

FILAC



FONDO PARA EL DESARROLLO
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Situación de la Tuberculosis

en los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe

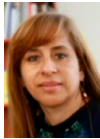


OBSERVADOR PERMANENTE DE LA
ASAMBLEA GENERAL DE NACIONES UNIDAS

CONSEJO DIRECTIVO
FILAC 2017-2019



PRESIDENTA
Myrna Kay Cunningham Kain
Representante Indígena de Nicaragua



PRIMERA VICEPRESIDENTA
Elena Burga
Perú



SEGUNDO VICEPRESIDENTE
Laura Oroz Ulibarri
España



BELICE
Lisel del Socorro Alamilla
Representante Gubernamental



BOLIVIA
Segundina Flores Solamayo
Representante Indígena



EL SALVADOR
Jesús Amadeo Martínez Guzmán
Representante Indígena



GUATEMALA
Aura Leticia Teleguario Sincal
Representante Gubernamental



MÉXICO
Jesús Guadalupe Fuentes Blanco
Representante Indígena



PARAGUAY
Hilaria Cruzabie de Núñez
Representante Indígena



URUGUAY
Stella Nurimar Ceballos
Representante Indígena



SECRETARIO TÉCNICO
Álvaro Esteban Pop Ac

Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de LAC

Contenido

Glosario

Resumen ejecutivo

1. Introducción
2. Tendencia de la TB en pueblos indígenas en LAC: brechas visibles en la información disponible
3. Principales desafíos para la organización de servicios interculturales para la atención de la tuberculosis en LAC
4. Algunas experiencias culturalmente pertinentes aplicadas para enfrentar la TB en pueblos indígenas en LAC
 - 4.1 Participación comunitaria: líderes, agentes comunitarios y terapeutas tradicionales
 - 4.2 Incorporación del programa de TB en la estrategia de APS
 - 4.3 Inclusión del programa de TB en planes municipales y micro regionales
 - 4.4 Descentralización del diagnóstico y tratamiento
 - 4.5 Establecimiento de albergues para pacientes y familiares
 - 4.6 Estrategias de salud intercultural
5. Resultados alcanzados con las medidas y lecciones aprendidas
6. Recomendaciones
 - 6.1 A nivel comunitario
 - 6.2 A nivel nacional
 - 6.3 A nivel internacional

Referencias bibliográficas

El FILAC agradece el trabajo de la Dra. Myrna Cunningham Kain en la elaboración del presente estudio.

Glosario

TB	Tuberculosis
LAC	América Latina y el Caribe
APS	Atención Primaria en Salud
FILAC	Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe
UNPFII	Foro Permanente sobre cuestiones indígenas en la ONU (por sus siglas en inglés)
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Adquirida
TB-MDR	Tuberculosis Resistente a Fármacos
TB-XDR	TB extensamente Resistente
TB MR	Tuberculosis Multiresistente
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades
PAHO- OPS	Organización Panamericana de la Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
MINSAL	Ministerio de la Salud
ESN PCT	Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis
INS	Instituto Nacional de Salud
TBP FP	
FID	
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
MINSA	Ministerio de Salud
ACMS	
OIT	Organización Internacional del Trabajo
TAES	
PVI	Programa de Vacunación e Inmunización

DOTS/TAES

FM	Fondo Mundial
BK	Bacilo de Koch
IDH	Índice de Desarrollo Humano
PAB	Planes de Atención Básica
CEC	Centros Estratégicos Comunitarios
ONG	Organización No Gubernamental
FONAKIN	Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichuas de Napo
DYA- D	Desarrollo y Autogestión.
D.D.S D	
HC	
PCPCD	Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
ACDI	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
IPSI	Institución Prestadora de Servicios Indígenas
UNIPA	Unidad Indígena del Pueblo Awá
PCT	Programa para el Control de la Tuberculosis
DSEI	
PNT	
SUS	Sistema Nacional de Salud
PNCT	
SVS	
MS	
CRPHF/FIOCRUZ	Centro de Referencia Profesores Helio Fraga-
PPL	Personas Privadas de Libertad
TDO	Tratamiento Directamente Observado
M&E	

TARV

Terapia Antirretroviral

RRHH

Recursos Humanos

Resumen ejecutivo

La tuberculosis es una de las enfermedades que causa más muertes en el mundo, especialmente entre las personas infectadas por el VIH. A pesar de que en América Latina se observa una transición epidemiológica, que se expresa por la sustitución de enfermedades transmisibles por enfermedades no transmisibles, el desplazamiento de la morbimortalidad de más jóvenes a la edad más avanzada, y el predominio de la morbilidad sobre la mortalidad; la tuberculosis se ha mantenido como un problema de salud que afecta de forma particular a los pueblos indígenas, exacerbando las desigualdades históricas. En LAC, cada año se dejan de diagnosticar y tratar al menos 60.000 enfermos con TB, de los cuales una elevada proporción son niños/as y mujeres; no se identifican y/o diagnostican 17 a 20.000 enfermos con TB infectados con el VIH, ni se identifican y/o diagnostican 3.400 a 5.000 enfermos con TB – MR y mueren al menos 20 a 26.000 enfermos con TB.¹ Los análisis sobre TB en la región, identifican a los pueblos indígenas como uno de los grupos en riesgo.

Tendencia de la TB en pueblos indígenas en LAC

Se ha confirmado que la TB estaba presente en los pueblos indígenas desde antes de la presencia europea; y que más bien con dicha presencia se agudizaron epidemias, que contribuyeron a diezmar a los pueblos indígenas por el desarrollo de patrones transculturales con la interacción entre culturas y la probable presencia de otras mico bacterias. Una de las limitantes que se enfrentan para analizar los perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas en la región, es la falta de información estadística desagregada por origen étnico en los sistemas estadísticos de salud.

Por lo tanto, los datos disponibles son en su mayoría locales, dispersos, vinculados a proyectos específicos sin continuidad una vez concluyen. Sin embargo, todos los datos revelan que, en el caso de la tuberculosis, las brechas entre los pueblos indígenas y el resto de la población se han mantenido, o incluso han aumentado a lo largo de las últimas décadas.

Se encontró en datos para el periodo 1990 a 2011, que la prevalencia de casos de tuberculosis en la región de LAC se redujo en 62%, y la prevalencia de muertes disminuyó

Este Resumen Ejecutivo es parte del estudio que se encuentra en la dirección <http://www.filac.org/wp/wp-content/uploads/2018/10/tbc.pdf> que ha sido elaborado como aporte a la solicitud del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de NU E/2018/43 E/C.19/2018/11.

1 PAHO-OMS. Informe de la reunión regional de jefes de programas nacionales de control de la tuberculosis. Programa regional de tuberculosis. San Paulo, Brasil – 07 al 10 de Agosto, 2012

en 61%. El 60% de todos los casos nuevos de tuberculosis que se registraron en el continente correspondieron a Brasil, Perú, México y Haití;² sin embargo, la incidencia de tuberculosis en población indígena es mayor que en población general (incidencias de 300 a 400 x 100 000 hab.); siendo las tasas más altas en población indígena de Brasil, con tasas de incidencias de tuberculosis de, 1 855,3 por 100 000 habitantes y 1156,8 por 100 000 habitantes, en 1993 y 2000 respectivamente.³

En Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Venezuela (República Bolivariana de), entre otros países, se han observado tasas más altas de tuberculosis en la población indígena respecto del resto de la población. En el caso del pueblo Guaraní del Estado Plurinacional de Bolivia, la prevalencia era de 5 a 8 veces más alta que el promedio nacional.⁴

Situación similar se observa en los pueblos indígenas en Perú y el Estado de Zulia en Venezuela, en donde se encontró que los pueblos indígenas Yukpas, Baríes, Paraujanos y Guajiros presentaban mayor morbilidad y mortalidad por tuberculosis.⁵

La misma tendencia se encontró en Colombia. En el período comprendido de 2001 a 2005 se registró una tendencia al aumento del número de casos de tuberculosis en miembros de pueblos indígenas de los departamentos de Amazonía, Cesar y Nariño. En 2005, el 88,3% de los casos correspondieron a tuberculosis pulmonar y el 11,7%, a tuberculosis extra pulmonar, y los grupos etarios afectados fueron los menores de 15 años, las personas de 55 a 64 años, y los mayores de 65 años. Del total de casos registrados en 2005, el 61,7% correspondió a personas indígenas y el 38,3%, a población no indígena. En algunos departamentos, como el de Cesar y Nariño se observó una variabilidad tanto en la tasa de incidencia como en la tasa de mortalidad en el período estudiado, siendo los más afectados, personas de pueblos indígenas. Los grupos de edad más afectados fueron las personas de 35 a 44 años (un 24% de los casos) y las personas de 45 a 54 años (un 21% de los casos).⁶ En 2009 se reportaron 11.122 casos de TB en Colombia, de los cuales el 6% afecto a pueblos indígenas. La incidencia del país era de 26 por 100.00, mientras que en pueblos indígenas alcanzó más de 80 por 100.000 hbt.⁷

2 OPS/OMS, 2012.

3 Bastia PC, Coimbra CE, Escobar AL, Santos RS. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(4): 338-42; mencionados por Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; *Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008.*

4 Neves Bóia y otros, 2009. Mencionado por CEPAL, 2014.

5 Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; *Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008.*

6 OPS, 2007, mencionado por CEPAL, 2014.

7 OPS-OMS. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

Cuadro
Chile, Paraguay y Perú: Tasa de incidencia de la tuberculosis según condición étnica,
varios años
Por cada 100,000 habitantes

	Servicios de salud	Población indígena	Población No indígena
Chile 2004 - 2006	Arica	121.9	18.0
	Antofagasta	57.3	7.9
	Arauco	28.0	12.0
	Bio Bio	23.0	11.9
	Araucanía Norte	16.2	10.5
	Araucanía Sur	21.6	10.0
	Valdivia	21.5	10.4
	Osorno	52.7	17.5
Paraguay 2005 y 2010	Todo el país	Población indígena	Población total
	2005	393.0	38.1
	2010	351.0	32.8
Perú 2005	Departamentos	Población Aymara	Población No Aymara
	Puno	33.0	19.6
	Moquegua	68.0	52.9

Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe regional 2011. Epidemiología, control y financiamiento, Washington, D.C., 2012 [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22425&Itemid=; Ana María Oyarce y Malva-Marina Pedrero, “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico: Pueblos Kawésqar, Yámana y Mapuche-williche. Región de Magallanes, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos”, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco”, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica”, serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, No 1, Santiago de Chile, MINSAL, 2006. Tomado de CEPAL. 2014.

Ahora bien, enfermedades asociadas a la TB entre indígenas han sido la desnutrición 23%, diabetes 20%, VIH 11%, alcoholismo 6% y 8% otras no identificadas.⁸

Por ejemplo, en la región de Veracruz, en México, se ha encontrado que la diabetes altera la respuesta al tratamiento antituberculoso debido a una disminución de los niveles del antibiótico en la sangre. Así, en el caso del antibiótico rifampicina, se ha observado una disminución del 53% de su concentración habitual en los pacientes que padecen el binomio de tuberculosis pulmonar y diabetes mellitus. Esto parece estar relacionado con la interacción de ese antibiótico con fármacos administrados para el control de la diabetes, tales como las sulfonilureas y las biguanidas, por lo que se reduce su eficacia y, en consecuencia, aumenta la predisposición a desarrollar resistencia. Se registra, por lo tanto, altas tasas de casos de diabetes no diagnosticados o mal controlados en personas indígenas que tienen enfermedades infecciosas como la tuberculosis, lo que incide sobre la condición infecciosa cuando el tratamiento no se acompaña de medidas de control de la diabetes. Por lo tanto, la diabetes debe considerarse un factor para el tratamiento preventivo de la tuberculosis en las zonas endémicas.

Después del África, la Región de las Américas reporta el mayor número de casos con diagnóstico de coinfección TB/VIH. Del total de personas afectadas por TB a los que se les realizó la prueba de VIH, 18% fueron positivos. Se encontró que, en el caso de Panamá, a nivel del país, se presentaron un 83.73 de coinfección entre los casos nuevos y 16.27% entre los retratamientos, sin embargo, entre indígenas en 2007, hubo 6.7% de coinfección y solo el 4.4% en 2008.⁹

Otro factor que está incidiendo en el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas vinculado a la TB son las migraciones voluntarias o forzadas y el desplazamiento de las comunidades indígenas de sus territorios ancestrales y, por lo tanto, se ha recomendado priorizar a los indígenas que migran a las ciudades porque se transforman en población de mayor riesgo.

Algunos desafíos para la organización de los servicios de control de la TB en pueblos indígenas

Uno de los principales desafíos para la organización de servicios de salud culturalmente pertinentes para los pueblos indígenas en LAC, es que su concepto de “salud” se deriva

8 Dra. Dolores Arana Saldaña. Éxitos y desafíos en los programas de control de la TBC en pueblos indígenas en México. OPS-OMS. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

9 Cecilia Arango. Control de la TBC en pueblos indígenas en Panamá.

de una visión holística que articula a las personas, familias, comunidad, pueblo y territorio para alcanzar en conjunto armonía y equilibrio. La salud indígena articula dimensiones biológica, psicológica, social, económica, política, ambiental, energética y espiritual.

La pérdida de la armonía o equilibrio del individuo o de la comunidad, surge ya sea por la alteración de condiciones propias del organismo, pero también puede tener sus causas en la familia, comunidad o en la naturaleza misma. Todas las acciones del individuo o de la colectividad, dentro de la comunidad, familia y naturaleza, tienen repercusiones en la salud o en generación de enfermedad y en ese contexto, los seres humanos forman parte integrante e interactuante del cosmos.

Un componente importante de esa visión de salud indígena, es la espiritualidad, en la cual la presencia de los espíritus de los muertos, los ancestros, o espíritus protectores de la naturaleza e incluso los malos espíritus no controlados, generan desequilibrios que afectan la salud. En ese contexto, cada pueblo indígena tiene su propia percepción sobre salud y enfermedad.

Tomando en cuenta lo anterior, en la organización de los servicios de atención para TB es importante saber cuál es la percepción del origen de la enfermedad para cada pueblo. Para algunos se trata de una enfermedad de dios, o una enfermedad del espíritu, o que el padecimiento es resultado de la hechicería, maleficio o la brujería, entre otras. Al respecto, en el Perú se realizó un exhaustivo estudio sobre los factores de riesgo y las percepciones, elementos que deben ser tomados en cuenta a la hora de diseñar y aplicar programas para la erradicación de la enfermedad. Según ese estudio, algunas causas que explican la enfermedad fueron: i) la humedad excesiva que es absorbida por el cuerpo como resultado del descuido de la propia persona; ii) la mala alimentación o la falta de alimento; iii) la maldad o la brujería, y iv) la causalidad mágica.¹⁰

El tipo de terapia también está relacionada con el origen de la enfermedad. Por ejemplo, los procedimientos curativos shamánicos, se basan en la recitación de encantos terapéuticos sobre un objeto, líquido o planta que le vincula con la o el paciente. Desde la percepción indígena, se supone que este tratamiento tendrá un efecto prácticamente inmediato sobre la enfermedad. Por lo tanto, la demora en la mejoría (más de dos días) es un indicio de error diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento emprendido. Es fácil imaginar que estas concepciones, aplicadas al tratamiento de la tuberculosis – que asocia los mismos antibióticos durante un período mínimo de 6 meses – pueda tener un

10 Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. Publica. Versión impresa ISSN 1726-4634 Rev. Perú. med. exp. salud publica v.27 n.1 Lima mar. 2010

impacto negativo en la adherencia al tratamiento.¹¹

A estas diversas percepciones sobre TB se suman aquellas referidas a diabetes y VIH cuando coexisten, complejizando el abordaje para la atención. También hay que tomar en cuenta, las concepciones referidas a la sexualidad al tratar el tema de VIH, la cual está definida por normas de control social comunitario y compartidos en las familias.

Estrategias utilizadas en la organización de programas de TB

Las principales estrategias utilizadas para la organización de programas de control de TB han sido:

- a) Participación comunitaria: líderes, agentes comunitarios y terapeutas tradicionales. La formación e incorporación de líderes y agentes comunitarios en las actividades del Sistema de salud pública para enfrentar la TB ha sido utilizada en varios países.
- b) Incorporación del programa de TB en la estrategia de APS. Algunos países han incorporado el control de TB en los programas de APS enfatizando en la gestión a agentes comunitarios, auxiliares de medicina simplificada y trabajadores comunitarios de salud.
- c) Inclusión del programa de TB en planes municipales y micro regionales. En otros casos hay experiencias con el involucramiento de las autoridades municipales o como parte de estrategias de desarrollo micro regionales. También se reportaron experiencias en las cuales las entidades de seguridad social, asumen la competencia de garantizar la entrega de los medicamentos para la TB. En las experiencias de involucramiento de los gobiernos municipales, se acompañaron de una red de vigilancia de salud pública integrada por promotores comunitarios. También se combinan con capacitación, diagnóstico local, un Sistema de información y Notificación, dotación permanente de medicamentos a las unidades de salud y la gestión con actores sociales y políticos locales.
- d) Descentralización del diagnóstico y tratamiento. Una de los mayores desafíos encontrados en las experiencias de atención a la TB en pueblos indígenas, es precisamente el diagnóstico por la dispersión de las comunidades, la distancia y dificultades de acceso hacia los centros en los cuales están los servicios concentrados, la discriminación que sufren las personas indígenas por la lengua y cultura y las condiciones socio económicas, entre otros. Por lo tanto, la descentralización del diagnóstico y el tratamiento ha sido una de las estrategias promovidas en las experiencias analizadas.

¹¹ Rojas, 2004.

La descentralización del diagnóstico y el tratamiento permitió, por ejemplo, en Ecuador alcanzar hasta 91,7 % de pacientes curados y un porcentaje muy bajo de abandono de tratamiento (1.58%).¹² Resultados similares se observa en otras experiencias, como es el caso de Paraguay en donde con la Estrategia APS en agentes comunitarios, se incrementó en la incidencia de casos nuevos de TB todas las formas, así como de la tasa de éxito y curación de la TBP BK+ con disminución de la mortalidad del 26.5 en el 2008 a 21.1/100.000 habitantes en el 2009.

- e) Establecimiento de albergues para pacientes y familiares. Algunos países como Panamá, Colombia y Perú han implementado diversos tipos de albergues durante el tratamiento de acuerdo a las características de cobertura de los servicios, distribución geográfica de la población y requerimientos del estado del/a paciente. En el caso de Perú, el albergue incluía a los familiares por un período de hasta 4 meses. La mayor dificultad de esta estrategia consiste en su difícil sustentación y el riesgo de limitar la adherencia al tratamiento por la extracción y descontextualización prolongada del paciente.
- f) Estrategias de salud intercultural. El análisis de las experiencias que se han promovido en la región de LAC para enfrentar la TB, permite identificar que en varias se han aplicado medidas que buscan romper con barreras de acceso a la salud que sufren los pueblos indígenas adoptando enfoques interculturales. Estas medidas se orientan a mejorar la calidad de los servicios de salud reconociendo los derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, el establecimiento de mecanismos de articulación entre el Sistema de Salud Occidental e Indígena, y asegurando la participación plena y efectiva de las comunidades.

Resultados alcanzados con las estrategias utilizadas

Las experiencias analizadas permitieron obtener resultados satisfactorios en cuanto al diagnóstico, la permanencia en el programa por la disminución del abandono, el incremento de curados, la reducción de la incidencia. Otros resultados importantes también fueron mejoramiento en los niveles de coordinación y gestión desde los ámbitos locales hasta nacionales. Se observaron mejores resultados cuando hubo coordinación comunitaria y compromiso de las estructuras políticas locales.

También fueron importantes las actividades de capacitación continua, información, educación y comunicación, especialmente cuando estas eran hechas por miembros de

¹² OPS-OMS, 2007.

las comunidades y en sus propios idiomas. Desde el inicio es importante plantear un trabajo conjunto con las autoridades comunitarias, y que el proceso en si contribuya al empoderamiento comunitario.

En la medida en que participan en la identificación de los determinantes en salud que afectan el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, se observa que se logra mejores resultados. La participación del personal voluntario, líderes y promotores de salud encargados de llevar adelante la estrategia de terapia observada directa es indispensable en zonas dispersas y con dificultades de acceso a los servicios de salud del Estado. El éxito de la estrategia depende igualmente de un adecuado sistema de capacitación y seguimiento.

Entre las lecciones aprendidas a partir del análisis de las distintas iniciativas, cabe mencionar las siguientes:

- a) La participación comunitaria, con involucramiento de autoridades indígenas amplia es indispensable.
- b) La articulación entre sistemas de salud pública e indígena tradicional es fundamental.
- c) El monitoreo conjunto y utilización de información relevante para la comunidad contribuye a la apropiación y sostenibilidad.
- d) La voluntad política desde el nivel central, acompañado de descentralización y apropiación del programa por el personal de salud local permite mejorar indicadores de curación.
- e) La participación multisectorial y construcción de alianzas es importante.
- f) La familia y la reciprocidad comunitaria son fundamentales
- g) La aplicación de una estrategia integral de TB permite abordar determinantes sociales de la salud.

Recomendaciones

A nivel comunitario

- a) Al considerar los pasos iniciales para una intervención para control de TB en comunidades indígenas, elaborar e implementar una estrategia para sensibilizar a las autoridades indígenas, gubernamentales y organizaciones comunales, de manera que incluyan en el plan de para priorizar las actividades en el control de la TB.

- b) Generar información para ser utilizada en las actividades de abogacía a través de la realización de un diagnóstico situacional participativo, para la identificación conjunta de problemas de salud, ubicar la importancia de la TB en la comunidad, así como los factores que inciden.
- c) En la organización del programa establecer unos mecanismos de concertación y articulación entre la medicina occidental y la tradicional indígena, definiendo los roles de terapeutas tradicionales, el uso de terapias indígenas, entre otros.
- d) En caso de que las comunidades cuenten con un plan de desarrollo comunitario o (plan de vida), promover que las actividades vinculadas al programa de TB se inserten el mismo, para garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.
- e) Establecer y mantener un sistema de información en la comunidad, que les permita conocer la situación de salud y en particular la referida a la TB utilizando indicadores que se generan en la propia comunidad.
- f) Vincular a pacientes y ex-pacientes, familiares, promotores y líderes como parte de la estrategia DOTS/TAES en la supervisión del tratamiento a las comunidades, especialmente en comunidades dispersas abordando de forma conjunta los factores políticos, ambientales, sociales y culturales que inciden en la adherencia o no, al tratamiento por parte de las y los pacientes en las comunidades indígenas.

A nivel nacional

- a) Para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los casos de TB en personas miembros de pueblos indígenas, se recomienda priorizar personas que viven en situación de riesgo, tales como:
 - Personas indígenas que viven en barrios marginales de ciudades, privados de libertad, migrantes y desplazados;
 - Personas indígenas con factores de riesgo: personas con VIH, con Diabetes Mellitus (DM), desnutridas, alcohólicos, usuarios de drogas.
- b) Incorporar en las políticas y programas para atención de TB en pueblos indígenas los casos de poblaciones desplazadas a grandes ciudades.
- c) Para disminuir la mortalidad por TB, adoptar medidas para descentralizar el

- diagnóstico precoz, fortaleciendo las redes de laboratorios, incorporando nuevas técnicas diagnósticas y utilizando las redes de articulación, gobernanza y salud tradicionales comunitarias y territoriales.
- d) Facilitar la participación comunitaria en las siguientes actividades: el tratamiento directamente observado (TDO), capacitación continua del personal de salud, sistemas de referencia y contra-referencia bien establecidos y en el fortalecimiento de los sistemas de información.
 - e) Prestar especial atención a los programas integrados de TB y VIH para: mejorar el acceso al diagnóstico de TB entre los infectados por el VIH, iniciando la Terapia Antiretroviral (TARV) a todo enfermo de TB/VIH lo más pronto durante el tratamiento de la TB, brindar tratamiento preventivo, diagnóstico oportuno de TB en VIH (abordaje sindrómico), tratamiento preventivo en personas con VIH y control de infecciones en los servicios de salud.
 - f) Ampliar estudios que permitan identificar y caracterizar el problema de la confección TB/VIH y propiciar el acceso de los pacientes con TB a la consejería, prueba voluntaria de VIH y a medidas de prevención y tratamiento de la infección VIH.
 - g) Garantizar la sostenibilidad financiera y administrativa de las acciones de prevención y control de la TB.
 - h) Promover la sistematización y el intercambio de experiencias entre países y regiones abordando diversos aspectos, incluidos aquellos que permitan evaluar y fortalecer el trabajo comunitario en la administración y adherencia del tratamiento supervisado.
 - i) Propiciar que los programas de salud en pueblos indígenas aborden factores determinantes de la TB, tales como el estado nutricional, alcoholismo y viviendas, entre otros.
 - j) Apoyar programas que permitan aumentar las capacidades técnicas y profesionales del personal comunitario, incluidas la asignación de cuotas para formación de médicos/as en las Universidades.
 - k) Fomentar el abordaje multisectorial entre instituciones del Estado, articulando entre programas y otras políticas públicas, prestando especial atención a los programas de protección social de manera que incorporen el enfoque del derecho a la salud universal como eje transversal.

A nivel internacional

- a) Utilizar el momento generado a raíz de los 40 años de la Declaración de Alma Ata y los ODS para movilizar la participación de la comunidad internacional en la promoción de la lucha contra la tuberculosis en los pueblos indígenas.
- b) Aumentar la sensibilización y la supervisión a escala mundial de la tuberculosis con un enfoque intercultural, integrando los valores culturales, tradiciones y modos de vida indígenas en las actividades de defensa del derecho a la salud.
- c) Promover la generación de recursos a nivel internacional para el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas.
- d) Concientizar, aprovechar y desarrollar las capacidades entre los pueblos indígenas sobre salud para orientar acciones hacia el control de la tuberculosis.
- e) Promover una mayor participación de los pueblos indígenas en la investigación sobre la tuberculosis, generando información desagregada por origen étnico en ámbitos nacionales y sub-nacionales, por grupo de riesgo y zonas geográficas, fomentando la diseminación por medios de información, incluidas revistas científicas.
- f) Promover que, en los programas de cooperación Sur- Sur, sean consideradas experiencias de los países para fortalecer la administración y adherencia al tratamiento de TB en comunidades distantes.

1. Introducción

La tuberculosis es una de las enfermedades que causa más muertes en el mundo, especialmente entre las personas infectadas por el VIH. En el 2016, hubo 10.4 millones de personas enfermas de tuberculosis a nivel global, y se registraron 1.7 millones de muertes relacionadas con la misma enfermedad.¹³ A pesar de que en América Latina se observa una transición epidemiológica, que se expresa por la sustitución de enfermedades transmisibles por enfermedades no transmisibles, el desplazamiento de la morbimortalidad de más jóvenes a la edad más avanzada, y el predominio de la morbilidad sobre la mortalidad; la tuberculosis se ha mantenido como un problema de salud que afecta de forma particular a los pueblos indígenas, exacerbando las desigualdades históricas.

Para 2010, en la Región de las Américas, todavía había alta carga y muerte por TB, siendo la segunda causa de muerte por un sólo agente infeccioso, sólo superado por el VIH. Para ese mismo periodo, se estimaron 267 mil casos de tuberculosis y 20 mil fallecidos en la Región; 10 países concentraron el 80% de los casos estimados de tuberculosis (todas las formas) y de ellos 3 países reportaron el 52% de los casos (Brasil, Perú y Haití). Después del África, las Américas reporta el mayor número de casos de Coinfección TB/VIH (se estiman 35 mil casos) y 8.100 casos de TB-MDR y TB-XDR (TB extensamente resistente).

Cada año se dejan de diagnosticar y tratar al menos 60.000 enfermos con TB al año, de éstos una elevada proporción son niños y mujeres; no se identifican y/o diagnostican 17 a 20.000 enfermos con TB infectados con el VIH, no se identifican y/o diagnostican 3.400 a 5.000 enfermos con TB – MR y, mueren al menos 20 a 26.000 enfermos con TB.¹⁴ Los análisis sobre TB en la región, identifican a los pueblos indígenas como uno de los grupos en riesgo.

Para el análisis de la tuberculosis en pueblos indígenas, es menester considerar los diversos factores que inciden en su perfil epidemiológico, especialmente cuando se toman en cuenta las intersecciones entre factores estructurales derivados de las condiciones de la colonización que se suman a los impactos del modelo de desarrollo extractivista y el racismo institucionalizado vigentes, los cuales generan condiciones como la pérdida de las formas de vida tradicionales, la migración y la urbanización, la pobreza, la precariedad de

¹³ *Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*, traducido por CDC Multilingual Services #287179.

¹⁴ PAHO-OMS. *Informe de la reunión regional de jefes de programas nacionales de control de la tuberculosis. Programa regional de tuberculosis. San Paulo, Brasil – 07 al 10 de Agosto, 2012*

la vivienda, la inseguridad alimentaria, la menor tasa de empleo, la pérdida de territorios e idiomas, así como los obstáculos para la participación política.

Este documento busca visibilizar la situación de la TB en pueblos indígenas en LAC y documentar medidas con pertinencia cultural adoptados en la organización de los servicios de salud para prevenir y tratar la TB, así como los resultados alcanzados. El documento concluye con recomendaciones para ámbitos locales, nacionales e internacional sobre aspectos a considerar para eliminar la TB en pueblos indígenas.

2. Tendencia de la TB en pueblos indígenas en LAC: brechas visibles en la información disponible

Se ha confirmado, a través de diversos estudios, que la TB es una enfermedad que estaba presente en los pueblos indígenas desde antes de la presencia europea. Se han documentado casos, especialmente en zonas desérticas de Perú y Chile en donde se han preservado tejidos blandos como pulmones, aunque también se ha observado lesiones en otros órganos. Los estudios sugieren que, con la presencia europea, la enfermedad desarrollo patrones transculturales por la interacción entre culturas y la probable presencia de otras microbacterias, contribuyendo a agudizar epidemias que diezmaron a los pueblos indígenas de la Región.¹⁵

Una de las limitantes que se encontró para la realización del análisis, es que no se cuenta con información estadística desagregada por origen étnico en los sistemas estadísticos de salud; por lo tanto, los datos disponibles sobre el perfil epidemiológico de pueblos indígenas, son en su mayoría locales, dispersos y vinculados a proyectos específicos. Sin embargo, todos revelan que, en el caso de la tuberculosis, las brechas entre los pueblos indígenas y el resto de la población se han mantenido, o incluso han aumentado a lo largo de las últimas décadas.

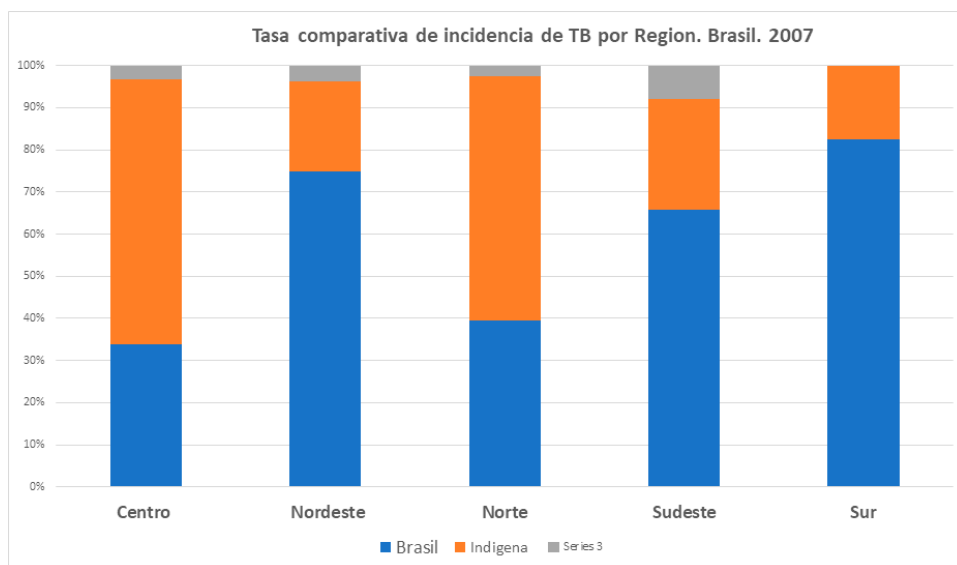
El análisis de datos para el periodo 1990 a 2011, indica que la prevalencia de casos de tuberculosis en la región de LAC se ha reducido en un 62%, y la prevalencia de muertes ha disminuido un 61%. Se estima que en 2011 se produjeron unos 268.400 casos de tuberculosis en el continente americano, esto es, 5.100 menos que en 2010. Alrededor de dos tercios (67%) del total de casos nuevos ocurrieron en América del Sur (un 29%, en la subregión andina y un 38%, en otros países); un 17% de los casos se registraron en México y en Centroamérica; un 11%, en el Caribe, y un 5.1%, en América del Norte.¹⁶

¹⁵ Souza SM. *Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2003; 98(Suppl 1): 151-59

¹⁶ CEPAL, 2014.

El Brasil ocupa actualmente el decimoséptimo lugar en el mundo y el primer lugar en América en lo que respecta al número total de nuevos casos (83.000). El 60% de todos los casos nuevos de tuberculosis que se registraron en el continente correspondieron al Brasil, el Perú, México y Haití (OPS/OMS, 2012). En ese contexto, sin embargo, se ha observado que la incidencia de tuberculosis en población indígena es mayor que en población general (incidencias de 300 a 400 x 100 000 hab.); siendo las tasas más altas en población indígena de Brasil, con tasas de incidencias de tuberculosis de 1 855,3 por 100 000 habitantes y 1156,8 por 100 000 habitantes, en 1993 y 2000 respectivamente.¹⁷

Cuadro 1



Fuente: OPS-OMS. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

Datos disponibles de 2002 revelan que, en Brasil, Paraguay o Nicaragua, hay sistemas de registro que permiten obtener información específica de los pueblos indígenas respecto a la TB y otros indicadores.¹⁸ Se valoraba que aún con la limitada y diversa

17 Basta PC, Coimbra CE, Escobar AL, Santos RS. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop. 2004; 37(4): 338-42; mencionados por Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008.

18 OPS-OMS. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas. Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)

información disponible, se apreciaba una mayor tendencia en la incidencia de TB en pueblos amazónicos y una relación casi directa con las dificultades de acceso geográfico, la ausencia de servicios básicos y de salud. La tasa más alta de incidencia de tuberculosis en pueblos indígenas era en Paraguay, que alcanzaba el 392 por 100.000 habitantes.

En Brasil, Chile, México, Paraguay, Perú y Venezuela (República Bolivariana de), entre otros países, se han observado tasas más altas de tuberculosis en pueblos indígenas respecto del resto de la población. En el caso del pueblo Guaraní del Estado Plurinacional de Bolivia, la prevalencia era de 5 a 8 veces más alta que el promedio nacional (Flowers, 1994, en Montenegro y Stephens, 2006). Otro estudio realizado en 2001 en comunidades indígenas de Iauarete, en el norte del Brasil, permitió igualmente comprobar que la tuberculosis tiene una alta tasa de incidencia en pueblos indígenas.¹⁹

Cuadro No. 2

Chile, Paraguay y Perú: Tasa de incidencia de la tuberculosis según condición étnica, varios años por cada 100,000 habitantes

	Servicios de salud	Población indígena	Población No indígena
Chile 2004 - 2006	Arica	121.9	18.0
	Antofagasta	57.3	7.9
	Arauco	28.0	12.0
	Bio Bio	23.0	11.9
	Araucanía Norté	16.2	10.5
	Araucanía Sur	21.6	10.0
	Valdivia	21.5	10.4
	Osorno	52.7	17.5
Paraguay 2005 y 2010	Todo el país	Población indígena	Población total
	2005	393.0	38.1
	2010	351.0	32.8
Perú 2005	Departamentos	Población Aimara	Población No Aymara
	Puno	33.0	19.6
	Moquegua	68.0	52.9

Fuente: OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), *La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe regional 2011. Epidemiología, control y*

¹⁹ Neves Bóia y otros, 2009. Mencionado por CEPAL, 2014.

financiamiento, Washington, D.C., 2012 [en línea] http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22425&Itemid=; Ana María Oyarce y Malva-Marina Pedrero, “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico: Pueblos Kawésqar, Yámana y Mapuche-williche. Región de Magallanes, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos”, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco”, Santiago de Chile, MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica”, serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, No 1, Santiago de Chile, MINSAL, 2006. Tomado de CEPAL. 2014.

De igual manera, se ha observado que los pueblos indígenas en Perú han presentado una incidencia más alta de TB que la población general, coincidiendo también con información del Estado Zulia Venezuela, que identificó que los pueblos indígenas Yukpas, Baríes, Paraujanos y Guajiros del estado de Zulia presentaban mayor morbilidad y mortalidad por tuberculosis.²⁰ Situación similar se observó en un estudio realizado en México.

Recuadro No.1 Estudio sobre TB y pueblos indígenas en México

De la población total de México, que asciende a 112 millones de habitantes, aproximadamente el 12% son indígenas, distribuidos en 99% de los 2, 457 municipios del país, y en su gran mayoría expuestos a vulnerabilidad social y marginación. Es habitual que tengan viviendas precarias, que sean relativamente pobres y que presenten tasas más altas de consumo de alcohol y un riesgo más alto de padecer diabetes mellitus (5-8). Estos factores los predisponen a contraer tuberculosis (5-9) y a tener problemas con el cumplimiento del esquema de tratamiento contra la TB.

En los primeros cuatro años del período de estudio (2009 al 2012) y en relación con todos los casos nuevos de tuberculosis notificados en todo el país, la tasa de notificación fue más alta en los municipios que tenían $\geq 50\%$ de habitantes indígenas (con un intervalo de 20,8 en el 2009 a 17,7 en el 2012).

De los 96, 195 casos nuevos y los 8, 763 casos ya tratados durante el periodo; entre las dos categorías de enfermos (n = 104 958), 64, 848 (62%) eran hombres,

²⁰ Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; *Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008*.

20, 771 (20%) tenían diabetes mellitus y 7, 602 (7%) eran seropositivos al VIH. En los casos nuevos de tuberculosis, la tasa de éxito terapéutico fue superior al 80% (intervalo: 81%-84%) en los tres grupos de municipios, mientras que, en los casos tratados anteriormente, fue del 64%, el 61% y el 69% en los municipios con una proporción baja (< 25%), intermedia ($\geq 25\%$ a < 50%) y alta ($\geq 50\%$), respectivamente ($P = 0,03$). La proporción de resultados adversos (fracasos, defunciones, pérdidas durante el seguimiento y no evaluados) registrados en los casos tratados anteriormente fue superior a la de los casos nuevos.

Algunas implicaciones interesantes derivadas del estudio son las siguientes:

- a. Aunque la Secretaría de Salud es el órgano responsable de supervisar todas las actividades relativas a la tuberculosis en México, delega su labor en ocho instituciones colaboradoras, que se ocupan de detectar los casos de tuberculosis y tratarlos en diversas poblaciones del país (corporaciones y seguridad social). Estos no tienen instaurado un método sistemático que permita comprobar si: 1) realmente se están realizando las actividades de detección de casos, y 2) los establecimientos encargados del diagnóstico de la tuberculosis son accesibles y disponen de los recursos necesarios. No hay forma de confirmar si se notifican todos los casos de tuberculosis que se diagnostican, ni si estos comienzan el tratamiento. Los autores concluyen, por lo tanto, que sería recomendable realizar alguna investigación operativa específica para detectar las posibles lagunas en estos aspectos fundamentales del control de la tuberculosis sobre los que no hay datos suficientes.
- b. Es conveniente mejorar la vigilancia de la incidencia y la prevalencia general en diversos grupos de población. Para ello recomiendan acceder a los datos desglosados de vigilancia a nivel nacional que permitan estimar las tasas de casos de tuberculosis en diferentes grupos raciales y étnicos, incluidas los pueblos indígenas, incluyendo una variable étnica en los registros de la tuberculosis y en el sistema de vigilancia nacional de la tuberculosis.
- c. En México, uno de cada cinco enfermos de tuberculosis padece diabetes mellitus, por lo tanto, también es necesario tener en cuenta esta categoría.
- d. Uno de cada tres enfermos de tuberculosis tratados anteriormente tuvo un desenlace terapéutico adverso, porque presenta una prevalencia mayor de farmacoresistencia y fomenta la propagación dentro de la comunidad.

- e. En resumen, el estudio reveló una tendencia descendente de la notificación de casos nuevos de tuberculosis en los municipios con una proporción de indígenas $\geq 50\%$, lo cual no se observó en los otros dos grupos de municipios (proporción de indígenas $< 25\%$ y $\geq 25\%$ a $< 50\%$) ni en los pacientes tratados anteriormente. Así mismo, el desenlace terapéutico de los casos nuevos de tuberculosis fue mejor que el de los casos de tuberculosis tratados anteriormente. Las recomendaciones que se derivan del estudio son:
- a. La importancia de definir mejores maneras de detectar los casos de tuberculosis (en cuanto al número y las características) en los pueblos indígenas;
 - b. Disponer de un numerador para calcular con exactitud las tasas de notificación de los casos de tuberculosis en los pueblos indígenas y hacer comparaciones; y,
 - c. Necesidad de evaluar variables sociodemográficas y ecológicas que podrían tener una relación estrecha con la enfermedad.

Fuente: Medel Romero BC, Castellanos Joya M, García Avilés MA, Martínez Navarro R, Decroo T, Zachariah R. Tuberculosis among indigenous municipalities in Mexico: analysis of case notificación and treatment outcomes between 2009 and 2013. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(1):32-37.

Los datos disponibles en Colombia también concluyen con información similar. En el período comprendido de 2001 a 2005 se registró una tendencia al aumento del número de casos de tuberculosis en miembros de pueblos indígenas de los departamentos de Amazonía, Cesar y Nariño. En Amazonía, las mayores tasas se observaron en La Chorrera (168 casos cada 100.000 personas), Puerto Nariño (167 casos) y Leticia (142 casos). En 2005, el 88,3% de los casos correspondieron a tuberculosis pulmonar y el 11,7%, a tuberculosis extra pulmonar, y los grupos etarios afectados fueron en menores de 15 años y en personas mayores de 55 años.

Del total de casos registrados de TB en 2005, el 61,7% correspondió a personas indígenas y el 38,3%, a población no indígena. En el departamento de Cesar se observó una variabilidad tanto en la tasa de incidencia como en la tasa de mortalidad en el período estudiado, y los más afectados fueron los indígenas. La misma situación se produjo en Nariño, donde los más afectados fueron los miembros del pueblo indígena Awa, con una tasa de incidencia en 2005 de 85,5 casos por cada 100.000 habitantes. Los grupos de edad más afectados fueron las personas de 35 a 44 años (un 24% de los casos) y las personas

de 45 a 54 años (un 21% de los casos).²¹ En 2009 se reportaron 11.122 casos de TB en Colombia, de los cuales el 6% afectó a pueblos indígenas. La incidencia del país era de 26 por 100.000, mientras que en pueblos indígenas alcanzó más de 80 por 100.000 hbt.²²

Recuadro No. 2 **Estudio sobre TB en pueblos indígenas de Perú**

Los resultados de un estudio sobre TB y pueblos indígenas realizado entre pacientes autoidentificados²³ como indígenas que acudieron a los establecimientos de salud y fueron registrados en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN PCT) del MINSA, para recibir tratamiento antituberculoso durante el año 2008 (1 de enero al 31 de diciembre), demuestra la brecha entre pueblos indígenas y el resto de la población.

La identificación de los pacientes indígenas fue a través de una entrevista realizada por el personal local de la ESN PCT para conocer si hablaba una lengua nativa y si se auto-reconocía como indígena. Es importante señalar que, para ello, se capacitó a las coordinaciones regionales de la estrategia antes del inicio del recojo de información, y, luego las personas capacitadas replicaron lo aprendido en las redes, micro redes y establecimientos de salud locales. Se puso especial énfasis en localidades de la costa para identificar a los pacientes indígenas, pues existe la percepción de que en esas zonas no existe población indígena. Para verificar el cumplimiento de estas actividades se realizó el seguimiento a las coordinaciones regionales vía electrónica y telefónica, así como visitas de supervisión durante el tiempo de vigencia del estudio.

La información de pacientes con TB multidrogorresistente (MDR) fue contrastada con la base de datos de cultivos para M. tuberculosis del INS; y, la información demográfica y características de presentación de la infección tuberculosa, como los casos de TB frotis positivos nuevos, antes tratados, tuberculosis MDR, Coinfección con TB/VIH – TBFP y Coinfección con TB/VIH - TB MDR, fue obtenida de la ESN PCT. Para el cálculo de la incidencia

²¹ OPS, 2007, mencionado por CEPAL, 2014.

²² OPS-OMS. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

²³ La o el paciente que cumpla con al menos dos de los siguientes criterios se definía como indígena: el autorreconocimiento, el idioma y la comunidad de nacimiento.

de tuberculosis en pueblos indígenas, se utilizó la información del Censo Nacional de Comunidades Indígenas del 2007.

Se encontró 702 personas indígenas con tuberculosis, presentando mayor incidencia que el resto de la población, (106 por 100 mil habitantes). Es importante destacar que los autores consideran que hubo subregistro de pacientes con tuberculosis, puesto que en el caso de Lima que acumula el 80% de los casos, no se encontró casos de TB en indígenas y que la falta de estadísticas vitales o de servicios desagregados por origen étnico, sexo y grupos etarios, dificulta la evaluación adecuada.

Los pacientes indígenas andinos quechuas presentaron 60,0% de casos de tuberculosis nunca tratados y 57,0% de los pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo nuevos (TBP FP nuevos); así como 68,2% de casos con tuberculosis antes tratados. Se evidenció la presencia de pacientes indígenas con coinfección de TB y VIH, (5/702; 0,7%). Cuatro de ellos fueron indígenas andinos quechuas y un indígena amazónico, confirmado con frotis positivo.

Los pobladores indígenas andinos quechuas presentan la mayor cantidad de pacientes con TB (417/702) con 59,4%; siguen en orden descendente los pobladores indígenas amazónicos (201/702) con el 28,6% de los cuales la mayoría (60%) fueron Ashaninka (Campas), Shipibo y Matsiguenga. En tercer lugar, siguieron los indígenas Aymaras (84/702) con 12,0% de los pacientes diagnosticados con TB. A pesar de que el mayor número de casos fueron los indígenas andinos quechuas y Aymaras, no muestran una alta incidencia, debido a que tienen un alto número de población; en cambio, los amazónicos Cashibo Cacataybo, seguido de Harakmbut, Shipibos y Matshigengas, tenían la mayor tasa de incidencia.

El análisis por regiones permitió observar que la mayor cantidad de pacientes indígenas con TB, se encuentran en la región de Ayacucho (346/702; 49,3%), seguido de Puno (79/702; 11,3%), Tacna (52/702; 7,4%) y Ucayali (43/702; 6,1%). En cuanto a la tasa de incidencia regional de TB, se observa que la región con mayor incidencia de TB en población indígena es La Libertad, seguido de Cusco, Ayacucho y Ucayali. La mayor incidencia en la región de La Libertad podría explicarse porque el denominador de población indígena en dicha región es inferior a lo presentado en las demás regiones, al existir pocos pobladores quechuas.

Por otro lado, se observa que el incremento de la tuberculosis a partir de los 10 años en adelante, tendencia que se mantiene en los grupos de mayor actividad económica (20 a 64 años adultos); y disminuye posteriormente en los grupos de más de 65 años (adultos mayores), siendo los pobladores quechuas los que presentan el mayor número de pacientes con TB en las edades de adultos (302/417) y adultos mayores (63 /417). Así mismo, se debe mencionar que tanto la población indígena como la población general del Perú presentan un patrón similar de comportamiento de la tuberculosis a nivel de grupos etarios.

Tabla 2. Distribución de la tuberculosis en población indígena según grupo étnico y regiones Perú 2008.

Variables estudiadas	Indígena Amazónico			Indígena andino Quechua			Indígena andino Aymara			Total		
	n	(%)	Incid*	n	(%)	Incid*	n	(%)	Incid*	n	(%)	Incid*
Grupos étnicos												
Andino (Quechuas)	-	-	-	417	(100,0)	103,7	-	-	-	417	(100,0)	103,7
Andino (Aymaras)	-	-	-	-	-	-	84	(100,0)	175,1	84	(100,0)	175,1
Ashaninka (Campas)	66	(32,8)	89,0	-	-	-	-	-	-	66	(100,0)	89,0
Shipibo	38	(18,9)	230,0	-	-	-	-	-	-	38	(100,0)	230,0
Matsigenka	23	(11,4)	222,6	-	-	-	-	-	-	23	(100,0)	222,6
Aguaruna	20	(10,0)	42,3	-	-	-	-	-	-	20	(100,0)	42,3
Shawi	13	(6,5)	92,0	-	-	-	-	-	-	13	(100,0)	92,0
Huambisa	11	(5,5)	106,0	-	-	-	-	-	-	11	(100,0)	106,0
Yanesha	7	(3,5)	153,1	-	-	-	-	-	-	7	(100,0)	153,1
Quichua	6	(3,0)	197,3	-	-	-	-	-	-	6	(100,0)	197,3
Achuar	4	(2,0)	121,4	-	-	-	-	-	-	4	(100,0)	121,4
Cashibo-Cacataybo	6	(3,0)	400,9	-	-	-	-	-	-	6	(100,0)	400,9
Nomatsiguenga	2	(1,0)	53,9	-	-	-	-	-	-	2	(100,0)	53,9
Quechua - Lamistas	2	(1,0)	64,0	-	-	-	-	-	-	2	(100,0)	64,0
Amarakaire	1	(0,5)	133,0	-	-	-	-	-	-	1	(100,0)	132,9
Harakmbut	1	(0,5)	360,5	-	-	-	-	-	-	1	(100,0)	360,5
Shapra	1	(0,5)	45,0	-	-	-	-	-	-	1	(100,0)	45,0
Regiones												
Ayacucho	24	(11,9)	10389,6	322	(74,5)	157,8	-	-	-	346	(49,3)	169,4
Puno	-	-	-	45	(10,4)	58,9	34	(49,3)	559,3	79	(11,3)	95,9
Tacna	-	-	-	17	(3,9)	268,0	35	(50,7)	86,9	52	(7,4)	111,6
Ucayali	43	(21,4)	139,7	-	-	-	-	-	-	43	(6,1)	139,7
Loreto	30	(14,9)	95,7	-	-	-	-	-	-	30	(4,3)	95,7
Junin	30	(14,9)	52,1	-	-	-	-	-	-	30	(4,3)	52,1
Amazonas	27	(13,4)	52,9	-	-	-	-	-	-	27	(3,9)	52,9
Cusco	24	(11,9)	250,6	-	-	-	-	-	-	24	(3,4)	250,6
Pasco	15	(7,46)	93,3	-	-	-	-	-	-	15	(2,1)	93,3
Ancash	-	-	-	15	(3,5)	57,6	-	-	-	15	(2,1)	57,6
Apurimac	-	-	-	13	(3,0)	42,4	-	-	-	13	(1,9)	42,4
Lambayeque	-	-	-	10	(2,3)	-	-	-	-	10	(1,4)	53,8
San Martín	6	(2,99)	84,4	-	-	-	-	-	-	6	(0,9)	84,4
Huancavelica	-	-	-	4	(0,9)	13,6	-	-	-	4	(0,6)	13,6
La Libertad	-	-	-	4	(0,9)	500,0	-	-	-	4	(0,6)	500,0
Madre de Dios	2	(1,0)	153,9	-	-	-	-	-	-	2	(0,3)	153,9
Arequipa	-	-	-	2	(0,5)	128,3	-	-	-	2	(0,3)	128,3
Cajamarca	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Callao	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Huánuco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Ica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Lima	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Moquegua	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Piura	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Tumbes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	(0,0)	-
Total	201	(100,0)	89,9	432	(100,0)	115,1	69	(100,0)	148,9	702	(100,0)	108,8

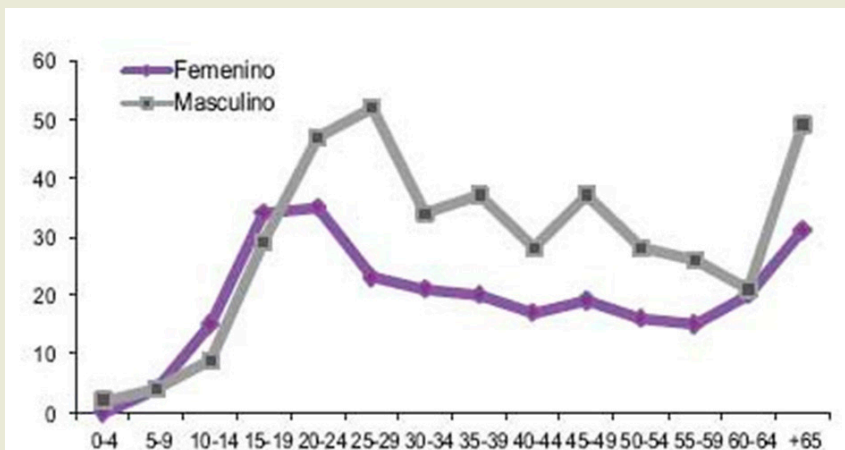


Figura 2. Distribución de la incidencia de pacientes indígenas del Perú con TBP FP por grupo etario y sexo 2008.

De los 702 pacientes identificados (473/702; 66,5%) fueron TBP FP nuevos, afectando más a los grupos jóvenes y la distribución de los casos involucra a cinco regiones. La accesibilidad geográfica de muchos pacientes, en especial los indígenas amazónicos, dificulta el acceso oportuno a tratamiento y obstaculiza la accesibilidad a un diagnóstico adecuado, puesto que las pruebas de diagnóstico de resistencia (cultivos y pruebas de sensibilidad) están implementados en su mayoría en laboratorios regionales ubicados generalmente en las capitales de las regiones.

Fuente: Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. Publica. Versión impresa ISSN 1726-4634. Rev. Perú. med. exp. salud publica v.27 n.1 Lima mar. 2010.

Aunque en términos epidemiológicos Chile se encuentra en un nivel cercano a la erradicación de la enfermedad, con tasas inferiores a 20 casos por cada 100.000 habitantes, se observa que entre los grupos de riesgo en que se concentra la enfermedad están los pueblos indígenas, en cifras que se han mantenido a lo largo de la última década.

Tabla No. 3
Proporción de casos de tuberculosis -todas las formas- según grupos de riesgo. Chile 2013

Grupo de riesgo	%
Co-infección VIH	8,7%
Extranjeros	8,4%
Alcoholismo/drogadicción	6,4%
Población privada de libertad	3,9%
Diabetes mellitus	3,4%
Pueblo indígena	2,5%
Situación de calle*	2,4%
Contactos	1,4%

Fuente: Programa de Tuberculosis. Informe de situación 2013.
 *Sinónimo: vagabundo.

Fuente: Tania Herrera M. Directora del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. Risk groups for tuberculosis in Chile. Ministerio de Salud. Chile.

Revista chilena de infectología. versión impresa ISSN 0716-1018. Rev. chil. infectol. vol.32 no.1 Santiago feb. 2015 <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000200002>

Estimaciones de las tasas de mortalidad por tuberculosis realizadas en el período comprendido de 2001 a 2003 en Chile en determinadas áreas donde se concentran los pueblos indígenas revelaron que dichas tasas son sistemáticamente más elevadas en ellos, respecto a la población no indígena, en particular en el área del Servicio de Salud Arica (en el norte del país), en que se concentra población indígena del pueblo Aymara: la tasa ajustada de mortalidad por tuberculosis resultó de 14,4 por cada 100.000 personas indígenas, frente a una tasa de 2,2 por cada 100.000 habitantes no indígenas.²⁴

A pesar de que no se dispone de mucha información específica sobre la relación entre diabetes, VIH y TB en pueblos indígenas, se ha observado que las personas con diabetes corren mayor riesgo de padecer tuberculosis (de 2,5 a 3 veces más riesgo), porque tienen una respuesta inmunológica disminuida, por lo que se dificulta el control de esta última

²⁴ *Idem.*

del antibiótico en la sangre. Así, en el caso del antibiótico rifampicina, se ha observado una disminución del 53% de su concentración habitual en los pacientes que padecen el binomio de tuberculosis pulmonar y diabetes mellitus. Esto parece estar relacionado con la interacción de ese antibiótico con fármacos administrados para el control de la diabetes, tales como las sulfonilureas y las biguanidas, por lo que se reduce su eficacia y, en consecuencia, aumenta la predisposición a desarrollar resistencia (Pérez Navarro y Zenteno, 2012).

Por lo tanto, se registran altas tasas de casos de diabetes no diagnosticados o mal controlados en personas indígenas que tienen enfermedades infecciosas como la tuberculosis, lo que incide sobre la condición infecciosa cuando el tratamiento no se acompaña de medidas de control de la diabetes. Por lo tanto, es conveniente considerar que la diabetes debe considerarse un factor para el tratamiento preventivo de la tuberculosis en las zonas endémicas (FID, 2012).

Después del África, la Región de las Américas reporta el mayor número de casos con diagnóstico de coinfección TB/VIH. El examen a través de las pruebas para VIH en los afectados por TB se mantuvo estable, de 42% en el 2006 a 46% en el 2010, 6 países superaron el promedio regional: Haití (67%), Ecuador (66%), Guatemala (63%), República Dominicana (60%), Nicaragua (56%) y Honduras (54%). Del total de personas afectadas por TB a los que se les realizó la prueba de VIH, 18% fueron positivos, lo que evidencia un problema por el alto porcentaje de pacientes a los que no se les realiza la prueba y podría ser una de las causas de las altas tasas de fallecidos por no haberseles administrado oportunamente los antirretrovirales.

En el caso de Panamá a nivel del país se presentaron un 83.73 de coinfección entre los casos nuevos y 16.27% entre los retratamientos, sin embargo, entre indígenas en 2007, hubo 6.7% de coinfección y el 2008 solo el 4.4%.²⁶

Otro factor que está incidiendo en el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas vinculado a la TB son las migraciones voluntarias o forzadas y el desplazamiento de las comunidades indígenas de sus territorios ancestrales. Se ha planteado que 40% de la población indígena en la región, vive en contextos urbanos. Estudios en Perú, señalaban que, a pesar de la alta concentración de indígenas en Lima, se sospechaba de un subregistro de casos de TB en dicha población y, se agregaba que hay regiones que reciben migración laboral proveniente de la costa. Se recomendaba priorizar a los indígenas que migran a las ciudades porque se transforman en población de mayor riesgo para TB.

²⁶ Cecilia Arango. *Control de la TBC en pueblos indígenas en Panama.*

3. Principales desafíos para la organización de servicios interculturales para la atención de la tuberculosis en LAC

Uno de los principales desafíos para la organización de servicios de salud culturalmente pertinentes para los pueblos indígenas en LAC, es que el concepto de “salud” para los Pueblos Indígenas se deriva de una visión holística que articula a las personas, familias, comunidad, pueblo y territorio para alcanzar en conjunto armonía y equilibrio. La salud indígena incorpora dimensiones biológica, psicológica, social, económica, política, ambiental, energética y espiritual.

La pérdida de la armonía o equilibrio del individuo o de la comunidad, surge ya sea por la alteración de condiciones propias del organismo, o por causas en la familia, comunidad o en la naturaleza misma. Todas las acciones del individuo o de la colectividad, dentro de la comunidad, familia y naturaleza, tiene repercusiones en la salud o en la enfermedad. La medicina tradicional indígena, por lo tanto, considera a los seres humanos parte integrante e interactuante del cosmos y la sociedad.

Un componente importante de esa visión de salud indígena, es la espiritualidad, en la cual la presencia de los espíritus de los muertos, los ancestros, o espíritus protectores de la naturaleza e incluso los malos espíritus no controlados, generan desequilibrios que afectan la salud. En ese contexto, la percepción de cada pueblo indígena sobre el origen de la enfermedad es variada.

Por ejemplo, para el pueblo indígena Miskitu,²⁷ la vida espiritual proviene de los poderes que existen en el universo, independientemente de los seres humanos, quienes también están bajo su influencia. Los espíritus a los que se refieren son Liwa,²⁸ Lasa, Duhindu, Patas, Unta Dukia y Setan. También hay espíritus vinculados a las almas de los muertos: Kukra, Bakol, Isingni, Raiti Uplika. Algunas formas de contacto de los espíritus con los

27 Entienden por espiritualidad los conocimientos y practicas culturales que aseguran la coexistencia pacífica entre las personas, los seres sobre naturales y las energías de los ancestros. Para ello hay un código de conducta que debe ser respetado para evitar las represalias de los espíritus. Se diferencia de religiosidad en tanto este es definido como las creencias y practicas adoptadas por sus culturas de las Iglesias evangelizadoras para articularse al mundo impuesto, pero del cual se han apropiado.

28 Algunos espíritus son protectores de los recursos de la naturaleza; como: Liwa- espíritu que protege los seres que viven en el agua; Duhindu- cuidan los animales en llanos y pantanos; Unta Dukia- dueño de los bosques. Setan es espíritu para causar males. Los espíritus de los muertos se refieren a las fuerzas espirituales del alma de la persona muerta que están en un espacio intermedio entre los seres vivos y los Espíritus.

seres humanos se producen a través de fenómenos de la naturaleza, como Alwani (rayo), Pauss (Viento fuerte arremolinado) y el enfriamiento (Kauhla).

Ahora bien, el acceso a las fuerzas espirituales está restringido, y depende de la esencia de los seres humanos. El cuerpo humano es caliente, los espíritus, son fríos. A pesar de esta diferencia, hay una relación de mutua atracción: los espíritus siempre andan buscando la relación con las personas porque les gusta su compañía y, las personas necesitan del poder de los espíritus para controlar la naturaleza y a otros seres humanos.²⁹ En ese contexto, los espíritus se comportan siguiendo algunos principios; a saber: a) los espíritus protegen los recursos naturales y castigan las acciones humanas no deseables; b) los espíritus disfrutan de la compañía humana y la buscan; y, c) los espíritus no toleran la esencia humana caliente y toman represalias cuando ocurre el contacto.

Cuando se produce el contacto entre los espíritus y los seres humanos sin un adecuado control, surge la enfermedad. La enfermedad se entiende, por lo tanto, como posesión espiritual de las personas: el espíritu entra en el cuerpo y provoca desordenes emocionales, físicos, mentales. Cuando el contacto es provocado por terceros, se conoce como Puisin y, puede ser directo o a través de la distancia, que se conoce como Trik Munan. Tanto la TB como VIH, son enfermedades indígenas consideradas mortales – los términos utilizados para denominarlos son Dus Lawan o Puisin o Trick Munan o Hechizo.

En el caso del Pueblo Maya en Guatemala, las prácticas de salud indígena se basan en los siguientes principios.

- A. El equilibrio entre lo frío y lo caliente
- B. El equilibrio mecánico del cuerpo
- C. Equilibrio entre persona y entorno
- D. Sobrecargas de energías

Para restablecer el equilibrio perdido ante un caso de enfermedad, la atención en la salud indígena, comienza con la auto-atención en el hogar, en donde se aplican terapias comunes en la memoria colectiva de cada pueblo. A la comunidad le corresponde el segundo escalón en la organización para la atención de la enfermedad y, en el tercer escalón se ubican las y los terapeutas tradicionales: Comadrona, Sacerdote Maya, Guía espiritual, Curandero-a general, de niños/as, de caída de matriz, Huesero-a, Chayero-a, otros.

²⁹ Pérez, 2003. *Cosmovision, comportamiento y Sida. Un estudio de antropología medica entre los Miskitus. BID. Honduras, junio del 2002.*

La mayoría de los/as terapeutas tradicionales tienen una práctica basada en una práctica religiosa o espiritual, (que puede ser católica, evangélica, Maya, etc.). En el caso de los sacerdotes Mayas o los guías espirituales se basan en el manejo del calendario Maya, y en la simbología relacionada con la cosmovisión Maya. El/la terapeuta tradicional posee el Don y las habilidades innatas desde su nacimiento, sin embargo, debe esperar las señales del Ajau y los llamados de los antepasados para aprender y ejercer los métodos y técnicas que conducen a mantener o restaurar el equilibrio. La revelación del Don es el inicio del aprendizaje que se hace principalmente de forma oral, a través de sueños, la observación y experimentación. Este recorrido de la persona enferma, es un aspecto central a considerar en la organización de los servicios de salud para comunidades indígenas.

En el caso de Panamá, para el pueblo Ngobe Bugle, la salud es el resultado de la relación armónica entre la naturaleza y los seres humanos con los dioses. Cuando se rompe la armonía entre estos elementos se produce la enfermedad. Hay enfermedades que provienen de causas naturales, y otras que son espirituales. Estas últimas solo pueden ser tratadas por los sukias.

La medicina del pueblo Guna, consiste en el uso de plantas medicinales y cantos terapéuticos. Hay cantos a la muerte, para el parto, canto del ají picante para los casos de las personas muy graves, entre otros. Para los Gunas “las plantas fueron las primeras personas, antes que el hombre; estos seres fueron los que escucharon los mandatos de nuestros creadores y por eso son mucho más cercanos a ellos”.³⁰

Los sueños juegan un papel importante en las terapias y, en algunos casos se definen como la antesala de la enfermedad y la muerte, puesto que por la brujería o por la intervención de algún espíritu, el alma se separó del cuerpo durante el sueño y emprendió un viaje al mundo de los muertos.³¹ Cuando las enfermedades son “espirituales”, a través de la terapia, la o el Sukia expulsa las fuerzas del mal y restablece las fuerzas del bien; busca restablecer la armonía en la relación cuerpo– espíritu. Las terapias también se acompañan de dietas especiales, aislamiento, pócimas a base de plantas, sahumeros, vigiliyas, entre otros.

El proceso de formación de una Shaman o un Sukia inicia desde la “gestación” y cuando nace es adiestrado. Aprende sobre botánica, cantos terapéuticos, aprende a diagnosticar utilizando un sistema de conocimiento propio. También aprende a utilizar diversos

³⁰ Díaz Mayorga, R.; *Visión chamánica. La Medicina Tradicional Kuna (Tule)*
Entrevista con el dirigente Kuna Abadio Green Stocel – Manipiniktikiya. Medellín, Colombia, Octubre 2 de 2006.

³¹ Davis Villalba y autoridades y líderes Ngobe Bugle. OPS. Noviembre, 2001

productos como el tabaco u otros, para poder mirar, diagnosticar, y después pensar cómo debe curar. También aprenden a través de los sueños. Su poder se evidencia por sus posibilidades de dominar las fuerzas sobrenaturales. Es considerado un enviado de los dioses para proteger a la humanidad y desde pequeño es entrenado por un maestro. Dicho entrenamiento puede durar 15 o 20 años. Durante su entrenamiento debe aprender a combinar conocimientos botánicos con las técnicas de dominio sobrenatural.

Tomando en cuenta los ejemplos antes indicados, en la organización de los servicios para control de la TB es importante conocer la percepción del origen de la enfermedad para cada pueblo indígena. Para algunos se trata de una enfermedad de dios, o una enfermedad del espíritu, o consideran que el padecimiento es resultado de la hechicería, maleficio o la brujería, entre otros. Al respecto, en el Perú se realizó un exhaustivo estudio sobre los factores de riesgo y las percepciones sobre TB y los resultados indican que algunas de las causas para explicar la enfermedad fueron: i) la humedad excesiva que es absorbida por el cuerpo como resultado del descuido de la propia persona; ii) la mala alimentación o la falta de alimento; iii) la maldad o la brujería, y iv) la causalidad mágica.³²

Al explorar condiciones culturales de prevención para evitar la TB en población amazónica en el río Napo Loreto, se ha observado que los pobladores la consideran una enfermedad de la costa, y que no puede producir enfermedad en población amazónica.³³ Un estudio realizado en el pueblo Desana, uno de los pueblos de la familia Tukano de la Amazonía de Brasil, reportó que las enfermedades son clasificadas como enfermedades de los blancos y enfermedades tradicionales. Las enfermedades de los blancos tienen extrema virulencia, carácter agudo y transitorio, corto período de incubación y de infecciosidad, alto poder de contagio, mientras que las enfermedades tradicionales son de carácter endémico, evolución generalmente crónica, longevidad del agente causante, su capacidad de latencia y de retorno al organismo.³⁴ En ese caso, la tuberculosis, en sus diversas formas (pulmonar y extra pulmonar), es considerada una enfermedad tradicional. Es decir, una enfermedad que siempre ha estado en la comunidad, atribuida a hechicería y por esta razón no es considerada contagiosa.³⁵

32 Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; *Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008*. Publica. Versión impresa ISSN 1726-4634 Rev. Perú. med. exp. salud pública v.27 n.1 Lima mar. 2010

33 Línea de base social lote 121 Napo Loreto julio 2009.

34 Buchillet, 1995, mencionada por R. Rojas. 2004.

35 Rojas, R.; *Diversidad cultural y étnica en la Región y situación de la salud de los pueblos indígenas de las Américas; Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)*

El tipo de terapia también está relacionada con el origen de la enfermedad. Por ejemplo, los procedimientos curativos shamánicos, se basan en la recitación de encantos terapéuticos sobre un objeto, líquido o planta que le vincula con la o el paciente. Desde la percepción indígena, se supone que este tratamiento tendrá un efecto prácticamente inmediato sobre la enfermedad. Por lo tanto, la demora en la mejoría (más de dos días) es un indicio de error diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento emprendido. Es fácil imaginar que estas concepciones, aplicadas al tratamiento de la tuberculosis – que asocia los mismos antibióticos durante un período mínimo de 6 meses – pueda tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento.³⁶

A estas diversas percepciones sobre TB se suman aquellas referidas por ejemplo a diabetes y VIH cuando coexisten, complejizando el abordaje para la atención. También hay que tomar en cuenta, las concepciones referidas a la sexualidad al tratar el tema de VIH, la cual está definida por normas de control social comunitario y compartidos en las familias.

Si se toma en cuenta, por lo tanto, que esos sistemas de salud han sobrevivido por miles de años y siguen en muchos casos resolviendo sus problemas de salud como única opción; tienen sus propios terapeutas, terapias y enfermedades y, en muchos casos se han apropiado de elementos de otros sistemas de salud con los cuales han entrado en contacto cultural variando en complejidad, uso actual y sistematización. Esas distintas formas de responder a una determinada enfermedad surgen por un lado de su eco-sistemas, y forma de vida y, por el otro, como consecuencia de los procesos de asimilación y contactos culturales que han tenido con otros pueblos y sistemas de atención a la salud. Dada la existencia de estos sistemas, cualquier intervención de salud con pueblos indígenas debe basarse en el respeto y reconocimiento efectivo de los mismos en la organización, planificación, inversión, implementación y evaluación y seguimiento de estas intervenciones. Estas intervenciones también deben desarrollar mecanismos que permitan la interrelación entre los sistemas de salud que coexisten en territorios indígenas.

En Colombia en el Amazonas, Nariño, Cesar y La Guajira, por ejemplo, los pueblos indígenas no consideran la tuberculosis como una enfermedad física, sino como un mal relacionado con causas sobrenaturales y/o espirituales que deben ser curadas por la medicina tradicional. Por lo tanto, un desafío tiene que ver con el hecho de no sólo basta que conciban la tuberculosis como una enfermedad y acepten los métodos para curarla. Esa ha sido parte de las aproximaciones interculturales requeridas para implantar la estrategia Alto a la Tuberculosis, sino también deben aceptar la identificación sintomática respiratoria para la detección temprana de casos. El pueblo Kogui, por ejemplo, consideraba que tenían identificada la enfermedad sin necesidad de pruebas para su detección pues

36 Rojas, 2004.

cuando los pacientes “escupen sangre” se sabe que están enfermos. Una situación similar se presenta en el pueblo Sikuaní de Vichada que sólo busca tratamiento médico cuando su salud está muy deteriorada. En cambio, en Brasil, para el pueblo Ticuna, salud o bienestar no se relacionaba a algo físico sino como equilibrio con la naturaleza.

Como puede observarse en Colombia, aunque en varios casos los primeros desafíos se han vencido y el éxito de la estrategia es evidente en diferentes niveles, aún hoy cuando están convencidos de la pertinencia de la atención médica occidental, las autoridades tradicionales de La Guajira piden tiempo entre el diagnóstico del paciente y la preparación espiritual para iniciar un tratamiento. “nos hemos puesto de acuerdo y siempre que se diagnostica un paciente se le debe informar al Mamo para que él inicie el tratamiento espiritual. Después de 10 o 12 días, los médicos occidentales pueden empezar el tratamiento al paciente diagnosticado con tuberculosis. Sabemos que, si no hay concertación, no se puede aplicar la estrategia”.³⁷

En la Región de LAC se ha promovido el enfoque de salud intercultural, ante la necesidad de apoyar y promover los sistemas médicos indígenas y establecer modelos de salud que respeten e implementen los sistemas y conocimientos tradicionales de salud. Un primer paso ha sido el reconocimiento por parte de los Estados de la pluralidad o diversidad cultural. En la medida en que se ha avanzado en el reconocimiento de los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, el concepto de salud intercultural se ha ampliado para abarcar la promoción de cambios en los factores estructurales de exclusión, así como en la organización y la oferta de los servicios de salud.

En ese contexto, además de organizar acciones para potenciar la medicina tradicional indígena (sus plantas medicinales, portadores y símbolos, entre otros elementos), deben hacerse ajustes en lo que respecta a las normas, los horarios y las formas de organización de los servicios de salud pública, y deben formularse medidas para facilitar la coordinación horizontal entre ambos sistemas de salud. Aunque la mayoría de las iniciativas relativas a la salud intercultural se iniciaron en ámbitos locales, promovidas por organizaciones, comunidades o gobiernos indígenas, la tendencia en la región ha sido la conformación de una base política normativa de salud intercultural.³⁸

A un periodo de reformas constitucionales en varios países de la Región que han reconocido la identidad colectiva de los pueblos indígenas, el derecho al autogobierno, a la participación y al desarrollo de sus propias instituciones y sistemas de salud; han

³⁷ Leslie Bruzón, *Coordinadora del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en La Guajira*.

³⁸ Cepal, 2014.

seguido en varios casos políticas sectoriales con avances importantes en el plano de la salud de los pueblos indígenas. Al menos 10 países de la región tenían en 2007 programas destinados a los pueblos indígenas: Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela (República Bolivariana de). En el período comprendido de 2009 a 2013 se incorporaron otras iniciativas de este tipo en Colombia, Guatemala, Honduras y el Paraguay, sumándose recientemente El Salvador con la adopción de una Política Nacional de Salud Indígena. En varios países, se reconoce explícitamente que estas políticas se inscriben en el marco conceptual de modelos de salud intercultural.

No obstante, las conceptualizaciones, las orientaciones, el énfasis y la operatividad de este concepto son de carácter muy heterogéneo, y se presenta una gran variabilidad de modelos socio sanitarios de acuerdo con el tipo de organización del sistema de salud oficial, las cosmovisiones particulares de los pueblos, el grado de control cultural y territorial sobre las medicinas tradicionales, y las características de los ecosistemas.

Por otra parte, la evaluación del impacto de estas acciones adolece de limitaciones debido a la falta de información sistemática y oportuna. Así, es preciso avanzar en el fortalecimiento del sistema de vigilancia intercultural, para lo cual se requiere incluir la identificación étnica en los sistemas de registro de salud convencional, y contar con indicadores culturalmente pertinentes.³⁹

4. Algunas experiencias culturalmente pertinentes aplicadas para enfrentar la TB en pueblos indígenas en LAC

Hay diversas experiencias documentadas sobre medidas para manejar la TB en pueblos indígenas. La OPS-OMS realizó tres eventos regionales (Panamá, 2004; Cochabamba, 2007; Panamá, 2010) en los cuales algunos países de la región compartieron experiencias exitosas, lo cual permitió sistematizar y documentarlas. Aunque las mejores experiencias combinan varias estrategias, cabe destacar las siguientes:

Participación comunitaria: líderes, agentes comunitarios y terapeutas tradicionales

La formación e incorporación de líderes y agentes comunitarios en las actividades del Sistema de Salud Pública para enfrentar la TB ha sido utilizada en varios países. En

³⁹ CEPAL, 2014.

Nicaragua, el MINSA se apoya en agentes comunitarios para la administración y supervisión comunitaria del tratamiento, es decir pone el énfasis en la descentralización total del tratamiento como una iniciativa del servicio local de salud. La supervisión del tratamiento es realizada por los responsables de las unidades de salud rural, puestos de salud y líderes comunitarios de salud. Se ha acompañado con la entrega de paquetes de alimentos para mejorar la adherencia al tratamiento con la presentación de un informe positivo del líder de salud respecto al cumplimiento del tratamiento, con lo cual se garantiza el acceso y culminación del tratamiento en las comunidades más alejadas, al ser el líder comunitario de salud quien supervisa directamente la administración del fármaco.⁴⁰

En Panamá se combinó un modelo de gestión local articulado a uno regional y nacional con funciones de supervisión y flujos claros de información, en el cual la participación de agentes locales se complementó con la capacitación local para el diagnóstico, el establecimiento de albergues para los casos graves y de residencia muy alejada, además de una dotación logística esencial para el alcance a las comunidades. La gestión comunitaria y la comunicación social fueron necesarias para sustentar el proceso.⁴¹

En Paraguay se fortalecieron las acciones de ACMS, con un enfoque intercultural y empoderamiento de las comunidades, tal como se describe en el siguiente recuadro. En Ecuador, inicialmente se planteó que los voluntarios de salud no fueran familiares cercanos a la persona enferma, sin embargo, la realidad de la situación geográfica de la persona enferma en algunas comunidades indígenas, obligó a cambiar esta posición y a apoyar la formación de voluntarios- familiares; grupo que, sin embargo, requirió de mayor motivación y seguimiento.

En Colombia, también se registró otra forma de acercamiento a través de los médicos tradicionales. Aunque se temía inicialmente que la referencia entre sistemas de salud indígena y pública, no funcionaria, se observe que cuando las y los médicos tradicionales se dieron cuenta que sus pacientes no mejoraban con su medicina; y, como resultado del acercamiento, sensibilización y capacitación; y, además al observar el resultado del tratamiento, comenzaron a referirlos a las unidades de salud. Otra modalidad aplicada en Chiapas, fue la organización de grupos de auto ayuda, conformados por pacientes con tuberculosis.

⁴⁰ OPS- OMS. *Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)*

⁴¹ *Idem*

Experiencia de atención a personas indígenas con TB en Paraguay.

La experiencia utilizó como marco de referencia el derecho a la consulta que asiste a los pueblos indígenas y que esta establecido en el Convenio 169 de la OIT y convertido en Ley 234 Nacional en 1993. Se socializó el Proyecto a través de amplios conversatorios con líderes y médicos tradicionales, consensuando y seleccionando a los Promotores en el seno de las mismas comunidades indígenas. Se realizaron talleres de análisis de situación para ubicar nuevos laboratorios y mejorar el acceso al diagnóstico. Se capacitaron nuevos bacilos copistas, se adquirieron microscopios y se buscaba mejorar la infraestructura y provisión de insumos para el diagnóstico. La meta para 2010 era ampliar a 60 nuevos laboratorios.

Se capacitó a promotores voluntarios indígenas en extendido, fijación y coloración de láminas, los que son monitoreados periódicamente para el control de calidad. Para el tratamiento centrado en la/el paciente se diseñó el abordaje intercultural y se elaboró un Plan de Capacitación para la implementación de la estrategia TAES a través de módulos de capacitación con enfoque intercultural y el manual del promotor voluntario. Se desarrollaron Talleres de capacitación a Promotores Voluntarios indígenas y Personal de la Salud para la articulación y coordinación de las actividades entre promotores y el sistema de salud.

A las y los promotores voluntarios capacitados se les proveyó de insumos para el trabajo como bicicletas, motos, remeras, mochilas y bolsones para las actividades del programa de TB. Se construyeron tres alberges para las familias de los pacientes en tratamiento. Para las actividades de supervisión se elaboró un instrumento. El resultado de las supervisiones en 5 regiones sanitarias mostro que las/os promotores tenia 62% de conocimientos, 78% cumplen con prácticas adecuadas y 96% mostraban buena predisposición para trabajar con el programa de TB. En cuanto a ACMS se contó con un Plan de comunicación con objetivos validados en las comunidades para la elaboración del material educativo, de comunicación e idioma a ser utilizado. También se produjeron cuñas radiales en español, guaraní y enxet, validados y difundidos en radios locales y comunitarias; y documentales grabados con los mismos indígenas.

Se capacitaron 1081 Promotores indígenas en 13 regiones sanitarias para la búsqueda activa de casos de TB, toma de muestras y administración

de medicación. También se capacito a 602 trabajadores de salud en la implementación del TAES con enfoque intercultural. Se logró incrementar la incidencia de casos nuevos de TB de todas las formas, así como de la tasa de éxito y curación de la TBP BK+ con disminución de la mortalidad del 26.5 en el 2008 a 21.1/100.000 habitantes en el 2009.

Se logró establecer un modelo de trabajo que puede ser replicado y articulado con otros programas de salud para una atención integral a los pueblos indígenas. Se fortaleció el proceso de empoderamiento de las comunidades indígenas a través de su participación en los Consejos de Salud locales y regionales. Cinco de los indígenas promotores comenzaron a participar en los consejos locales de salud. El Ministerio de Salud Pública con la Resolución de SG N° 653 del 7 de setiembre de 2009 convalidó la Política Nacional de Salud Indígena. Se tradujo al idioma guaraní la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas.

Entre los desafíos encontrados están:

- Se debe optimizar la articulación del trabajo del personal de salud y los PVI, líderes y comunidad indígena para la prevención y control de la TB, así como el sistema de información en TB, y mejorar el suministro de insumos, medicamentos y suplementos alimentarios
- Utilizar el plan de capacitación y módulos de capacitación en DOTS/TAES con enfoque intercultural como modelo para la capacitación en otras áreas de la salud.
- Fortalecer la coordinación en el Ministerio de Salud y con otras dependencias para establecer un Plan de Acción realista para la atención a la salud indígena.
- Optimizar los recursos del FM para implementar la Estrategia Alto a la TB en el marco de la nueva política nacional, de manera a lograr acciones concretas y sostenibles para el logro de metas (ODM 2015).

Fuente: OPS- OMS. Dra. Celia Martínez. Mesa redonda sobre Éxitos y Desafíos en los Programas de control de la TB en pueblos indígenas. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

4.2 Incorporación del programa de TB en la estrategia de APS.

Entre los países que aplicaron esta estrategia están Venezuela, que también hizo énfasis en la gestión a través de agentes comunitarios, los Auxiliares de medicina simplificada y los trabajadores comunitarios de salud. Brasil también aplicó la estrategia DOTS basada en el sistema de Atención Primaria de Salud.

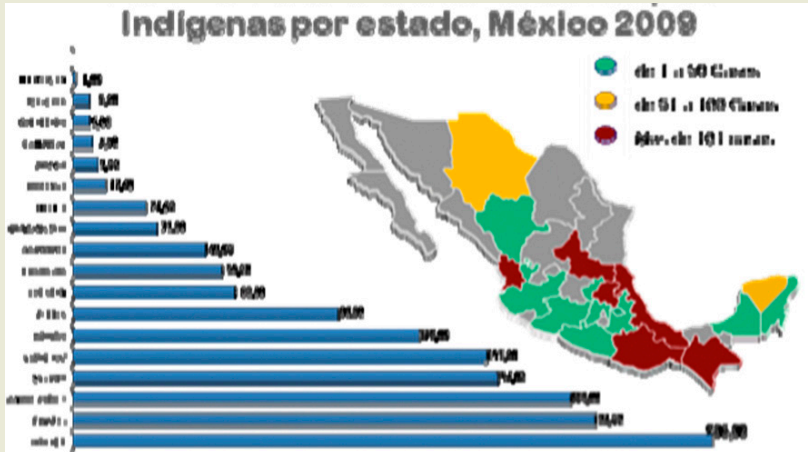
Experiencia de México. Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas

El 2008, de los 17,598 casos de TB en todas sus formas y de los 14,557 casos nuevos de TB pulmonar, 1,537 (8.9%) y 1,412 respectivamente vivían en municipios indígenas. La relación hombre: mujer era 1:1.3 para el mismo periodo. El 23% de casos de TB estaban asociados a desnutrición, 11% a Diabetes y 11% a VIH, 8% eran casos en menores de 19 años. Geográficamente, 18 Estados reportaron casos de TB Pulmonar en municipios indígenas: Oaxaca, Chiapas, Nayarit, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla e Hidalgo, que concentraban el 80% de los casos.

El Programa Nacional de Salud (2007-2012) establecía la Estrategia DOTS dentro del Fortalecimiento e Integración de las acciones de promoción a la salud, prevención y control de enfermedades con la elaboración de material gráfico, cuñas radiales y audiovisual en diferentes idiomas y dialectos, aunque se enfrentó al problema del analfabetismo. Específicamente para pueblos indígenas, el Programa de Acción TB 2007-2012, marcaba como parte de sus estrategias y líneas de acción, las siguientes:

- a. Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento al personal médico, paramédico y microscopistas en las unidades y laboratorios del sector salud y de la práctica privada para la intensificación y expansión de las acciones en la población y grupos vulnerables. Se conformaron 4 laboratorios móviles para el interior del país (área rural) para la detección de casos, bajo convocatoria previa a la comunidad.
- b. Fomento de la participación comunitaria y de la sociedad civil organizada a través de estrategias de ACMS para el empoderamiento de los afectados, sus familias y sus comunidades a fin de incrementar la corresponsabilidad social en la prevención y control de la Tuberculosis. Se trabaja a través de ferias de salud.

En el siguiente cuadro se puede ver la notificación de la TB en indígenas por municipios y carga de pacientes para el periodo:



Según sexo, las mujeres eran más afectadas en todos los municipios indígenas. En enfermedades asociadas a la TB entre indígenas estaban la desnutrición en 23%, diabetes en 20%, VIH en 11%, alcoholismo en 6% y 8% otras no identificadas. Uno de los desafíos a enfrentar era que la población indígena interpretaba a la enfermedad como un maleficio que debe ser sacado por un médico tradicional, aunque según se iban capacitando comprendían que la TB debe ser tratada con medicamentos.

En condición de egreso al tratamiento el siguiente cuadro muestra los resultados comparativos con la población general:

Cuadro No. TB pulmonar.
Cohorte de casos nuevos BK+ Nacional e indígenas.
México. 2009

Clasificación final	Indígenas %	Nacional %
Curado	76	76
Término de tratamiento	5.3	4.9

Fracaso	1.4	2.0
Defunción	5.3	6
Abandono	4.6	2.4
Traslado	1.6	1.5
Continua en tratamiento	5.4	6.4
Total	100	100

Los retos a los cuales se enfrentó la experiencia fueron, entre otros los siguientes:

- Consolidar la expansión de la estrategia TAES en aquellas zonas de conflicto político y social
- Afrontar el binomio TB/VIH, la TB-MDR y otros problemas asociados
- Fortalecer los servicios de salud en tuberculosis con enfoque intercultural y de atención centrada en la persona
- Garantizar los servicios de diagnóstico y tratamiento gratuitos en los municipios indígenas y de bajo desarrollo humano (IDH) Involucrar a todo el personal de salud público, privado y organizaciones de la sociedad civil Empoderar a los afectados por tuberculosis y a las comunidades
- Promover la realización de investigaciones, así como documentar las experiencias de éxito en aquellas personas afectadas por la TB que son indígenas

Fuente: OPS-OMS. Dra. Dolores Arana Saldaña. Mesa redonda sobre Éxitos y Desafíos en los Programas de control de la TB en pueblos indígenas. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010

4.3 Inclusión del programa de TB en planes municipales y micro regionales

En varios países se aplicaron experiencias con el involucramiento de las autoridades municipales y en otros casos, como parte de estrategias de desarrollo micro regionales. Por ejemplo, en Colombia⁴² hubo una experiencia en la región amazónica enmarcada 42 OPS-PMS. 2004. *Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)*

en el acceso a tratamiento gratuito asegurado a través de los gobiernos municipales. En esos casos, los Planes de Atención Básica (PAB) municipal, incluyeron el tema de acceso al tratamiento, suministrándolos de forma gratuito a todos los pacientes. También se reportaron experiencias en las cuales las entidades de seguridad social, asumen la competencia de garantizar la entrega de los medicamentos para la TB.

En las experiencias de involucramiento de los gobiernos municipales, se acompañaron de una red de vigilancia de salud pública integrada por promotores comunitarios. También se combinan con capacitación, diagnóstico local, un Sistema de información y notificación, dotación permanente de medicamentos a las unidades de salud y la gestión con actores sociales y políticos locales.

En el caso de México, en donde se combinó el programa de TB con el establecimiento de microrregiones para la atención a comunidades, se ofrecían los servicios a través de Centros Estratégicos Comunitarios, encargados de planificar y ejecutar la obra pública. En ese caso se hacía tamizaje poblacional para identificar probables casos en personas mayores de 15 años con tos y flema para hacer el diagnóstico clínico, bacteriológico y epidemiológico. Los casos confirmados eran ingresados para tratamiento supervisado. El programa también incluyó el diseño y difusión de materiales en idiomas autóctonos con el apoyo de radiodifusoras indígenas.⁴³

Estrategia de microrregiones para la atención a comunidades. México

Era una estrategia coordinada por la Secretaría de Desarrollo Social con la participación de varias Secretarías de Estado, con el objetivo de promover el desarrollo de los municipios de alta y muy alta marginación con población predominantemente indígena, concentrando esfuerzos y recursos en forma articulada entre los tres órdenes de gobierno y con participación social. Una micro región era definida como la organización de grupos de municipios que comparten recursos naturales, formas de producción, necesidades de servicios, cultura y tradiciones similares.

Los Centros Estratégicos Comunitarios eran localidades que por su potencial en infraestructura y ubicación estaban en posibilidad de brindar servicios básicos a otras localidades más pequeñas y dispersas que se encuentran a una distancia que les permitía tener acceso a los servicios que se ofrecían en el CEC.

43 OPS-PMS. 2004. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)

Una vez definidas las localidades de los CEC, iniciaba el estudio y cálculo de necesidades en términos de tipo de obras y presupuesto para lograr que la localidad CEC alcanzara el promedio de cobertura en servicios básicos existentes en el nivel estatal. Se programaron metas de Bandera Blanca, que representaban el cumplimiento de una meta en la atención de un servicio considerado como esencial para impulsar el desarrollo micro regional y que se consideraba que permitían reducir los niveles de marginación y crear oportunidades accesibles para toda la micro región, fortalecer las capacidades humanas y desarrollar el capital físico necesario para detonar la economía social.

Fuente: OPS-PMS. 2004. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)

4.4 Descentralización del diagnóstico y tratamiento

Una de los mayores desafíos encontrados en las experiencias de atención a la TB en pueblos indígenas, es precisamente el diagnóstico y la terapia supervisada por la dispersión de las comunidades, la distancia y dificultades de acceso hacia los centros en los cuales están los servicios concentrados, así como la discriminación que sufren las personas indígenas por la lengua y cultura y las condiciones socio económicas, entre otros. Por lo tanto, la descentralización del diagnóstico y tratamiento es una de las estrategias promovidas en las diferentes experiencias analizadas.

En Ecuador se promovió la estrategia DOTS con enfoque indígena en la Provincia amazónica de Napo.⁴⁴ En 2001, dicha provincia tenía una tasa de incidencia de 378.10/100,000 (Nacional era 50.05), una tasa de mortalidad de 6.73/100,000 (Nacional era 0.96) y una tasa de abandono de 26.93. La estrategia DOTS indígena, se basó en tres ejes, a saber: cultural, biológico y socio económico. Se hizo búsqueda activa de casos, educación comunitaria y medicación gratuita, basados en la descentralización del diagnóstico y tratamiento, la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, el trabajo a través de la organización comunitaria de mayor peso y convocatoria en las comunidades indígenas de la provincia y la cooperación de una ONG internacional.

Lograron detectar a 100 % de sintomáticos respiratorios a los cuales se trató con Estrategia DOTS, se curaron 91.7% de pacientes, se captó a 96.6% y tuvieron 1.58% de abandono. Otros resultados fueron el empoderamiento de la organización indígena, participación

⁴⁴ OPS-PMS. 2004. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso

activa de los voluntarios de salud y el montaje de un Sistema de registro. Las instituciones que participaron fueron la Dirección Provincial de Salud de Napo, la Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichuas de Napo-FONAKIN y la ONG, DYA- Desarrollo y Autogestión.

Panamá, Colombia y Brasil también han implementado estrategias de descentralización del diagnóstico y tratamiento con la aplicación de la estrategia DOTS. Panamá y Brasil cuentan con modelos más descentralizados de diagnóstico y una red de servicios de salud local y comunitarios.⁴⁵

4.5 Establecimiento de albergues para pacientes y familiares

Panamá, Colombia y Perú han implementado diversos tipos de albergues durante el tratamiento de acuerdo a las características de cobertura de los servicios, distribución geográfica de la población y requerimientos del estado del/a paciente. En el caso de Perú, el albergue incluía a los familiares por un periodo de hasta 4 meses. La mayor dificultad de esta estrategia consiste en su difícil sustentación, y por otro lado el riesgo de limitar la adherencia al tratamiento por la extracción y descontextualización prolongada no solo del paciente, sino en muchos casos del grupo familiar que debe permanecer por varios meses en el albergue.⁴⁶

Un modelo intercultural interesante fue la aplicación de la estrategia DOTS desde el Hospital Mamá Dominga en la región colombiana del Cauca. Se combinó la estrategia a la medicina indígena, actividades productivas, comunicacionales; y, las autoridades del resguardo junto con agentes comunitarios o promotores jugaron un papel importante al supervisar tratamientos y/o detectar sintomáticos respiratorios.

Resguardo Indígena de Guambia: Descripción de la experiencia local con intención de mejorar el acceso al tratamiento anti-tuberculoso a través del Hospital Mama Dominga

Guambia se encuentra ubicada en el municipio de Silvia al nordeste del departamento del Cauca, al sur occidente de la Republica de Colombia; tiene 19.000 hectáreas de extensión y contaba con 17.000 habitantes.

La estrategia tuvo como marco de referencia el plan de vida del pueblo gambiano. El concepto del mundo gambiano, parte de la estrecha relación que existe entre el individuo -naturaleza (la madre tierra, el agua, las plantas,

en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)

⁴⁵ *Idem*

⁴⁶ OPS-OMS. 2004

sitios sagrados, la atmósfera, los astros y el mundo espiritual). El respeto a las normas, leyes y requerimientos naturales es el principio fundamental para mantener la salud, equilibrio y la armonía. Tienen un sistema de salud propio que regula la vida del pueblo guambiano desde los tiempos ancestrales.

Algunas limitaciones que tenían era que los pacientes con TB se buscaban desde el nivel departamental a través del Hospital de la D.D.S.D; el tratamiento era auto-administrado y, los conceptos culturales sobre la enfermedad no facilitaban la implementación de la estrategia DOTS, por lo cual las y los pacientes eran renuentes al tratamiento y enfrentaban barreras geográficas que impedían el acceso a los servicios de salud. Para enfrentar las barreras culturales la autoridad comunitaria estableció el Hospital Mama Dominga.

Entre los planteamientos para ofertar una atención respetuosa de la diversidad, definieron que debía enfocarse que la o el paciente y su familia, convertir la aplicación de la estrategia DOTS/TAES, en un escenario de interacción colectiva, participativo con el involucramiento de la organización comunitaria durante y después del tratamiento de TB. Lo que buscaban era crear un vínculo moral y espiritual entre paciente y familia conectado con su propia realidad, y a través del mismo descubrir sus fortalezas, la motivación para vivir y la seguridad de sacar adelante sus sueños.

Las actividades que se realizaron como parte de la estrategia fueron:

- a. Concertación con la comunidad e implementación de mecanismos para mejorar el nivel social y el acceso a los servicios de salud;
- b. Sensibilización a la comunidad por medio de la radio, talleres educativos, presentación de socio dramas;
- c. Sensibilización a los pacientes que ingresaban al programa de TB, a través de reuniones mensuales para control, seguimiento y coordinación de actividades del grupo con el Personal de Salud del Hospital Mama Dominga.

A cada paciente se le aseguraba el acompañamiento permanente de una auxiliar de enfermería bilingüe y Promotores de Salud dedicados exclusivamente para coordinar, apoyar, controlar, supervisar el tratamiento. Ellos también se dedicaban a la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, asegurando una atención personalizada y grupal.

Se aseguraba capacitación y actualización continua al personal de Salud, a los miembros del Cabildo Indígena y a las y los líderes ubicados en las direcciones locales y seccionales de Salud. Todo paciente que ingresaba al tratamiento también era capacitado.

Al inicio fue difícil unificar criterios ya que cada individuo que ingresaba al grupo tenía diferentes conceptos de salud y enfermedad y, sus creencias y costumbres dificultaban la implementación del DOTS. Los pacientes recibían una atención basada en un análisis social y económico personal y familiar que podía definir necesidades básicas como suplemento alimentario, apoyo por la medicina propia con el suministro de esencia de Plantas Medicinales, o apoyo en el fortalecimiento de las huertas familiares y granja comunitaria de Tejar.

El liderazgo comunitario jugó un papel fundamental a través de:

- a. La asistencia a talleres de capacitación con la Organización Panamericana de la Salud, la Dirección Seccional y local de salud del Cauca;
- b. Apoyo a las jornadas de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, en coordinación con el hospital;
- c. Sensibilización a través de la emisora Namuy WUM;
- d. Charlas en las escuelas a la niñez; y,
- e. Participación en reuniones sociales y aprovechamiento de los espacios comunitarios para compartir vivencias y experiencias vividas de la enfermedad.

Para el éxito de la experiencia fue fundamental la voluntad política del cabildo, como la máxima autoridad del pueblo guambiano para el fortalecimiento del programa.

Los resultados alcanzados fueron:

- Administración del DOTS combinado con las esencias de plantas medicinales.
- Elaboración de la HC exclusiva para la TB, toma de pruebas de función renal, hepática a todo paciente que ingresaba al programa.
- Seguimiento estricto: control diario por la o el auxiliar de enfermería que suministraba el tratamiento, y bimensual por enfermería y médico.
- Estudio de casos de intolerancia a los medicamentos o de resistencia a los mismos.

Fuente: OPS-PMS. 2004. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-

tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)

4.6 Estrategias de salud intercultural

Al analizar la interculturalidad, es conveniente tomar en cuenta las principales barreras que tienen las personas y los pueblos indígenas para una atención de salud de calidad. Entre estos están los siguientes:⁴⁷

a. Acceso a servicios de salud de calidad

Las principales barreras que se enfrentan son la falta de reconocimiento y práctica del derecho a la salud expresado a través de:

- Limitado acceso geográfico, organizativo, económico, cultural y transporte.
- Falta de continuidad con pertinencia cultural entre los diferentes niveles de atención.
- Barreras administrativas y de gestión.

b. Ausencia de un sistema de salud intercultural

Las principales barreras que se enfrentan para el reconocimiento y práctica de este derecho son:

- Falta de reconocimiento efectivo, y protección para el ejercicio pleno y promoción de los sistemas médicos tradicionales indígenas.
- Falta de coordinación y articulación entre el sistema de salud indígena y el biomédico por una subordinación del primero respecto del segundo, entre otros factores.
- Limitados sistemas y recursos para permitir intercambios y construcción colectiva con el fin de asegurar la progresividad y evolución de los sistemas interculturales.
- Escasa formación y competencias de los actores indígenas y no-indígenas para la efectiva gestión, prestación y vigilancia de servicios entre el sistema indígena y el sistema biomédico.

⁴⁷ *Foro Indígena Abya Yala. 2017*

c. La limitada participación de los Pueblos Indígenas en las políticas, programas y proyectos de salud

Las principales barreras que se enfrentan en el reconocimiento y práctica de este derecho son:

- Ausencia de mecanismos para la participación indígena en la definición de políticas en el sistema de salud público.
- La gobernanza, gestión y prestación de la salud no incorpora mecanismos de participación indígena.
- Escasa formación de los actores indígenas y no-indígenas para un diálogo informado y efectivo con las instancias públicas responsables de la salud, para la conformación de políticas, programas y proyectos.

El análisis de las experiencias que se han promovido en la región de LAC para enfrentar la TB, permite identificar que en varias de ellas se han aplicado medidas que buscan romper con dichas barreras y promover diferentes modalidades compatibles con la interculturalidad.

En algunos casos como en Yucatán, se identificó la experiencia bajo el nombre de “Interculturalidad confortativa”, precisamente porque buscaba articular las diferencias a través del uso del argumento, la confrontación, el humor que integraba la salud con la cultura y la historia actual. Algunas estrategias también han planteado que la interculturalidad no es solamente para comunidades indígenas, y que los proyectos o iniciativas deben ser parte de otras iniciativas productivas, educativas, entre otros. Algunos ejes utilizados en algunas experiencias han sido: el diálogo intercultural, la gestión local, el trabajo interprogramático, las alianzas público privadas y la sostenibilidad del trabajo conjunto.

Experiencia intercultural de Colombia

En el marco del proyecto Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD), se aplicó en Colombia una estrategia intercultural en diez pueblos indígenas de ocho departamentos, con el objetivo de hacer un abordaje integral y articulado de los problemas de salud, y de transformar a los pueblos indígenas en parte de la alianza, como sujetos y socios principales. En este país, la tasa de incidencia de la tuberculosis es alta, pero lo es aún más en los departamentos en que se registran las mayores condiciones de vulnerabilidad, que están más alejados del centro y presentan una alta

concentración de población indígena. En el Amazonas, Nariño, Cesar y La Guajira, por ejemplo, los pueblos indígenas no consideraban la tuberculosis como una enfermedad física, sino como un mal relacionado con causas sobrenaturales o espirituales que debían ser curadas mediante la medicina tradicional.

Las principales acciones en pro del cumplimiento de la estrategia “Alto a la tuberculosis” se han concentrado en el fortalecimiento de la red de prestación de servicios; la identificación de los factores de no adherencia al tratamiento; la producción de material para la capacitación y la difusión de información con base en el diálogo intercultural y en las tradiciones culturales; la conformación y consolidación de redes de microscopistas; la capacitación del talento humano; el mejoramiento de la capacidad de gestión del programa; la reducción de las tasas de abandono del tratamiento; el mejoramiento de la adherencia, y el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios.

Las acciones se basaron en el diálogo de saberes, la gestión local y la alianza entre actores, con la participación de los sectores público y privado, las autoridades tradicionales, las organizaciones indígenas, las autoridades nacionales y territoriales, los equipos de salud locales y las agencias de cooperación internacional que están en contacto con las comunidades indígenas.

Como resultado de la sinergia lograda entre los diferentes actores, de la concertación con las autoridades tradicionales, de la evaluación conjunta de las capacidades y de la existencia de redes sociales, se generó el interés de otros programas o estrategias en desarrollar un trabajo interprogramático. Este fue el caso de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), cuyas acciones de promoción y prevención para preservar la vida de los menores de 5 años y de las madres gestantes se articularon a fin de incluir la prevención de la tuberculosis entre las prácticas clave. Se logró la concertación del Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), los representantes de los gobiernos departamentales y locales, y los representantes de los pueblos indígenas de los ocho departamentos.

Los resultados se vieron reflejados en la mejora de los indicadores: en 2006 se detectaron 12 casos, con una incidencia de 72,3 por cada 100.000 habitantes,

y en 2007 se registraron 18 casos, con una incidencia de 112 por cada 100.000 habitantes. En 2008, por ejemplo, la captación de sintomáticos respiratorios superó el 100% en los departamentos del Amazonas, Guaviare, Nariño, La Guajira y Cesar. En el caso del pueblo Awá, departamento de Nariño, se logró duplicar el número de casos que históricamente se diagnosticaban en la Institución Prestadora de Servicios Indígenas (IPSI) de la Unidad Indígena del Pueblo Awá. En el departamento de Cesar, el porcentaje de curación ha sido superior al 90% en los últimos años de implementación del proyecto, a lo que se sumó el fortalecimiento de las acciones de búsqueda de sintomáticos respiratorios, que se han incentivado en todas las zonas con el aval de las autoridades indígenas.

Fuente: Tomado de CEPAL, 2014. Elaboración propia sobre la base de datos consultados en Pier Balladelli y otros, Enfoque intercultural. Prevención de la tuberculosis en pueblos indígenas, Bogotá, Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2009.

En países en los cuales se han producido cambios en el marco jurídico y político nacional a favor de los derechos de los pueblos indígenas, las instancias responsables de la organización de los servicios de salud, también han tratado de reorganizarse para responder a las necesidades de dichos pueblos.

Experiencia de Brasil

El control de la TB es un programa prioritario y cuentan con recursos para su control. Sin embargo, enfrentan un desafío organizativo puesto que, aunque el Ministerio (de Salud) tiene total ascendencia sobre el programa de TB, las organizaciones de los servicios de salud para los pueblos indígenas dependen de una fundación pública, en condiciones precarias y que estaba siendo transferida al ministerio. Esta situación se complementa con un programa social que transfiere dinero a las familias de poblaciones vulnerables.

La brecha entre pueblos indígenas y el resto de la población en cuanto a TB es muy marcada, puesto que la población indígena tiene 4 veces más riesgo de TB que la población general. La proporción de población indígena en Brasil es pequeña (0,1%) aunque grande en números absolutos; el 1,3% de los casos de TB son indígenas, mientras que los blancos siendo el 60% de la población, tienen el 39% de los casos.

El control de la TB en pueblos indígenas del Brasil inicio en 1950 con la realización de 4 catastros torácicos (Xingu y Araguaia). Inicialmente el área indígena estaba bajo el Sistema

de Salud del indio dentro del Ministerio de Justicia, que en 1999 se traspasó al Ministerio de Salud, creándose el subsistema de Salud Indígena y la unidad de Control Social Indígena con lo que se pretendía la participación de miembros de pueblos indígenas en las decisiones de salud a través de la ley Arouca, pretendiendo con ello mejorar el modelo de atención, que, hasta ese entonces, era medicalizado y deshumanizado.

La Ley de Asistencia Nacional para los Pueblos Indígenas garantiza que puedan acceder a la atención integral de salud, de acuerdo con los principios y directrices del Sistema Nacional de Salud. Reconoce la eficacia de la medicina tradicional y el derecho de los pueblos a su cultura. Tomando en cuenta que la salud indígena es deber del Estado y debe ser proporcionada de acuerdo a la Constitución Federal por Ley N o 8080/90 y Ley 9836/99; en el año 2007 se implementó el Programa para el Control de la Tuberculosis (PCT) en los 34 DSEI, a través de la coordinación con el PNT, DSEI, los municipios, la coordinación estatal del PCT y el Laboratorio Central.

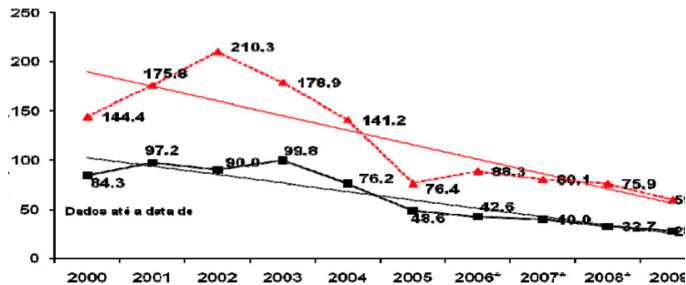
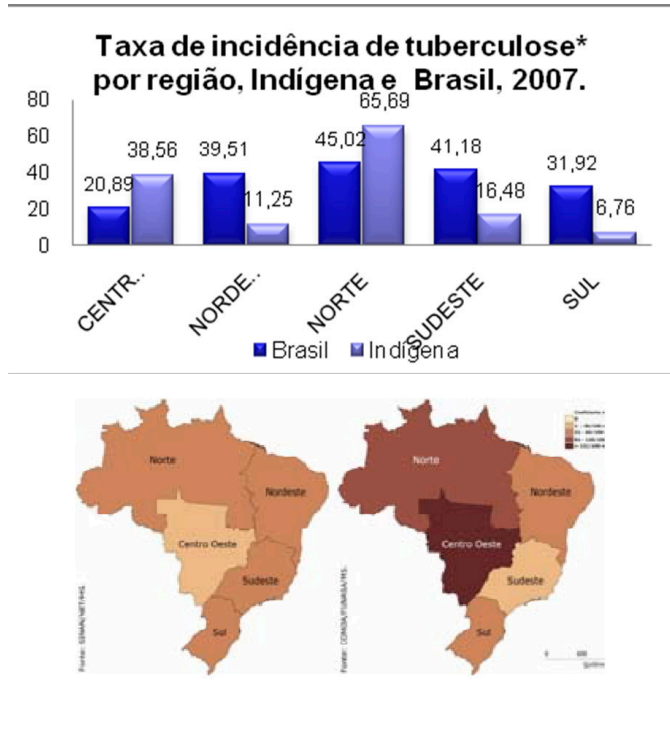
El PCT indígena tenía como objetivos facilitar el acceso al diagnóstico, tratamiento y a la quimioprofilaxis. De igual modo, buscaba garantizar la disponibilidad de medicamentos destinados a los grupos de alto riesgo y de los contactos positivos, según lo recomendado por el Ministerio de Salud.

Además, la Subcomisión de Atención de Salud Indígena debe coordinar estrechamente con otros departamentos del Sistema Nacional de Salud (SUS), promoviendo la colaboración entre sectores y dentro del sector, con las demás instancias del SUS. En el año 2009 se dieron importantes avances en la estructuración, expansión y consolidación del PCT Indígena.

Se fortaleció la coordinación con el PNCT/SVS/MS; se escribió el capítulo de Poblaciones Vulnerables en el Manual Nacional de Vigilancia de la Tuberculosis y la Guía de Control de la Tuberculosis en las Zonas Indígenas.

La TB es una de las prioridades y se lleva a cabo a través de la vigilancia del sintomático respiratorio, la búsqueda de contactos y la investigación de droga resistencia en el área indígena.

Para su realización se establecieron alianzas con el Centro de Referencia Profesores Helio Fraga- CRPHF/FIOCRUZ, entre otros. El resultado de la estrategia fue el descenso de la incidencia de la enfermedad entre pueblos indígenas como se ve en el siguiente gráfico.



Coefficiente de incidencia da TB BK+ e de todas as formas más Populações Indígenas Brasileiras, 2000 a 2009

Fuente: OPS- OMS. Mesa redonda sobre Éxitos y Desafíos en los Programas de control de la TB en pueblos indígenas. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010.

5. Resultados alcanzados con las medidas y lecciones aprendidas

Las experiencias analizadas permitieron obtener resultados satisfactorios en cuanto al diagnóstico, la permanencia en el programa por la disminución del abandono, el incremento de curados, la reducción de la incidencia.

Otros resultados importantes también fueron el mejoramiento en los niveles de coordinación y gestión desde los ámbitos locales hasta nacionales. Se observaron mejores resultados cuando hubo coordinación comunitaria y compromiso de las estructuras políticas locales.

También fueron importantes las actividades de capacitación continua, información, educación y comunicación, especialmente cuando estas eran hechas por miembros de las comunidades y en sus propios idiomas. Desde el inicio fue importante plantear un trabajo conjunto con las autoridades comunitarias, y que el proceso en sí contribuyera al empoderamiento comunitario.

En la medida en que los miembros de las comunidades involucradas participan en la identificación de los determinantes en salud que afectan el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, se observa que se logra mejores resultados. La participación de personal voluntario, líderes y promotores de salud encargados de llevar adelante la estrategia de terapia observada directa es indispensable en zonas dispersas y con dificultades de acceso a los servicios de salud del Estado, especialmente si se logra involucrar a terapeutas tradicionales indígenas. El éxito de la estrategia depende igualmente de un adecuado sistema de capacitación y seguimiento.

La descentralización del diagnóstico y el tratamiento permitió, por ejemplo, en Ecuador alcanzar hasta 91,7 % de pacientes curados y un porcentaje muy bajo de abandono de tratamiento (1.58%).⁴⁸ Resultados similares se observó en otras experiencias, como es el caso de Paraguay en donde con la Estrategia APS con agentes comunitarios, se incrementó en la incidencia de casos nuevos de todas las formas de TB, así como de la tasa de éxito y curación de la TBP BK+ con disminución de la mortalidad del 26.5 en el 2008 a 21.1/100.000 habitantes en el 2009.

Entre las lecciones aprendidas a partir del análisis de las distintas iniciativas, cabe mencionar las siguientes:

⁴⁸ OPS-OMS, 2007.

La participación comunitaria, con involucramiento de autoridades indígenas amplia es indispensable

- a) El acercamiento del personal de salud a las organizaciones y autoridades de los pueblos indígenas desde la fase de planificación de la intervención es fundamental.
- b) Es necesario establecer mecanismos para asegurar la participación de mujeres y hombres de las comunidades indígenas involucradas desde el inicio, en el diagnóstico de la situación, planeación, diseño y ejecución de las actividades relacionadas con el control de la tuberculosis en sus comunidades.
- c) Cuando las comunidades y los pueblos indígenas tienen un buen nivel de organización, tienen mejor potencial para el control de la tuberculosis, incluso mayor que las poblaciones no indígenas.
- d) En las comunidades indígenas es más fácil lograr la sostenibilidad de las actividades integrales de control de tuberculosis, precisamente porque cuentan con la organización y mecanismos de gobernanza ancestral y no dependen tanto de recursos económicos externos.
- e) Es importante contar con la presencia de promotores de salud indígenas o agentes comunitarios en salud como interlocutores entre la comunidad y el sector salud, incluyendo la participación de ex - pacientes para potenciar el trabajo en la comunidad.

Articulación entre sistemas de salud pública e indígena tradicional es fundamental

- f) En la organización de los servicios de tuberculosis es necesario reconocer, valorar, respetar y apoyar el desarrollo de los sistemas de salud de los pueblos indígenas.
- g) La coordinación respetuosa entre los sistemas de salud tradicional y la salud pública son esenciales. Es importante el establecimiento de mecanismos de coordinación, referencia, contra referencia entre los actores y sistemas de salud.
- h) No imponer modelos de atención. Se debe consensuar y construir con la comunidad el modelo de atención que se adecue a su cultura y el ecosistema local.
- i) Promover políticas públicas que permitan que las comunidades indígenas definan e implementen sus programas de atención en salud.

Monitoreo conjunto y utilización de información relevante para la comunidad

- j) Establecer sistemas de información adecuados que incorporen la variable de origen étnico, los cuales deben ser construidos a partir de datos existentes, las necesidades y capacidades en las comunidades indígenas.
- k) Deben establecerse mecanismos de evaluación de los proyectos involucrando

a todos los actores sociales, incluyendo a las autoridades de las comunidades indígenas.

- l) En la definición de indicadores para evaluar el impacto del programa de tuberculosis considerar algunos que reconozcan el desempeño del personal de salud y miembros de la comunidad.

Voluntad política desde el nivel central, acompañado de descentralización y apropiación del programa por el personal de salud local

- m) Es necesario contar con el compromiso político de las autoridades de salud y de gobierno para apoyar el programa de control de la tuberculosis, para que este sea sostenible.
- n) Para garantizar la continuidad y sostenibilidad del programa es necesario que las estructuras descentralizadas del Ministerio de Salud, participen desde el inicio en la organización y desarrollo del mismo.
- o) El involucramiento de las autoridades gubernamentales del nivel local contribuye a la sostenibilidad del programa.
- p) Las experiencias exitosas han demostrado que no dependen tanto de recursos económicos adicionales cuando se ha diseñado una metodología apropiada al contexto local y cuentan con asistencia técnica adecuada y las estrategias, procedimientos y protocolos de atención se incorporan como parte del trabajo cotidiano del personal de salud.

Participación multisectorial y construcción de alianzas

- q) La alianza estratégica con otros sectores y/o programas para abordar los determinantes sociales y culturales de la salud debe ser una prioridad.
- r) El enfoque multisectorial debe prevalecer desde la organización de la intervención, abordando los determinantes, la interculturalidad, factores étnicos, las relaciones de género e intergeneracionales.

La familia y la reciprocidad comunitaria son fundamentales

- s) El soporte familiar es un aspecto fundamental en el control de la tuberculosis. Las experiencias muestran que el involucramiento de los miembros de la familia en la atención permite obtener mejores resultados.

Estrategia integral de TB aborda determinantes sociales de salud

- t) Las estrategias integrales de control de tuberculosis tienen un impacto de más amplio espectro en la salud pública de las poblaciones.
- u) El control de la TB en las comunidades indígenas debe atender condiciones sociales y nutricionales.

6. Recomendaciones

6.1 A nivel comunitario

- a) Al considerar los pasos iniciales para una intervención para control de TB en comunidades indígenas, elaborar e implementar una estrategia para sensibilizar a las autoridades indígenas, gubernamentales y organizaciones comunales, de manera que incluyan en el plan de para priorizar las actividades en el control de la TB.
- b) Generar información para ser utilizada en las actividades de abogacía a través de la realización de un diagnóstico situacional participativo, para la identificación conjunta de problemas de salud, ubicar la importancia de la TB en la comunidad, así como los factores que inciden.
- c) En la organización del programa establecer unos mecanismos de concertación y articulación entre la medicina occidental y la tradicional indígena, definiendo los roles de terapeutas tradicionales, el uso de terapias indígenas, entre otros.
- d) En caso de que las comunidades cuenten con un plan de desarrollo comunitario o (plan de vida), promover que las actividades vinculadas al programa de TB se inserten el mismo, para garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.
- e) Establecer y mantener un sistema de información en la comunidad, que les permita conocer la situación de salud y en particular la referida a la TB utilizando indicadores que se generan en la propia comunidad.
- f) Vincular a pacientes y ex-pacientes, familiares, promotores y líderes como parte de la estrategia DOTS/TAES en la supervisión del tratamiento a las comunidades, especialmente en comunidades dispersas abordando de forma conjunta los factores políticos, ambientales, sociales y culturales que inciden en la adherencia o no, al tratamiento por parte de las y los pacientes en las comunidades indígenas.

6.2 A nivel nacional

- a) Para mejorar el diagnóstico y tratamiento de los casos de TB en personas miembros de pueblos indígenas, se recomienda priorizar personas que viven en situación de riesgo, tales como:

- personas indígenas que viven en barrios marginales de ciudades, privados de libertad, migrantes y desplazados;
 - personas indígenas con factores de riesgo: personas con VIH, con Diabetes
 - Mellitus (DM), desnutridas, alcohólicos, usuarios de drogas.
- b) Incorporar en las políticas y programas para atención de TB en pueblos indígenas los casos de poblaciones desplazadas a grandes ciudades.
- c) Para disminuir la mortalidad por TB, adoptar medidas para descentralizar el diagnóstico precoz, fortaleciendo las redes de laboratorios, incorporando nuevas técnicas diagnósticas y utilizando las redes de articulación, gobernanza y salud tradicionales comunitarias y territoriales.
- d) Facilitar la participación comunitaria en las siguientes actividades: el tratamiento directamente observado (TDO), capacitación continua del personal de salud, sistemas de referencia y contra- referencia bien establecidos y en el fortalecimiento de los sistemas de información.
- e) Prestar especial atención a los programas integrados de TB y VIH para: mejorar el acceso al diagnóstico de TB entre los infectados por el VIH, iniciando la Terapia Antiretroviral (TARV) a todo enfermo de TB/VIH lo más pronto durante el tratamiento de la TB, brindar tratamiento preventivo, diagnóstico oportuno de TB en VIH (abordaje sindromito), tratamiento preventivo en personas con VIH y control de infecciones en los servicios de salud.
- f) Ampliar estudios que permitan identificar y caracterizar el problema de la confección TB/VIH y propiciar el acceso de los pacientes con TB a la consejería, prueba voluntaria de VIH y a medidas de prevención y tratamiento de la infección VIH.
- g) Garantizar la sostenibilidad financiera y administrativa de las acciones de prevención y control de la TB.
- h) Promover la sistematización y el intercambio de experiencias entre países y regiones abordando diversos aspectos, incluidos aquellos que permitan evaluar y fortalecer el trabajo comunitario en la administración y adherencia del tratamiento supervisado.
- i) Propiciar que los programas de salud en pueblos indígenas aborden factores

determinantes de la TB, tales como el estado nutricional, alcoholismo y viviendas, entre otros.

- j) Apoyar programas que permitan aumentar las capacidades técnicas y profesionales del personal comunitario, incluidas la asignación de cuotas para formación de médicos/as en las Universidades.
- k) Fomentar el abordaje multisectorial entre instituciones del Estado, articulando entre programas y otras políticas públicas, prestando especial atención a los programas de protección social de manera que incorporen el enfoque del derecho a la salud universal como eje transversal.

6.3 A nivel internacional

- a) Utilizar el momento generado a raíz de los 40 años de la Declaración de Alma Ata y los ODS para movilizar la participación de la comunidad internacional en la promoción de la lucha contra la tuberculosis en los pueblos indígenas.
- b) Aumentar la sensibilización y la supervisión a escala mundial de la tuberculosis con un enfoque intercultural, integrando los valores culturales, tradiciones y modos de vida indígenas en las actividades de defensa del derecho a la salud.
- c) Promover la generación de recursos a nivel internacional para el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas.
- d) Concientizar, aprovechar y desarrollar las capacidades entre los pueblos indígenas sobre salud para orientar acciones hacia el control de la tuberculosis.
- e) Promover una mayor participación de los pueblos indígenas en la investigación sobre la tuberculosis, generando información desagregada por origen étnico en ámbitos nacionales y sub-nacionales, por grupo de riesgo y zonas geográficas, fomentando la diseminación por medios de información, incluidas revistas científicas.
- f) Promover que, en los programas de cooperación Sur- Sur, sean consideradas experiencias de los países para fortalecer la administración y adherencia al tratamiento de TB en comunidades distantes.

Referencias bibliográficas

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades traducido por CDC Multilingual Services #287179. <http://www.cdc.gov/spanish>
2. PAHO-OMS. Informe de la reunión regional de jefes de programas nacionales de control de la tuberculosis. Programa regional de tuberculosis. San Paulo, Brasil – 07 al 10 de Agosto, 2012
3. Souza SM. Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. *Mem Inst Oswaldo Cruz.* 2003; 98(Suppl 1): 151-59
4. Basta PC, Coimbra CE, Escobar AL, Santos RS. Aspectos epidemiológicos da tuberculose na população indígena Suruí, Amazônia, Brasil. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2004; 37(4): 338-42; mencionados por Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008.
5. OPS-OMS. III Reunión regional Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas. Ciudad de Panamá, Panamá 2 y 3 de marzo, 2010
6. OPS-OMS. Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas. Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)
7. CEPAL, 2014.
8. OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud), La tuberculosis en la Región de las Américas. Informe regional 2011. Epidemiología, control y financiamiento, Washington, D.C., 2012 [en línea]
9. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22425&Itemid=; Ana María Oyarce y Malva-Marina Pedrero, “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área Lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur, Santiago de Chile
10. MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico: Pueblos Kawésqar, Yámana y Mapuche-williche. Región de Magallanes, Santiago de Chile
11. MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Región de Los Ríos”, Santiago de Chile

12. MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población mapuche residente en la Provincia de Arauco”, Santiago de Chile
13. MINSAL, 2009; “Perfil epidemiológico básico de la población aymara en el área de cobertura del Servicio de Salud Arica”, serie Análisis de la Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile, No 1, Santiago de Chile
14. Dante R. Culqui, Omar V. Trujillo, Neptalí Cueva, Rula Aylas, Oswaldo Salaverry, César Bonilla; Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008.
15. Medel Romero BC, Castellanos Joya M, García Avilés MA, Martínez Navarro R, Decroo T, Zachariah R. Tuberculosis among indigenous municipalities in Mexico: analysis of case notification and treatment outcomes between 2009 and 2013. *Rev Panam Salud Publica*. 2016;39(1):32-37.
16. Tania Herrera M. Directora del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Grupos de riesgo para tuberculosis en Chile. Risk groups for tuberculosis in Chile. Ministerio de Salud. Chile.
17. Revista chilena de infectología. versión impresa ISSN 0716-1018. *Rev. chil. infectol.* vol.32 no.1 Santiago feb. 2015. <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182015000200002>
18. Pérez, 2003. Cosmovision, comportamiento y Sida. Un estudio de antropología medica entre los Miskitus. BID. Honduras, junio del 2002.
19. Díaz Mayorga, R.; Visión chamanica. La Medicina Tradicional Kuna (Tule)
20. Entrevista con el dirigente Kuna Abadio Green Stocel – Manipiniktikiya. Medellín, Colombia, Octubre 2 de 2006.
21. Davis Villalba y autoridades y lideres Ngobe Bugle. OPS. Noviembre, 2001
22. Rojas, R.; Diversidad cultural y étnica en la Región y situación de la salud de los pueblos indígenas de las Américas; Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas: Documento memoria (Ciudad de Panamá, 13–15 octubre 2004)
23. Foro Indígena Abya Yala. 2017
24. E/C.19/2009/CRP 5. Reunion de expertos sobre la iniciativa mundial indígena Alto a la tuberculosis.