16 indígenas, incluyendo mujeres y niños fueron perseguidos y asesinados. Este fue tan solo uno más de los genocidios sufridos por los jivi en la región de los llanos en donde el término “guajibiar”, se hizo conocido como la acción de matar indígenas, que aun forma parte del habla en la zona.

En la actualidad la introducción de bienes materiales industriales ha creado nuevas necesidades, las cuales originan cambios importantes en su economía. Los cazadores recolectores de otros tiempos han pasado a ser agricultores asalariados, perdiendo así mucho de su cultura y tradición.

4.2.1 Organización económica.

Las principales actividades de subsistencia de los Jivi, son el cultivo semi-nómada y estacional, el cultivo sedentario en poblado y la caza y recolección nómadas, lo que se ha modificado al convertirse en pobladores sedentarios, asalariados, lo cual ha conducido a crear nuevos patrones de consumo a través de la compra. Esto ha llevado a varias comunidades Jivi a dejar sus patrones de subsistencia tradicional, sin embargo aún quedan algunas comunidades que practican estas actividades económicas tradicionales.

Tomando en cuenta su forma de subsistencia es importante añadir que la alimentación o dieta del Jivi esta a basada en la cacería de lapa, venado, danta, babos, la cual también ha sufrido cambios ya que los Jivi han modificado su alimentación sobre todo aquellas comunidades que viven cercanas a las zonas urbanas.

4.2.2 Estructura política

La estructura política Jivi se basa en la posición social del jefe local, que representa la autoridad alrededor del cual gira la responsabilidad de su pueblo. En tiempos pasados, las comunidades nombraban a su autoridad de acuerdo a su perfil, tomando en cuenta la responsabilidad, la honestidad, su sentido de lucha. Estos elementos han cambiado, ya que los partidos políticos impusieron la figura de comisario como autoridad en las comunidades. En el pueblo Jivi, no existe la palabra “jefe”, sólo el término capitán y el “Shaman” o curandero (médico indígena), que son respetados en sus comunidades.

Entre las funciones o responsabilidades de un jefe Jivi se encuentra: mantener la armonía comunal, convocar e informar a la comunidad sobre temas como: organización, deberes y reflexiones, organizar actividades comunales de pesca y trabajo comunitario, lo que se denomina “Unuma” o Trabajo colectivo.

Aunque en la actualidad esta actividad ha tenido cambios, todavía en la mayoría de la las comunidades indígenas Jivi convocan al colectivo para trabajar juntos, todo coordinado por el jefe o capitán.

A pesar de la transculturización aún mantienen algunos elementos culturales importantes como es el idioma, practicando este elemento de identidad en las escuelas, en donde los docentes hacen el esfuerzo de enseñar el idioma en sus comunidades, integrando de igual manera la enseñanza del castellano.

4.2.3 Organización Social.

La organización social primordial del Jivi parte del Capitán, el medico tradicional y la familia nuclear, la cual cumple diferentes funciones: como actividad

sexual y reproductiva, la crianza y socialización del niño y la organización económica. La familia Jivi nuclear funciona como una unidad dentro del grupo habitacional que es del tipo matrilocal extendido: Grupo residencial que consta de por lo menos un hombre, su esposa, sus hijos solteros e hijas, una o varias hijas casadas sus esposos e hijos. Dentro de este grupo habitacional la división del trabajo se realiza según el sexo. Entre los hombres de una vivienda se establece lazos de cooperación para la construcción de casas y curiaras, las actividades de caza y pesca, el desmonte, el pago de tributo. Las actividades cooperativas femeninas a las actividades domésticas, preparación de los alimentos, elaboración del cazabe, plantación y cuidado de los conucos. Los ancianos, abuelos, se encargan del cuidado de los niños y elaboración de la cestería.

Dentro de la familia matrilocal extendida la máxima autoridad la representa el suegro, y sí el lo designa el yerno de mayor edad. Para los Jivi, la autoridad está limitada por un patrón que reconoce la independencia y seguridad de la familia nuclear. La autoridad descansa principalmente en el esposo y padre, el puede controlar a sus hijas y a través de ellas a sus maridos. Controla algunas de las labores de sus yernos como parte del servicio matrimonial exigido, exigiendo una actitud de respeto hacia él. Cada familia nuclear tiene su fogón, su conuco.

4.2.3.1 Estructura de parentesco

La familia jivi es de tipo matrilocal extendida, es decir que el hombre va a vivir en la casa de los suegros hasta que forma su propio núcleo familiar. Y el sistema de parentesco es el Dravídico, caracterizado por el matrimonio preferencial entre primos cruzados (el varón se casa preferiblemente con la hija del hermano de la madre), siendo prohibido entre primos paralelos (el varón no se puede casar con la hija de la hermana de la madre), y se realiza por concertación de los padres de los dos jóvenes, debiendo el varón prestar un servicio pre y post-matrimonial al suegro (Amodio 2005:65)

4.2.5 Sistema de creencias y religión.

El panteón jivi está constituido por espíritus de varios tipos. Kúwai como creador del mundo y de los jivi y Purunáminali como el creador de los no jivi. Iwanai les enseñó a construir las casas, Masulodani las herramientas de trabajo y de caza y Madua las curiaras. Los espíritus protectores se diferencian según el ámbito de acción, por ejemplo Mánu protege a los animales y el medio ambiente; mientras los espíritus peligrosos están asociados con algunos animales y elementos naturales, como Y amaxa, espíritu del trueno y de las culebras, Dawatai, que ataca a los humanos devorándole la carne y el alma, Kuliwakua, quien roba los cadáveres, y, entre otros, Malike, quien causa las enfermedades. Algunos espíritus, llamados ainawi y mawaris, pueden influir en la vida de los individuos en los momentos de crisis y, especialmente, durante las enfermedades o cuando pasan de una etapa a la otra del ciclo de la vida. Estas acciones, de protección o de ataque, se ejercen sobre el cuerpo o las almas de los individuos, ya que para los jivi cada individuo tiene dos almas: el yéthi, un doble que puede abandonar el cuerpo durante el sueño, y el humpe, que es la fuente del conocimiento y solamente abandona el cuerpo cuando un individuo muere y es llevado frente a Kúwai.

Los rituales más importantes se realizan para la protección de los niños, quienes son «rezados» por el chamán, y de la joven que termina la reclusión impuesta durante la primera menstruación. Estos rituales tienen relación, fundamentalmente, con los objetos puntiagudos empleados en la vida cotidiana y con los peces de los ríos, quienes deben ser nombrados y «rezados» para evitar que causen daño a la mujer y a sus hijos futuros.

Estos rituales son oficiados por un especialista, aunque cualquier anciano o anciana de la comunidad puede realizar alguno de ellos. Común es el uso de collares y pulseras protectoras, sobre todo durante la infancia. Si bien la presencia de los misioneros católicos y protestantes ha influido sobre estas creencias, los jivi conservan gran parte de su universo religioso, aunque en parte superpuesto con el del cristianismo.

4.2.6 Sistema salud-enfermedad.

En lo que se refiere al sistema de salud-enfermedad, en el universo cultural jivi las causas que provocan las enfermedades son sobre todo de tipo espiritual y social, siendo las más frecuentes el mal de ojo de un chamán, los rezos maléficos y la trasgresión de algún Tabú.

Hay especialistas chamánicos para la curación de las enfermedades, aunque los ancianos y muchos adultos tienen un saber médico que les permite curar directamente las enfermedades menos graves. El chamán puede curar recurriendo a la ayuda de los espíritus, con quienes se comunica su alma húmpe a través de cantos y del trance inducido por el yopo inhalado.

Una función importante es desempeñada por una piedra de poder, llamada Wanali, que puede contribuir a la curación de las enfermedades, ayudar a identificar los ataques de los chamanes enemigos, así como producir dolencias graves cuando se asocia con algún resto del cuerpo de los individuos, como uñas o cabellos. La curación de las enfermedades se realiza a través de soplos, succiones, fumigaciones de plantas, masajes, cantos y sonidos de las maracas.

Junto a estas enfermedades espirituales y sociales, los jivi categorizan también otras de origen natural que se curan recurriendo a una farmacopea de tipo vegetal. Este saber es más difuso que el chamánico, siendo generalmente puesto en práctica dentro de la familia por los ancianos de ambos sexos. En la actualidad existen algunos ambulatorios rurales donde se cuenta con la asistencia de médicos, enfermeros o auxiliares de medicina simplificada, defensores de salud, vacunadores, según el tipo de ambulatorio. De la misma manera, el aumento de los contactos con las ciudades criollas donde funcionan hospitales, permite el recurso creciente a la medicina occidental, sobre todo en caso de enfermedades que no se pueden curar localmente con recursos y prácticas culturales propias.

En Venezuela los Jivi, habitan en los estado Amazonas, Apure, Bolívar y Guárico. Según el Censo de Comunidades Indígenas 2011,

En Amazonas residen principalmente en el municipio Atures (Pto. Ayacucho, Edo. Amazonas); en los ejes de la carretera norte (vía carretera Nauixal), el eje carretero Sur (Vía Pto. Ayacucho, Pto. Samariapo), en el Municipio Autónomo Manapiare, se encuentran numerosas comunidades Jivi como San Juan Viejo, Morrocay y Terecay, y unas pocas comunidades, en el eje carretero vía Gavilán (Sur-Este).

Tabla 6.

Distribución de la población del pueblo indígena Jivi por estados. Venezuela, según Censo 2011.

ESTADO	POBLACION Jivi	PORCENTAJE(%)
AMAZONAS	20020	83
BOLÍVAR	2343	9,71
APURE	1386	5,74
GUÁRICO	105	0,43
OTROS ESTADOS	264	1,09
TOTAL	24118	99,99

Fuente: INE: Censo:2011

4.2.7 Población indígena Jivi en el Estado Apure.

Apure es el tercer estado venezolano con mayor población indígena Jivi con un 5,74% de la población total del país (Tabla 6).

Tabla 7.

Distribución de la población total indígena del estado Apure según el sexo.

Pueblo Indígena	Población Total	Porcentaje (%)	Masculino	Femenino
Yaruro/Pumé	9.438	81,65	4.847	4.591
Jivi/Guajibo/Sikwani/Amorúa	1.386	11,99	712	674
Kuiva	381	3,29	203	178
No declarado	201	1,73	108	93
Otros Pueblo Indígenas	153	1,32	82	81
TOTAL	11.559	99,99	5.952	5.617

Fuente: INE (Censo:2012)

En relación al total de pueblos indígenas del estado Apure, la población Jivi ocupa el segundo lugar, después del pueblo indígena Pumé (Yaruro) con un aproximado de 1386 personas, que corresponden al 5,74% de indígenas apureños. (Tabla 7)

La mayoría de las comunidades jivis apureñas se encuentran concentradas en el Municipio Pedro Camejo entre el eje carretero (norte-sur) La Macanilla-Puerto Páez, son alrededor de 17 comunidades, con un total aproximado de 1105 habitantes Jivis:

1	Tahamone
2	Belen de Cinaruco
3	Liwirney
4	El porvenir
5	Santa Elenita
6	Guafillar
7	La Algodonera
8	Angostura
9	Vista Hermosa
10	Aketo
11	Caño La Guardia
12	Caño la Guardia II
13	Caño La Guardia III
14	San Isidro
15	La Florida
16	Los Mangos
17	Chaparral la Planta,

4.3 Análisis de los resultados de la investigación.

El desarrollo del análisis de los datos obtenidos en este estudio se hará en función de la triangulación metodológica empleada como referente a la metodología aplicada en el estudio y explicada en el capítulo anterior.

En este sentido el análisis de los datos se centró en tres ejes, -devenidos estos de los objetivos específicos del estudio-, estos ejes son: 1) conocimientos de la TBC, por parte de la población Jivi, 2) Disposición a la participación y 3) Estrategias

diseñadas para la prevención de la Tuberculosis en las Comunidades Jivi ubicadas en La Macanilla.

4.1.1 Conocimiento de la tuberculosis.

Para la población abordada la tuberculosis (TBC) no es una enfermedad desconocida, esto se evidenció no solo con los registros de casos aportados por la instancia de salud local sí no en diversos testimonios aportados reuniones, conversaciones, entrevistas y observaciones realizadas.

Sobre este particular es importante destacar que según los datos epidemiológicos aportados por el Programa Regional de TBC, el período más alto de epidemia por TBC en esas comunidades se presentó entre los años 2007-2009, en donde la enfermedad ocasionó la muerte de más 15 personas en las comunidades abordadas.

Esto se evidencia en el registro oral sobre el origen de la enfermedad en sus comunidades, en donde manifestaron no conocer antes de ese tiempo la enfermedad, por eso, en un principio la explicación que daban para ese proceso de enfermedad era a través de su sistema de salud-enfermedad, que hace referencia a que las enfermedades son ocasionadas-enviadas, por un chamán o “brujo” de otra comunidades “un daño”, “un mal”, “un mal echado”. “algo que le echaron” “mal de ojo”. Por esa razón quienes podían curar la enfermedad eran sus mismos médicos tradicionales a través del canto, el soplo y las plantas:

“Era mal de ojo, antes creíamos bastante en eso, pura brujería. Nacimos con eso, antes si enfermaba se mandaba a curar, a rezar. Antes creía que era brujería, era un daño, entonces no iban al médico, se quedaban en su casa, entonces se murieron, por estar diciendo que era brujería.”

(Pastora Cuervo, 42 años)

Al indagar como la enfermedad llegó a la comunidad, es relevante destacar que para la fecha en que se comenzaron a registrar los casos de TBC, se registraron dos eventos importantes. Uno relacionado con la llegada migratoria de un grupo de

familiares que venían desde el estado Bolívar y residían por las márgenes del Orinoco, el grupo liderizado por Luis Vidal Méndez, quien es el capitán de la comunidad de La Florida, antes de ubicarse cerca, como comunidad aparte, este clan residió como visitantes en Los Mangos. Entre el 2007 y 2008 fundan La Florida.

Para el señor Vidal, quien en el 2007 padeció la enfermedad en su comunidad la TBC se diseminó porque en ella había un “Shamán” muy conocido y respetado por la eficacia de sus prácticas curativas, por esa razón era muy consultado por indígenas Jivis que venían de Los Mangos y otras comunidades de los Estados Bolívar y Amazonas.

“El shaman no sabe de esa enfermedad, de algún daño si, pero de esa no. Antes no sabían de eso. Aquí se enfermaba la gente, porque venían a ver al Shaman Manuel (falleció en julio 2014), venían de otras comunidades a verlo y escupían en el piso. Se contaminaba todo”

(Luis Vidal, 49 años)

El otro evento importante está relacionado con el mismo sistema seminómada de subsistencia tradicional de los Jivi, pero a la inversa del proceso anterior, en vez de ser consecuencia de la llegada de grupos familiares foráneos de la comunidad de Los Mangos, es la salida de grupos familiares completos para trabajar como mano de obra en cultivos extensos ubicados en el estado Guárico.

“Cuando yo era chiquita uno no veía eso, la gente no se moría de eso, yo recuerdo que empezaron a salir a trabajar en Calabozo, se fueron para trabajar por allá, cuando vinieron de allá, vinieron enfermos”

(Omaira Tovar, 34 años)

El que ésta población haya sido afectada por la TBC, se comprueba también en unos puntos iniciales indagados a través del breve cuestionario realizado como introducción a las entrevistas semiestructuradas. Con el fin de poder establecer si existía en los informantes un referente basado en la experiencia personal de la

enfermedad, además de establecer si conocían o no la enfermedad. Sobre esto se determinó que nueve (9) de los veintiséis entrevistados (26) tuvieron la enfermedad. Es decir, el 35 % de los entrevistados estuvieron enfermos por TBC (Tabla 8).

Tabla 8.

Personas entrevistadas que padecieron de TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.

PERSONAS ENFERMAS DE TUBERCULOSIS	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	09	35
No	17	65
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

A su vez del total de entrevistas realizada el 100% admitió haber conocido a personas enfermas por TBC en su comunidad. Ante la pregunta ¿Tiene algún familiar que haya padecido de TBC? El 73 % dijo que sí, mientras un 27% dijo que no. (Tabla.9)

Tabla 9 .

Conocimiento de familiares con TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

FAMILIARES CON TBC	FRECUENCIA	PORCENTAJE (%)
Si	19	73
No	7	27
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Considerando que la TBC, es una enfermedad altamente contagiosa y que los familiares cercanos que residen con el enfermo son los más propensos a enfermarse por TBC, además de ser también un indicador de conocer la enfermedad se les preguntó ¿En su vivienda cuantos han padecido la enfermedad?. El 85%, reconocieron que en sus viviendas han tenido personas que estuvieron enfermas con TBC, mientras que un 15,38%, cuatro, dijeron que no. (Tabla 10)

Tabla 10.

Números de personas en la vivienda que han padecido la enfermedad. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

N° Personas que han padecido TBC	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia Acumulada	Porcentaje (%)
3	7	28	7	28
1	5	19	12	47
4	5	19	17	66
2	4	15	21	81
5	1	4	22	85
0	4	15	26	100
TOTAL	26	100		

Fuente: Guilarte (2014)

Sobre esta información, del total de personas entrevistadas 5 reconocieron que al menos en su vivienda una persona había enfermado.

Llamó la atención que 5 informantes mencionaron que al menos 4 personas que habitaban en sus vivienda había tenido TBC. El qué existan tantas personas enfermas en una sola vivienda es un rasgo entendible asociado a la organización social en sus relaciones de parentesco y sistema habitacional de asentamiento Jivi, quienes tienen un sistema familiar matrilocal extendido. Esto quiere decir que en una vivienda Jivi, convive el padre con su esposa e hijos, cuando las hijas se casan corresponde al novio vivir en la vivienda del padre de la esposa, por más de dos años, mientras que con su trabajo paga como dote el derecho de tener a la hija del suegro. Esto quiere decir, que mientras las hijas casadas, aun no construyan su propia vivienda ellas vivirán con su esposo e hijos en la casa de su padre. Entonces en una vivienda pueden vivir hasta más de 15 personas en un momento dado, por más de tres generaciones.

Aunque la matrilocalidad extendida en una tradición Jivi, que permite a las familias hacerse con hombres como fuerza de trabajo que garantice alimentos a las familias. Este factor, asociado a las características de la vivienda tradicional jivi, caracterizadas por ser pequeñas, de 20 a 24, sin divisiones, en la mayoría de las veces

con un solo espacio interno, paredes de barro sin ventanas, para que los mosquitos no entren, y piso de tierra, incidan negativamente en la permanencia de bacterias tan resistente como lo es el bacilo de Koch a mantenerse por más tiempo vivo aun fuera del huésped, convirtiendo, entonces el hacinamiento y tipo de vivienda tradicional Jivi en factores de riesgos condicionantes para la TBC.

Tabla 11.

Números de espacios internos en la vivienda. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

Espacios internos de la Vivienda	Frecuencia	Porcentaje (%)
1	16	62
4	6	23
2	2	7
3	1	4
5	1	4
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

En la tabla 11, se puede observar como el 62% de las personas entrevistadas habitan en una vivienda que sólo tiene un espacio interno. Según la observación directa en campo se constató que las viviendas que tienen más de dos espacios, entre tres, cuatro y cinco son viviendas realizadas con métodos constructivos no tradicionales del pueblo indígena Jivi, si no con métodos y estilos constructivos “criollos” o no indígenas, caracterizados por ser casas de bloque, con cemento de piso, sala, baño, cocina y dormitorios, este porcentaje de viviendas correspondió a un 31%.

Vale destacar también, que las viviendas de cuatro espacios internos que representó un 23%, son las viviendas de la Comunidad de Chaparral-La Planta, en donde se ejecutó y culminó el proyecto de la Gran Misión Vivienda que consistió en el reemplazo total de las viviendas tradicionales por casas.

Tabla 12.

Reconocimiento de una persona enferma con Tuberculosis. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

Reconocimiento de un enfermo con Tuberculosis	Frecuencia	%
Por los síntomas y signos.	14	54
No sabe	12	45
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Para establecer si los entrevistados reconocían a un enfermo con TBC, se realizó la siguiente pregunta ¿Cómo reconocería a una persona con tuberculosis? Fue una pregunta abierta en la que el 45% dijo que no sabía como reconocer a alguien enfermo con TBC. El 54% restante dieron respuestas asociadas a los síntomas de la enfermedad. (Tabla 12)

Tabla 13.

Testimonios sobre el reconocimiento de enfermos de tuberculosis por los síntomas de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

Reconocimientos de enfermos de Tuberculosis por los síntomas de la enfermedad.	“La persona se pone flaca”
	“La persona se enflaca y se ve como amarillento.”
	Tose mucho en la mañana, ese carajito esta enfermo”
	“Tose mucho y se pone flaco”
	“Se pone débil, flaca.”
	“Débil, tose”
	“Enflaca, cansancio, tose mucho”
	“Tose mucho en la mañana.”
	“Ellos a cada rato tosen, tienen fiebre, entonces ellos dicen "a ellos les pegó eso".
	“Tose mucho”
	“Tose, todo el día”.
	“Tose todo el tiempo y tiene mucha hambre”.

Fuente: Guilarte (2014)

Entre los síntomas se mencionaron: toser y adelgazar, entre los signos el cansancio, la tez pálida y la debilidad Estas respuestas se agruparon y analizaron

según los testimonio referidos al reconocimiento de un enfermo de tuberculosis “por los síntomas” (Tabla 13).

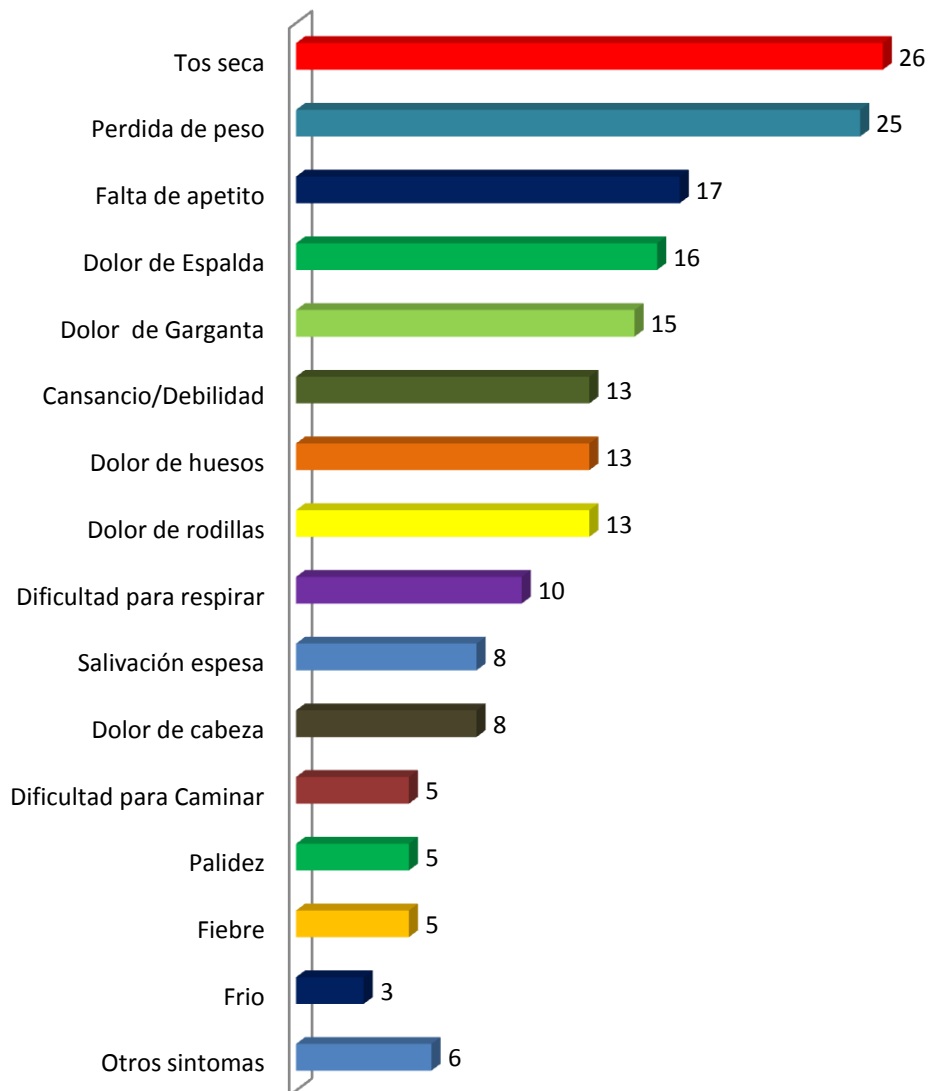


Figura 3. Frecuencias absolutas de Síntomas de la tuberculosis conocidos en las comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014. Fuente: Guilarte (2014)

En la figura 3. “Frecuencias de los síntomas de la tuberculosis conocidos” se muestran la relación de los síntomas más reconocidos por los Jivi., cuando se les preguntó ¿Cuáles son los síntomas que presenta una persona enferma con TBC? En

primer lugar con el 100% de la frecuencia registradas, es decir el total de los 26 informantes respondieron, que la tos es el síntoma que más presenta una persona cuando esta enferma con TBC. Le sigue la pérdida de peso involuntaria con un 96% de frecuencia en el registro de síntomas mencionados, es decir de las 26 personas que mencionaron una serie de síntomas que presentan las personas con tuberculosis 25 reconocieron la pérdida de peso como el segundo síntoma más evidente para ellos. Así sucesivamente se explican los datos de la Figura 3, por orden de frecuencia absoluta del síntoma más reconocido al menos reconocido; como fue el “frio”, según este último dato, de las 26 personas entrevistadas sólo tres mencionaron que el “frio” es un síntoma que presentan las personas enfermas con TBC.

Vale la pena resaltar que la TBC pulmonar presenta como síntomas más comunes la Tos, flema con sangre, dolor de pecho, fiebre, adelgazamiento. Todos los síntomas fueron mencionados menos la flema con sangre. Ante la duda de creer que el síntoma de esputar con sangre no fuese recordado por los entrevistados se preguntó directamente una y otra vez y como respuesta siempre se obtuvo un no.

Tabla 14.

Denominación de la Tuberculosis para la población Jivi. Sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.

Denominación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Por el nombre de la enfermedad (tuberculosis y/o TBC)	15	58
Por la identificación en Jivi de los principales síntomas de la enfermedad	7	27
No sabe	3	11
No respondió	1	4
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

El reconocimiento de la enfermedad y sus síntomas entre la población Jivi se evidencia en la denominación que le dan. Con la pregunta ¿En su idioma cómo llaman a la tuberculosis?. Las respuestas se agruparon de la siguiente forma (Tabla 14): a) 58% de los entrevistados informó que lo hacen por el mismo nombre de la enfermedad, tuberculosis o TBC, en relación a denominarla según las siglas de la

enfermedad, observamos lo hacen debido a que en las pruebas de baciloscopia para la detención de la *Mycobacterium Tuberculosis*, aparece Positivo o negativo: TBC, por esta razón ellos señalan que “el papel dice TBC”, “dio positivo de TBC”; b) El 27% de los jivis hizo mención en llamar a la enfermedad en Jivi por sus síntomas, (Tabla 15); c) Un 11% respondió que no sabían como; y un 4% no respondió la pregunta. (Fig. 4).

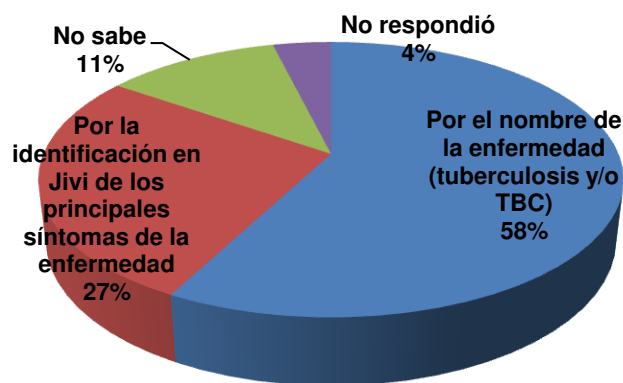


Figura 4. Representación de la distribución porcentual de la denominación que recibe la tuberculosis en el idioma Jivi. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014Fuente: Guilarte (2014)

Tabla 15.

Denominación de la Tuberculosis en idioma Jivi según los principales síntomas de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Jivi	Español
Piatenema	Muy enfermo
Bujuatemi	enfermedad fuerte
pebujubujuiwa ó pecjucjuyua:	tose mucho
Dome	bien flaco
Jaykabutaneth	duele mucho la garganta
Tasimini	Tuberculosis

Fuente: Guilarte (2014)

Para seguir analizando los conocimientos de la TBC por parte de la población Jivi, fue determinante establecer las causas que ellos perciben como desencadenantes de la enfermedad. Tema que se abordó con la pregunta ¿Qué causa la enfermedad?.

Sobre este particular, según las respuestas obtenidas, se obtuvieron siete categorías. (Tabla 16)

Tabla 16.
Causas de la enfermedad. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

Causas de la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sistema salud-enfermedad Jivi.	7	27
Movilidad poblacional	4	15
Contagio	4	15
Accidente o evento desencadenante de la enfermedad	3	12
Contacto con otros grupos étnicos	3	12
No sabe	3	11
Deficiencias Nutricionales	2	8
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Según la figura 5, se puede observar gráficamente que la mayoría de las respuestas, un 27%, se enfocaron en identificar las causas de la enfermedad dentro de la interpretación de su sistema de salud-enfermedad en donde la Tuberculosis es “un daño”, “un mal echado”, “una brujería”.

Un 15% lo hizo explicando el contagio de personas enfermas a personas sanas, otro 15% hizo referencia al contagio de las personas de la comunidad, pero debido a factores de movilidad poblacional.

Dos categorías se agruparon con un valor porcentual de 12% cada una: “un accidente o evento desencadenante”, según la percepción del informante hubo un evento que perturbó la salud de la persona en un momento dado y que como consecuencia del estado de convalecencia desencadenó la enfermedad en el individuo.

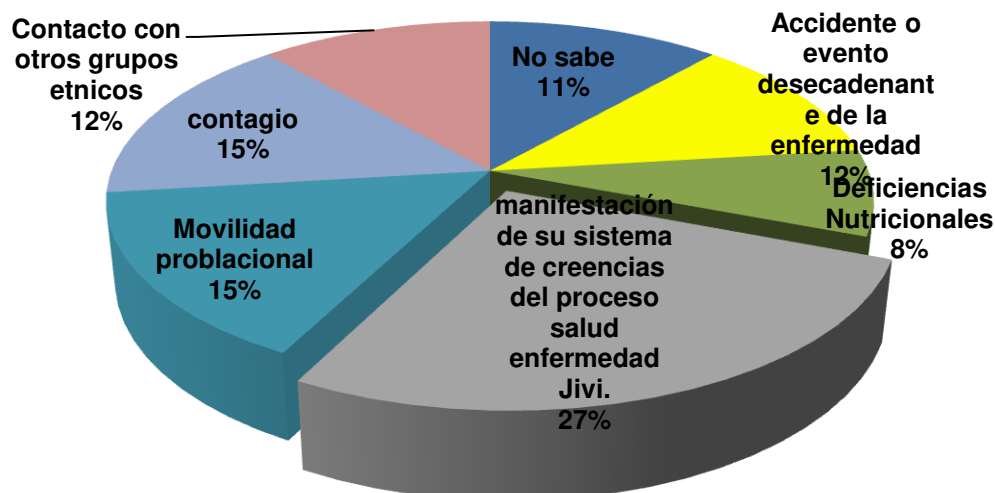


Figura 5. Causas de la enfermedad. Prevención de la tuberculosis (TBC) Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014 Fuente: Guilarte (2014)

La otra categoría que agrupo el 12% fue “contacto con otros grupos étnicos”, aunque en cierta forma es un tipo de movilidad poblacional y en algunos casos del sistema de salud-enfermedad jivi se distingue de esas ya que los que “envían” o “contagian” a los jivis, no son de su misma etnia, sino de otro grupo étnicos como los pumé (Yarurro) o los no indígenas (criollos).

El 11% respondió no conocer sobre las causas de la enfermedad. Mientras que la ultima categoría identificada fue la de considerar la desnutrición o mala alimentación como causa de la TBC.

En la siguiente tabla “Registros según caracterización de las causas de la enfermedad” (tabla 17) se ejemplificará con los testimonios de los informantes cada una de las categorías aquí creadas y analizadas

Tabla 17.

Caracterización de las causas de la enfermedad según los testimonios de los entrevistados. Prevención de la TBC, Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

Contacto con otros grupos étnicos	Contagio	Accidente o Evento desencadenante de la enfermedad	Movilidad Poblacional	sistema de creencias salud-enfermedad Jivi	Deficiencias Nutricionales
<i>“Cuando la gente se iba para San Fernando, a la orilla del río, fue la primera vez que enfermó. Se le pegaba de los criollos, anteriormente la gente no se enfermaba de esa enfermedad”</i>	<i>“Aquí se enfermaba la gente, porque venían a ver al Shaman (médico tradicional) Manuel (falleció en julio 2014), venían de otras comunidades a verlo y escupían en el piso. Se contaminaba todo”</i>	<i>“No sabe. Eso nunca me había dado, me corte el pie, sangre mucho y de allí me dio, me entro por los pies, eso me vino por los pies”.</i>	<i>“Aquí se enfermaba la gente, porque venían a ver al Shamán Manuel (falleció en julio 2014), venían de otras comunidades a verlo y escupían en el piso. Se contaminaba todo.”</i>	<i>“La gente no sabía de la tuberculosis, pensaba que era un mal, una brujería a veces piensan eso”</i>	<i>“No sabía, le pregunte al médico y me dijeron que era por falta de comida”</i>
<i>“Una familia completa murieron ocho, niños, adultos todos, decían que los Pumé les había echado la enfermedad, murieron todos flaquitos”</i>	<i>“escupiendo, si el niño pasa y pisa, tiene una bacteria, se enferma”</i>	<i>“Fue a visitar a su hermana en San Isidro, comió y comió, la comida le hizo daño, se contaminó ese día enfermó. Comida grasosa, le dio dolor de barriga”</i>	<i>“Vivía en los Mangos con Luis Cuervo, sospeché por haber visitado a un enfermo de TBC, me sentí mal y fui al médico con el enfermero Riverito y el me tomo la muestra. Salió positivo”</i>	<i>“Por la envidia. Sí, la ocasiona la envidia, si viene la persona a la comunidad y no se atiende.”</i>	<i>“El hambre”</i>
<i>“Es una enfermedad contagiosa, es de los criollos.”</i>	<i>“Se pega de otras personas. La gente piensa que a alguien le pego y luego contamina”.</i>	<i>“Mi papá se enfermó de golpe, cuando fue a cazar, regresó enfermó, no podía caminar, le costaba respirar, allí, después se puso flaco, no aguantó.”</i>	<i>“Fue a visitar a su hermana en San Isidro, comió y comió, la comida le hizo daño, se contaminó ese día enfermó. Comida grasosa, le dio dolor de barriga”.</i>	<i>“Algo echado, una persona viene a la comunidad, y piden algo, sino se les da, echan el daño. Los pumé”</i>	
<i>“viene de lejos, es una enfermedad de los criollos”</i>	<i>“otra persona enferma.”</i>	<i>“</i>	<i>“antes no existía esa enfermedad se comenzó a oír cuando la se fue a trabajar en Calabozo, por allá se enfermaron y trajeron esa enfermedad aquí”</i>	<i>“Dicen que la brujería. Otro se lo mando por brujería”.</i>	
<i>“Algo echado, una persona viene a la comunidad, los pumé”</i>			<i>“Se la pasan en Los Mangos, cuando van para allá, de allá traen eso”.</i>	<i>“Un mal, le echan un daño”</i>	
			<i>“de otra comunidad viene enfermo y enferma a la gente”</i>	<i>“Le echa maldad, brujería”</i>	

Fuente: Guilarte (2014)

Cuando se hace énfasis a la estrategia de prevención de la enfermedad, otro punto necesario de analizar es determinar si la población en riesgo de poder contraer la enfermedad tiene conocimientos sobre la forma de transmisión o contagio. Por ésta razón, después de indagar sobre las causas de las enfermedad, a través de las preguntas ¿Cree usted que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa? y ¿Cómo cree que se contagia la TBC? Se busco establecer si la población en cuestión consideraba la TBC como una enfermedad contagiosa.

Tabla 18.

Consideración de la TBC como una enfermedad contagiosa. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014

LA TBC SE CONTAGIA	ENTREVISTADOS	PORCENTAJE (%)
Si es contagiosa	11	42
No sabe	9	35
No es contagiosa	4	15
No respondió	2	8
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Según los datos procesados sobre este aspecto, observamos que el 42% respondió que si es contagiosa, un 35% no sabe si se contagia, un 15% señaló que no es contagiosa, mientras que el 8% restante no emitió opinión (Tabla 18).

De las personas que reconocieron que la TBC es contagiosa solo una hizo referencia a una bacteria, como agente causal. En relación a las demás respuestas observamos se percibe el riesgo de “contaminar”, “pegar”, “regar” la enfermedad a la población sana si alguien padece la TBC: (Tabla 19)

La importancia de que un 42% de las personas percibieran que la TBC es contagiosa radica es que se puede seguir reforzando conocimientos sobre la real forma de contagio, que es la propagación por vía aérea de las gotitas de saliva contaminadas por la bacteria *Mycobacterium Tuberculosis* o bacilo de Koch, ya que

existe una condición de percepción preexistente al contagio aunque no se tenga clara el ¿qué?, ¿quién? o ¿Cómo?.

Tabla 19.

Testimonios sobre el conocimiento de la tuberculosis como una enfermedad contagiosa. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Conocimiento de la Tuberculosis como enfermedad contagiosa	<i>“Es contagiosa el doctor me dijo.”</i>
	<i>“Sí, se contagia como la gripe”</i>
	<i>“Hay varias formas: por utensilios compartidos. Escupir en el piso, toser”</i>
	<i>“Ellos tosen y escupen mucho”</i>
	<i>“Así dice el Dr. yo tenía que apartar mi cucharilla y mi plato de las de los niños.”</i>
	<i>“Escupiendo, si el niño pasa y pisa, tiene una bacteria, se le pega”</i>
	<i>“Por la saliva, teniendo contacto con la persona enferma.”</i>
	<i>“Se pega de otras personas. La gente piensa que a alguien le pego y luego contamina.”</i>
	<i>“Fue a visitar a su hermana en San Isidro, comió y comió, la comida le hizo daño, se contaminó ese día enfermó. Comida grasosa, le dio dolor de barriga.”</i>
	<i>“No conocía esa enfermedad, creo que se riega”</i>
<i>“Si contamina por eso, fue que lo apuraron, el va a contaminar a todos, por eso él se tomo su tratamiento a montón, uno en la mañana y otro en la tarde”</i>	

Fuente: Guilarte (2014)

En relación al conocimiento del agente causal de la tuberculosis, al preguntar ¿Usted conoce ó le han hablado sobre el bacilo de Koch?, ninguna de las personas entrevistada respondieron de forma afirmativa, el 100% indicó que no ha escuchado o tenido información sobre la bacteria. (Tabla 20)

Tabla 20.

Conocimiento sobre el agente causal de la enfermedad el Bacilo de Koch. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014

Conocimiento del Bacilo de Koch	Frecuencia	Porcentaje (%)
No	26	100
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

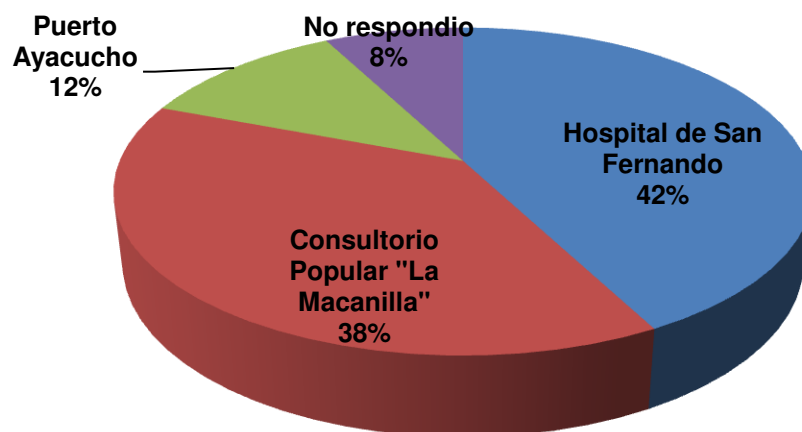


Figura 6. Distribución porcentual del lugar a donde acudirían en caso de enfermarse con tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014. Fuente: Guilarte (2014)

Para determinar conocimientos preventivos asociados al diagnóstico clínico de la enfermedad se formuló la pregunta ¿En caso de tener tuberculosis a donde acudiría? Y ¿Por qué?, estas interrogantes estaban orientadas a establecer el lugar de atención que escogerían para tratarse en caso de padecer la enfermedad y su intención.

El 42%, la mayoría, respondió que iría a San Fernando, haciendo referencia, al Hospital Pablo Acosta Ortiz. Al profundizar sobre el porqué de ésta inclinación, observamos que está basada sobre la experiencia misma en la búsqueda de restablecer la salud ante la tuberculosis. (Fig.6)

Un ejemplo lo enuncia un entrevistado quien al relatar la experiencia personal de intentar ayudar a un primo a recuperarse, nos dijo: *“Busque los médicos, y me dijeron que no tenían los aparatos y me mandaron para San Fernando, el hospital.”*

Así mismo, exponemos el caso de otro informante el cual expresó que a tres personas de su grupo familiar (hermana, madre y hermano) padecieron la TBC. Según el entrevistado, el primer caso de TBC presentado en su familia correspondió al de su hermana, antes de eso no conocían la enfermedad. Al preguntarle a dónde iría

en caso de sospechar haber contraído TBC respondió *“Al ambulatorio y al hospital San Fernando, pero prefiero ir al hospital. Cuando mi hermana enfermó, la llevé tres veces a Payara y no le salió nada, la tuve que llevar a San Fernando. Allí la dejaron hospitalizada y salió en el papel: positivo TBC.* Otro restante 38% respondió visitar el Consultorio popular de La Macanilla, un 12% ir hasta Amazonas, y el restante 8% no respondió.

Tabla 21.

Testimonios sobre elección del sitio en donde acudirían en caso de tener tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.

Centro de Salud	Motivos para elegir el Centro de salud
Consultorio Popular La Macanilla 38%	"allí saben, y dicen que tiene uno"
	"porque tiene que hacer la muestra"
	hacen la prueba esta el médico
	"esta el medico"
	"dan medicina"
	"toman muestra"
	"Para ver porque está tosiendo, si sale positivo o no".
Hospital Pablo Acosta Ortiz (HPAO), San Fernando de Apure. 42%	"Están los médicos".
	"Ellos son los especialistas"
	"allá están los médicos"
	"ellos dicen lo que uno tiene"
	"ellos saben"
	"allá hacen los exámenes"
	"en San Fernando, en el hospital hacen todo, tienen todo para saber si es TBC"
	"hacen todo allá, los chequeos, ellos saben"
	"Es a donde tiene la solución"
	"están los especialistas"
Hospital de Amazonas. 12%	"Allá me atendieron bien, me curé"

Fuente: Guilarte (2014)

Sobre el análisis de las opiniones registradas, (Tabla 21.) se evidencia que en su estructura discursiva la búsqueda del diagnóstico de la enfermedad es la intención real que prevalece al optar dirigirse hacia un determinado centro de salud, cuando

reconocen que en los centros de salud, “Están los especialistas”, “ellos dicen que tiene uno”, “ellos saben y dicen si uno lo tiene”, “es donde tienen la solución”

Los informantes reconocen que en los centros de salud es donde hacen la baciloscopia para determinar si una persona es positivo o negativo ante la TBC, esto se evidencia en testimonios como: “Hacen la muestra” (refiriéndose a la prueba de esputo, la baciloscopia), “hacen la prueba”, “hacen todo allá, los chequeos, ellos saben”, “para ver si sale positivo o no”

Con el apoyo de los datos recogidos, -para continuar con el análisis del conocimiento de la TBC en relación al reconocimiento del diagnóstico de la enfermedad-, analizaremos ahora la intención de visita al centro de salud en caso de contraer la enfermedad según el ¿por qué de su intención?.

Para este fin, se construyó una categoría de análisis denominada “Intención de visita al centro de salud en caso de contraer TBC” comprendida por los siguientes puntos: 1) Confirmación del diagnóstico: relacionadas con la intención de confirmar la sospecha de padecer si tienen o no la enfermedad a través de la baciloscopia (análisis de la muestra de esputo); 2) Consulta a los especialistas: para ellos los médicos son los que orientaran lo que el paciente debe hacer para la restauración de la salud, es una noción clara, que el conocimiento curativo depende de especialistas que se encuentran en la red de salud pública. 3) Conseguir el tratamiento: Con este punto se hizo referencia a la intención de conseguir medicamentos para combatir la enfermedad; y 4) No respondió, o no sabía a donde acudir.

El 54% indicó que la intención de visita al centro de salud en caso de sospechar estar enfermo por TBC era confirmar el diagnóstico de la enfermedad con las pruebas pertinentes. Un 30% expresó consultar a los especialistas, el personal médico. 8% conseguir el tratamiento, y un último 8% no respondió. (Tabla 22).

El reconocimiento de acudir a los centros de salud para consultar a los especialistas, confirmar el diagnóstico y obtener tratamiento nos permite tener una clara idea de que la población acepta que la TBC, es una enfermedad tratada por la medicina occidental a través de sus servicios de salud.

Lo que refuerza el planteamiento que para los Jivi la enfermedad es una patología causada por agentes externos a su comunidad, y que no se encuentra dentro de los parámetros del sistema de salud-enfermedad jivi.

Tabla 22.

Intención de visita al centro de salud en caso de contraer TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.

Intención de visita	Frecuencia	Porcentaje (%)
Confirmación del diagnóstico	14	54
Consulta a los especialistas	8	30
Conseguir el tratamiento	2	8
No respondió	2	8
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Al profundizar sobre este punto, preguntamos si sus médicos tradicionales curan la enfermedad hubo una especie de consenso en la percepción de que sus Shamanes no la curan: “un daño sí, pero esa no”, “esa enfermedad no la curan ellos”, “ellos no saben, de eso, eso no”. Lo que quiere decir que distinguen claramente la eficacia y los alcances de su medicina indígena como de la medicina occidental. Con la seguridad de que sus médicos pueden curar otras cosas, “los daños”, pero la TBC no.

“Hay comunidades, en el caso de San Isidro, ellos decían que era una enfermedad cualquiera, entonces morían, no llevaban el tratamiento. Esa enfermedad no la curan ellos (los shamanes), otras sí, esa no.”

(Yulimar Teicu, 24 años)

Sin embargo es importante destacar, que la TBC en el principio de su evolución dentro del organismo humano, se manifiesta con una sintomatología parecida a la de cualquier infección respiratoria aguda (IRA: influenza, trastorno gripal, neumonía, entre otras), sólo mucho tiempo después, dependiendo del sistema

inmunológico del afectado, el enfermo manifestará una delgadez inusual, que es el segundo síntoma mas reconocido, después de la tos. Lo que hace suponer que el reconocimiento de la enfermedad a través de sus síntomas no es inmediato, por lo tanto, la primera opción real de consulta para conocer las causas de un trastorno de salud será la consulta al médico tradicional.

“la gente aquí cuando enferma, a veces va a donde Parpachita (músico de Los Mangos), la gente va allá, dicen que “el mudo” (Shamán de los Mangos) saca eso, un mal, un hechizo”

“Bueno, un médico, indígena, si no lo cura, lo manda para el ambulatorio y ellos allí, van a decir que es lo que tiene.”

(Rosa María Andrade 52)

Entonces, sería interesante abordar no sólo los conocimientos a través de sus intenciones, disposiciones y actitudes, sino las practicas y creencias que condicionan una respuesta, ya que se pudo observar que tratan de solapar su medicina tradicional con etiquetas peyorativas y racistas hacia sus costumbres “eso es brujería”, “el Brujo”, “aquí ya no creemos en eso de los brujos” las cuales son expresiones muchas veces impuesta por la sociedad no indígena que ha desmeritado y desvalorizado el conocimiento indígena, a través de un proceso continuo de sometimiento racista.

Una respuesta de defensa hacia ese ataque permanente ante “lo indio” es “la vergüenza étnica”, una expresión de negación ante lo que creen, sus raíces, que en muchos casos a llevado a que los indígenas asimilen costumbres foráneas, perdiendo sus idiomas, sus costumbres, por el hecho de asimilarse a una sociedad que siempre los re conocerá como “indios”.

Continuando con el análisis de los datos sobre la variable conocimientos de la tuberculosis, ahondaremos ahora sobre el conocimiento del tratamiento, para este fin formulamos las siguientes preguntas ¿Usted considera que la TBC se cura? y ¿Cómo se cura?.

Tabla 23.

Curación de la Tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. Venezuela, 2014.

¿La enfermedad tiene cura?	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	24	92
No sabe	2	8
TOTAL	26	99,99

Fuente: Guilarte (2014)

El 92% opinó que la enfermedad es curable, el 8% restante dijo no saber si es una enfermedad curable (Tabla 23).

Para el análisis del conocimiento sobre la curación de la enfermedad, la información se agrupó en tres bloques: 78% estableció que la TBC se cura con el Tratamiento (pastillas, medicamentos). Un 19% dijo no saber como se cura, y el 3% informó que la tuberculosis se podía curar con plantas, es decir a través de fitoterapia. (Tabla 24)

Tabla 24.

Curación de la TBC. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Medios empleados para curar la TBC.	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con tratamiento	20	78
No sabe	5	19
Fitoterapia	1	3
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

La toma completa del tratamiento para la TBC es una de las primeras medidas preventivas que debe tomar el sector salud a la hora de detectar casos. Por eso es importante el conocimiento que tienen las comunidades y personas afectadas por la enfermedad en aceptar y seguir completamente el largo tratamiento, lo que se conoce como adherencia al tratamiento.

Para los informantes la toma del tratamiento es indispensable, se reconoce que si no se cumple la prescripción médica puede llevar hasta la muerte. Las opiniones registradas en la tabla 25: “Testimonios sobre el uso del tratamiento y su eficacia en la curación de la enfermedad” destaca que en las comunidades estudiadas existe una actitud positiva hacia el reconocimiento del tratamiento. Aspecto importante a la hora de definir estrategias preventivas en la localidad.

Tabla 25.

Testimonios sobre el uso del tratamiento y su eficacia en la curación de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Conocimiento del tratamiento para la Tuberculosis como medio efectivo de curación de la enfermedad.	<i>"Se cura con el medicamento, con el tratamiento. Una persona puede morir cuando esta avanzado, cuando no, con los medicamentos se cura."</i>
	<i>"si, con el tratamiento, pero tiene que cumplir con el tratamiento sino cumple puede enfermar"</i>
	<i>"tomándose todo el tratamiento completo"</i>
	<i>"Con el tratamiento, los que rechazaron el tratamiento, no lo quisieron murieron. Quien no agarra consejo no llega a viejo, hubo un finado, el creyó que ya estaba curado, no se tomó el tratamiento completo. Se puso a bailar, estaba tomando, se fue pa´ Los Mangos. "ya, ya me cure, ateneke, ateneke" (estar curado en Jivi) a los tres días le dio fiebre, otra vez. Ahí si que lo agarró rápido y murió".</i>
	<i>"Sí. Si él no se hubiera curado estaría finado (muerto), no se cura si no toma planta y remedios. El finado (capitán difunto) lo vio alegre, estaba alegre; en Jivi le preguntó: ajebuno (¿estas mejor?), -si me siento mejor, ya no siento nada-. Antes le hacia daño el pescado. Comió y ahora no le hacía nada, el comió contento, estaba contento. Salió a buscar cacería, buscó trabajo, - ¡Ya, yo me siento mejor!, fui a buscar cogollo y ya trague-. él cantó: - ¡me siento mejor!-. Sólo quedó una pastilla y la tomó.</i>
<i>"Es curable para el que cumple tratamiento".</i>	
<i>"con tratamiento, tomando todas las pastillas".</i>	

Fuente: Guilarte (2014)

Por su parte, se identificó el empleo combinado de terapias entre ellas toma del tratamiento y remedios hechos a bases de planta, así como un caso que confirmó

haber abandonado el tratamiento por usar la fitoterapia, la cual según su opinión ha sido efectiva (Tabla. 26)

Tabla 26.

Testimonios sobre el uso de la fitoterapia su eficacia y uso en la curación de la enfermedad. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Conocimiento del empleo de la fitoterapia como medio de curación para la TBC.	<i>“Con plantas, yo me sentía mal y fui a ver un chaman en Ayacucho, me dio un remedio de planta y me curé, no me he enfermado más.”</i>
	<i>“Sí. Si él no se hubiera curado estaría finado (muerto), no se cura si no toma planta y remedios.”</i>

Fuente: Guilarte (2014)

En cuanto a la identificación de conocimientos preventivos, ante la pregunta ¿Cómo se puede prevenir la TBC? se agruparon las opiniones en cinco ítems, cuatro referentes a medidas de prevención y uno al grupo que dijo no saber como se previene la enfermedad (Tabla 27).

Tabla 27.

Conocimiento sobre la prevención de la tuberculosis. Comunidades Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014

Medidas de Prevención de la Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
No sabe	12	46
Búsqueda y tratamiento de portadores	6	23
Medidas para evitar contacto con el agente causal de la enfermedad	5	19
Actividades de promoción de la salud	2	8
Mejoramiento del estado Nutricional	1	4
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Este último representó la mayoría con un 46%. Un 23% opino que el personal de salud tiene que hacer búsqueda activa de casos; 19% mencionó algunas medidas para evitar contacto con objetos usados por los enfermos y que pueden ser un medio de contagio; el 8% señaló la importancia de recibir información sobre el tema; y el

4% la necesidad de mejorar el estado nutricional de los habitantes de la comunidad para no enfermar. Los ejemplos sobre estos ítems se reflejan en la tabla 28.

Tabla 28.

Conocimientos sobre la prevención de la enfermedad. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Búsqueda activa y tratamiento de portadores	Medidas para evitar el contacto con el agente causal de la enfermedad	Actividades de promoción de la salud	Mejoramiento del estado Nutricional
<i>En ese caso pienso que los médicos deberían hacer chequeos, revisión a la comunidad completa.”</i>	<i>“Dr. Jorge Luis dijo, separar los platos, no estar cerca, pero a mi no me da asco, yo estoy cerca de ellos y le doy su comida y tratamiento”</i>	<i>“con más información”</i>	<i>“Alimentándose bien, comiendo”.</i>
<i>“Sí tose mucho, hacerse la muestra“ (baciloscopia, muestra de esputo) “</i>	<i>“los médicos recomiendan, apartar el plato. No escupir”</i>	<i>“informándole a la gente”</i>	
<i>“visitar al medico, evitar el contacto, no usar platos, cucharillas”</i>	<i>“se aparta vaso, cucharilla y plato”</i>		
<i>haciendo la revisión a toda la comunidad</i>	<i>“separar utensilios, el vaso, el plato y la cucharilla”</i>		
<i>“yendo al médico”</i>			
<i>“piensa que debe ir al médico”</i>			
<i>“chequeando a la comunidad”</i>			

Fuente: Guilarte (2014)

4.1. 2 Disposición a la participación.

Con el segundo objetivo de la investigación identificar la disposición a la participación de la población en el diseños de estrategias para la prevención de la Tuberculosis quisimos explorar si la comunidad abordada tenia disposición en trabajar conjuntamente para prevenir la tuberculosis.

Establecimos considerar si la Tuberculosis es un problema para la comunidad, con la pregunta ¿Usted considera que la Tuberculosis es un problema para su comunidad, por qué?.

En el estudio de campo los datos arrojaron que el 70% dijo que si es un problema para la comunidad, un 11% indicó que no sabe, otro 11% no respondió, mientras el 8% restante dijo que no es un problema para su comunidad (Tabla 29).

Tabla 29.

Percepción de la tuberculosis como problema de salud para la comunidad. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Identificación de la TBC como problema	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí es un problema.	18	70
No sabe	3	11
No respondió	3	11
No es un problema	2	8
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

En relación a los entrevistados las personas que opinaron que la TBC no era un problema de salud para sus comunidades argumentaron razones debido a que, en su comunidad no se registran en la actualidad muertes por TBC: *“eso era antes, ya no, antes la gente se moría de eso, ahora no”*. El Otro caso percibe el problema atomizado al núcleo familiar y no a la comunidad: *“No, solo pega por familia. No le da a todos, solo a la familia.”*

Sobre el primer argumento vale la pena resaltar que es una opinión favorable en cuanto manifiesta que ya no ocurren muertes por TBC, a pesar de que se registran casos ya no suceden muertes debido al conocimiento de la eficacia del tratamiento. En el segundo caso deja entre ver otra explicación más profunda del sistema de salud Jivi, para lo cual la enfermedad también es una manifestación de trasgresiones de algún tabú que no solo afecta al individuo sino también a sus familiares cercanos, o también la idea de un “daño echado” que esta dirigido hacia los miembros de un grupo familiar.

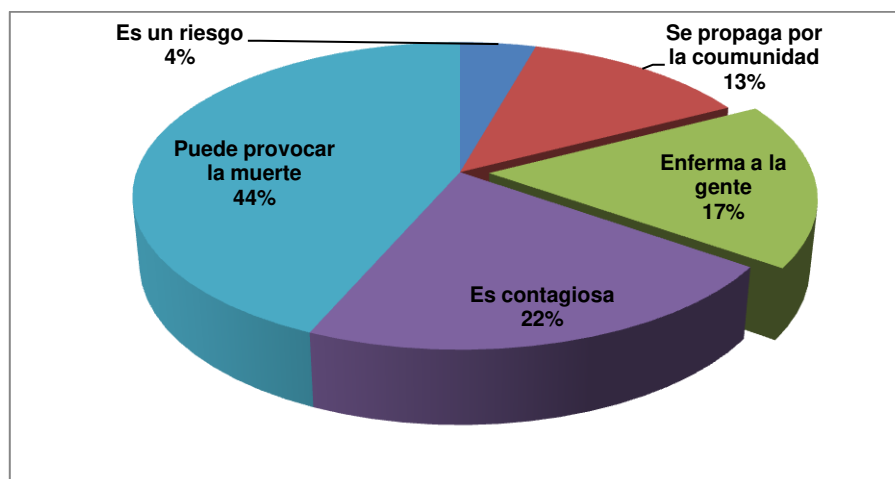


Figura 7. Distribución absoluta de los motivos por lo que la TBC es considerada como un problema para la comunidad. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014. Fuente: Guilarte (2014).

Con la figura 7: “Distribución absoluta de los motivos por lo que la TBC es considerada como un problema para la comunidad”, se expresó gráficamente los motivos para identificar a la tuberculosis como un problema para la comunidad dentro del 70% de los informantes que opinaron que la enfermedad es un problema para la comunidad (Tabla 29). Destaca el 44% consideró que es un problema ya que puede ocasionar la muerte, el 22% dijo que es contagiosa, un 17% enferma a la gente, mientras que el 13% piensa que es peligrosa ya que se propaga por la comunidad, así como el 3% para los que la TBC es un riesgo.

Tabla 30.

Disposición de participación en actividades para la prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Disposición	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sí	21	81
No	3	11
No respondió	2	8
TOTAL	26	100

Fuente: Guilarte (2014)

Para conocer la disposición a la participación se les preguntó directamente si estaban dispuestos a participar en una actividad grupal para la prevención de la TBC en sus comunidades. El resultado fue el siguiente el 81% dijo que si, un 11% señaló que no, y el 8% no respondió. Independientemente de sus, todos los entrevistados fueron invitados a participar en a asamblea comunitaria a realizarse con fin de cerrar el proceso de investigación-acción. (Tabla 30)

Tabla 31

Conocimientos sobre el derecho a la consulta y la participación en los problemas de salud de sus comunidades. Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014.

Respuesta	¿Han sido Consultados anteriormente para prevenir la TBC en sus comunidades?	¿Conocen el Marco Jurídico que ampara a la Consulta y la participación como derecho de los indígenas para mejorar la salud de sus comunidades?
Si	0/0	0/0
No	100% / 26	100% / 26
TOTAL	100% / 26	100% / 26

Fuente: Guilarte (2014)

Se considero que un motivo que podía impulsar la disposición hacia la participación era establecer si conocían el marco constitucional y legal que promueve la consulta de los pueblos y comunidades indígenas en la participación de la planificación de los programas de salud y en la solución de los problemas de salud que les afecten. Como respuestas se obtuvo que el total de los entrevistados dijo desconocer esos derechos. Como tampoco el haber sido consultados para prevenir la TBC en sus comunidades.

4.1.3 Diseño de Estrategias para la prevención de la tuberculosis (TBC) con las comunidades del Pueblo indígenas Jivi. La Macanilla.

Con el desarrollo de las actividades de discusión grupal y la asamblea comunitaria se evidenció una gran participación de la población. En las tablas 32 a la 36, que se mostraran a continuación. Se detalla las transcripciones realizadas del

diagnostico participativo que llevó a cabo la comunidad, como actividad final del la investigación-acción desarrollada. Las tablas muestran el producto de la acción generadora de problemas para conocer los factores que inciden negativamente en la prevención de la tuberculosis. Para finalmente desarrollar las estrategias esperadas.

Grupos de discusión para el diseño de estrategias para la prevención de la tuberculosis en Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.

I etapa: Asamblea Comunitaria, grupo de discusión.

Tabla 32.

Grupo 1. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.

GRUPO	¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?	¿Qué haría en caso de tener tuberculosis?	¿Cómo comunidad que harían para prevenir la tuberculosis?	¿Qué le gustaría hiciera el centro de salud para prevenir la tuberculosis en su comunidad?
<p>GRUPO 1 (12 personas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Perdida de Apetito • Cansancio • Tos Seca • Cuesta Respirar • Perdida de peso • Deficiencia del sistema inmunológico como consecuencia de la falta de alimentación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asistir al médico ✓ Seguir el tratamiento ✓ Tener una buena alimentación ✓ Tener reposo ✓ seguir asistiendo al médico para una evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asistir constantemente al médico ✓ En caso de haber contagiados se deben aislar sus utensilios de uso personal y así evitaremos que otros se contagien ✓ Prevenir que la persona enferma escupa en el suelo ✓ Debe permanecer en espacios abierto para reducir el margen de contaminación aérea. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Que el persona médico examine regularmente a la comunidad 2. Queremos recibir charlas para saber como se previene la tuberculosis. Regularmente. 3. Atender constantemente a las comunidades para prevenirla 4. Realizar estudios constantes en las comunidades con mas probabilidad de contraer las enfermedades

Fuente: Guilarte (2014) Datos suministrados por la comunidad.

Asamblea Comunitaria: Primera etapa: grupos de discusión

Tabla 33.

Grupo 2. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.

GRUPO	¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?	¿Qué haría en caso de tener tuberculosis?	¿Cómo comunidad que harían para prevenir la tuberculosis?	¿Qué le gustaría hiciera el centro de salud para prevenir la tuberculosis en su comunidad?
GRUPO 2. (9 personas)	<ul style="list-style-type: none"> • Perdida de apetito • Perdida de peso 	<p>Si la persona tiene tuberculosis, tiene que comer aparte Tener su plato, vaso y cucharilla aparte para así no contagiar a la otra persona Esa persona hay que llevarla al ambulatorio más cercano o llevarlo para San Fernando</p>	<p>Llevarlo al hospital público Convocar al personal del ambulatorio. La comunidad debe reunirse para solicitar a las instituciones, INSALUD, para que haga revisión a la comunidad o ambulatorio.</p>	<p>Queremos un hospital cerca, un ambulatorio más grande. Y también queremos un especialistas En ese hospital tiene que tener de todo, equipamientos de RX, personal especialista para eso.</p>

Fuente: Guilarte (2014) Datos suministrados por la comunidad.

Primera etapa. Asamblea Comunitaria, grupos de discusión

Tabla 34

Respuestas preguntas, Grupo 3. Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.

GRUPO	¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?	¿Qué haría en caso de tener tuberculosis?	¿Cómo comunidad que harían para prevenir la tuberculosis?	¿Qué le gustaría hiciera el centro de salud para prevenir la tuberculosis en su comunidad?
<p>GRUPO 3 (10 personas)</p>	<p>Hay dos tipos de tuberculosis, el primero: es una hinchazón en el cuerpo y siente tener peso en la boca y la saliva babosa. Y el otro es que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Era dolor de cabeza • dolor muscular • Mareo • Nauseas • Dolor de cintura • Dolor en las piernas • No provoca comer nada 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En primer lugar iría al CDI a buscar tratamiento para mantenerme en cura. ✓ Otros no le gusta ir al médico porque dicen que no lo atienden y por no ser atendidos mueren ✓ hay otros que buscan plantas medicinales ✓ Se iría al ambulatorio o al hospital mas cercano para buscar nuestra cura ✓ Otros no les gusta ir porque le tienen miedo a las inyecciones y por causa al miedo de la inyecciones mueren ✓ Otros no les gusta bañarse por el frio que causa la tuberculosis. 	<p>En primer lugar nos reunimos toda la comunidad y decidir para llevar a la persona enferma al ambulatorio Pedir ayuda con el personal de los trabajadores de Insalud para que nos ayude y ayude al enfermo y evitar que otras personas tengan la enfermedad porque también hay niños, mujeres embarazadas y personas de la tercera edad por eso hay que evitar la enfermedad.</p>	<p>Vamos al hospital y como no hay medicamentos buscamos otro lugar. Como por ejemplo el médico tradicional que nos hace cura en el método tradicional y buscar plantas medicinales, o sea, tradicionales que usamos nosotros los indígenas como Caña la india, etc</p>

Fuente: Guilarte (2014) Datos suministrados por la comunidad.

Segunda etapa. Asamblea comunitaria: Consenso grupos de discusión.

Tabla. 35

Respuestas en consenso a las preguntas grupos de discusión: Prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014

¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?	¿Qué haría en caso de tener tuberculosis?	¿Cómo comunidad que harían para prevenir la tuberculosis?	¿Qué le gustaría hiciera el centro de salud para prevenir la tuberculosis en su comunidad?
<ul style="list-style-type: none"> • Tos Seca • Perdida de Peso • Perdida de apetito • Dificultad para respirar • Cansancio • Debilidad general • Saliva espesa • Mareos • Nauseas • Dolor de pecho • Dolor de garganta • Dolor de Hueso • Dolor muscular • Frio • Dolor de espalda 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Asistir al ambulatorio ✓ Ir al hospital de San Fernando ✓ Seguir el tratamiento ✓ Tomar todo el tratamiento ✓ Tener reposo ✓ Asistir al chequeo ✓ Separar utensilios ✓ No escupir en el suelo ✓ Descansar en espacios abiertos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Animar al enfermo para asistir al médico ✓ Animar al enfermo a tomar todo el tratamiento ✓ Reunión comunitaria cuando alguien este enfermo que tenga tos seca. ✓ Ayudar al enfermo a tener comida, alimentos durante el tratamiento. ✓ Cuidar a niños, mujeres embarazadas y adultos mayores ✓ solicitar al centro de salud que revise, chequee a la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Que el personal médico chequee a la comunidad ✓ Dictar charlas ✓ Investigar las comunidades más propensas a enfermar por Tuberculosis ✓ Personal de salud especializado ✓ Ambulatorio más grande y equipado

Fuente: Guilarte (2014) Datos suministrados por la comunidad.

Tercera etapa: Asamblea comunitaria.

Tabla 36.

Identificación de problemas planteados en la asamblea que evitan la prevención de la tuberculosis. Comunidades del Pueblo Indígena Jivi de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, estado Apure .Venezuela. 2014.

Problemas	Causas	Soluciones	Instituciones Involucradas para solucionar los problemas
Falta de disposición para asistir a consultas en el centro de salud local.	No les atienden Los inyectan No hay medicamentos No se sienten cómodos con los médicos. No hacen los exámenes.	Talleres de sensibilización dirigidos al personal de salud para la atención con calidad y calidez a los pacientes indígenas que asistan a las consultas	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena
Inexistencia de equipos para el diagnóstico de la TBC	El laboratorio más cercano para realizar las prueba de baciloscopia esta ubicado en el Hospital Pablo Acosta Ortiz de San Fernando de Apure.	Crear un laboratorio para realizar Baciloscopia en el consultorio de la Macanilla.	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC
Impedimentos de algunos pacientes para trasladarse hasta el Hospital Pablo Acosta Ortiz de San Fernando para hacerse los exámenes y el control de la TBC.	Algunos indígenas no cuentan con dinero para dirigirse hasta San Fernando y hacerse los exámenes, en caso de tener algún de tener algún síntoma de la TBC.	Fortalecer el ambulatorio de la localidad con personal capacitado y un laboratorio para el diagnóstico de la TBC.	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC
		Recibir ayuda económica para el traslado de los pacientes graves que no cuenten con los recursos económicos para realizarse los exámenes.	- Ministerio del Poder popular para los Pueblos Indígenas - Consejo Comunal
Ausencias de especialistas para detectar la TBC.	No se ha propuesto ante ninguna instancia formación de personal para las funciones de Asistente de laboratorio.	Capacitar a una persona de la comunidad de la Macanilla para ejercer las funciones de asistente de laboratorio para baciloscopia.	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC
El horario de servicio de consulta médica del consultorio es restringido y limitado	El personal médico no trabaja las 24 horas del día ni fines de semana El horario del personal de salud, médicos, enfermeros, defensores de salud, agentes comunitario de salud es de ocho horas diarias	Solicitar ante los órganos competentes replanteo del horario del personal.	- INSALUD - Barrio Adentro

Problemas	Causas	Soluciones	Instituciones Involucradas para solucionar los problemas
Algunas personas de la comunidad tienen hábitos negativos que inciden como factores de riesgos para contraer la TBC,	Las personas escupen en el suelo, donde los niños juegan, comen y se preparan alimentos. Al sentirse enfermos tosen y escupen sin taparse la boca, ni lavarse las manos. Algunas personas no se asean debidamente cuando están enfermos porque tienen mucho frío	Talleres, conversatorios para la prevención de la TBC. Reforzar conocimientos, actitudes y prácticas para la prevención de la TBC	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC
Desconocimiento del porque enferman en su comunidad con TBC	No saben que causa la TBC	Talleres, conversatorios para la prevención de la TBC.	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC
Abandono del tratamiento (falta de adherencia)	El medicamento es fuerte, produce al principio mucho malestar. Cuando mejoran interrumpen el tratamiento. Predilección por la medicina tradicional a la medicina alopática.	- Talleres, conversatorios sobre efectos secundarios del tratamiento para la TBC - Talleres, conversatorios para la prevención de la TBC - Reforzar conocimientos, actitudes y prácticas positivas para la prevención de la TBC - Establecer convenios para asegurar alimentos a los pacientes con TBC con bajos ingresos, por lo menos durante la primera etapa del tratamiento	- INSALUD - Barrio Adentro - Coordinación Regional de Salud Indígena - Programa Reg. Control de TBC - Ministerio del Poder Popular para la salud - Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas - Ministerio de Alimentación. - Casas de Alimentación - Fundaproal - Mercal
Falta de consulta	No son consultados por el personal de salud e instituciones de salud, sobre los programas, proyectos y planes que desarrollan en sus comunidades.	Implementación de la consulta como mecanismo legitimador para la participación.	- Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas - Ministerio del Vivienda y Ambiente
Desconocimiento del marco jurídico que garantiza sus deberes y derechos como ciudadanos en materia de salud y participación.	No tienen conocimiento sobre los derechos de los Pueblos Indígenas y la salud.	Talleres, conversatorios sobre el marco jurídico .	Coordinación Regional de Salud Indígena.

Fuente: Guilarte. 2014 Datos suministrados por la comunidad

4.3.3.1 Estrategias de prevención de la tuberculosis Comunidades del Pueblo indígena Jivi, sector La Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Estado Apure. 2014

Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas para la prevención de la tuberculosis, comunidades indígenas Jivi de la Macanilla.:

Fortalezas:

- La población identifica síntomas de la TBC.
- Reconocen procedimientos para el diagnóstico de la TBC
- Reconocen la eficacia del tratamiento.
- Practican medidas preventivas.
- Reconocen que la enfermedad es contagiosa, y puede ser letal si no se trata.
- En el ambulatorio laboran indígenas Jivis como personal de salud (traductores).
- La comunidad conoce a las personas que han enfermado, fallecido, curado y los que abandonaron tratamiento.
- La organización social tradicional jivi (capitanes, shamanes y los jefes de las familias extendidas) ejerce fuerte mecanismo de control social en la comunidad.
- Poseen fuertes lazos de comunicación internas al grupo para la toma decisiones colectiva
- Además de su organización social tradicional tiene conformados consejos comunales y muchos miembros de las comunidades indígenas son beneficiados con las misiones.

Debilidades:

- No reconocen la causa de la TBC
- No conocen los factores de riesgos asociados a la incidencia de la TBC.
- Mantienen hábitos que potencian factores de riesgo (escupir en el piso, las casas tienen piso de tierra, cocinan y comen en el piso, las casas no son ventiladas, viven hacinados, alta movilidad poblacional)
- Tiene bajos ingresos económicos que le impiden ir hacia San Fernando.

- El personal de salud indígena no ha sido formado para la prevención de la TBC
- No todos tiene acceso a una dieta balanceada.
- El tratamiento tiene fuertes efectos secundarios en la primera etapa.
- Van al centro de salud cuando están muy enfermos.
- No conocen sus deberes y derechos para la toma de decisiones y solución de problemas en el área de salud.
- No son consultado, ni informados en sus comunidades sobre los asuntos de salud.
- La influencia de valores exógenos a su cultura ejercen una fuerte presión en los jóvenes para no sentirse identificados con sus raíces ancestrales y su organización tradicional.

Oportunidades:

- Los exámenes y pruebas para el diagnóstico de la TBC son gratuitos.
- El medicamento es gratuito
- La vacuna contra la TBC, (BCG), es gratuita y está dentro del esquema Nacional de inmunización.
- Hay un ambulatorio en La Macanilla
- Hay personal médico regularmente.
- Existen instituciones nacionales, regionales y locales encargadas del asunto indígena y de la Salud FUNDEI, INSALUD, MINPI; MPPS, Coordinación Regional de Salud Indígena, Misión Guaicapuro.
- Existe un marco jurídico legal que garantiza la participación en la planificación y contraloría social de los indígenas en los programas de salud.

Amenazas

- Llegada de visitantes foráneos a sus comunidades con la enfermedad.
- Diagnóstico de la TBC centralizada en el Hospital Pablo Acosta Ortiz de San Fernando.
- La falta de sensibilización de los profesionales de salud con respecto a las culturas indígenas.

- Ausencia de la transversalización del enfoque intercultural de salud para el desarrollo de programas, planes y proyectos de salud.
- Bajas coberturas en el desarrollo de los programas en comunidades indígenas
- La falta de implementación de la Variable “etnia” en los registros epidemiológicos nacionales como consecuencia el subregistro de casos en la población indígena.

Finalmente las estrategias a desarrollar según el diagnóstico participativo realizado, para la prevención de la Tuberculosis en comunidades Indígenas Jivi de la Macanilla:

Estrategias FO:

- ✓ Impulsar un sistema de alerta comunitario de búsqueda activa de casos a través del reconocimiento de los síntomas, para el diagnóstico y la prevención primaria de la TBC.
- ✓ Incorporar a los líderes comunitarios y médicos tradicionales (Organización social tradicional indígena) para estimular el diagnóstico temprano, adherencia al tratamiento, seguimiento y control de casos.
- ✓ Promover la importancia de proteger a las niñas y niños con el cumplimiento del esquema nacional de vacunación.
- ✓ Implementar la adecuación sociocultural y lingüística del programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Estrategias DO

- ✓ Dictar conversatorios para Promocionar la salud y prevenir la TBC en las propias comunidades con énfasis en la prevención, causas y factores de riesgos que inciden en la aparición de casos de TBC.
- ✓ Capacitar al personal de salud indígena que labora en el Consultorio Popular de la Macanilla con las medidas preventivas para la TBC.
- ✓ Promover convenios entre las organizaciones locales indígenas (FUNDEI, comunas, consejos comunales, misiones, entre otras) con entes ministeriales

(MPPS,MPPI) para garantizar alimentos y traslados a los pacientes con TBC que estén recibiendo tratamiento

- ✓ Propiciar convenios y espacios para la investigación sobre los factores de riesgos de las poblaciones Jivi que inciden en la prevalencia de la TBC.
- ✓ Promover el conocimiento de los deberes y derechos de los pueblos y comunidades indígenas en Materia de salud y participación ciudadana.

Estrategias FA:

- ✓ Formular proyectos para la creación de un laboratorio para análisis de baciloscopia con personal técnico preparado que funcione en el Consultorio Popular de la Macanilla.
- ✓ Realizar búsquedas activas de casos en las comunidades en donde exista prevalencia de la TBC.
- ✓ Sensibilizar a los profesionales de salud para brindar atención con calidad y calidez a las comunidades indígenas apureñas.
- ✓ Transverzalizar el enfoque de interculturalidad en los programas de salud.
- ✓ Promover el uso de la consulta abierta y permanente a los pueblos y comunidades indígenas en el desarrollo de los planes, programas y planes ejecutados por los entes nacionales y regionales de salud.
- ✓ Los sistemas de Salud Regionales deben aumentar las coberturas de sus servicios y programas de salud en los Pueblos y Comunidades indígenas.
- ✓ El Ministerio del Poder Popular para la Salud debería implementar la Variable de “etnia” en el registro epidemiológico nacional.

Estrategias DA

- ✓ Los entes rectores de la Salud y de asuntos indígenas deben promover la participación activa de los pueblos y Comunidades Indígenas en la Planificación y contraloría de los asuntos de salud que les competen
- ✓ Garantizar una atención en salud que respete la diversidad cultural y lingüística de los pueblos y comunidades indígenas venezolanas.
- ✓ Promover en la sociedad venezolana el reconocimiento y la importancia de la diversidad cultural nacional de los pueblos indígenas ancestrales.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

En esta parte más que conclusiones queremos desarrollar una serie de reflexiones finales que pueden ser importantes como guía a futuras investigaciones. Sin embargo, metodológicamente partiremos por esbozar algunas conclusiones derivadas de los objetivos del estudio

En este sentido encontramos que la población indígena Jivi participe en el proceso de investigación posee conocimientos de la TBC, en cuanto reconocen:

- ✓ Los principales síntomas de la enfermedad,
- ✓ La necesidad e importancia de acudir a los centros de salud para tener un diagnóstico certero de la enfermedad a través de la prueba de baciloscopia,
- ✓ Reconocen que la toma de tratamiento es determinante en la curación de la enfermedad para evitar la muerte por TBC.

La población Jivi acepta el conocimiento del sistema de salud oficial (su personal de salud, médicos, especialistas), confía en la eficacia de sus métodos (pruebas de diagnóstico) y tratamientos para el restablecimiento de la salud.

Reconocen que la TBC es una enfermedad muy contagiosa, sin embargo no conocen la bacteria de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*) como el causante de la enfermedad ni tampoco, reconocen cómo sucede el proceso de contagio de la enfermedad, es decir, la entrada del agente causal al organismo humano para producir la enfermedad.

La enfermedad es reconocida como una enfermedad producto del contacto con otros grupos étnicos, no es una enfermedad que se origina a causas de un desequilibrio de sus sistemas de creencias, por lo tanto las practicas curativas tradicionales Jivi no tienen eficacia para combatir la enfermedad. Sin embargo utilizan sus conocimientos medicinales en fitoterapia como terapia complementaria para controlar los síntomas que produce la enfermedad, como disminuir la fiebre, calmar la tos, así como solventar los efectos secundarios del tratamiento.

Tienen buena disposición hacia la inmunización, no reconocen el nombre de la vacuna BCG, pero si se les pregunta si han sido vacunados contra la TBC, responden afirmativamente, incluso si uno les dice donde fueron vacunados, señalan la marca característica que deja esta vacuna en el brazo derecho.

Reconocen que no existen muchos chamanes en sus comunidades, y que la comunidad en general ha abandonado y olvidado el conocimiento de la fitoterapia, por el impacto y eficacia de la medicina biomédica, sin embargo para ellos no es positivo ya que si enferman siempre tienen que depender de los medicamentos y no siempre cuentan con los medios económicos para conseguirlos.

Reconocieron la necesidad de tener más información sobre la TBC, sobre todo con interrogantes del ¿por qué ellos enferman mucho de TBC?, preguntaron sí ¿solamente los Jivi enfermaban?, en las discusiones grupales se observó constantemente la incertidumbre por conocer de dónde viene la enfermedad y que la causa.

Reconocen la importancia del trabajo que realizan los trabajadores de salud Jivi en el ambulatorio local, ya que ellos explican en su idioma las indicaciones que hace el personal médico.

En la comunidad, la entrada de la TBC representó un antes y un después, un hito, que marcó profundamente a varias familias y a la comunidad en general, ya que el desconocimiento de la enfermedad, influyó en que se perdieran muchas vidas, inclusive grupos familiares completos de madres e hijos, y de mujeres y hombres que dejaron huérfanos a sus hijos. Por lo que existe el temor latente de contraer TBC.

En otro orden de ideas queremos mencionar y reflexionar que este estudio se centró en la investigación de campo, con la idea de explorar las herramientas participativas que podían ser empleadas en la búsqueda de crear consenso acerca de una problemática, que en este caso particular se orientó al diseño de estrategias para la prevención de la tuberculosis con los pueblos y comunidades indígenas Jivi de La Macanila.

Pero también significó un ejercicio importante de exploración, reflexión, análisis e interpretación para trazar un marco teórico–metodológico-conceptual sobre la base de los enfoques de interculturalidad en salud y planificación participativa.

Al respecto pudimos observar que ambos enfoques reúnen en sus preceptos nociones importantes que se complementan e integran para transverzalizar los principios de participación, pluriculturalidad y multiculturalidad en las políticas de Salud que el Estado Venezolano orienta hacia la atención de los Pueblos y Comunidades indígenas del país.

Entendemos, que en el caso particular de Venezuela, la participación de la sociedad en la planificación de programas, proyectos y planes va más allá que una mera idea de “participación comunitaria”, sino el de comprender el proceso de participación como un proceso de “participación ciudadana”, ya que la participación además de un principio constitucional es una garantía para ejercer el derecho a la ciudadanía venezolana. Un derecho, un deber legalmente constituido. En el cual el Estado tiene la gran tarea de promover y garantizarlo a través de sus instituciones.

Mientras que los ciudadanos tenemos el deber y el derecho de empoderarnos para encausar a nuestro favor los cambios estructurales que queremos en nuestro entorno.

Esto se orienta a toda la población venezolana, con sus apreciaciones particulares para los pueblos y comunidades indígenas, pero con la directriz de propiciar cambios graduales y profundos en la base del ejercicio de la ciudadanía a través de la participación, inclusiva y protagónica en los procesos de planificación y contraloría social del asunto público.

Es un camino largo y complejo, la participación es un ejercicio de diálogo, resolución de conflictos, de ceder espacios, escuchar, entender “al otro”, de consenso, pero sobretodo es un proceso consciente de compromiso para el cambio. Por lo que no es una tarea fácil.

En los asuntos de salud se hace más complejo este proceso por la institucionalidad misma del conocimiento científico médico como modelo para el ejercicio del sistema de salud, asistencialista, curativo, hegemónico e individualista. Que se contrapone en su estructura misma a la aceptación del “otro” en su diversidad, como ser social, no “paciente” si no activo.

Desde este particular el llamado es a los gestores de la salud para que enfatizen en la Gestión de la Salud Pública la participación no como un cliché, o un discurso político el cual mencionan como la respuesta a muchos problemas pero no validan, ni saben como poner en práctica.

Para finalizar, sobre la metodología puesta en practica en el estudio, así mismo, el diseño de la investigación para cumplir con el requisito curricular de la Maestría, evidenció cierto condicionamiento para la realización de metodologías etnográficas y cualitativas, ya que los modelos más conocidos e impartidos por las instituciones educativas son los cuantitativos, positivistas e inductivos, que no

permiten flexibilidad a la hora del diseñar procesos complejos, deductivos, diacrónicos y multifactoriales como el aquí abordado. Y que pretenden que los diseños cualitativos, se condicionen a las reglas y marcos metodológicos cuantitativos.

Para llevar el trabajo de campo, nos armamos con la caja de herramientas de la planificación participativa, y llevamos presupuesta una metodología con sus respectivas herramientas e instrumentos. La dinámica del quehacer etnográfico nos hizo preguntar, consultar antes de avanzar en los pasos programados y llevados en el papel. Ese proceso etnográfico, de escuchar y estar atento a las observaciones de actitudes de la población, fue decisivo a la hora de generar cambios cuando fueron necesarios.

Ejemplo de ellos fue el de no realizar la reuniones grupales en el centro de salud, sino en la comunidad, que las entrevistas no pueden orientarse como un proceso individual investigador-informante, ya que siempre surgirán opiniones y conversaciones ente el informante y sus familiares, observándose las primeras formas de consenso sobre el problema abordado, y que llamar a realizar grupos focales, podían haber cercenado la disposición abierta a la participación que encontramos en las comunidades visitadas. Así que validamos y respetamos sus instituciones tradicionales de organización como lo es la Asamblea comunitaria.

Con esto queremos decir, que propiciar un proceso de participación real en las comunidades indígenas no puede ser un proceso de diseño estanco, en donde se busque comprobar, imponer y aplicar una metodología, es un proceso de ensayo, pero sobre todo de respeto, de conocimiento y legitimación de sus instituciones tradicionales.

5.2 Recomendaciones

La comunidad reconoce algunas formas de prevención de la tuberculosis, - principalmente evitar el uso de los utensilios en donde comen las personas diagnosticada con la enfermedad- pero no hay una asociación directa entre el reconocimiento de tomarse del tratamiento como la forma preventiva más eficaz de evitar que la bacteria se propague y contamine a más personas, por esta razón es necesario que el personal de salud del programa de tuberculosis regional y local del estado Apure, diseñe actividades de promoción y prevención de la enfermedad para crear y fortalecer conocimientos sobre la prevención de la enfermedad, en donde resalte la toma de tratamiento completo y de forma temprana como la mejor manera de interrumpir la propagación de la tuberculosis.

Si el programa implementa a nivel local, algunas de las estrategias aquí desarrolladas, siempre se debe considerar que se realicen actividades de promoción y prevención de la enfermedad directamente en las mismas comunidades con el apoyo de traductores, personas que hayan padecido la enfermedad y se hayan curado así como de los líderes indígenas.

Realizar investigaciones en donde se reflejen conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes indígena que han abandonado el tratamiento para ahondar sobre las causas para la falta adherencia al tratamiento.

Para fortalecer las medidas de promoción y prevención de la enfermedad entre los Jivi y otras poblaciones afectadas por la tuberculosis es necesario realizar investigaciones que se centre en conocer los factores de riesgos de la enfermedad.

Se evidenció durante la investigación que ante cualquier malestar que perjudique notablemente la salud de un Jivi, siempre acudirán en primer lugar a sus médicos tradicionales, inclusive si acuden primero a un centro de salud, aun con

diagnóstico y tratamiento, acudirán a sus médicos tradicionales para confirmar su estado de salud. Por eso se al personal de salud en el diseño de estrategias de promoción y prevención de la tuberculosis que no fomenten comentarios peyorativos y juicios de valor hacia las costumbres indígenas y su sistema de creencias religiosas.

Realizar un trabajo de investigación sobre las actitudes, practicas, conocimientos del personal de salud del programa regional de Tuberculosis en donde se analice la disposición que tienen para trabajar con las comunidades indígenas y de permitir que ellos participen en los procesos que ameriten intervención.

En el caso de las comunidades indígenas el Ministerio del Poder Popular para la Salud como ente rector en la materia y el Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas deben desarrollar convenios para garantizar a las familias de bajos recursos que los enfermos con TBC que reciban tratamiento, también reciban alimentos para fortalecer la adherencia al tratamiento.

En este sentido, es imperiosa la necesidad de incorporar el enfoque intercultural de la salud en los modelos de atención y en la formación y desarrollo de recursos humanos, sobre todo en el caso específico de enfermedades como la Tuberculosis. Con metodologías y estrategias integradas e integrales a las características socioculturales de los pueblos indígenas, en donde se diseñen pautas para la adaptación sociocultural de protocolos de atención. Además de incorporar las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en la atención primaria de salud.

En el ámbito de la gerencia de los sistemas de salud Pública, es imperante que se incorpore la variable de etnia en los sistemas de información y monitoreo. En lo que respecta a la planificación considerar el Análisis de los determinantes de salud en comunidades indígenas, para la generación de la capacidad de la gestión local con el establecimiento oportuno de prioridades.

GLOSARIO

Actor Social: Sujeto de una realidad social que participa aportando en la dinámica social de una localidad.

Ancestralidad: Es el vínculo cultural que por derecho de los antepasados equivale a la herencia histórica que se transfiere de generación en generación en los pueblos y comunidades indígenas. (LOPCI, 2005).

Administración en Salud: Comprende la puesta en práctica (efectivización) del Plan estratégico de salud a través de los Programas Operativos Anuales Institucionales (POAIN) en los niveles local, municipal, regional y nacional. Debería ser un proceso de movilización activa de los actores/as de la comunidad, la organización de recursos y control social para una progresiva consolidación de la capacidad institucional en la ejecución-administración en una gestión compartida de salud. (Bolivia: 2007)

Antropología de la salud y la medicina: La medicina y el proceso salud-enfermedad-atención como objetos de estudios de la antropología. (Yolpahtli)

Antropología Médica: Área de estudio de la antropología social que tiene como objeto el estudio y el análisis de los distintos sistemas, creencias y prácticas respecto del proceso salud-enfermedad y atención en cualquier tipo de sociedad. (Yolpahtli)

Atención Primaria en Salud (APS): Es una política de reorganización del modelo asistencial y una estrategia para el fortalecimiento del sistema de salud como un todo. Aunque sus prácticas correspondan al primer nivel de atención, se constituye un núcleo organizador e integrador de las redes de servicios de salud y de las acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, asegurando la coordinación y continuidad del cuidado. Son considerados atributos de la atención primaria la garantía de acceso, la puerta de entrada, el vínculo (*longitudinality*), el elenco integral de servicios (*comprehensiveness*), la coordinación (o integración de servicios), el enfoque familiar y la orientación de la comunidad. (EUROSocial: 2009)

Capacitación intercultural: Es la apropiación compartida de elementos conceptuales y experienciales que apunten a la promoción de relaciones de confianza,

reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia para construir estrategias políticas de salud intercultural. (Yolpahtli)

Comunidad: Etimológicamente, el término «comunidad» proviene del latín *comunitas* y expresa la calidad de común, de lo que no siendo privativo de uno solo pertenece o se extiende a varios. Operativamente entenderemos la comunidad como «una agregación social o conjunto de personas que, en tanto que habitan en un espacio geográfico delimitado y delimitable, operan en redes estables de comunicación, pueden compartir equipamientos y servicios comunes y desarrollan un sentimiento de pertenencia o identificación con algún símbolo local, y como consecuencia de ello, pueden desempeñar funciones sociales a nivel local de tipo económico (producción, distribución y/o consumo de bienes y servicios), de socialización, de control social, de participación social y de apoyo mutuo».

Comunidades indígenas: Son grupos humanos formados por familias indígenas asociadas entre sí, pertenecientes a uno o a más pueblos indígenas, que están ubicadas en un determinado espacio geográfico y organizados según las pautas culturales propias de cada pueblo, con o sin modificaciones provenientes de otras culturas. (LOPCI)

Cosmovisión: Conjunto articulado de sistemas ideológicos relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que el individuo o grupo social en un momento histórico pretenden aprehender el universo. Manera de concebir o interpretar el mundo. (Yolpahtli)

Diagnóstico clínico/médico: Confirmación del diagnóstico de la enfermedad: a) Diagnóstico clínico. Sintomatología característica si se trata de una afección conocida, o similitud de los casos, si es desconocida. b) Diagnóstico mediante medios auxiliares como los laboratorios clínicos, bacteriológicos, serológicos o virológicos, rayos X o cualquier otro recurso imagenológico, anatomía patológica, entre otros.

Educación Intercultural Bilingüe: Es el sistema educativo que por derecho constitucional (Art. 121) y por ley, se debe impartir a los pueblos y comunidades indígenas. Está basada en la cultura, valores, idiomas, tradiciones, y realidad propia de cada pueblo o comunidad y es complementada con la enseñanza del castellano y

los conocimientos científicos, tecnológicos y humanísticos procedentes del acervo cultural venezolano y de la humanidad. Tiene entre sus fines la formación para la convivencia democrática en una sociedad multiétnica y pluricultural. (MSDS, 2002)

Eficacia simbólica: Son los resultados terapéuticos que se obtienen por medios distintos de los farmacológicos, como son las oraciones, las ceremonias –entre las que destacan en México las limpias, o el Tohe en los pumé, Culto de María Lionza- la sugestión por medio de las palabras y otras. La medicina médica engloba esta eficacia bajo el efecto placebo. (Yolpahtli)

Enfoques Transversales: Se denominan *transversales* porque pueden ser incorporados y aplicados en cada una de las distintas áreas de intervención de las políticas, programas y proyectos y, en cualquier acción social planificada. Los enfoques transversales postulan un conjunto de principios, valores y conceptos que nos ayudan a comprender mejor y con mayor profundidad e integralidad la compleja realidad social y cultural en la que vivimos, y por tanto, a encontrar mejores respuestas y soluciones a los problemas sociales que deseamos superar, y por tanto a comprender la realidad desde sus diversas dimensiones. Incorporar ayudan a desarrollar estrategias contextualizadas, a mirar la realidad de manera integral, (...) y constituyen una garantía para la no discriminación, la democracia y el respeto de los derechos humanos de cada persona, sin distinción de su condición

Estrategias de Salud. Es el conjunto de caminos, orientaciones prioritarias, lineamientos políticos a nivel municipal, regional y nacional en salud, para la realización de los objetivos estratégicos y el Plan de salud. La Estrategia surge de propuestas consensuadas entre los diferentes sectores, en el diseño de un conjunto de transformaciones ideales que se pretende alcanzar a corto, mediano y largo plazo, para mejorar la calidad de vida de una población. (Bolivia: 2007)

Gestión Intercultural en Salud: Es la participación activa y directa de los actores sociales en el diseño, ejecución y aplicación de las políticas y programas de salud, donde el estado y sus instituciones den respuestas en la medida y con las características en que sean demandados. (Perú: 2007)

Grupo social: Puede entenderse todo conjunto humano vinculado entre sí por actividades, intereses y fines comunes. (Yolpahtli)

Habitad indígenas: Es el conjunto de elementos físicos químicos, biológicos y socioculturales, que constituyen el entorno en el cual los pueblos y comunidades indígenas se desenvuelven y permiten el desarrollo de sus formas tradicionales de vida. Comprende el suelo, el agua, el aire, la flora, la fauna y en general todos aquellos recursos materiales e inmateriales necesarios para garantizar la vida y desarrollo de los pueblos y comunidades indígenas.

Idiomas indígenas: Son las lenguas habladas por cada pueblo indígena. En Venezuela poseen rango constitucional de idiomas oficiales para los pueblos indígenas (Art. 9) y deben ser respetados en todo el territorio de la República, por constituir patrimonio cultural de la Nación y de la humanidad. De acuerdo con el decreto presidencial 1795, se dispone que es obligatorio su uso, tanto en forma oral como escrita, en los planteles educativos públicos y privados ubicados en los hábitats indígenas, así como en otras zonas rurales y urbanas habitadas por indígenas, en todos los niveles y modalidades del sistema educativo nacional. (MSDS, 2002)

Indígena: Es toda persona descendiente de un pueblo indígena (...) y que la identidad cultural social y económica de su pueblo o comunidad, se reconoce a sí mismo como tal y es reconocida por su pueblo y comunidad aunque adopte elementos de otras culturas (LOPCI)

Indigenismo: Política generalmente estatal y científica mediante la cual los intelectuales, investigadores y técnicos no-indígenas realizan actividades diversas a favor de los indígenas sin la participación de ellos. Sus fines son integrativos, es decir, implícita o explícitamente se desea la integración, incorporación o asimilación del indígena a la vida nacional. (Yolpahtli)

Interculturalidad: es “la interacción o diálogo de participantes de diferentes culturas; no es yuxtaposición de contenidos ya hechos” (Godenzzi, 1994) “Diálogo respetuosos y equilibrado entre culturas” que se opone a la “posición integracionista y apuesta por la posibilidad de reforzar la autonomía cultural” (Maya, 1995). “Mecanismo o estrategia de relación y comunicación que permite la convivencia

entre las distintas culturas en contacto, que le garantiza a cada una (de ellas) un espacio para desarrollarse en forma autónoma. Esto implica el reconocimiento y valoración del otro” (Cañulef y Diaz Coliñir, 2000). (Yolpahtli)

Interculturalidad en Salud: “Capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso contrapuesta” (Ibacache y Oyarce, 1996). (Yolpahtli)

Líneas de Acción Estratégicas: Las líneas de acción estratégica en salud son las propuestas en la realización de actividades, programas y proyectos en salud, que pueden ser definidos en función de su alcance territorial, su población y sus objetivos que son incluidos en los programas operativos anuales institucional: (POAIN) municipales, estatales y nacionales. (Perú: 2007)

Medicina científica, alópática, biomédica o hegemónica: es el sistema médico propio de la cultura occidental, y que ha asimilado a la ciencia como su fundamento y se enseña en facultades y escuelas de medicina reconocida por los Estados. Su hegemonía consiste en dos aspectos: su apropiación legal y generalización por la cultura occidental dominante, y ser el sistema en medicina mejor reconocido por los Estados y países. (Yolpahtli)

Medicina Intercultural: “Práctica y proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes” (Campos-Navarro, 2003). Aspira a un modelo de atención a la salud incluyente basada en la democracia, el respeto y la negociación, cuyo eje regulador es la ética entendida como equidad, justicia y reconocimiento de la alteridad, en el que los actores sociales involucrados mantienen su autonomía. (Yolpahtli)

Medicina indígena: Es el conjunto de saberes y prácticas curativas y preventivas de los pueblos ancestrales. Es el producto de las raíces prehispánicas, a las cuales se añaden conocimientos y prácticas europeas, africanas e incluso asiáticas, así como apropiaciones recientes de la medicina académica y otras corrientes terapéuticas

contemporáneas. (Yolpahtli) / Comprende el conjunto de conocimientos de biodiversidad, así como las prácticas, ideas, creencias y procedimientos relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales de un pueblo o comunidad indígena determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología y los procedimientos de diagnósticos, pronóstico, curación, prevención de las enfermedades y promoción de la salud. Éstos se transmiten por la tradición de generación en generación dentro de los pueblos y comunidades indígenas (LOPCI)

Modelos Médicos: Según la propuesta de Menéndez, se trata de construcciones metodológicas emanadas de los principales rasgos estructurales y características de la organización y funcionamiento de los diferentes sistemas médicos que operan en una sociedad determinada. Este autor reconoce tres modelos básicos: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y el modelo médico basado en la autoatención. (Yolpahtli)

Participación comunitaria: La Participación comunitaria es la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo. Organización de las *Naciones Unidas, 1981* / El proceso en virtud del cual los individuos y la familia asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo y el comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de ser beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. (*Conferencia Internacional de Alma Ata, 1978*)

Planificación: Se ha definido a la planificación como el proceso que permite elegir racionalmente entre diferentes cursos de acción posibles, para conseguir objetivos prefijados, en un período de tiempo determinado, asignando eficientemente los recursos disponibles, que siempre resultarán escasos para responder a las múltiples necesidades de la población. (OPS. 1999)

Participación ciudadana: La *planificación local participativa* es una herramienta que permite a las personas y comunidad conocer su realidad, y explicársela en conjunto, a la vez que sentirse capaces de actuar sobre ella. Implica un proceso continuo de involucramiento en el diagnóstico, programación de acción, ejecución y evaluación.

Preparación y Organización en Salud: Debería ser el primer paso en planificación participativa de la salud, consiste en garantizar la asistencia y participación de los diferentes actores/as e instituciones directa o indirectamente involucrados/as en los problemas de la comunidad, ya que de la participación y accionar mancomunado y concertado en la toma de decisiones dependerá el diagnóstico en salud y el plan estratégico de salud. (Bolivia: 2007)

Prevención de la enfermedad: Según la Organización Mundial de la Salud la prevención son las “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998).

Propiedad colectiva indígena: Es el derecho de cada pueblo y comunidad indígena de usar disfrutar y administrar un bien material e inmaterial, cuya titularidad pertenece de forma absoluta e indivisible a todos y a cada uno de sus miembros, a los fines de preservar y desarrollar la integridad física y cultural de las presentes y futuras generaciones. (LOPCI, 2005).

Pueblos Indígenas: Son grupos humanos descendientes de los pueblos originarios que viven en el espacio geográfico que corresponde al territorio nacional, de conformidad con la constitución de la República Bolivariana de Venezuela y las leyes, que se reconocen así mismos como tales, por tener uno o algunos de los siguientes elementos: identidades étnicas, tierras, instituciones sociales, económicas, políticas culturales y, sistemas de justicia propios, que los distingues de otros sectores de la sociedad nacional y que están determinadas a perseverar, desarrollar y transmitir a las generaciones. (LOPCI)

Raza: El término “raza” es una palabra que desde la época colonial sirvió para discriminar a los seres humanos de acuerdo con el color de su piel. Hoy en día la

antropología no acepta el término raza como categoría científica, ya que se trata de una expresión histórica que se sustentó en prejuicios sociales. No obstante el “racismo” entendido como discriminación por la procedencia étnica, sigue existiendo y es un problema social vigente. Para referirse a los segmentos de la población que por sus características físicas, sociales y culturales se distinguen del resto, es preferible utilizar los términos pueblo o etnia en vez de raza. Ya que desde el punto de vista biológico, todos los seres humanos pertenecemos a la misma especie: el *Homo sapiens sapiens*, y desde el punto de vista socioantropológico, pertenecemos a diversos grupos étnicos o pueblos que poseen rasgos físicos y culturales propios. (MSDS, 2001)

Sistemas de salud indígena: La OMS/OPS plantean: “Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos indígenas los llamaremos sistemas de salud tradicionales o sistemas de salud indígena” “Los Sistemas de Salud Indígena comprenden el conjunto de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, explicables o no (se entiende para los miembros de otras culturas) relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades.

Tradicionalidad: Consiste en las formas o prácticas de usos y ocupación de tierras, que corresponde a los patrones culturales propios de cada pueblo y comunidad indígena, sin que se requiera una continuidad en el tiempo o en el espacio y respeto a sus posibilidades innovadoras. (LOPCI, 2005).

ABREVIATURAS

ABRAE: Aéreas bajo régimen de Administración especial.

APS: Atención Primaria en Salud.

AIEPI: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

CRBV: Constitución de la República Bolivariana de Venezuela.

LOPCI: Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas.

LOPNA: Ley Orgánica del Niño y Adolescente.

MINPI: Ministerio del Poder Popular para los Pueblos Indígenas

MPPS: Ministerio del Poder Popular para la Salud

MSDS: Ministerio de Salud y Desarrollo Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PNA: Primer Nivel de Atención.

PNCT: Programa Nacional de Control de Tuberculosis

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SPNS: Sistema Público Nacional de Salud.

SR: Sintomático Respiratorio.

TAES: Tratamiento Asistido Directamente Supervisado (Tratamiento TB), sus siglas en inglés DOTS.

TB: Tuberculosis

tbc: Tuberculosis

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón A y otro 2003. Salud Intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica Chile. En línea.
- Alma Ata. 1978: Atención Primaria en Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud. Alma Ata. URSS, Organización Panamericana de la Salud Ginebra.
- Alvarez-Dardet C. 2008. El papel de la epidemiología en la definición de políticas públicas. Hacia la salud pública que se necesita. Gaceta Sanitaria. España.
- Alvarez-Dardet C (s/f). Las bases de la promoción de la Salud. Universidad Alicante. España. En línea
- Aparicio J., y Arana T. 1996: Disposición de participación en la comunidad El Tocal: Municipio San Fernando, en la solución de problema vinculado al servicio de agua. 1996. Trabajo presentado para optar al requisito de Licenciado en Planificación Regional. Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora. San Fernando de Apure.
- Arias F. 1999:El proyecto de investigación, guía para su elaboración. 3ra edición. Editorial Episteme. Caracas. Venezuela.
- Armada F. 2001. Reformas Neoliberales de la Salud en América Latina y el caso Venezuela. IneoSalud. Venezuela.
- Balestrini 2007. ¿Cómo se elabora el proyecto de investigación?. Editorial Consultores Asociados. Caracas.
- Blanco J y Maya J M. 2005. Fundamentos de Salud pública. Tomo I. Salud Pública. Corporación para investigaciones Biológicas. Colombia
- Blanco J., Maya J. M. 2005. Fundamentos de Salud pública. Tomo II. Administración de servicios de salud. Corporación para investigaciones Biológicas. Colombia
- Burquez Hernández (2006): “Conocimientos de las Medidas Preventivas y creencias sobre la tuberculosis que tienen los usuarios de consulta externa en el Centro de Salud “El Pino”, Lima, Perú.
- Cardona Arias y Hernández-Petro 2013: “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre tuberculosis en indígenas zenúes y habitantes de una zona rural colombiana”.
- Camel F. 2010. Estadística médica y planificación de la salud. Tomo II. Universidad de los Andes.
- Camel F. 1978. Planificación de la Salud. Venezuela.

- Campos-Navarro R. 2010: La enseñanza de la antropología médica y la salud intercultural en México: del indigenismo culturalista del siglo XX a la interculturalidad del siglo XXI. *Revista Perú Med. Exp Salud Pública*. No. 27.
- Carreazo J. 2004. *Salud Intercultural: Atisbos de un enfoque multidisciplinario*. Paeditrica, 6(2).
- CEPAL.2008. *Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha avanzado?*. Santiago de Chile. Serie Seminarios y Conferencias. No. 53.
- CENDES-OPS. 1965. *Programación de la Salud. Problemas conceptuales y metodológicos*. Washington. En línea.
- Chacare Mayling. 2006. *Epidemiología de la TBC en indígenas y su relación con la accesibilidad cultural-geográfica a los servicios de salud*”. Programa de pequeños subsidios en enfermedades tropicales: Informes finales 1995-2004. OPS / TDR
- Collazos F. 2013 “Relación entre conocimientos y actitudes hacia la aplicación de medidas preventivas de la tuberculosis en familiares de pacientes del centro asistencial ESN- PCT de San Luis- 2012
- Cunningham M. 2002. *Etnia, Cultura y Salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones Autónomas de Nicaragua*. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Políticas Públicas y Salud.
- Díaz F. 2008. *Crítica a la concepción de los modelos de Atención en Salud en Panamá*. Tareas No. 130, *Revista del Centro de Estudios Latinoamericanos*. Panamá.
- Díaz-Polanco J. *Reforma y descentralización de la salud en Venezuela: Alcances Limitaciones y perspectiva*.
- Díaz-Polanco J. 2008. *Salud y Hegemonía en Venezuela. Barrio Adentro, continente afuera*. CENDES. Venezuela.
- Díaz-Polanco J. (s/f): *Institucionalización y Reinstitutionalización de la Salud: Salud y Hegemonía en Venezuela*. CENDES. En línea
- Donolo D.2009. *Triangulación: Procedimiento incorporado a nuevas metodologías de investigación*. *Revista Digital Universitaria* Vol. 10 No. 8. <http://www.revista.unam.mx/vol.10/num8/art53/int53.htm>
- El Troudi H., Bonilla L.M. 2005. *Sistema Nacional de Planificación Participativa. Propuesta de trabajo*. (Borrador). En línea...
- El Troudi H., Hanecker M., y Bonilla L.M. 2005. *Herramientas para la participación*. Caracas Venezuela. En línea...

- Feo O., Vegas 2007. Redes Integradas para un sistema Publico Nacional de Salud: Guía Practica de Salud, para Barrio Adentro I, en Caracas. Ministerio de Salud de la República Bolivariana de Venezuela.
- Feo O. 2003. Repensando la salud. Propuesta para salir de la crisis. Análisis de la experiencia venezolana. Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Venezuela
- Garcia J. y otros 2002: “Algunos aspectos antropológicos del encuentro médico paciente con tuberculosis pulmonar en el occidente de México”. Gaceta Médica Mexicana. Vol. 138, No. 2.
- Geertz Clifford (1996): La interpretación de las culturas. España. Gedisa
- Golberg A. 2010. “Abordaje antropológico comparativo en torno a la incidencia de Chagas y la Tuberculosis en inmigrantes bolivianos residentes en Barcelona y Buenos Aires.” eâ. Vol. 1, No. 3. www.ea-journal.com
- Hernández H., y Nuñez I. 2001: Plan de Desarrollo integral con enfoque participativo para la “Isla Apurito”, El Recreo, municipio San Fernando, estado Apure. Venezuela. Trabajo presentado para optar al requisito de Licenciado en Planificación Regional. Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora. San Fernando de Apure.
- Hernández R., Fernández S. y Batista P. 2002: Metodología de la investigación. México, Editorial Mc.GrawHill. Interamericana. S.A
- IAES. 2014: “Diagnostico de la Situación de Salud de la comunidad de la Macanilla. Municipio Pedro Camejo, Parroquia Cunaviche, estado Apure. Octubre-2014”. Curso de Formación de Inspectores en Salud Pública. Cohorte "VIII" Amazonas-Apure Instituto de Altos Estudios en Salud Pública “Dr. Arnoldo Gabaldón”. Maracay
- INVERPLAN. 1993: Planificación y Política: Técnicas e instrumentos de Planificación y Gestión: Caja de Herramientas. Serie Documentos. N° 3. CENDES. UCV, Caracas. Venezuela.
- Kestelman N., Crivelli V. y otros.2010: Módulo 4: herramientas para planificación y programación local /; edición literaria a cargo de Mariela Rossen. - 1a ed. 1a reimp. - Buenos Aires. Argentina : Ministerio de Salud de la Nación
- Lerín S. 2004: Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, num 15-16, otoño-invierno. pp 111-125. México
- Lerín S. Interculturalidad y Salud: Recursos adecuados para la población indígena o propuestas originadas a opacar la desigualdad social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. leps@juarez.ciesas.edu.mx

- Levi-Strauss C. (1967). "Las tres fuentes de la reflexión etnológica". En: La Antropología como ciencia. (Coop) Llobera R. Edit. Anagrama.
- López J. 2007. La Planificación en el nuevo modelo de desarrollo y de Gestión Pública. CENDES.
- López J., 2006. Planificación y Gestión Pública. CENDES
- Lowie. R. 1981: Historia de la Etnología. España. Fondo de Cultura Económica. 2da reimpresión.
- Maus Marcel. 1967: Introducción a la Etnografía. España. Ediciones Istmo
- Martin Gutierrez: "La planificación participativa desde una perspectiva de redes sociales": Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Facultas de Ciencias Políticas y Sociología.
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social (2002): El Desarrollo de un Pensamiento Estratégico en las Políticas Públicas por la Calidad de Vida y la Salud. Modulo I.
- Mosonyi E. (s/f): Una mirada múltiple sobre la diversidad y la interculturalidad. Diálogos culturales. No. 4.
- Moreno C. S/F: División médico-antropológica de la planificación de la salud del medio rural. Distrito Sanitario Fluvial. Ministerio de Sanidad y asistencia social.
- Moreno G. D. 2005: La Investigación Cualitativa en Salud. Facultad de Salud Pública y Nutrición de la U.A.N.L. Disponible http://www.uanl.mx/publicaciones/respyn/i/2/ensayos/investigacion_cualitativa.html.
- Navarro V. 2008. ¿Qué es una política nacional de salud?. Tareas No. 130, Revista del Centro de Estudios Latinoamericanos. Panamá.
- Nigenda G y Langer A: Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública: Situación Actual y Perspectivas. Disponible: http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet/_Spanish/course/sesion2/metodo.htm.
- Okuda M., Gómez R. 2005. Métodos en investigación cualitativa: triangulación. Revista colombiana de psiquiatría. No. 001.
- Organización Panamericana de la Salud. 2006. Programa de Pequeños Subsidios en enfermedades tropicales.
- Organización Panamericana de la Salud. 2004: Encuentro Regional para el análisis del acceso a Tratamiento anti-Tuberculoso en poblaciones indígenas. Documento Memoria. Panamá.

- Organización Panamericana de la Salud. 2003: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas: lineamientos estratégicos y plan de acción.
- Organización Panamericana de la Salud. 2003: Orientaciones para la Adecuación de las Prácticas Familiares Claves a las Condiciones de Vida y Necesidades de los Niños Indígenas. Incorporación del Enfoque Intercultural de Salud en los Contenidos y Metodología de AIEPI.
- Organización Panamericana de la Salud. 2002: " Introducción a la epidemiología Social" *Boletín Epidemiológico* 2002; 23(1):7-11. Disponible <http://www.paho.org/spanish/DD/AIS/bsindexs.html>
- Organización Panamericana de la Salud. 2001: Reunión técnica para la adaptación del curso AIEPI para Agentes Comunitarios de Salud a la Población Indígena. Colombia.
- Organización Mundial de la Salud. 1998: Promoción de la Salud- Glosario. Ginebra.
- Organización Panamericana de la Salud. 1992: Memoria de Planificadores: Otra historia de la Planificación de Salud en América Latina. Serie Informes Técnicos, No. 9. Programa de Desarrollo de política de Salud. Washington.
- Ortega y otros, (2006). "Participación comunitaria en salud en el ambulatorio La Jungla de Catia La Mar".
- Patresi Ana Rosa: Salud Pública y Participación comunitaria. En línea.
- Ramírez R. y Barragán S. A 2005: Método cualitativo para investigación en Medicina Familiar: una alternativa". Disponible en : <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/atfm124/temasinteres.html>.
- Romero H.C. 1999: Creencias y consecuencias sociales de la tuberculosis pulmonar en comunidades indígenas del estado de Oaxaca una aproximación cualitativa. Revista Medigraphic Artenisa. Volumen 12, núm 4 oct-dic.
- Rojas R. 2004: "Diversidad cultural y étnica en la Región y situación de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas". Encuentro Regional para el análisis del acceso a Tratamiento anti-Tuberculoso en poblaciones indígenas. Documento Memoria. Panamá.
- Sanchez D. 2009: "Estrategias de participación comunitaria en la misión de Barrio Adentro. Caso de estudio: Urbanización la Rosaleda de la ciudad de Barinas. Periodo 2008.
- Salaverry O. 2010. Interculturalidad en salud. Rev Perú Exp Salud Pública. No. 27.
- Sen A. 2002. "Por qué la equidad en Salud". Revista Panam Salud Pública.
- Serna Gómez H. 2003. Gerencia Estrategica. 3R Editores, Bogotá. Colombia

- Spinelli H. 2009. "Las capacidades de Gestión/Gobierno y la epidemiología en el Nivel local/municipal". Seminario RedMuni: "Nuevo Rol de Estado, nuevo rol de los municipios.
- Testa M., otros 2006. "Salud Reproductiva e Intercultural". Salud Colectiva, No. 2. Buenos Aires. En línea:
- Testa M., 1979: Planificación de Salud en América Latina: Un replanteo. Salud Problema. UAM-X, No. 4.México.
- Venezuela 2005 Ley Orgánica de los Pueblos y Comunidades Indígenas., (Gaceta Oficial. N° 38.344, 2005)
- Venezuela. 2002. Ley Orgánica de los Niños, niñas y adolescentes. Gaceta oficial N° 5.859, 10-12-07)
- Venezuela 2002. Ley orgánica de planificación N°, 5.554. 13-11-2001.
- Venezuela 1999. Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. Gaceta Oficial N°. 5908, 19-02-2009.

ANEXOS

Identificación del informante			
1.Fecha		2.Nombre y apellido	
3. Comunidad		4. Pueblo indígena al que pertenece	5. Sexo
6. Edad			
7. Comunidad de origen		8. Lengua materna:	9. Lengua hablada en el hogar:
10 Habla español Si() No()	11. Lee español Si() No()	12. Escribe español Si() No()	13 Ocupación
Exposición del entrevistado a factores de riesgos asociados al causante de la enfermedad y hacinamiento.			
14. ¿Cuántas personas viven con Ud.		15. ¿Cuántas personas duermen con usted?	16. ¿Cuántos espacios internos tienen en su vivienda?
17. ¿Tiene o tuvo algunas vez TBC? Si () No ()		20. Se curó de la enfermedad. Si () No ()	
22. ¿Cuántos de su familia han tenido tuberculosis?		23. ¿En su vivienda cuantos han padecido la enfermedad?	
24. ¿Cuántas personas conoce les haya dado o tenga TBC?		25. ¿Cuántas personas de su comunidad han padecido o tienen la enfermedad?	
Guía de preguntas semiestructuradas.			
<p>¿Cómo reconocería a una persona con tuberculosis?</p> <p>¿Cuáles síntomas presenta una persona enferma con TBC?</p> <p>¿En su idioma cómo llaman a la tuberculosis?</p> <p>¿Qué causa la enfermedad?.</p> <p>¿Cree usted que la tuberculosis es una enfermedad contagiosa?</p> <p>¿Cómo cree que se contagia la TBC?</p> <p>¿Usted conoce ó le han hablado sobre el bacilo de Koch?,</p> <p>¿En caso de tener tuberculosis a donde acudiría?; ¿Por qué?,</p> <p>¿Usted considera que la TBC se cura?, ¿Cómo se cura?.</p> <p>¿Cómo se puede prevenir la TBC?</p> <p>¿La tuberculosis es un problema de salud para su comunidad?</p> <p>¿Alguna vez le han consultado sobre como prevenir la TBC en su comunidad?</p> <p>¿Conoce Ud. algunos de sus deberes y derechos de participar con el personal del ambulatorio en la solución de los problemas de salud en su comunidad?</p> <p>¿Le gustaría participar en una reunión o asamblea para conversar sobre la prevención de la tbc en su comunidad?</p>			

PREGUNTAS GRUPOS DE DISCUSIÓN

- 2) ¿Cuáles son los síntomas de la tuberculosis?**

- 3) ¿Qué haría en caso de tener tuberculosis?**

- 4) ¿Cómo comunidad que harían para prevenir la tuberculosis?**

- 5) ¿Qué le gustaría hiciera el centro de salud para prevenir la tuberculosis en su comunidad?**

Coloquen en una hoja el nombre y apellido de cada uno de los participantes en su grupo de discusión.

FOTOGRAFIAS