



Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

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



aecid
Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo



III Reunión regional “Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas”

Índice:

•	Introducción	•	2
•	Antecedentes	•	2
•	Objetivos	•	2
•	Principales recomendaciones de la II Reunión	•	3
•	Inauguración	•	3
•	Derechos Humanos y situación actual de la salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica: Elisa Canqui	•	4
•	Impacto de los determinantes sociales de salud en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas de Canadá, y su respuesta Anne Fanning	•	6
•	Factores determinantes para la adecuación de Servicios de Salud para la atención de pueblos indígenas: Dra. MA Gomes	•	8
•	Mesa redonda “ Experiencias exitosas en la adecuación de Servicios de Salud en la atención de pueblos indígenas ” Facilitador MA Gomes	•	10
○	Adecuación de Servicios de Salud para la atención de pueblos indígenas	•	10
▪	Experiencia de Colombia		
▪	Experiencia de Brasil		
○	Discusión y conclusiones: Dra. MA Gómez	•	13
•	Mesa redonda Éxitos y Desafíos en los Programas de control de la TB en pueblos indígenas: Facilitador M. Guardo	•	14
▪	Experiencia de Perú	•	14
▪	Experiencia en Guatemala	•	15
▪	Experiencia de Paraguay	•	16
▪	Experiencia de México	•	19
○	Discusión y conclusiones	•	21
•	Trabajo en Grupos: Análisis e identificación de factores exitosos en los programas de control de la TB en pueblos indígenas. Análisis e identificación de desafíos en los programas de control de TB en pueblos indígenas	•	21
○	Grupo 1: Colombia Guyana, Perú	•	21
○	Grupo 2: Costa Rica, Honduras, Venezuela	•	22
○	Grupo 3: Brasil, Ecuador, México	•	23
○	Grupo 4: Guatemala, Paraguay, Panamá	•	24
•	Impacto del cambio climático en la salud de los pueblos indígenas Ing. Emilio Ramírez	•	26
•	Control de la TB en pueblos indígenas Panamá. Dra. C. Arango	•	28
•	Los determinantes sociales de salud en pueblos indígenas e impacto negativo en la TB. Dra M del Granado	•	31
•	Determinantes de la Desnutrición en America Latina	•	33
•	La iniciativa mundial Stop TB para pueblos indígenas: Kim Barker	•	35
•	Comentarios del rol de los determinantes de salud en TB	•	36
•	El Sumak Kawsai en la Constitución Política del Ecuador y su repercusión en la salud de los pueblos indígenas	•	39
•	La plurinacionalidad y las autonomías indígenas de la Constitución Política de Bolivia y su repercusión en la salud de los pueblos indígenas	•	39
•	Objetivos y componentes de las estrategias de Abogacía, Comunicación y Movilización Social en pueblos indígenas. Trabajo de Grupos	•	39
○	Grupo 1: Honduras, Perú, Guatemala	•	40
○	Grupo 2: Costa Rica, Guyana , México	•	40
○	Grupo 3: Brasil, Colombia Paraguay	•	41
○	Grupo 4: Ecuador, Panamá, Venezuela	•	42
•	Control de la TB en gitanos	•	44
•	Presentación de Conclusiones y Recomendaciones	•	45
•	Palabras de Clausura	•	46
•	Anexo 1	•	47
•	Anexo 2	•	48
•	Anexo 3	•	49
•	Anexo 4	•	49
•	Programa	•	51

INTRODUCCION:

La población indígena de las Américas que comprende desde las planicies gélidas del Canadá, pasando por las tierras de Norte América, la amazonia en América del Sud, a las regiones australes de tierra del fuego, ha sufrido una disminución progresiva a través de los años. En Estados Unidos algo más de un tercio de las tribus vive en reservas indias; casi la mitad vive en zonas urbanas, por lo general, en las proximidades de las reservas. Los grupos indígenas continúan operando como gobiernos federales independientes en lo que queda de sus territorios originales.

Los indígenas de Canadá en la actualidad constituyen el 2% de la población, divididos en unos 600 grupos. Los inuit son probablemente quienes hayan sufrido una mayor interferencia en su estilo tradicional de vida.

Por otro lado la población indígena de América Latina estimada en unos 26,3 millones, viven en gran parte en Bolivia, Ecuador, Guatemala, México y Perú. Clasificados como campesinos por los respectivos gobiernos de los países en que habitan, la gran mayoría vive en una pobreza extrema en las remotas áreas rurales donde a duras penas consiguen sobrevivir de la agricultura. Los campesinos indígenas constituyen el 60% de la población total de Bolivia y Guatemala. La mayoría de los latinoamericanos son mestizos y juntos representan un 85% de la población de México, Bolivia, Panamá y Perú, un 90% de la de Ecuador y casi la totalidad en Honduras, El Salvador y Paraguay.

Sólo el 1,5% de la población indígena de Latinoamérica se puede calificar de tribal, encontrándose especialmente en Brasil, Colombia, Panamá, Paraguay y Venezuela.

La población indígena total de Latinoamérica incluye algo más de 600 grupos indígenas diferentes, con su propia lengua o dialecto. Igual que los indígenas del norte del continente, viven en entornos absolutamente dispares en cuanto a clima y condiciones, que oscilan desde la selva, el desierto hasta las cimas de grandes sistemas montañosos, como los Andes. Las poblaciones indígenas y mestizas viven a menudo pobres y marginadas de la sociedad.

ANTECEDENTES

En Las Américas se ha identificado a los pueblos indígenas como altamente vulnerable a la TB, habiéndose reconocido que su control debe ser adecuado culturalmente y responder a las necesidades de salud sentidas por estas poblaciones, por tanto, el control de la tuberculosis debe tener un abordaje holístico respetando los valores culturales y creencias de cada pueblo

OBJETIVOS

- Revisar el cumplimiento de los compromisos del taller “Salud integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas. Bolivia, 2007”.
- Divulgar la iniciativa mundial Stop TB en poblaciones indígenas.
- Conocer y analizar experiencias de la adecuación cultural de los servicios de salud a partir del abordaje de la tuberculosis en zonas con población indígena.
- Compartir experiencias en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas entre países de la región

- Conocer las mejores prácticas en la aplicación del *sumak kawsai (buen vivir)* explícito en las Constituciones de Bolivia y Ecuador en la atención de la salud de los pueblos indígenas.
- Discutir el impacto de los determinantes sociales en tuberculosis y el cambio climático en la salud de los pueblos indígenas

PRINCIPALES RECOMENDACIONES DE LA II REUNION REGIONAL Cochabamba Bolivia octubre 2007:

- Realizar abogacía para concertar con las autoridades indígenas, gubernamentales y otros la priorización de las actividades de control de TB.
- Realizar un diagnóstico situacional participativo.
- Garantizar sostenibilidad de las acciones de prevención y control de TB.
- Fortalecer el acercamiento entre el sistema de salud con las comunidades indígenas para el control de TB.
- Aplicar experiencias de otros países para fortalecer la administración y adherencia al tratamiento de TB en comunidades distantes.
- Promover estrategias para involucrar más a la comunidad en el control de TB.
- Mantener un sistema de información de TB a nivel comunitario.
- Identificar el problema de la coinfección TB/VIH en poblaciones indígenas y propiciar el acceso a atención integral de las dos enfermedades
- Abordar factores determinantes de la TB como nutrición, alcoholismo y calidad de viviendas en comunidades indígenas.
- Realizar desparasitación en todo SR.
- Involucrar a pacientes, ex-pacientes, familiares y líderes en la supervisión del tratamiento de TB en áreas dispersas.
- Identificar factores sociales y culturales que inciden en la adherencia al tratamiento.

PAISES PARTICIPANTES:

Colombia, Brasil, Perú, Guatemala, Paraguay, México, Panamá, Canadá y Bolivia.

INAUGURACION:

En presencia de autoridades nacionales e internacionales en el área de la salud pública, se inauguró la III Reunión regional “Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas” En el acto protocolar estuvieron presentes, la Dra. Cecilia Arango Jefa del Programa Nacional de control de TB en Panamá, La Dra. Mirtha Del Granado Asesora Regional del Programa de TB OPS/OMS Washington y Elisa Canqui vicepresidenta del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de Naciones Unidas y miembro del grupo de abogacía, comunicación y movilización social de STOP TB Partnership.

Durante el acto inaugural y como acto de solidaridad con las víctimas del terremoto de Haití, se tuvo un minuto de silencio.

La Dra. Del Granado remarcó que la TB es una enfermedad social, un indicador patético de las desigualdades, considerándose inconcebible que aún mueran personas por TB y peor aun que estos sean indígenas. Se agradeció a Panamá por servir de sede para esta reunión resaltándose que Panamá es un país que prioriza políticamente al indígena. De igual manera Elisa Canqui comunicó que la Región está liderando la visibilidad del indígena en los problemas de salud como la TB. De igual manera se recalca que el avance es importante al crearse un subgrupo dedicado a los indígenas dentro de STOP TB Partnership. Finalmente la Dra. Arango a nombre del Ministro de Salud de Panamá, reconoció que las poblaciones indígenas presentan hasta cuatro veces mayores tasas de TB. Sin embargo los indígenas se están organizando y muchos de ellos colaboran como voluntarios, no solo con el Programa de Control de TB sino con todos los programas de salud para mejorar su estado actual de vida.

DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LATINOAMÉRICA:

Lic. ELISA CANQUI

El reconocimiento de los derechos de los Pueblos Indígenas en América Latina, están plasmados en las constituciones, leyes específicas, políticas y estrategias de salud. Sin embargo, aun existen grandes barreras de discriminación y pobreza. Las prácticas institucionales de los sistemas de salud contribuyen directamente a los alarmantes resultados de altos índices de desnutrición, mortalidad infantil, cáncer, creciente número de casos de VIH-SIDA, tuberculosis, malaria, diabetes, alcoholismo, drogadicción, leishmaniasis, suicidio y otros.

Frente a este escenario se dan dos extremos importantes:

- La modernidad con el avance en la ciencia y la salud
- El aumento de la vulnerabilidad de los Pueblos Indígenas que han decidido vivir en aislamiento voluntario.

La gran pregunta es “que estamos haciendo como personal de salud para equilibrar estas desigualdades en las que los indígenas están perdiendo progresivamente más terreno”.

Existen dos avances que han permitido establecer programas específicos, focalizados, respetando las particularidades de los indígenas:

- 1. Convenio 169 y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas.**
- 2. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.**
(Ver Anexo 1)

Al momento muchos países están plasmando los derechos de los indígenas dentro de las Constituciones Políticas de los países.

- **Venezuela:** *Artículo 122.* Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos.
- **Guatemala:** *Capítulo II, Sección Tercera, Comunidades Indígenas Artículo 69* Traslación de trabajadores y su protección. Las actividades laborales que impliquen traslación de trabajadores fuera de sus comunidades, serán objeto de protección y legislación que aseguren las condiciones adecuadas de salud, seguridad y previsión social que impidan el

pago de salarios no ajustados a la ley, la desintegración de esas comunidades y en general todo trato discriminatorio

- **Bolivia:** *Sección II. Derecho a la Salud y a la Seguridad Social.*

Artículo 35.

- I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud.
- II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Artículo 42.

- I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- II. La promoción de la medicina tradicional incorporará el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
- III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

- **Ecuador: Art. 44.-** El Estado formulará la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de la salud, con sujeción a principios bioéticos.

Es alarmante el informe del Foro de Cuestiones Indígenas de enero 2010 en la cual reportó sobre el estado de salud de los indígenas:

- Niveles alarmantes de diabetes afectando a más del 50% de los mayores de 35 años.
- Esperanza de vida de 20 años menos en relación a la población no indígena.
- Tuberculosis y falta de tratamiento.
- Poca salud, que se hace sentir con más intensidad entre las mujeres indígenas.
- Pobreza y desnutrición
- Libre determinación, derechos colectivos, decisivos para la salud de los pueblos indígenas.
- Sistemas de salud apropiados para el contexto indígena.
- Subregistro y disponibilidad de datos por no contar con un sistema que estratifique por origen

Las barreras que causan estos problemas de salud responden a la falta de adecuación de políticas y programas que incluyan a los indígenas, esto tiene que ver con compromiso y con capacidad.

Como conclusión existen desafíos como:

- La cuestión de la salud no es responsabilidad solo de una parte, debe ser una responsabilidad compartida entre todos los organismos y los pueblos indígenas, no solo con el sector salud.
- En el área de prevención, los indígenas pueden ser una respuesta en la generación de alimentos sanos.

- Pertinencia cultural a los Pueblos Indígenas con servicios de salud adecuados culturalmente.

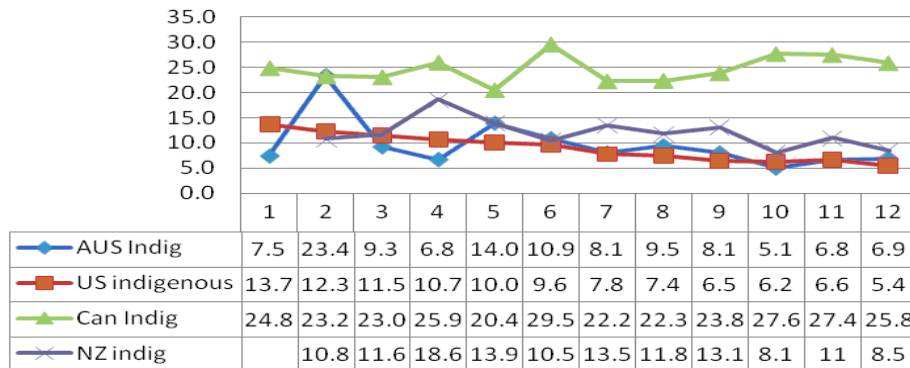
IMPACTO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN PUEBLOS INDÍGENAS DE CANADÁ, Y SU RESPUESTA

Dra. Anne Fanning

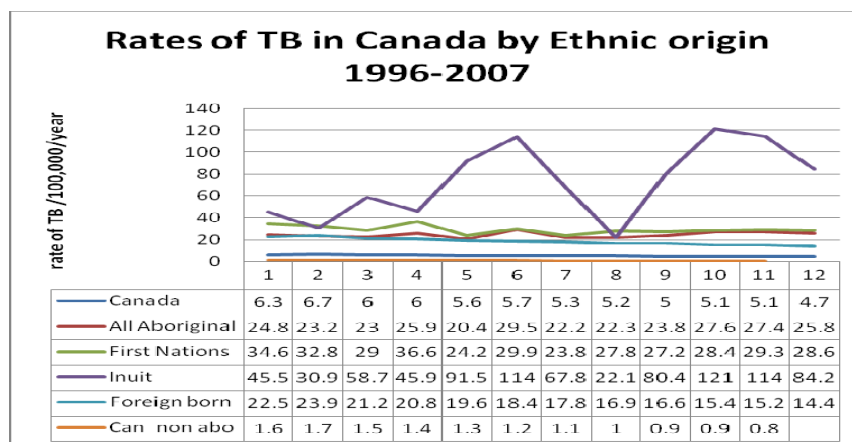
Al enfocar los determinantes sociales, como por ejemplo la pobreza, no se debe perder de vista las metas de captación y curación. Hay que recordar que globalmente existe una brecha de casos perdidos entre las estimaciones y las captaciones, especulándose que porcentaje de estos casos podrían estar dentro de los más de dos y medio millones de indígenas.

La evidencia basada en los datos de Canadá, es que la relación de tasas de TB entre población general y aborígenes muestra que en aborígenes es 5,5 veces mayor, en pueblos originarios 30 veces mayor y en los Inuit es hasta 90 veces mayor. Algo similar ocurre en otros países como EEUU con 5 veces, Australia 10 veces, Nueva Zelanda 10 veces y Groenlandia 8,5 veces tasas de TB mayores.

En Canadá, mientras la curva de incidencia en población general no aborigen ha ido disminuyendo progresivamente, la tendencia entre aborígenes esta aumentando. Comparando con indígenas de otros países la situación en Canadá es más severa (siguiente cuadro)



Dentro de Canadá los diferentes grupos poblacionales tienen diferentes tasas de incidencia de TB (siguiente cuadro), en pueblo Inuit es extremadamente alta comparada con otros, pudiendo deberse las grandes variaciones al pequeño número de habitantes de ese grupo.



Se puede asumir que la existencia de un buen programa con DOT afectara la evolución de la enfermedad, sin embargo la tendencia histórica decreciente de la TB a partir del 1880, cuando aun no existían medicamentos, se relaciono con la mejora de los determinantes sociales.

Esto se vio corroborado por el estudio (Oxlade) sobre las tendencias entre 1990 y 2005 en 165 países. Se vió que la disminución en la tendencia de la TB no se debió al programa sino a la mejora de la expectativa de vida, puesto que por cada año de vida ganada, disminuía la incidencia de TB en 7,8 por 100.000 hab. De igual manera disminuyó la incidencia en 1 por cada muerte infantil evitada por 1000 niños. Solo en países con baja prevalencia de VIH, el tratamiento de la TB es responsable de la disminución de la incidencia.

En el segundo estudio (Dye, Lonroth, et al) realizado por la OMS, en 135 países del 1997 al 2006, se investigaron: el cambio anual de la tendencia de TB y 32 variables independientes (economía, comportamiento, factores de riesgo biológico, servicios de salud e intensidad de las medidas de control de TB). Los resultados mostraron que el promedio de cambio fué de 2 por año, con descenso mayor en países con ingresos altos (3,9%), la menor disminución en África Subsahariana con menos del 1,8. Según este estudio, la incidencia disminuye más rápidamente en países con alto desarrollo humano y baja mortalidad infantil. El descenso de la incidencia se relaciono a la tasa de detección, solo en los países de Latino América.

Como conclusión entendemos que el DOTS es esencial pero no es suficiente, por lo tanto las estrategias deben moverse hacia la mejora de los determinantes de salud.

Estos determinantes son: acceso a atención en salud, ingresos, educación y vivienda, expresados como indicadores de: expectativa de vida, mortalidad en el menor de 5 años, prevalencia de VIH y suicidio. En la siguiente tabla podemos ver la brecha que existe entre los indígenas de diferentes países con relación a estos indicadores.

Aboriginal(non-aboriginal)	Canada	US	AUS	NZ	Greenland (Denmark)
Life expectancy in years m/f gap	69:77/(77:82) 8/5.5	73:79/(75:81) 5/3	67:73 (77:82) adjusted 10:9	66:71 (76:81) 9/9	75.5:80.2
Infant <one year MR/1000	6.4/5.2 1.2	8.7/6.8 1.9	11.4(4.1) 7.3	8.1(5) 3.1	na
HIV % of new infections	20	Gap of 2/10 ⁵	40% greater prevalence	Gap of 6.8/10 ⁵	
Suicide/10 ⁵ gap	24(11) 13/10 ⁵	17(10.6) 6.5/10 ⁵		17.8(!1) Gap of 6.2/10 ⁵	1500/10 ⁵

TB/10 ⁵ Factor	25.8(4) 6.5X	5.4(4) 1.4X	6.9(5) 1.4X	8.5(7) 1.2	60(7) 8.5
HS grad % gap	37(65) 28	71(80) 9	23(49) 26	62(76) 14	96%
U grad % gap	5.8(18.1) 12.3	12(24) 12	3(25) 22	8(13) 5	na
Crowding Person /room	.6(.4)				
Income (USD) gap	16,572 (25,615) 8043	28,919 (37,057) 8038	394(665)/ week 271	14,000 (18,500) 4,500	20,000
Median age	29.6 (36)	29(35)	21(36)	23(36)	39.8

Se propone como recomendación, la implementación y expansión de la Estrategia Alto a la TB, con el fortalecimiento del componente indígena a través de alianzas, con participación comunitaria, considerando la necesidad de unidades de diagnóstico móviles, involucrando a los médicos tradicionales, entrenando a la comunidad, expandiendo las alianzas a los líderes indígenas, buscando unir a ONG's involucradas en la reducción de la pobreza, uniones laborales, organizaciones de agricultores y grupos religiosos.

Aunque las tasas de TB y sus tendencias no se puedan relacionar directamente con los determinantes sociales tampoco se los puede separar. Por lo tanto hay que incluir al programa de control de TB, la abogacía para vivienda, educación, trabajo y acceso a la salud.

FACTORES DETERMINANTES PARA LA ADECUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS

Dra. MA Gomes

En el continente americano hay más de 400 grupos étnicos (OPS >600) y entre 42 a 50 millones de personas indígenas. En los últimos años, ha habido una creciente inquietud en el mundo entero en relación a las deficiencias en salud y a las condiciones sociales que afrontan la mayoría de los pueblos indígenas.

A partir de 1993, con la aprobación de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, la OPS y los Estados Miembros se comprometieron a trabajar con las poblaciones indígenas para mejorar su salud y bienestar, reconociendo el valor del patrimonio cultural, el saber ancestral de los pueblos indígenas y la necesidad de conservarlos. A partir de ese entonces empezó una serie de cambios especialmente en los sistemas de registro, llegando a mostrar el 2003, que los gobiernos y las ONG's estaban trabajando con los indígenas.

Se ha determinado que existen barreras, por ejemplo, para la adecuación de los servicios de salud para la atención de los pueblos indígenas. Por ejemplo:

- Geográficas, requiriéndose que los servicios alejados deban tener promotores de salud indígenas.
- Culturales, de idioma, analfabetismo, la falta de comprensión sobre la cultura y los sistemas de salud tradicionales de los indígenas
- Económico: carencia de un seguro de salud adecuado o falta de capacidad económica para pagar los servicios

- **Marginación:** dificultad para participar en procesos o sistemas no indígenas a escala comunitaria, municipal, estatal, provincial y nacional.
- **Información:** falta de datos sobre la salud y las condiciones sociales de los indígenas. Todavía en algunos países los actuales sistemas de recopilación de datos o de vigilancia no incluyen como variable al grupo étnico. Además, con frecuencia los datos tienen deficiencias en lo relativo a zonas rurales o aisladas, que son precisamente aquellas en las que suelen estar radicados muchos pueblos indígenas. Por consiguiente, es difícil trazar un perfil exacto de las poblaciones indígenas tales como: su ubicación; prioridades y necesidades de salud; perfiles epidemiológicos; análisis y evaluación de programas y servicios, etc.
- Medio ambiente incluidas el resultado del desarrollo, el derecho a la tierra y los reclamos territoriales, sobre todo en relación con el control comunitario del uso de la tierra y los recursos.
- Problemas específicos que repercuten en las comunidades indígenas, como la tuberculosis, la salud de la mujer y el niño, la salud mental, las cuestiones relacionadas al modo de vida, la diabetes, el alcohol, el consumo de solventes y drogas, la nutrición y la violencia doméstica.

A esto se suma la falta general de recursos suficientes para elaborar y poner en práctica los programas y servicios necesarios. No es posible que la salud se trabaje en forma fragmentada cuando los indígenas necesitan atención integral.

Marcos de referencia y modelos de atención intercultural: Los Sistemas de Salud Oficiales deben reconocer la existencia de otros sistemas de salud igualmente operativos y válidos y deben desarrollar mecanismos de interrelación entre ellos.

El reto de la prestación de servicios de salud en ambientes multiétnicos o pluriculturales, y la necesidad de elaborar modelos de atención eficaces incluye la formulación de programas y servicios que resulten cultural y lingüísticamente adecuados para los indígenas, que garanticen la participación activa y significativa de los mismos en la concepción y la puesta en práctica de planes, políticas, sistemas y programas integrales en el ámbito de la salud.

Es necesaria la elaboración de estrategias para aumentar la equidad, pasando de uno de carácter curativo a uno más preventivo con enfoque intercultural.

Es necesario definir estándares de calidad de los servicios desde una perspectiva intercultural, respetando costumbres, tradiciones, lenguaje, conocimientos ancestrales y formas de vida.

Planificación estratégica y alianzas: Es necesario trabajar interrelacionados con otros interesados directos y otros organismos para abordar los factores determinantes de la salud como son: el desarrollo económico, la pobreza, la vivienda, la falta de oportunidades educacionales, las preocupaciones medioambientales, etc.

Los gobiernos deben fijar políticas y leyes claras para garantizar la protección de los derechos humanos básicos, incluido el derecho a la salud para los pueblos indígenas.

Debe abordarse los problemas relacionados con el desarrollo de recursos humanos mediante la capacitación de los trabajadores en salud, en cuanto a la historia, la cultura y las tradiciones de los indígenas, incluidas su cosmovisión, la importancia del idioma, etc. Además se debe establecer mayores oportunidades para los pueblos indígenas, garantizando el acceso a la capacitación, educación y la formación profesional en asistencia sanitaria y otros, etc.

No menos importante es utilizar y aprovechar los actuales conocimientos, experiencias prácticas e infraestructuras comunitarias de carácter autóctono. Finalmente aplicar la perspectiva de género en relación a equidad en las oportunidades de capacitación y de educación.

Conclusión: Se precisa eliminar las barreras mediante la modificación y adaptación de los servicios a prácticas culturales variadas, como el uso de idiomas nativos y el respeto de las prácticas culturales. Un elemento importante al respecto es la introducción de facilitadores interculturales.

Es necesaria la introducción de un enfoque intercultural y el fomento de la formación de personal de salud oriundo de los pueblos indígenas en todos los niveles, técnico y universitario. Además, las poblaciones indígenas deben poder intervenir en la elección de su personal de salud.

Asimismo, es necesario el reconocimiento de los terapeutas tradicionales, basado en el respeto y en la validación de la medicina tradicional.

Es importante que las poblaciones indígenas intervengan en la gestión misma de los establecimientos de salud como administración local. Por otro lado, los mecanismos de aseguramiento de la atención de salud deben diseñarse e implementarse tomando en cuenta la variable de etnicidad.

MESA REDONDA “EXPERIENCIAS EXITOSAS EN LA ADECUACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS”

Facilitador: Dra. MA Gomes

- **Experiencias exitosas en la adecuación de servicios de salud en la atención de pueblos Indígenas en Colombia:**

En Colombia existen 87 etnias indígenas con una población de 1.378.884 habitantes (3.43% de la población total) asentadas en los 32 departamentos del país. Los departamentos con mayor población indígena son: La Guajira, Cauca, Nariño, Córdoba (60%), mientras que la mayor proporción de indígenas se encuentra en Guainía, Vaupés, La Guajira, Amazonas y Vichada.

El año 2009 se reportaron 11.122 casos de TB en Colombia, de los cuales el 6% afecto a pueblos indígenas. La incidencia del país es de 26 por 100.00 mientras que en pueblos indígenas alcanzo a más de 80 por 100.000 hbt.

Colombia fue beneficiada desde el 2002 por el proyecto CIDA-Canadá, para la implementación de la estrategia DOTS entre pueblos indígenas. Se inicio en dos departamentos con expansión posterior. Debido al éxito de estas experiencias el Ministerio de la Salud decidió implementar esta experiencia a todas las comunidades indígenas del país a partir del 2010.

Como ejemplo se describe la experiencia en el departamento Nariño con la comunidad Awa Unipa. Se realizo inicialmente de un diagnostico situacional sobre la actitud de los indígenas hacia la TB. Se encontró entre otros, desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, aislamiento de los familiares, falta de albergue en la IPS, abandono y rechazo del tratamiento, no aceptación de inyecciones, etc. Incluyendo la ausencia de laboratorios y perdida de muestras. La experiencia que se inicio el 2003 tuvo un incremento progresivo en la captación de casos desde 5 a un máximo de 18 pacientes el 2006. Gracias a la voluntad política se estableció alianzas con los líderes de la comunidad Awa. Se inicio el diagnostico

bacilosκόpio y por cultivo, se proveyó de medicamentos, se inicio el tratamiento acortado supervisado en boca y un sistema de registro.

Además de realizarse concertación institucional e interinstitucional, se construyo una casa de paso y de 2 albergues. (Nariño). Se capacito al personal indígena y no indígena en la Estrategia Alto a la TB y esto sirvió de entrada para otros programas como AIEPI comunitario y AIEPI Clínico. Se empodero la estrategia a los EPS (Dusakawi) e IPS (UNIPA – Nariño), lo cual asegura la sostenibilidad de la estrategia.

De igual manera se logro la descentralización en la administración del tratamiento por parte de promotores en la comunidad indígena (Amazonas). Se logro el sostenimiento del paciente y de los familiares. (Nariño) durante el tratamiento a través de organizaciones, y por el apoyo de la comunidad y de los familiares. Las instituciones que apoyan son IDSN, OPS, DAWH, IPS UNIPA, PMA, INS, MPS, CLUB ROTARIO Pasto, Secretaria salud Tumaco.

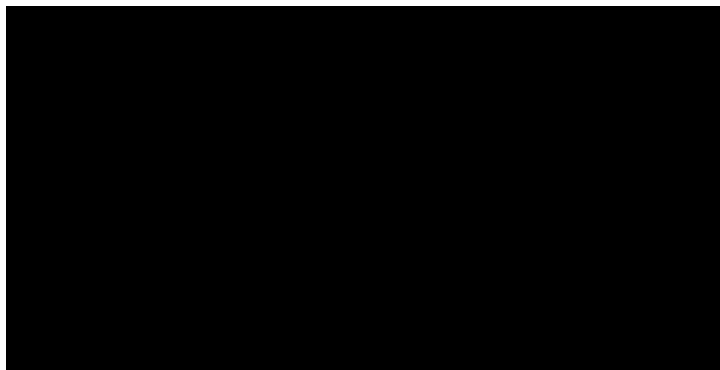
.A nivel de laboratorio se fortaleció la red de microscopistas con lectores indígenas que lograron una lectura bacilosκόpica oportuna y se implemento la siembra de cultivos.

Se capacito a los médicos indígenas y a la comunidad, generando confianza en los pacientes lográndose que los SR entreguen sus muestras voluntariamente. Se ha logrado el apoyo con paquete alimentario de PAM a los familiares y el apoyo con transporte durante el tratamiento.

Se ha elaborado material educativo para la divulgación de la enfermedad en concertación con los grupos indígenas en su propio idioma.

Finalmente se implementó el Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis” y su línea de acción de trabajo interprogramático TB-PAI-AIEPI.

En el siguiente cuadro se puede ver la mejora en la captación de SR desde el inicio de la experiencia en el pueblo Awa-Unipa y a la izquierda una reunión de capacitación a la comunidad.

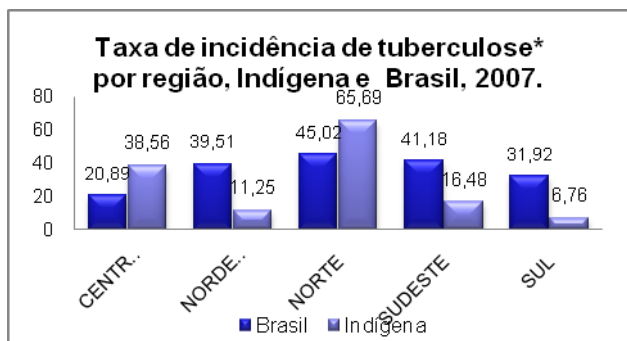


- **Experiencias exitosas en la adecuación de servicios de salud en la atención de pueblos Indígenas del Brasil:**

En Brasil debido a que el Control de la TB es un programa prioritario, existe la disponibilidad de recursos dependiente del ministerio. Sin embargo aunque el Ministerio tiene total ascendencia sobre el programa de TB, la población indígenas dependen de una fundación pública, en condiciones precarias y que está siendo transferida al ministerio. Además los indígenas están incluidos dentro de los beneficios sociales en dinero para las familiar de poblaciones vulnerables.

La proporción de población indígena en Brasil es pequeña (0,1%) aunque grande en números absolutos. Sin embargo 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, lo que representa que la población indígena tiene 4 veces más riesgo de TB que la población general. En los siguientes cuadros vemos la incidencia según población indígena y general.



El control de la TB en población indígena del Brasil tiene su inicio el 1950 con Noel Tutels, con la realización de 4 catastros torácicos (Xingu y Araguaia). El área indígena inicialmente estaba bajo el Sistema de Salud del Indio dentro del ministerio de justicia. En 1999 se traspasó esta responsabilidad 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 los indígenas en las decisiones de salud a través de la ley Arouca para mejorar el modelo de atención, que hasta ese entonces, era medicalizado y deshumanizado.

La Ley de Asistencia Nacional para los Pueblos Indígenas garantiza que estos puedan acceder a la atención integral de salud, de acuerdo con los principios y directrices del Sistema Nacional de Salud, para superar los factores que hacen que esta población sea más vulnerable. Reconoce la eficacia de la medicina tradicional y el derecho de los pueblos a su cultura.

Considerando que la salud indígena es deber del Estado y debe ser proporcionada de acuerdo a la Constitución Federal por Ley N ° 8080/90 y Ley 9836/99; 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 tiene como objetivos facilitar el acceso al diagnóstico, tratamiento y a la quimioprofilaxis. De igual modo, se garantiza la disponibilidad de medicamentos destinados a los grupos de alto riesgo y de los contactos positivos, según lo recomendado por el Ministerio de Salud.

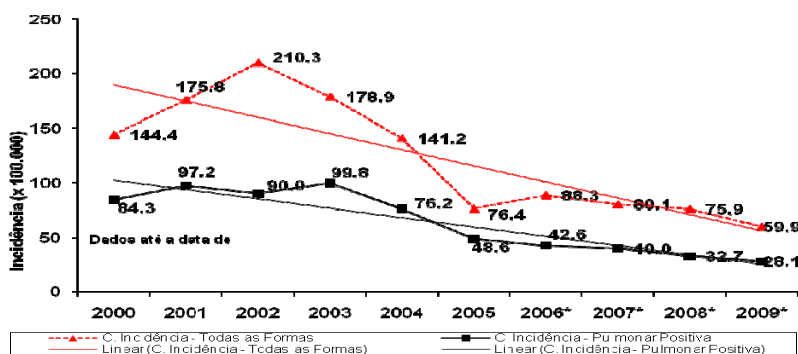
Además la Subcomisión de Atención de Salud Indígena debe coordinar estrechamente con otros departamentos del Sistema Nacional de Salud (SUS), promoviendo la colaboración entre sectores y dentro del sector con las demás instancias del SUS. El año 2009 estuvo marcado por importantes avances en la estructuración, 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 que se presentará en el IV Encuentro Nacional Tuberculosis en Río de Janeiro, del 26 al 31 de mayo 2010.

La TB esta dentro de las prioridades con la vigilancia del sintomático respiratorio, la búsqueda de contactos y la investigación de drogo resistencia en el área indígena.

Existen de igual manera varias alianzas para el control de la TB como el Centro de Referencia Profesores Helio Fraga- CRPHF/FIOCRUZ, etc.

El resultado es el descenso de la incidencia de la enfermedad entre la población indígena como se ve en el siguiente grafico.

Coeficiente de incidência da TB BK+ e de todas as formas nas Populações Indígenas Brasileiras, 2000 a 2009



Plenaria:

Colômbia: Se recalca que en la experiencia de Colombia, dentro de la diversidad intercultural, se trabajo tomando en cuenta sus particularidades y considerando que es el pueblo indígena el que construye su salud y no el ministerio ni la secretaria de salud.

Brasil: a la pregunta de cómo se logro el descenso en la incidencia de TB de mas de 200 a menos de 100 en tres años, se explico que la disminución es progresiva si no se considera esta notable disminución el 2005 y que podría deberse a subnotificación. Se menciona que es importante recalcar que la misma diversidad que da riqueza a la cultura indígena también es un impedimento para avanzar en el programa porque cada cultura tiene sus especificidades que requieren ser investigadas y manejadas individualmente. Esta diferencia también afecta al proceso diagnóstico ya que mientras en la población general los recursos diagnósticos son más amplios (clínica, baciloscopía, radiología y cultivo), en la población indígena es básicamente clínico y radiológico, lo que podría llevar a una sobreestimación de la TB en población indígena.

Coordinador: se busca saber la percepción de los asistentes sobre si las actividades implementadas produjeron una mejora en el problema de TB.

Colômbia: Se comenta que la experiencia sobre la implementación de la estrategia DOTS en un mundo cerrado como son las comunidades indígenas, tiene alguna resistencia, como por ejemplo la administración de inyectables. La implementación del DOTS no se realizo de un día al otro. En principio, toda la población esta afiliada al sistema de salud del ministerio lo que garantiza la atención a población indígena, pero cuando se trato de entrar como ministerio no hubo resultados hasta que se estableció concertación a través de abogacía. El mecanismo para lograrlo, depende de las particularidades de cada población, en general se trabajo con promotores de salud. Por ejemplo la comunidad Naguac tiene su propio centro de salud, el éxito del manejo del programa dependió de que el personal con sus auxiliares y promotores asimilen la estrategia y la adecuen a su comunidad. Al tener su propio centro de salud, la forma de atención es amigable. La otra forma de acercamiento fue a través de los médicos tradicionales que se dieron cuenta que no tenían grandes mejoras en sus pacientes con su medicina, así que el acercamiento hacia ellos sensibilizándolos y capacitándolos, logro que al identificar a un paciente y cumplir con su medicina remitan a los pacientes al centro de salud indígena. Esto ha logrado mejorar durante los últimos 8 años.

La percepción que tienen los indígenas en relación al control de la TB y a la estrategia DOTS, es que los pacientes son objetos pasivos en el tratamiento. Se necesita sembrar un ambiente

de participación que permita a las comunidades adquirir compromiso, con una visión no solo de paciente, programa y tratamiento sino más humana que genere dialogo y que integre a la familia. Por otro lado, fue de mucha ayuda conocer primero que entendían los indígenas por proceso de salud y sobre tuberculosis. Con la comunidad ticuna se encontró que salud o bienestar no se relacionaba a algo físico sino como equilibrio con la naturaleza.

Conclusión:

- Se requiere alcanzar mayor integralidad con todos los servicios de salud
- Apoyar al desarrollo del conocimiento cultural de las poblaciones indígenas en todos los profesionales de salud que trabajan con los mismos con el fin de establecer pactos para que la comunidad asuma más compromiso.
- No se puede tratar como iguales a los que son desiguales. Las comunidades indígenas han sufrido de inequidad por lo que el trato debe ser positivo, para poder garantizar al futuro una igualdad con los demás.
- Todo país que quiera responder a su población indígena tiene que estar dispuesta a dar un trato distinto. Si la población indígena va al hospital y le acompaña toda la familia, el servicio debe adecuarse para dar alojamiento alternativo.
- Se debe llevar a la agenda pública que todavía hay mucho que hacer.

MESA REDONDA: ÉXITOS Y DESAFÍOS EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA TB EN PUEBLOS INDÍGENAS:

M. Guardo

1. EXPERIENCIA EN TUBERCULOSIS EN POBLACIÓN INDÍGENA PERÚ:

Dr. Oswaldo Jave

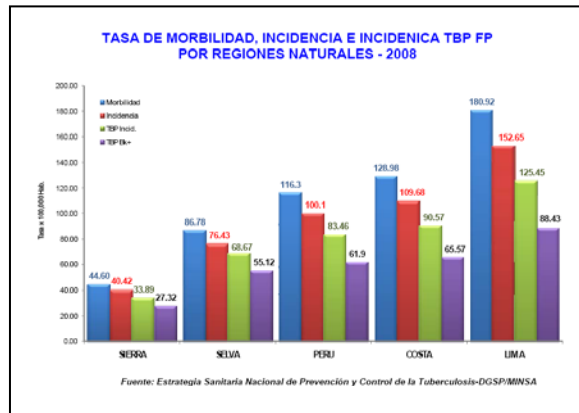
Las comunidades indígenas son definidas, según la ley de comunidades nativas y promoción agropecuaria de la Selva y ceja de Selvas (1974) como: "Las comunidades nativas tienen origen en los grupos tribales de la selva y ceja de la selva y están constituidos por conjunto de familias vinculados por los siguientes elementos principales: el Idioma o dialecto, los caracteres sociales y culturales, y la tenencia, usufructo común y permanente de un mismo territorio, con asentamientos nucleados y dispersos". Otra definición "poseen una cultura y un idioma distinto que marcan su identidad étnica y un sistema de relaciones económicas basados en la comunidad". Se recalca que estas definiciones son complejas y no se pueden aplicar operativamente al momento de la implementación del programa.

Perú con 28 millones de habitantes se divide en tres regiones: la costa, la comunidad andina o sierra y la zona amazónica. El 70% de la población está concentrada en la costa (zonas industriales), 20% en la zona andina y 10% en la amazónica. Existe migración de la sierra a la costa y también en forma inversa hacia el amazonas para la explotación de la madera y con la consiguiente introducción de casos de TB-MDR hacia su interior.

En los siguientes cuadros vemos la distribución de la población indígena por áreas, siendo más importante su presencia en la sierra y en la amazonia.



Mapa de los distritos con notificación de casos de TB en comunidades indígenas



La población indígena se distribuía el 2001 en Quechuas (7.097.000hb), Aymaras (603.000 hb), Amazónica (245.000 hb) y Ashaninka (55.000 hb). La tasa de morbilidad en población indígena fue cercana a 300 por 100.000 hab en algunas zonas y la distribución por sexo alcanzo a 61% en el grupo de mujeres.

Existen limitaciones como la inaccesibilidad geográfica, la baja búsqueda de casos, la insuficiente red de laboratorios, un sistema de información manual de difícil verificación y que no está diseñado para registrar etnias.

Como conclusiones se propone que en general las tasas bajas de morbilidad anual en la sierra y selva comparadas con Loma, se deberían a que la ruralidad es un factor protector de igual manera que la vivienda y la baja densidad poblacional en la selva amazónica. Sin embargo las zonas con tasas anuales mayores se encontrarían en regiones que reciben migración laboral proveniente de la costa y que además tienen escasas de RRHH en salud, equipamiento e infraestructura.

Se menciona como éxitos la presencia de la Estrategia TB en todas las redes de establecimientos de salud con aseguramiento del diagnóstico y tratamiento gratuitos, además del aseguramiento universal y sistema integrado de salud (SIS) que protege a la población en extrema pobreza. Cabe aclarar que se debe priorizar a los indígenas que migran a las ciudades porque se transforman en población de mayor riesgo.

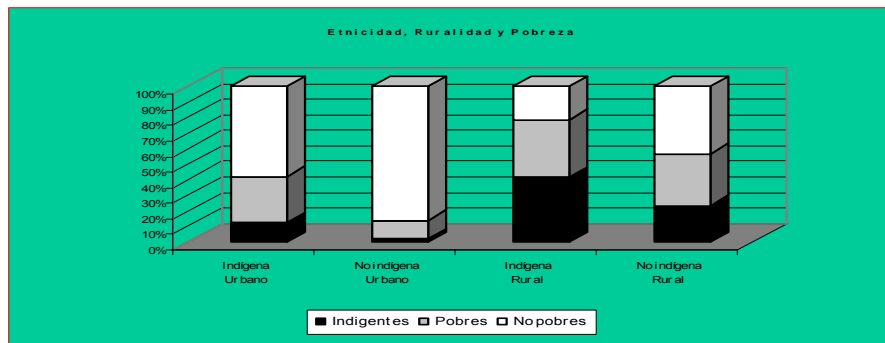
Quedan como desafíos, el fortalecer la comunicación y el sistema de información, utilizar tecnología moderna para capacitación y monitoreo a distancia, la participación de población indígena como promotores para tratamiento DOTS, el trabajo conjunto intra y extra MINSA con otros programas, ONGs rurales, Iglesia, etc. y el posicionamiento de los programas de TB en programas sociales que atacan extrema pobreza y abordan el problema de la MIGRACION.

EXITOS Y DESAFÍOS EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE TB EN GUATEMALA: Dr. Heusler

Guatemala esta conformada por 4 pueblos: los Mayas con 22 culturas (40-60%), los Garifunas con 1 pueblo (0,3%), los Xincas (0,002%) y los mestizos (40-59%)

Existen comunidades muy pequeñas con más de 10 idiomas que complican las acciones, considerando además que existen diferencias no solo en la lengua sino también en la cosmovisión en cuanto al proceso salud enfermedad, que hay que tomar en cuenta al momento de implementar estrategias entre los indígenas.

La Tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en Guatemala, en vista de condicionantes como la pobreza, el estado nutricional y el hacinamiento, además de los determinantes sociales, económicos y culturales de la población. Las áreas de salud del país que presentan las tasas de incidencia más elevadas corresponden a áreas rurales con mayor pobreza y mayor población indígena como se ve en el siguiente cuadro



Se ha establecido la creación de la Unidad de Atención de la Salud de Pueblos Indígenas e Interculturalidad (Diciembre 2009) con reglamento en vigencia desde enero 2010. Existe el reto de operativizar este reglamento y de la organización de la unidad. Como estrategia se formara una Asamblea de Salud de Pueblos Indígenas desde nivel distrital hasta nivel central y un Consejo de Salud de Pueblos Indígenas a ser electos en Asamblea, según procedimientos internos, conformado por 13 miembros.

Todas las decisiones emanadas de la Unidad serán obligatorias para todas las estructuras del Ministerio. Los de trascendencia nacional y sectorial, serán con el visto bueno del Despacho Ministerial.

Las líneas específicas de la Unidad comprenderán:

- Modelo de Atención en Salud desde la Cosmovisión de los Pueblos Indígenas
- Normativas e Investigación
- Implementación de Modelo de Atención de salud de los Pueblos Indígenas.
- Fortalecer las Asambleas y Consejo
- Supervisión, Monitoreo y Evaluación

La dirección de esta Unidad debe ser por indígenas como proceso de empoderamiento.

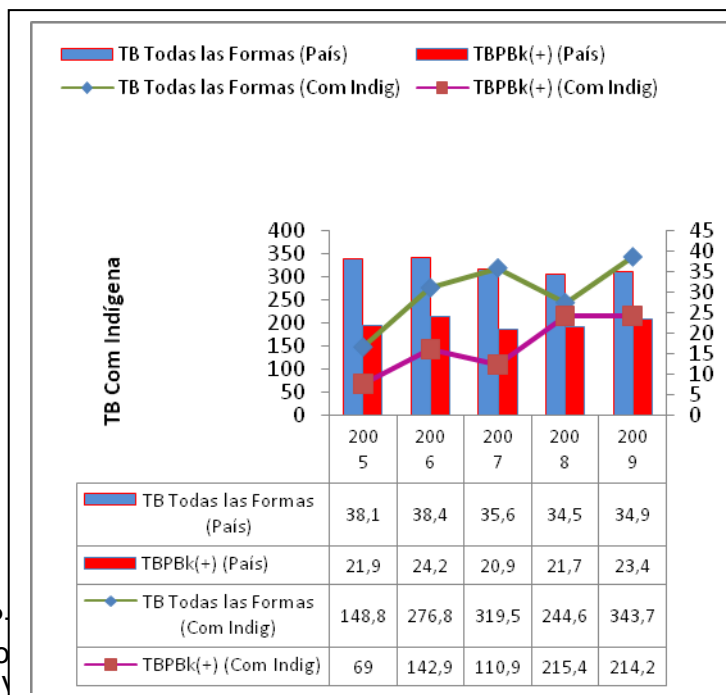
3. ÉXITOS Y DESAFÍOS EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA TB EN PUEBLOS INDÍGENAS DE PARAGUAY. Dra. Celia Martínez

La población indígena del Paraguay constituyo el 2009 el 1,7% del total del país (108.000 indígenas) en 14 de los 18 departamentos del país, con 5 familias lingüísticas (Guaraní, Mataco, Zamuco, Maskoy y Guaicurú) y 20 pueblos indígenas.

El 20,3% del total de la notificación correspondió a casos indígenas, siendo su incidencia 10 veces mayor a la de la población general. Están circunscritos especialmente en el departamento central, en Concepción e Itapúa. Los siguientes cuadros muestran las diferencias en incidencias según pueblo indígena y el impacto de las actividades del FM del 2005 al 2009 con un aumento en las incidencias tanto de TB todas formas como en TBP+ en indígenas, sin cambio en población general

Pueblos	2008	2009			
			Aché	829.7	2156.2
Guaná	0	4250.3	Manjui	0	1319.1

Maka	1355.3	737.3
Toba Qoom	713.4	735.6
Sanapaná	614.0	590.9
Angaité	528.1	487.9
Pai Tavytera	362.9	444.0
Guaraní Ñandeva	163.6	393.7
Enxet	467.0	372.4
Mbya Guaraní	209.6	287.4
Toba Maskoy	780.5	262.9
Nivaclé	341.5	252.0
Avá Guaraní	95.6	218.5
Ayoreo	193.5	149.0



La curación de casos nuevos con TBPBk(+) y la mortalidad aumento hasta el 2008 por el descenso posterior. La coinfección con VIH

al contrario existen más casos de TB-MDR en población indígena (2 a 6 veces más).

Dentro del plan estratégico nacional en acuerdo con el de la Región, en su línea estratégica dos: estrategias comunitarias para poblaciones desatendidas-indígenas, el 2007 Paraguay presento una propuesta al FM cuyos objetivos fueron:

- Aumentar el acceso universal por medio de un diagnóstico de calidad** en las comunidades indígenas.
- Mitigar el efecto socio-económico y cultural en los individuos y en la comunidad entre población indígena **proporcionando tratamiento centrado en el paciente,**
- Proteger de la tuberculosis a las poblaciones indígenas **fortaleciendo las acciones ACMS,** con un enfoque intercultural y empoderamiento de las comunidades

La dificultad para abordar el control de la TB en población indígena esta dado por múltiples factores como las condiciones socio económicas, dificultades de acceso a los servicios, discriminación de lengua, geográfica y cultura, etc.

Dentro de las acciones consideradas se vio en primer lugar el derecho a la consulta que asiste a los pueblos indígenas dentro del convenio 169 de la OIT y convertido en ley 234 el 1993. Se socializo el Proyecto a través de amplios conversatorios con líderes y médicos tradicionales, consensuando y seleccionando a los Promotores en el seno de la misma comunidad indígena. Se desarrollaron talleres de análisis de situación para ubicar nuevos laboratorios y mejorar el acceso al diagnostico. Se capacitaron nuevos baciloscopistas, se adquirieron microscopios y se mejorará la infraestructura y provisión de insumos para el diagnóstico. Durante el 2010 se prevé implementar 60 nuevos laboratorios.

Se capacitaron promotores voluntarios indígenas en extendido, fijación y coloración de láminas, los que son seguidos periódicamente con control de calidad.

Para el tratamiento centrado en el paciente se diseño el abordaje intercultural y se elaboro un Plan de Capacitación para la implementación de la estrategia TAES a través de módulos de capacitación con enfoque intercultural y con 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. Al momento el 62% de los establecimientos de salud de la región sanitaria de Camindeyu cuenta

con promotores voluntarios capacitados. Se les provee de insumos para el trabajo como bicicletas, motos, remeras, mochilas y bolsos 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 ha elaborado un instrumento y la estrategia para supervisar al personal de salud, al servicio de salud, a los promotores voluntarios, líderes y a los pacientes. El resultado de las supervisiones en 5 regiones sanitarias mostro que los promotores tienen 62% de conocimientos, 78% cumplen con practicas adecuadas y 96% tiene buena predisposición para trabajar con el programa de TB.

En cuanto a ACMS se tiene un Plan de comunicación con objetivos comportamentales validados en las comunidades para la elaboración del material educativo, de comunicación e idioma a ser utilizado.

También se han producido cuñas radiales en español, guaraní y enxet, validados y difundidos en radios locales y comunitarias; y documentales grabados con los mismos indígenas.

Logros:

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 ha difundido material de comunicación lográndose un incremento 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.

Por otro lado se logro 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 participan en los consejos locales de salud

Oportunidades:

En cuanto a apoyo legal, 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 tiene la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2007), traducida recientemente al Guaraní en el 2009.

Proyecto AECID: para la implementación de las nuevas políticas en salud, con énfasis en salud indígena

Fondo Mundial con la Ronda 7: dirigido a la atención de los pueblos indígenas, y la Ronda 9: Fortalecimiento del Sistema de Salud

Compromiso de gobierno nacional para asegurar acciones integrales para el bienestar de los pueblos indígenas como la Instancia nacional de articulación de acciones PRONAPI, la Creación de la Dirección General de Salud Indígena, las mejoras en el acceso a la salud a través de las Unidades de Salud, el inicio de capacitaciones en interculturalidad en el personal de salud del MSP y la decisión de colocarlo en currículos de pre-grado y finalmente las Investigaciones operativas como el Desarrollo de una línea de base de causas más frecuentes de enfermedad en comunidades indígenas

Desafíos:

El desarrollo de nuevas estrategias, que constituye un proceso dinámico, para la prevención y control de la TB en las comunidades indígenas teniendo en cuenta sus características propias (culturales, costumbres, género).

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.

Optimizar el sistema de información en TB, 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.

Optimizar la implementación de la política de gobierno, incluyendo y articulando con las acciones ya realizadas en TB

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).

4. **ÉXITOS Y DESAFÍOS EN LOS PROGRAMAS DE CONTROL DE LA TB EN PUEBLOS INDÍGENAS: MÉXICO** Dra. Dolores Arana Saldaña.

El 2008, de los 17,598 casos de Tuberculosis 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 fue 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% fueron casos <19 años.

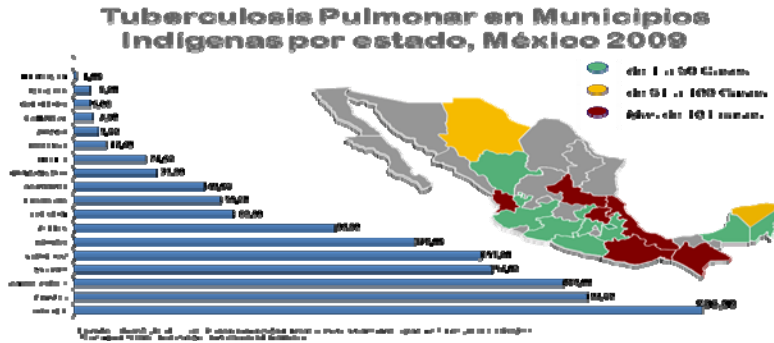
Geográficamente, 18 estados reportaron casos de TB Pulmonar en municipios indígenas como Oaxaca, Chiapas, Nayarit, San Luis Potosí, Veracruz, Puebla e Hidalgo que concentran el 80% de los casos.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece 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, sin embargo se enfrentó con el problema del analfabetismo.

Específicamente para población indígena; el Programa de Acción TB 2007-2012 marca como parte de sus estrategias y líneas de acción.

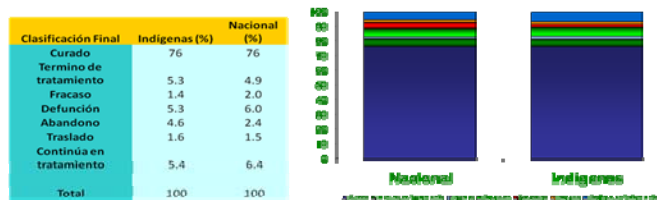
- Fortalecimiento de las competencias técnicas y operativas en detección, diagnóstico y tratamiento al personal médico, paramédico y microscopistas en las unidades y laboratorios del sector salud y de la práctica privada **para la intensificación y expansión de las acciones en la población y grupos vulnerables**. Se conformaron 4 laboratorios móviles para el interior del país (área rural) para la detección de casos, bajo convocatoria previa a la comunidad
- 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 podemos ver la notificación de la TB en indígenas por municipios y carga de pacientes



Según sexo, las mujeres son más afectadas en todos los municipios indígenas. En enfermedades asociadas a la TB entre indígenas se cuenta la desnutrición 23%, diabetes 20%, VIH 11%, alcoholismo 6% y 8% otras no identificadas. En condición de egreso al tratamiento el siguiente cuadro muestra los resultados comparativos con la población general

Tuberculosis Pulmonar, Cohorte de casos nuevos BK+, Nacional y Municipios Indígenas México, 2009*



Retos:

- 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

Plenaria:

¿Cuál es la percepción del proceso salud enfermedad entre los indígenas?

Dra. C. Martínez: interpretan a la enfermedad como un maleficio que debe ser sacado por un medico tradicional, pero según se va capacitando aprenden que la TB tiene su dueño que es el *Mt* y que por lo tanto debe ser tratado con los medicamentos.

CONCLUSIÓN:

Dra: Mirtha Del Granado.

En las diferentes presentaciones se ha hablado sobre las características del sistema sanitario y la necesidad de trabajar con lo que ya existe, que es la atención primaria de salud, aunque evidentemente habrá que crear nuevos modelos de trabajo donde no llega la atención primaria. Sin embargo debemos tener una visión holística y aunque seamos del programa de TB, hay que entender que el indígena no solo tiene TB y por lo tanto se debe trabajar en forma interprogramática. Sin embargo debemos individualizar el problema, lo que significa que se necesita contar con información disgregada por etnias de manera que se pueda identificar donde existen más problemas. Por lo expuesto vemos que los países están avanzando en esta dirección, pero es necesario que todos cuenten con esa información.

También se ha hablado de la inequidad y aunque no podamos ir mas allá en cuanto a poder y recursos, podemos avanzar en equidad en salud ofertando servicios de calidad adecuados a la cultura de los pueblos y respetando las necesidades de la comunidad

Por último, aunque todos se quejan de que no existen recursos, casi todos los países presentes son países aplicantes al FM como Paraguay y que deberían presentar propuestas para mejorar todos los aspectos mencionados.

Sobre el problema de la migración como parte o consecuencia del pillaje de los territorios indígenas, habrá que tratar en otra oportunidad.

TRABAJO DE GRUPOS: coordina Lic. Edith Alarcón (La Unión)

- Análisis e identificación de factores exitosos en los programas de control de la TB en pueblos indígenas
- Análisis e identificación de desafíos en los programas de control de TB en pueblos indígenas

Grupo 1: Dr. Kaila: Colombia Guyana y Perú:

Conclusiones:

Factores exitosos	Factores determinantes	Desafíos en TB
Concertación con las comunidades indígenas en relación a la TB como situación de salud presente en la población	Migraciones poblacionales voluntarias ó forzadas que amenazan la unidad territorial de las comunidades indígenas	Manejo de la conceptualización de salud - enfermedad en ambas sociedades (indígena-occidental)
Presencia de promotores de salud indígenas ó agentes comunitarios en salud como interlocutores entre la comunidad y el sector salud	Dificultades de acceso geográfico que impide la atención en salud de las comunidades indígenas	Como enfrentar los determinantes sociales, culturales y de salud que no perpetúen el problema en TB en las comunidades indígenas
Construir información a partir de datos existentes en las comunidades indígenas	Sostenibilidad económica de los promotores de salud indígenas ó agentes comunitarios en salud	Abordaje de la TB-MDR, TB/VIH (salud sexual y reproductiva) en poblaciones indígenas
Empoderamiento de la comunidad indígena del tema de TB	Falta de reconocimiento de las comunidades indígenas frente a sus necesidades en salud	Alianzas inter programáticas que permitan fortalecer las intervenciones en salud

Identificación de los determinantes en salud que afectan el diagnóstico y tratamiento en tuberculosis	Necesidad de un abordaje holístico del problema de TB al interior de las comunidades indígenas	Acceso universal al sistema de salud incluyendo seguridad nutricional
Asimilación de ex - pacientes que permiten potenciar el trabajo al interior de la comunidad	Falta de financiamiento de la estrategia STOP-TB en los países	
	Desplazamiento de las comunidades indígenas de sus territorios	
	Transculturalización en los pueblos indígenas	

Grupo 2: Dra. Del Granado: Costa Rica, Honduras y Venezuela

1. Factores clave para el éxito en las intervenciones para control de tuberculosis

- Lograr un modelo de atención de salud integral con personal sensibilizado, capacitado y con adecuación intercultural.
- Capacitación especial a promotores indígenas o a la red social indígena existente.
- Compromiso político a diferentes niveles y que debe incluir a los gobiernos locales.
- Contar con sistemas de información adecuados que incorporen la variable etnia (para los países que no lo tienen).
- Realizar actividades de abogacía para generar recursos.
- Programas que implementen con calidad la estrategia Alto a la Tuberculosis.
- Establecimientos de salud con adecuación intercultural.

2. Barreras para lograr el éxito en la intervención de control de Tb en pueblos indígenas

- Falta de compromiso político (gobierno y comunidad indígena).
- Ausencia de un diagnóstico situacional de salud adecuado a poblaciones indígenas.
- Falta de trabajo coordinado entre el sistema de salud y la comunidad indígena.
- Inequidad social y sanitaria.
- Falta de sensibilización del personal de salud.
- Falta de adherencia al tratamiento.
- Ausencia de trabajo interinstitucional.
- Población indígena migrante.
- Falta de capacidad de los laboratorios en territorios indígenas.

3. Desafíos para el control de TB en poblaciones indígenas.

- Estudiar la frecuencia de los determinantes sociales, económicos y de salud presentes en los pacientes indígenas con Tb.
- Incorporar líderes indígenas en la planeación de las actividades del programa.
- Incorporar a los líderes indígenas en las alianzas contra la Tb.

Grupo 3: Elisa Canqui: Brasil, Ecuador y México

Factores considerados claves para lograr el éxito en una intervención

- Intervención participativa de los usuarios, personal de salud, trabajadores del sistema.
- Identificación de líderes y representantes de la comunidad y que deben ser representantes de cada comunidad.
- Comunicación con el lenguaje, imágenes propias de su comunidad.
- Participación desde el inicio del proyecto, desarrollo, evaluación y ver los resultados.
- Apoyo político, recursos financieros.
- accesibilidad con calidad por parte de los prestadores de servicio
- Sensibilización a los futuros usuarios.

Barreras para lograr el éxito de la intervención

- Intervención unilateral.
- No se considera las necesidades propias de la comunidad como la desnutrición
- Falta de comunicación, imposición de intervenciones.
- No hay apoyo político.
- Formación del recurso humano en las universidades en el modelo curativo y no integral
- La salud no se ve forma integral

Identifique los desafíos que deben afrontarse para el control de la TB en pueblos indígenas.

- C comprensión de la visión holística de salud de los pueblos indígenas por parte de los prestadores de salud
- Mejorar los canales de comunicación e información para lograr que la población indígena de comprenda que la TB requiere un tratamiento.
- Poner en práctica la teoría iniciar el trabajo con participación de los involucrados.
- Sistematizar las experiencias locales
- Inicio de la revisión del pensum de estudios de las universidades en la formación del recurso humano.

Grupo 4: Dra. M A Gómez: Guatemala, Paraguay y Panamá

Factores Clave para lograr éxito:

- Reconocer, valorar, respetar y apoyar el desarrollo de los sistemas de atención de los pueblos indígenas, y articular con los modelos oficiales legalmente, conceptualmente y luego aplicarlos prácticamente.
- El acercamiento a los pueblos indígenas antes de comenzar el trabajo, comunicación con las autoridades tradicionales
- No imponer modelos de atención, consensuar y construir con ellos el modelo de atención que se adecue a su cultura
- Políticas públicas que regularicen la atención a las comunidades indígenas construidas con ellos
- Formación de los recursos "talentos" locales para el trabajo.

- Métodos participativos de trabajos: investigación – acción participativa aplicada.
- Sistematización para aprender de las buenas prácticas, para la transferencia del conocimiento
- Como las intervenciones desde afuera deben cumplir con consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas, mas que la información, orientado al consenso de métodos y estrategias
- Sistema de Información no preparadas ni adecuados para incorporar los contextos indígenas.
- Mantener una comunicación fluida para mantenerlos informados.
- Tener en cuenta el enfoque de espiritualidad para todo el trabajo
- Trabajar indicadores que salen de la propia comunidad
- Articulación entre las acciones del estado
- El factor holístico de la persona es importante, la TB tiene que articular con otros programas y otras políticas públicas
- Interculturalizar la educación superior y capacitación de todo el personal de salud

Factores que pueden convertirse en barreras

- Discriminación y racismo
- Implementar políticas públicas unilaterales
- Modelos de formación tradicional del personal de salud
- Estado monocultural y hegemónico
- Falta de acceso a la atención a la salud, a recursos financieros, infraestructura y humano
- La falta de diálogo y consenso
- No hay respeto sobre los tiempos cíclicos y naturales de los pueblos indígenas
- Aculturamiento
- La utilización del término "Intervenciones"

Desafíos

- Trabajar con Intersectorialidad: habitación, salud
- Transversalización de los programas
- Armonización entre cooperantes para trabajar todos en el mismo objetivo
- Implementar las políticas diseñadas en forma conjunta
- Transformar en acciones los discursos y planes y políticos de salud indígena

Conclusión trabajo en grupos:

Existen muchas coincidencias, se debe trabajar conjuntamente con la comunidad, no asumir posiciones de paternalismo sino que las propuestas y planes de trabajo deben salir de la comunidad

IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Ing. Emilio Ramírez

Partamos rescatando palabras de las autoridades como lo dicho por la Dra. Mirta Roses: "El cambio climático amenaza con aumentar la carga de morbilidad de los más pobres y disminuir el progreso hacia los Objetivos del Desarrollo del Milenio, Ya contamos con suficientes datos probatorios para saber que tenemos que actuar", afirmó. De igual manera lo dicho por la Dra. Chan: "El calentamiento del planeta será gradual, pero los efectos de los fenómenos

meteorológicos extremos -más tormentas, inundaciones, sequías y olas de calor- **serán abruptos y se percibirán de forma aguda.**

Kristie Ebi, autora del capítulo salud humana del Cuarto Informe de Evaluación a cargo del Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC) expreso: **"Tenemos simplemente mucha más energía (en los sistemas) que va a tener que salir (de alguna manera); y la forma como esto va a suceder es a través de eventos extremos".**

Tom Goldtooth, del Consejo Internacional de Tratados Indios: Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas, Nueva York, 10-21 de mayo de 2004 dijo: "El Cambio Climático (CC), si no se frena, resultará en una mayor frecuencia y gravedad de ocurrencias con el clima, tormentas, diluvios, sequías y escasez de agua.

Todo esto se transforma en peligro inmediato a la continuación del estilo de vida de los Pueblos Indígenas quienes están siendo testigos con ojos propios de cómo su mundo se va derritiendo

Que es el CC?, hay consenso que los **humanos** hemos cambiado significativamente la química de la atmósfera al quemar combustibles fósiles (carbón, petróleo y gas), que al quemarse, emiten gases como el dióxido de carbono, metano y óxido nítrico que se van concentrando en la atmósfera, formando un manto que atrapa el calor del sol, produciendo un **calentamiento del planeta** (efecto invernadero).

Entre las causas del cambio climático están: La concentración atmosférica de gases de efecto invernadero, los que han aumentado notablemente desde el comienzo de la revolución industrial y por el cambio en los usos de la tierra y la agricultura. La tala y quema de bosques como métodos tradicionales y tecnificados de explotación agrícola y para la producción de energía han aumentado el volumen de "gases de efecto invernadero" de forma muy rápida en la atmósfera.

¿Quiénes aportan mayores emisiones de dióxido de carbono (CO₂)? Estados Unidos y Canadá aportan alrededor de una cuarta parte de ellas. Las emisiones de China aumentaron desde 1% del total hasta el 13% en 1996. Entre 1950 y 1996, las emisiones globales totales aumentaron desde 6.4 mil millones a 24.4 mil millones de toneladas.

¡Alteración relación suelo-agua-aire-vegetación: Los cambios en las temperaturas y lluvia afecta el crecimiento y tamaño de las hojas de las plantas, lo que impacta sobre la recarga del manto freático y la velocidad del viento. En general afecta la armonía del funcionamiento de los ecosistemas y por ende las condiciones de vida (pérdidas de diversidad biológica, migraciones humanas, migraciones de faunas y otras manifestaciones

Inequidades evitables: El cambio climático constituye peligro para la supervivencia de la población en general, pero los indígenas, pese a que ellos contribuyen muy poco al efecto invernadero, son los más afectados. Cuando se ven obligados a emigrar suelen ser víctimas de **doble discriminación**, por migrantes y por indígenas.

Algunas **medidas de mitigación** pueden tener **consecuencias indeseables**, para los indígenas. Por ejemplo las iniciativas agrícolas que pueden reducir las emisiones de gases pueden provocar un aumento de la mono cultura de cultivos con la consiguiente disminución de la biodiversidad y seguridad alimentaria.

El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas en su Informe sobre el séptimo período de sesiones (21 de abril a 2 de mayo de 2008), recomienda que:

- la "Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas debe servir de clave y marco obligatorio para la formulación de planes de desarrollo y debe ser

considerada elemento fundamental en todos los procesos relacionados con el cambio climático a nivel local, nacional, regional y mundial”.

¿Por qué el énfasis en CC y los efectos en poblaciones indígenas? Porque esta población es la más directamente afectada, en primer lugar por el impacto en las enfermedades de transmisión vectorial como la malaria, el dengue, la fiebre amarilla, etc., que aumentaran en magnitud e incidencia. Segundo por la seguridad alimentaria y nutricional, la disponibilidad de agua potable y finalmente por el aumento de las alergias respiratorias, las que afectarán al 50% de la población en los próximos 15 años.

La población y los pueblos Indígenas de las Américas comprenden 45 - 50 millones de personas en 400 pueblos diferentes y 24 países. Corresponden al 6% de la población total de las Américas, 10% de la población total de América Latina y el Caribe y 40% de la población rural de América Latina.

En cuanto a la atención primaria de salud e interculturalidad, se debe reconocer que los indígenas tienen su propio sistema de salud o sistema tradicional y que también existe el sistema actual u occidental. Ambos sistemas funcionan en paralelo y no hay armonía entre ambos, cuando lo ideal es que hubiera una simbiosis entre ambos. La propuesta es que haya un acercamiento entre ambos.

CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN PUEBLOS INDÍGENAS DE PANAMÁ.

Dra Cecilia Arango

Panamá cuenta con una población de 3,339,781 habitantes, distribuidos en 14 Regiones de Salud y de estas, 2 constituyen Comarcas Indígenas con el 5.4 % de la población nacional.

Los niveles de fecundidad actuales entre la población indígena es similar a los que tenían en promedio las mujeres panameñas hace más de 50 años

El analfabetismo de los hombres indígenas es del 28% y de las mujeres indígenas 48% mientras que entre los no indígenas es de apenas un 5.5% sin diferencias por sexoⁱⁱ.

Las dos comarcas son Ngabe Bugle y Kuna Yala, en la que se inicio la estrategia DOTS el 2003 y 2004 respectivamente con el apoyo del Fondo Mundial y de la Fundación Damián.

Actualmente la cobertura del DOTS ha mejorado y la tendencia de la incidencia de casos de TB+ y nuevos se encuentra en leve descenso. Sin embargo las dos comunidades incluyendo la comunidad Bocas del Toro presentan incidencias mayores a 100 por 100.000hab. En esta última más del 95% de los casos de TB son indígenas aunque esta característica no figura en la notificación. En cuanto al comportamiento de la enfermedad a nivel nacional se distribuye más entre los 15 y los 45 años y a los varones. Mientras que en ambas comarcas la afectación mayor es de mujeres. La mortalidad en general tiene una tendencia a disminuir pero con un incremento en el 2008. Al inicio de la estrategia la información era deficiente, lo cual mejoro. El 2008 la comarca Ngabe Bule tuvo éxito al tratamiento de 77%, con 12,3% de abandonos y 10,6% de fallecidos. Mientras que en Kuna Yala el éxito fue del 66% y 33% de abandonos.

En cuanto a la situación de TB/VIH, a nivel país presentaron un 83.73 de coinfección entre los casos nuevos y 16.27% entre los retratamientos, sin embargo entre indígenas el 2007 hubo 6.7% de coinfección y el 2008 solo el 4.4%. En cuanto a mortalidad en indígenas la tasa fue de 5.8 y por VIH-SIDA de 13.83, pero ninguno falleció por coinfección. La relación a TB-MDR se

presentaron dos casos (2006 y 1007) en Ngabe Bule, se reconoce que hay problemas para el diagnostico.

El desarrollo de los proyectos tuvo los objetivos de Fortalecimiento de la capacidad de respuesta nacional en la lucha contra la TB y Fortalecimiento de la capacidad de respuesta en Comarcas Indígenas Gnobe Buglé, Kuna Yala y Emberá Wounaan.

El proyecto se desarrollo del 2003 al 2006 en dos fases y abarco las aéreas indígenas y marginales con extrema pobreza.

El plan de acción de 6 meses de la primera fase incluyo la compra de alimentos para manutención de pacientes, compra y mantenimiento del vehículo, contratación de enfermera y chofer y elaboración del Programa Modelo de Educación de Pares (R. S. de San Miguelito y las cárceles). También para la compra y mantenimiento de vehículo para la Región de Salud de Chiriquí (con apoyo a la Comarca Gnobe Buglé) y contratación de 2 baciloscopistas indígenas para habilitar 2 centros de diagnóstico de TBC en la Región de Kuna Yala (Cartí y Río Sidra)

En el plan de acción de 15 meses se incorporaron a organizaciones de la sociedad civil. Se implemento el sistema automatizado de Vigilancia Epidemiológica. Se mejoro la red de transporte en 5 Regiones de Salud de Veraguas, Metro, Colón, Gnobe Buglé y Bocas del Toro. Dentro del capitulo REMAR, se mejoro la atención integral de pacientes con TBC y doble infección, se capacito a los equipos de salud y promotores en nuevas estrategias de TAES, se continuo con la manutención, suministro de servicios públicos, útiles para consultorios y se inicio la 2da fase de rehabilitación del centro.

Por otro lado en esta misma fase se logro la consolidación de la estrategia TAES en las Comarcas Kuna Yala y Gnobé Buglé, la habilitación de los 5 centros de diagnóstico en Kuna Yala (Cartí, Río Sidra, Playón Chico, Mulatupu y Puerto Obaldía), se habilitaron 3 centros de diagnóstico en Gnobe Buglé (Bisira, Hato Chamí y Nole Duima).

Se realizo el mejoramiento de la red de transponte en la Comarca Kuna Yala (4 lanchas de fibra de vidrio y 4 motores fuera de borda) y el reacondicionamiento de la red de transporte del Distrito de Kankintú (rehabilitación de bote y compra de motor fuera de borda)

Se fortaleció la red de radio comunicación de la Comarca Gnobe Buglé (compra de radios y accesorios) y se implemento el programa de incentivos con la compra de 10 cayucos para la Comarca Kuna Yala y 10 bolsas de comida mensuales a promotores comunitarios en la Comarca Gnobe Buglé

Durante la segunda fase del Fondo Mundial se busco fortalecer la capacidad de respuesta nacional en la lucha contra la TBC y el apoyo de la sociedad civil en la estrategia del TAES comunitario en poblaciones marginales e indígenas y fortalecer la capacidad de respuesta en las Comarcas Indígenas Gnobe Buglé, Kuna Yala y Emberá Wounaan. Para esto se establecieron alianzas con las ONG's para la rehabilitación de centros de capacitación y recuperación y dar sostenibilidad y apoyo puntual a los centros de intervención. Además se realizaron talleres de capacitación a los equipos básicos de salud en las regiones de intervención con participación activa de la Unidad Coordinadora del Proyecto en las reuniones de monitoreo, seguimiento y evaluación.

Se garantizo el mantenimiento y suministro de combustible, pólizas de seguros a los vehículos adquiridos por el proyecto. Se creó el programa modelo para las comarcas indígenas y el Centro Penitenciario en la educación de pares con talleres de capacitación de modelo y con el programa de incentivos para las Comarcas Gnobe Buglé, Emberá Wounaan y Kuna Yala

Para fortalecer la capacidad de respuesta de las comarcas indígenas se dio continuidad a la contratación de los 3 promotores integrales de salud en la Comarca Gnobe Buglé, a los 4

promotores integrales de salud en la Comarca Kuna Yala y al programa de incentivos en la Comarca Gnobé Buglé (10 bolsas mensuales de comida).

De igual manera se implementó el programa de incentivos en la Comarca Kuna Yala (2 bolsas mensuales de comida), se fortaleció la red de radio comunicación de la Región de Gnobé Buglé interconectada con Veraguas, Chiriquí y Bocas del Toro y en las Comarcas Kuna Yala y Emberá Wounaan, además de la adquisición de insumos para el transporte marítimo de la Comarca Kuna Yala

Con la Fundación Damián se capacitaron a cinco baciloscopistas en el Laboratorio Central de referencia de salud pública, se donaron insumos de laboratorios y 4 microscopios. Se realizó la capacitación gerencial al Coordinador Regional de Laboratorio, se donó una computadora y se apoyó durante el desarrollo de la Evaluación del Programa de Tuberculosis en la Región

Con médicos sin fronteras se reacondicionó centros de acogida para los pacientes en tratamiento y sus familias. De igual manera con el Gobierno Vasco se adecuaron centros de hospitalización.

Como conclusiones: se debe mantener como prioridad de acción la lucha contra la tuberculosis en el país y la atención integral de poblaciones indígenas. Se debe recuperar y fortalecer el proceso de consolidación de la estrategia TAES, para no retroceder en el terreno avanzado y alcanzar la meta del 85% de curación para lo cual se requiere del apoyo de todas las partes para la Sostenibilidad de todo este esfuerzo de años anteriores.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS E IMPACTO NEGATIVO EN LA TUBERCULOSIS

Dra. Mirtha del Granado

Cuando se habla del marco conceptual de los determinantes sociales debemos referirnos al ciclo de la vida del ser humano, en el cual para que el individuo pueda desarrollarse adecuadamente, desde el embarazo, la madre debe estar protegida, con acceso a salud, nutrición y soporte social. En la primera infancia debe tener sus necesidades socio emocionales, nutricionales y lingüísticas-cognitivas aseguradas. Durante la infancia y la adolescencia debe tener acceso garantizado a educación de calidad, información y a la recreación. En la edad adulta debe tener acceso a empleo estable, bien remunerado en condiciones seguras, y una vivienda con entorno saludables. En la tercera edad la vejez debe estar protegida social y económicamente. Estos son los estándares mínimos para que un individuo se desarrolle adecuadamente y dependerá de la ubicación del individuo para que tenga acceso al poder, a los recursos y servicios, para que desarrolle una condición plena de salud.

Es en este punto en que se producen las disparidades, por ejemplo un indígena en Canadá tendrá 8 años menos de esperanza de vida. Una niña en Japón tiene una esperanza de vida de 80 años pero si nace en Angola o Bangladesh tendrá menos de 50. El ser indígena en Panamá tiene 48 veces más riesgo de ser analfabeto comparado con 5 al no ser indígena.

Estas disparidades especialmente importantes en indígenas y sobre todo en mujeres y niños, se podrían solucionar solo a través de políticas de protección social universal con acceso gratuito independiente del sexo, raza o capacidad adquisitiva, construyendo un sistema sanitario con equidad, prevención y promoción de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las

enfermedades. Esas circunstancias están configuradas por un conjunto macro de fuerzas: económicas, sociales, normativas y políticas. La vulnerabilidad de un individuo a las enfermedades dependerá del lugar que ocupe en la jerarquía social que afectara a sus condiciones de crecimiento, aprendizaje, vida, trabajo y envejecimiento, y por lo tanto a la mala salud y a las consecuencias de la enfermedad.

Cuando enfocamos en la TB, entendemos que esta es una enfermedad producida por una bacteria pero que interactúa con la vulnerabilidad del individuo condicionado por otros factores. Para que el individuo este expuesto al bacilo deben haber muchos casos activos en la comunidad y que a su vez para la existencia de estos deben haber problemas tanto en la accesibilidad al sistema de salud, en la oportunidad del diagnostico y en el tratamiento adecuado. Deben existir además ciertas condiciones, por ejemplo en vivienda con hacinamiento y en la vulnerabilidad del estado inmunológico del individuo para que se desarrolle la enfermedad como desnutrición, VIH, diabetes, alcoholismo, tabaquismo y contaminación intradomiciliaria.

En este círculo además influirá la respuesta sanitaria y su capacidad de solucionar rápidamente el problema de la enfermedad.

Todos estos son factores causales, que dependen de un contexto global, de la inequidad económica, de la globalización, de la urbanización, de la pobreza y de la capacidad de respuesta del sistema sanitario. El personal de salud puede contribuir dando una respuesta de calidad en el ámbito de salud, fortalecer el sistema sanitario, trabajar en forma más holística interprogramática con las otras áreas de salud.

También existen los macro factores o la causa de las causas como son la injusticia social, la incapacidad de tener acceso a los servicios de salud. Existen además factores de riesgo, para lo cual la OMS calculo basado en evidencias el riesgo relativo (RR), la prevalencia y la fracción atribuible a la población como se ve en el siguiente cuadro.

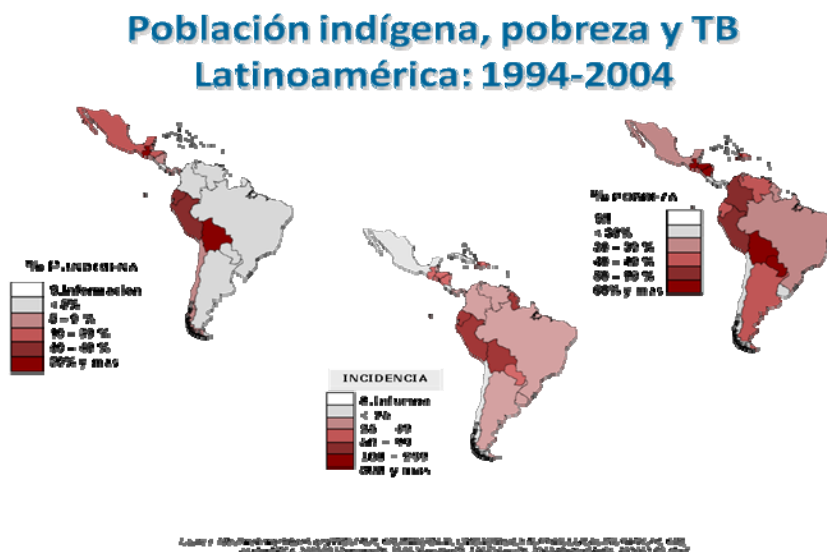
Factor de riesgo	Riesgo relativo de TB activa	Prevalencia ponderada, 22 PAC	Fracción Atribuible en la Población
Infección VIH	8.3 (6.1 -10.8)	1.1%	7.3% (5.2-9.6)
Desnutrición	4.0 (2.0-6.0)	17.2%	34.1% (14.7-46.3)
Diabetes	3.0 (1.5-7.8)	3.4%	6.3% (1.6-18.6)
Alcoholismo	2.9 (1.9-4.6)	3.2%	5.7% (2.8-10.3)
Tabaquismo	2.6 (1.6-4.3)	18.2%	22.7% (9.9-37.4)
Polución Infra domiciliaria	1.5 (1.2-3.2)	71.1%	26.2% (12.4-61)

Donde vemos como ejemplo que el VIH es el factor de riesgo mayor porque una persona con VIH tienen 8,3 veces más riesgo de desarrollar TB que una persona sin VIH. Sin embargo se debe relacionar el factor de riesgo con la prevalencia, como en el caso de la polución intradomiciliaria con un riesgo relativo bajo pero debido a la prevalencia se transforma en una fracción atribuible de 26%. O en el caso de desnutrición cuya fracción atribuible es de 34% lo que significa que si elimináramos la desnutrición podríamos afectar en un 34% al problema de la TB.

En relación a los determinantes sociales en indígenas, en las Américas existen 12 países prioritarios que notifican el 81% de la carga de TB. En estos países un tercio viven en situación de pobreza (<2U\$/día) y siete de estos tiene a más de la mitad de su población en pobreza.

Los doce países priorizados albergan al 94% de los 40 millones de habitantes indígenas que conforman más de 400 grupos indígenas. Cuatro países tienen cerca del 40% de su población indígena: Bolivia, Guatemala, México y Perú.

En relación al mapa de la pobreza en las Américas vemos que la probabilidad de ser pobre es mayor si se es indígena, lo cual se puede comprobar en el siguiente cuadro que compara porcentaje de población indígena, pobreza e incidencia de TB.



Lo que nos demuestra que los indígenas continúan estando entre los más pobres tanto en países en desarrollo como en los desarrollados, generando grandes desigualdades sociales tanto en derechos humanos como en acceso a educación y salud, y marginalización de las decisiones políticas, de las políticas de desarrollo y de la preservación del medio ambiente.

Estas desigualdades y marginalización determinan en los indígenas una serie de consecuencias como:

- Precarias condiciones de vivienda y entorno con polución intradomiciliar y hacinamiento que favorece la transmisión de infecciones respiratorias. Cabe recalcar en cuanto a la polución que aun siendo considerada la fracción atribuible más importante, no existen estudios en este contexto
- Limitado o inexistente acceso a servicios básicos (agua potable y eliminación de excretas) que incrementan las enfermedades parasitarias influyendo negativamente en el resultado del tratamiento, además del aumento de enfermedades diarreicas que condicionan mayor desnutrición.
- Limitado acceso a seguridad alimentaria que lleva a más desnutrición, obesidad y diabetes que son factores de vulnerabilidad a la TB.
- Limitado o inexistente acceso a servicios de salud y educación que se traduce en búsqueda tardía de atención de salud; desarrollo de comportamientos no deseables producto de la poca información y exclusión de la participación en la planificación de salud y en la gestión de los servicios de salud.
- Acceso restringido al empleo de calidad que se expresa con aumento de los cuadros de depresión, suicidio, alcoholismo, tabaquismo, drogadicción, etc. de lo cual existen muchas publicaciones (ver anexo 2 Factores de riesgo).

- La exposición a efectos deletéreos del cambio climático y de la destrucción del medio ambiente lleva al cambio de hábitat con pérdida de identidad “genocidio cultural”, pérdida de la biodiversidad con inseguridad alimentaria y nutricional, y migración a las grandes ciudades con urbanización y cambios de comportamiento con mayor riesgo de VIH aunque no existan publicaciones, sin embargo se ve en población indígena de México y Honduras
- Incremento de enfermedades tropicales

Todos estos factores, como se vio, afecta al desarrollo del ser humano.

Refiriéndonos a una experiencia exitosa como es la de Brasil, se debe recalcar que en este país la población indígena tiene acceso a la atención de salud culturalmente adecuada e integrada. La TB es una prioridad no solo en población indígena sino en todo el país. El enfoque del programa en población indígena es agresivo con detección activa de casos con radiográfica, baciloscopia y cultivo. El tratamiento es directamente observado por personal móvil y por líderes de la comunidad. En la investigación de contactos se aplica PPD a todos ellos y los que son negativos reciben quimioprofilaxis independientemente de la edad.

Estas acciones han llevado a un descenso marcado de la incidencia de TBP+, mucho mayor en relación a la población general, al igual que la cura es cercana al 90% en indígenas en comparación al 76% de la población general.

Existen además una serie de programas de desarrollo dirigidos al mejoramiento de la vivienda (respetando aspectos culturales) y del medio ambiente. Con disponibilidad de agua potable (filtros, piletas, pozos...), eliminación de excretas (letrinas), programas de prevención de enfermedades endémicas y epidémicas, mejoramiento de escuelas y enseñanza, mejora de medios de comunicación (caminos,..) y provisión de electricidad.

Ante estas evidencias se plantea la pregunta si la mejora en el programa de TB se debe a programas de desarrollo social o al eficiente programa o a las mejoras o a ambos.

Hay que recordar que en la 62 Asamblea Mundial de salud del 2009, los ministros de salud firmaron y se comprometieron a poner en efecto la resolución: **Reduciendo inequidades en salud a través de acciones en los determinantes sociales de salud** asumiendo como propios las 3 recomendaciones generales de la Comisión de Determinantes sociales en salud

- Mejorar las condiciones de vida;
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos;
- Medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones.

Recomendaciones a las cuales todos estamos comprometidos a hacer que se cumplan.

DETERMINANTES DE LA DESNUTRICIÓN EN AMÉRICA LATINA

Dr. Manuel Peña

Lo que generalmente se ve en desnutrición es como el pico de un iceberg, expresado como talla baja en un niño completamente normal pero con reducción en su crecimiento y desarrollo. Es importante considerar que esa talla baja se asocia a más riesgo de muerte evitable, mayor incidencia de infecciones e infestaciones y de enfermedades no transmisibles como la diabetes y la hipertensión, ambas justamente más relacionadas a personas que sufrieron desnutrición temprana. Además las personas con talla baja son más vulnerables frente a desastres, tienen retardo en el crecimiento intrauterino y disminuye la capacidad funcional, la de trabajo, el desarrollo mental e intelectual, el crecimiento físico y la productividad individual y social.

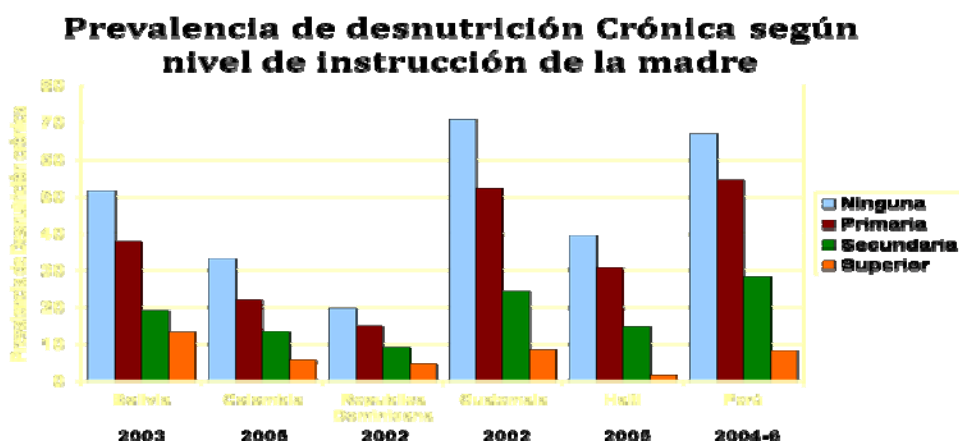
Lo más crítico es que esta desnutrición especialmente en mujeres, es la transmisión intergeneracional de pobreza y subdesarrollo, en la que la talla baja subyace una serie de factores de desigualdad en la vida.

Aun no ha disminuido la desnutrición crónica en América latina debido a diferentes factores, por ejemplo, se la enfoca como un problema alimentario solamente y aunque la seguridad alimentaria en uno de los pilares, no es el único. No se toma en cuenta la multicausalidad como las infecciones, el saneamiento ambiental, la inequidad de género, etc. No se priorizan los factores interculturales, étnicos, geo-demográficos, entre otros. No se enfoca de manera multisectorial ya que la desnutrición no solo depende de salud y agricultura; las intervenciones no se desarrollan en forma coordinada y simultánea, además que muchas veces no se garantiza la sostenibilidad de las intervenciones debido a la escasa participación de gobiernos locales, la comunidad y a la Cooperación Técnica multilateral y bilateral desarticulada y poco eficaz.

En un análisis cuantitativo de la causalidad de la desnutrición en coordinación con comunidades indígenas y personal técnico se encontró que el factor más crítico era el analfabetismo especialmente de las mujeres, seguido de la violencia domestica, el inadecuado acceso a los servicios de salud, el desempleo, la inseguridad alimentaria, las enfermedades por vectores, las viviendas insalubres, la discriminación, las enfermedades infecciosas (EDA, TB, IRA) y el pobre saneamiento básico a nivel comunitario.

Se realizó un análisis de las causas de desnutrición según el estadio de la vida (anexo 3)

Los determinantes de la salud surgen antes del nacimiento, con un producto que al ser gestado en condiciones desfavorables desarrolla mecanismos de adaptación, como la resistencia a la insulina, y que cuando nace a una sociedad cargada de estímulos, desarrollara obesidad pero no por exceso de alimentación sino por desequilibrio metabólico. Estos determinantes de salud: pobreza, falta de derechos, desigualdades, discriminación, son las causas de las causas en desnutrición al igual que en TB. Esto se vio en una encuesta para línea de base en el programa de “Desnutrición Cero” desarrollado en Bolivia el 2007 en el cual se evaluó la relación de lengua materna con desnutrición y se vio que la desnutrición severa estaba presente 13% en hijos de madres de habla quechua, 11% entre madres aymaras y solo el 4% entre las que hablaban español. Diferencia que se mantenía cuando se controló según nivel de educación y condiciones de vivienda. Cruzando con el medio ambiente se vio que aunque es importante tener agua por cañería, el no tener acceso a servicio higiénico, baño, letrina u otro explica 10 veces más la desnutrición. Sin embargo el factor decisivo en la desnutrición es el nivel de instrucción de la madre y esto se ve más claramente en el siguiente cuadro:



Otro estudio de talla baja entre niños de latino América encontró que en Perú (segundo país con tallas mas bajas después de Guatemala), en Huancavelica el 60% de los niños tienen talla baja en comparación con Tacna que era menos del 10% reflejando inequidades del orden de la distribución geodemográfica. La estrategia que se desarrollo a través de dos proyectos, fue la de crear una articulación horizontal multisectorial con identificación previa de los sitios con pobreza extrema, en los que no se puede actuar aisladamente sino involucrar a los diferentes ministerios, lo que permitió la alianza de la cooperación internacional. Una de las intervenciones fue crear las cocinas mejoradas o saludables, que permitió reducir en el 85% las infecciones respiratorias en los niños con un impacto en el estado nutricional de los mismos al evitar que pierdan nutrientes por enfermedad, mejorando además las relaciones sociales en la familia. El otro proyecto fue el de los muros Trombe en los que al mejorar la temperatura interior por modificaciones que se hacían en las casas, permitieron estabilizar la temperatura y reducir las infecciones respiratorias. Se midió el efecto de estas intervenciones multisectoriales encontrándose una disminución del 6,3% de desnutrición en el área del estudio.

Premisas conceptuales:

- Poner el acento fundamental en modificar los determinantes y no sólo conjurar efectos
- Sustituir el enfoque unisectorial, por uno multisectorial vertebrado sobre las determinantes y considerando la interculturalidad y factores étnicos
- Focalizar las acciones no sólo hacia individuos sino hacia ámbitos geo-demográficos con alta vulnerabilidad
- Construir un marco adecuado para coordinar acciones conjuntas en los planos local, nacional y transnacional
- Identificar intervenciones integradas, a partir de datos probatorios para desarrollarlas, monitorearlas y evaluarlas de modo unificado y no fragmentado.
- Identificar escenarios y espacios geodemográficos para el desarrollo de dichas intervenciones con modelos contextuales.
- Medir brechas, profundizar el análisis de inequidades y enfocar en DD.HH.

Para la OPS:

- Fortalecer nuestra Cooperación Técnica con una articulación más enérgica y renovada, basadas en determinantes, curso de vida saludable...
- Liderar la Alianza por la Nutrición y el Desarrollo , y en los países los UNCT en materia de salud, nutrición, ambiente y su efecto sobre el desarrollo
- Incorporar el enfoque de género, la interculturalidad, y la medición de inequidades en el trabajo diario
- Articularnos con espíritu de Alianza

INDÍGENAS INICIATIVA GLOBAL PARA DETENER LA TUBERCULOSIS

Kim Barker

Los pueblos indígenas conforman cerca de 370 millones de personas en más de 70 países. A menudo representan la parte más pobre y marginada de los pueblos.

Cuando se busca lograr la participación indígena, NO es suficiente invitar a ONGs que trabajan con indígenas o a organizaciones indigenistas, porque generalmente no son los verdaderos representantes o la voz de los indígenas. Sabemos que es imposible logísticamente invitar a todos, el problema es que la mayoría de los indígenas no están organizados de tal manera que sea fácil invitar a uno o dos que representen claramente la voz de los indígenas, por

consiguiente la promoción de los derechos de los pueblos indígenas puede ser un verdadero desafío.

Los determinantes sociales de la salud en general se mide en términos de educación, ingresos económicos, acceso a la atención de salud, inseguridad alimentaria, etc., sin embargo cuando nos referimos a indígenas debemos entender que en esta población existen determinantes sociales propios y únicos como son la conservación del idioma, la cultura y tradición, el uso de las medicinas tradicionales, el alejamiento de los recursos físicos como la tierra, los bosques, las consecuencias económicas y espirituales del alejamiento de los recursos culturales e intelectuales, el dolor prolongado asociado con las pérdidas culturales, sociales y ambientales, el trauma histórico de la colonización, la capacidad de autonomía y la libre determinación. ¿Como poder medir estos determinantes? por ejemplo: ¿los nietos hablan el mismo idioma que los abuelos? ¿Se sienten orgullosos o se avergüenzan de sus tradiciones?

Los pueblos indígenas se enfrentan no sólo a sus propias pérdidas históricas que afectan a sus vidas hoy, pero también experimentan problemas en los determinantes tradicionales de la salud.

En 2001, la OMS puso en marcha el Plan Mundial Alto a la TB destinado a eliminar la TB como problema de salud pública, sin embargo los pueblos indígenas no fueron identificados como una población especial dentro de la estrategia.

En Abril de 2007, una resolución en el Foro Permanente pidió al Stop TB Partnership una iniciativa específica dirigida a Indígenas. Esto llevó a que en noviembre 2007 en Toronto Canadá, se reúnan expertos mundiales en salud pública y líderes indígenas de 60 países, para elaborar el Plan Marco de Acción Estratégico de la TB. Dentro de los miembros rectores de la iniciativa están los miembros voluntarios de la Alianza Alto a la TB, el subgrupo de trabajo TB y Pobreza, la UNION, OPS, UNP FII, KNCV, AFN/ITK y Stop TB Canadá. Los elementos claves del Plan Estratégico son: Involucrar a la comunidad internacional en la promoción del control de la TB en los pueblos indígenas, la formación de una Secretaría para Pueblos Indígenas, mantener los vínculos para la continuación de la labor del Plan Marco Estratégico de Acción para el control de la TB en las comunidades indígenas, aumentar la concientización y la vigilancia de la carga de TB en el mundo en un contexto indígena y generar recursos para el control de la TB en indígenas.

Los próximos pasos de la Iniciativa Mundial Indígena Alto a la TB son: buscar financiamiento para aplicar la estrategia, contratación de personas a nivel central para la coordinación y dirección de la iniciativa, trabajar con socios indígenas para animarlos a trabajar con los Programas Nacionales de TB.

Se espera que esta iniciativa ayude a los PNT con apoyo en el acceso a financiamiento, proporcionando modelos de buenas prácticas en otras regiones, facilitando relaciones claves con los líderes indígenas, apoyando el movimiento de defensa de los determinantes sociales y en el desarrollo de herramientas de comunicación que podrían ser adaptados para la educación y la sensibilización.

Es importante identificar a los principales dirigentes de las comunidades indígenas que deseen cooperar, incluir a la representación indígena en las alianzas Stop TB del país, crear la Alianza Stop TB en el país si no está ya establecida e incluir a la representación indígena, considerar la posibilidad de incluir a un personal que identifique a indígenas para mejorar la desagregación de los datos de notificación. Considerar los proyectos de TB indígenas en las solicitudes al Fondo Mundial, el Banco Mundial, etc., y establecer objetivos e informar sobre ellos.

Para lograrlo hay que fomentar la confianza con las comunidades indígenas, promover la voluntad política de los gobiernos nacionales mediante la asociación con otras ONGs interesadas y con la sociedad civil en la región.

Es necesario un mayor esfuerzo y una mejor cooperación entre nuestros pueblos, los gobiernos estatales y la comunidad mundial. Para que esta iniciativa funcione, los pueblos indígenas deben ser parte activa.

COMENTARIOS DEL ROL DE LOS DETERMINANTES DE SALUD EN TB

Dr. J. Cayla

La evolución de la mortalidad durante los últimos 300 años en tres países de Europa mostro una disminución importante, incluso antes que se descubriera al bacilo de Koch y antes de que existiera tratamiento. La gran mejora se atribuyo a las mejoras sociales, lo cual se corrobora con las más altas incidencias de TB casos nuevos en los niveles socioeconómicos inferiores que demostró Nueva York el 1973. Por lo que se puede inferir que la pobreza condiciona muchos factores favorecedores para la TB, entre ellos, sistemas de salud muy débiles. Cabe preguntarse si la TB es una enfermedad infecciosa o una enfermedad social, puesto que con un adecuado reparto de la riqueza en el mundo y sin ninguna otra Intervención, la TB acabaría erradicándose sola ya que abordarla sólo como causa Infecciosa no conseguirá erradicarla, a no ser que se descubra una vacuna 100% eficaz, por lo que podríamos decir, que la TB es una enfermedad social, en el que el componente infeccioso juega un papel secundario.

Existen factores que afectan el desempeño de un programa de control como, la priorización de otros programas (gripe), las crisis económicas que producen una caída en el PIB y que se relaciona especialmente con el aumento de la mortalidad infantil. No debemos olvidar la coexistencia del control de viejas enfermedades transmisibles (SIDA, TB, malaria, neumonías, etc.) que siguen ocasionando una mortalidad inaceptable: >8 millones de muertes/año.

Es importante recordar determinantes importantes en TB como la disponibilidad de trabajo, el problema de las toxicomanías, el hacinamiento (viviendas), la discriminación, y se resalta el compromiso político: el país puede decidir cuánta TB quiere, según cuanto invierta

PLENARIA:

Se debe abordar al paciente en forma integral, considerar el aspecto nutricional y cómo manejar la parte de financiamiento en la organización de los servicios de salud enfocados y dirigidos hacia las particularidades de los indígenas. Los mejores resultados se lograron cuando se permitió a los mismos indígenas organizar sus servicios de salud.

Sin embargo no hay que olvidar que existe la respuesta sanitaria a los indígenas pero que a su vez también existe el sistema de salud nacional. No se puede obviar uno en beneficio del otro sino mas bien armonizar ambos sistemas fortaleciendo el sistema primario de salud con una visión holística interprogramatica, integrando el manejo de la TB en una atención de alta calidad en que se haga un diagnostico temprano, se provea el tratamiento con soporte social que asegure la curación. El programa de TB no puede cambiar las políticas de los países pero si el tipo de programa que ofertamos, adecuando a los tipos de poblaciones y altamente eficaces y eficientes.

Se plantea la necesidad de establecer agendas de compromisos, metas e indicadores cuantificables para medir los logros y la corresponsabilidad con la posibilidad de evaluar cada año.

EL SUMAK KAWSAI EN LA CONSTITUCION POLITICA DEL ECUADOR Y SU REPERCUSION EN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

Lic Rosa Pozo

El Sumak Kawsai es una iniciativa desarrollada en tres provincias con población eminentemente indígenas. Para operativizar el Sumak Kawsai se elaboro el plan nacional para el Buen Vivir vigente del 2009-2013 con el fin de constituir un estado plurinacional e intercultural. Actualmente en fase de socialización con los directores nacionales y provinciales, de sector público y privado.

En este plan se contemplan cinco revoluciones que se plasmaron en el nuevo pacto social: la Revolución constitucional y democrática, la Revolución ética, la Revolución económica, productiva y agraria, la Revolución social y la Revolución por la dignidad, soberanía e integración latinoamericana.

La iniciativa desarrollada en las tres unidades operativas y que corresponden a 50 comunidades indígenas está enmarcada dentro de varios de los componentes

- Revolución económica, productiva y agraria que indica que para superar el modelo de exclusión heredado y orientar los recursos del estado a la educación, salud, vialidad, vivienda, investigación científica y tecnológica, trabajo y reactivación productiva, en armonía y complementariedad entre zonas rurales y urbanas
- Revolución social: para que a través de una política social articulada a una política económica incluyente y movilizadora, el estado garantice los derechos fundamentales de todas las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades

Que significa el SUMAK KAWSAI: es la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todas y todos, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas

Los Objetivos del Plan para el buen Vivir son 12:

- Objetivo 1: Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad.
- Objetivo 2: Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía
- Objetivo 3. Mejorar la calidad de vida de la población.
- Objetivo 4. Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.
- Objetivo 5. Garantizar la soberanía y la paz e impulsar la inserción estratégica en el mundo y la integración latinoamericana
- Objetivo 6. Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas
- Objetivo 7. Construir y fortalecer espacios públicos, interculturales y de encuentro común.
- Objetivo 8: afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad
- Objetivo 9. Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia
- Objetivo 10 garantizar el acceso a la participación pública y política
- Objetivo 11. Establecer un sistema económico social, solidario y sostenible

- Objetivo 12. Construir un estado democrático para el buen vivir.

Se aplicó el plan en una comunidad (provincia de Napo) y mediante la implementación de la ficha familiar se identificaron 231 familias, en quienes se investigaron diferentes indicadores demográficos como edad (60% es menor de 20 años), sexo (52% varones), nivel de escolaridad (53% nivel básico, 26% mayor que básico, solo 3% sin instrucción), riesgo biológico (malnutrición: sobrepeso o desnutrición 50%, discapacidad 26%, enfermedad de impacto 17% incluyéndose la TB en las enfermedades de impacto). En riesgo sanitario (mala eliminación de basura y excretas 29%, agua insegura 28%, mala eliminación de desechos líquidos 27%). En riesgo socioeconómico (pobreza 25%, desempleo del jefe de familia (23%), hacinamiento (21%), malas condiciones de vivienda (17%), violencia y alcoholismo (7%), analfabetismo de los padres (4%), desestructuración familiar (3%). En base a estos hallazgos se hizo un cálculo de riesgos encontrándose que el 25% de la población está en riesgo bajo, 70% medio y 5% en riesgo alto. Esta información se socializó a los representantes de las juntas parroquiales y presidentes de las comunidades y a las familias, lográndose elaborar un plan de intervención que nació de la necesidad, no del equipo de salud, sino de la comunidad por una apropiación de la situación para el planteamiento de iniciativas, una de las cuales dirigida al problema de desnutrición. La comunidad pidió ayuda a las juntas parroquiales y al ministerio de inclusión económica y social, la misma que mediante asesores técnico y el ministerio de agricultura se elaboraron proyectos para estas comunidades. Proyectos que fueron seleccionados por la priorización de la comunidad: el primero que enfoca la desnutrición, el segundo dirigido a agua segura y el tercero de lucha contra el alcoholismo

Problema	Actividades	Periodo de intervención	Responsables	Compromiso familiar	Evaluación
Desnutrición en niños y niñas menores de 5 años	Identificación de niños y niñas desnutridos menores de 5 años	90 días	Equipo de Salud de la UO, Profesor de la Escuela Representantes de la comunidad	Informar al equipo de salud	Se identificaron los niños con desnutrición
	Formación de comité de madres de niños y niñas desnutridos	30 días	Equipo de Salud de la UO, Presidente de la junta parroquial representantes del MIES,	Asistencia de los padres de familia	Se conformo el comité
	Exámenes de Laboratorio de Heces y sangre	5 días	Laboratorio Área N° 1 Tena	Entregar muestras y asistir a la unidad operativa	Se realizo los exámenes a todos los niños y niñas
	4. Tratamiento: suplementos vitamínicos previa desparasitación, charlas educativas en las familias, ácido fólico, gluconato de zinc, vitamina C y complejo B	30 días	Equipo de salud y padres de familia	administración de acuerdo a indicaciones	Se cumplió la actividad con todos los niños y niñas
	5. Evaluación del niño o niña en forma mensual en la unidad operativa	un día	Equipo de Salud	traerlo mensualmente al control	Se cumplió los controles mensuales

	Aprobación del proyecto elaborado con el apoyo del MAGAP y el MIES	180 días	Junta Parroquial, MIES y MAGAP		
	6. Ejecución del proyecto aprobado a nivel nacional por MIES apoyo con crianza de aves, piscicultura, cultivo de plantas nutritivas locales y capacitación a las familias beneficiarias y resto de población	abril del 2009 y continua	Junta Parroquial, MIES y MAGAP	cumplir el compromiso con el MIES y la junta	proyecto en ejecución

Consumo de agua insegura para el 2010	Taller con los Representantes Comunitarios y Actores Sociales	Gestionar con control sanitario	Equipo de salud Junta parroquial
		Invitación a los representantes	Equipo de salud Junta parroquial
		Desarrollo del Taller	Equipo de Salud de la UO
	Capacitación en la comunidad	Charla Educativa	Equipo de Salud de la UO
		Entrega de los Bidones desde la DPSN y en Comunidades	Equipo de Salud de la UO y Presidente de la comunidad
	seguimiento a las familias	Verificar la utilización del cloro	Equipo de Salud de la UO y Promotor de la comunidad

PROBLEMA	PRESENCIA DE ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN EN PERSONAS DE 15 A 35 AÑOS DE LAS COMUNIDADES DE AREA DE INFLUENCIA DE PANO					
PROPOSITO	OBJETIVO	ACTIVIDAD	TAREA	TIEMPO	COSTO	METAS
Disminución del consumo de alcohol en los y las adolescentes de los colegios Bilingüe y del colegio Hispano Guillermo Kadle.	Concientizar en los/las adolescentes los efectos y consecuencias que ocasiona el consumo de alcohol tanto a nivel sistémico y social.	Tres Talleres de Capacitación en los Colegios.	<ol style="list-style-type: none"> Gestionar el apoyo con el CONSEP, DINAPEN y Alcohólicos Anónimos. Reuniones de trabajo para definir la agenda de los talleres Coordinar con Rectores de los establecimientos educativos. Asignar responsabilidades al Equipo de Salud 	Año lectivo	Asumir Área de Salud.	Ejecutar 3 talleres

Las metas que se buscan lograr con estas intervenciones:

- Mayor equidad en las comunidades
- Mejorar las condiciones de vida de la población
- Disminuir la morbilidad.
- Disminuir la mortalidad

LA PLURINACIONALIDAD Y LAS AUTONOMÍAS INDÍGENAS DE LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE BOLIVIA Y SU REPERCUSIÓN EN LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Elisa Canqui

En la experiencia boliviana, la constitución política del estado cambio a partir de un referéndum. En el marco de la actual constitución política del estado, el vivir bien es uno de los pilares en que se fundamenta el modelo actual del estado, descrito en el artículo 1 como “el vivir bien” desde la perspectiva de los pueblos indígenas. En este contexto la mejor descripción para “desarrollo” es “vivir bien”. Los principios y valores están basados en cinco componentes: el primero es la recuperación y el fortalecimiento de la identidad, en la cual cada pueblo y nación será libre de reconstruir su identidad, para luego construir una identidad plurinacional. El segundo componente es el respeto y la armonía con la naturaleza, los siguientes son la vida en la comunidad, la satisfacción de las necesidades naturales y finalmente la satisfacción de las necesidades espirituales.

Estos componentes o principios se vida monitorearan el estado plurinacional y nacen de la crisis de los modelos actuales como una nueva propuesta o proceso civilizatorio, cuya base fundamental es la vivencia de los mismos pueblos.

Operativamente este concepto se debe aplicar dentro de las políticas públicas cambiando primero el sistema de planificación, de manera de contar con nuevos indicadores que puedan influir en indicadores ya existentes a nivel internacional como el de pobreza o de desarrollo del milenio.

Como comentario a la propuesta Ecuatoriana es que el desafío de este país por la alta población indígena migrante a las áreas periurbanas, será la adecuación de la respuesta política tanto en salud como en vivienda en los cordones de pobreza, considerando las particularidades de la población indígena, particularidades que deberían ser tomadas como algo positivo que ayude a mejorar los servicios de salud y fortalecer así el programa de TB.

OBJETIVOS Y COMPONENTES DE LAS ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA, COMUNICACIÓN Y MOVILIZACIÓN SOCIAL EN PUEBLOS INDÍGENAS

Trabajo de Grupos

GRUPO NO. 1 Vicente Martin: Honduras, Perú y Guatemala

ABOGACIA:

- Generar evidencia e información
- Elaborar un Plan de abogacía
 - Mapa de actores de socios
 - Las alianzas deben incluir el elemento intercultural
 - Abordaje de problemas transfronterizos
 - Articular las acciones con representación indígena que sea elegidos legítimamente por sus pueblos
 - Contextualizar la problemática del la TB a las diversas realidades interculturales
 - Considerar la agenda Indígena de la Comunidad Andina y la Región Mesoamericana

COMUNICACIÓN:

Utilizar todos lo medios a su alcance para la comunicación en todos los idiomas

- TV, Internet, escritos, Radios comunitarias

- Formar recurso y talento humano local.
- Formar redes locales de comunicación en base a experiencia ya existentes
- Documentar el conocimiento oral utilizando tecnología
- Apoyarse en las Universidades indígenas interculturales para formar las capacidades locales recurso local

BARRERAS PARA LA IMPLEMENTACION:

- Requiere de un financiamiento sostenido
- Reconocer la diversidad cultural y lingüística
- La abogacía debe surgir de los participantes implicados ya que desde afuera puede terminar en fracaso

GRUPO 2: Elisa Canqui: Costa Rica, Guyana y México

ABOGACIA: Principales elementos

- Tener sistema de información adecuados
- Conocer la problemática que existe en la población.
- Contar con diagnósticos para conocer las necesidades.
- Tener el proyecto y trabajar en el diseño con los actores
- Fortalecer la participación de los pueblos indígenas desde la planificación hasta la evaluación del proyecto

CAPACITACION

- Entrenar a los promotores de salud para llegar a las diferentes comunidades
- Tener personal que conozca los diferentes lenguas indígenas para poder capacitar
- Introducir medios masivos de comunicación.
- Entrenamiento a promotores comunitarios

MOVILIZACION SOCIAL

- Integrar a los grupos comunitarios desde la planificación en la Movilización Social
- Identificar cuáles son los mejores espacios para la comunidad
- Identificar conjuntamente los líderes comunitarios que nos van a apoyar
- Capacitación por pares
- Identificación de las familias de mayor riesgo
- Mensajes claros, lenguaje sencillo

BARRERAS DEL ACMS

- Lengua
- Analfabetismo
- Ausencia de proyectos medibles
- Migración interna y externa de los Pueblos Indígenas
- Falta de financiamiento
- No reconocer a las personas claves en la comunidad o no quieren participar
- Diferentes lenguas

GRUPO 3: Edith Alarcon: Brasil, Colombia y Paraguay

Elementos a ser tomados en cuenta para el diseño de Estrategia de ACMS dirigida a población indígena

Abogacía:

- Sensibilización sobre la problemática de la TB en comunidad indígenas
- Concertación entre diferentes actores y tomadores de decisiones
- Identificar instancias que puedan coordinar las acciones
- Identificar actores claves

- Elaborar planes de acción realistas
- Definir y delimitar las acciones de las partes
- Conocimiento profundo de la cultura de los pueblos indígenas de cada país, indicadores sociales y la situación de la TB en los mismos.
- Concertar con los pueblos indígenas lo referente a sistema de información a ser utilizado

Comunicación:

- Conocer el concepto de la salud, cultura y creencias de cada pueblo o etnia
- La concertación para la elaboración de los planes de comunicación
- La población indígena debe formar parte del equipo que elabora el Plan de comunicación,
- Establecer planes de acuerdo a las propuestas de cada población indígena
- Se debe concertar todos los elementos de comunicación a ser utilizados, la lengua, los colores, el medio de comunicación, y definir el contenido y las formas de la información

Comunicación:

- Conocer los tiempos y respetarlos.
- Todas las acciones deben ser consultadas
- Involucrar a líderes comunitarios (iglesias, escuelas).
- Respeto por la autonomía de los pueblos.
- Servicios de salud autónomos conforme al desarrollo de la población indígena

Mobilización Social:

- Realizar el diagnóstico de los actores sociales que participan en cada comunidad.
- Concertar con cada uno de los actores para definir como cada actor participará en la solución de un tema específico y definir las líneas de acción que trabajará
- Conocer los códigos de la comunicación de cada pueblo in
- Difusión de los derechos y responsabilidades para la prevención y control de la TB de acuerdo a cada población

Barreras:

- Culturas diferentes
- Medicina indígena y no indígena
- La formación de los médicos
- La discriminación por parte de los funcionarios de salud
- Sistema de salud único

Abordaje

- A través del diálogo intercultural
- Trabajar en la articulación de ambas medicinas
- Incorporar la interculturalidad en el pre-grado
- Régimen especial para atención de los pueblos indígenas

GRUPO 4: Dr. Joan Cayla: Ecuador, Panamá y Venezuela

Abogacía:

- Tomar en cuenta a las personas tomadoras de decisiones(autoridades, lideres, y jefes de familia)
- Las mismas organizaciones
- Aliados estratégicos
- Apoyo de la comunidad internacional.
- Identificación del problema como prioritario.
- Sensibilización de los equipos de salud

Comunicación

- Preguntar a la población como le llega la información (a través de encuesta y hacer prueba piloto y diseñar la mejor estrategia.
- A través de programación radial.

- Asambleas comunitarias indígenas y /o de organizaciones

Mobilización social

- Grupos de enfermos
- Grupos de enfermos que han cumplido tratamiento
- Familiares de enfermos
- Organizaciones de base

Barreras (Abogacía)

- La falta de voluntad política
- Presupuesto
- Programas de salud no adecuados para atención de comunidades indígenas.
¿Cómo abordarlo: rediseñar la propuesta y el apoyo de organismos internacionales?
Concientización de que es una inversión rentable

Barreras (Comunicación)

- No hay presupuesto para formación de promotores de salud
- Barrera lingüística
¿Como abordarlo? ¿Asignar presupuesto para trabajar con promotores de salud?
Fortalecer la educación intercultural bilingüe

Barreras (Movilización social)

- Falta de empoderamiento de la comunidad.
- Estigma de la enfermedad
¿Cómo abordarlo? Fortalecer la coordinación interinstitucional
Campaña de concientización con ejemplos exitosos

CONTROL DE LA TB EN GITANOS:

Dr. Joan Cayla

Seguimiento de la población gitana del Camp de la Bota de Barcelona a consecuencia de un brote de TB con cuatro casos. Se hizo estudio de contactos con seguimiento por 20 años (1985-2005).

La etnia gitana está presente en casi toda Europa con aproximadamente 10 millones de personas. También existen en África, Asia y América. Es la mayor minoría actual de la Unión Europea. Camp de la Bota fue erradicado por los juegos olímpicos.

El estudio de contactos se aplicó a 331 personas (86%), detectándose 14 casos de TB con una prevalencia de 3,4% de positividad. El 48,5% eran menores de 16 años, 54% varones y el 20,5% fue PPD+. El problema de la comunidad era que vivían en 67 barracas muy precarias, con poca ventilación de 25m² cada una, con un promedio de 5,5 habitantes en cada una, en algunas vivían más de una familia.

Las condiciones sanitarias de las barracas y la gran densidad de población y drogadicción, facilitaban la propagación de infecciones, además sin agua corriente y con gran humedad interior con solo la puerta como única fuente de ventilación, aunque la mayoría tenía electricidad y muchos TV. La pirámide poblacional para ese entonces tenía una base amplia, con muchos niños, muy diferente a la de la población general que correspondía a una población envejecida.

En actividad económica el 17% de los varones y el 5% de las mujeres tenían trabajo. El 45,5% de los varones y 90% de las mujeres nunca habían trabajado. El trabajo era muy precario y enfrentaban el problema severo del alcoholismo y el ingreso de la drogadicción.

El objetivo del estudio fue realizar un seguimiento a largo plazo de los habitantes de un

barrio marginal eliminado en el 1989 que permitiría: Estudiar la redistribución residencial después de 20 años, analizar la incidencia de TB, SIDA, drogadicción y de ingresos en prisiones y estudiar la supervivencia

El estudio fue de cohorte retrospectivo de los individuos en que ha sido posible llevar a cabo algún seguimiento y se lo realizó del 1985 hasta el 31/12/2007.

Las variables consideradas fueron: para el 1985, los datos de filiación, número de barraca, antecedentes de TB y PPD (mm). Los de seguimiento: Atención Básica de Salud, TB, SIDA, tipo de droga, residencia, ingreso en prisión, estado vital, fecha de censura.

El análisis fue descriptivo, incidencia de las enfermedades citadas. Cálculo de la supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier. Test de Log-rank ($p < 0.05$).

El seguimiento fue complejo por el hábito de cambio de domicilio. Se consultaron los registros de VIH-Sida, TB, Hepatitis, Drogodependencias y Padrón municipal. Además se consultaron los registros de Cataluña en cuanto a Sida, TB, Centros Penitenciarios, Mortalidad y el Registro Central de Asegurados. Igualmente los registros de atención básica de salud de Cas Antic. Finalmente los registros de Sor Pilar Pila que trabajaba en el área y que elaboraba fichas individualizadas de seguimiento, historial de vacunaciones, fotos y videos.

Con esta información se encontró que la mediana de edad era 14 años.

Con las olimpiadas toda esta población fue relocalizado, quedando un 15% en Barcelona. Independientemente donde fueran a vivir, la incidencia de TB era más alta en los que quedaron en Barcelona, al igual que el SIDA, la drogadicción y de prisiones como se ve en el siguiente cuadro, comparado con la población general de Barcelona.

RESIDENCIA (N)	TB N Tasa por 100000*		SIDA N Tasa por 100000*		UDI N Tasa por 100000*		PRISIONES N Tasa por 100000*	
BCN (57)	5	544,04	5	544,04	7	761,6	15	1632,12
No BCN (293)	2	36,05	2	36,05	11	198,2	44	793,15

Tasas globales BCN (Tasa por 100000)	TB (1991): 67,1	SIDA (1994): 37	UDI (1993): 860
--	------------------------	------------------------	------------------------

En cuanto a sexo las mujeres fueron afectas más a TB. Los varones a las otras variables.

En cuanto a supervivencia, los hombres tenían una supervivencia menor y en general la esperanza de vida era unos 30 años menor que para la población general. El 15% ingreso en prisiones en algún momento.

Las limitaciones en el estudio fueron por pérdidas de seguimiento, las fuentes de información de fuera de BCN son menos cercanas, limitaciones en el uso del padrón para comprobar si la persona vive.

Se evidenció el círculo pobreza-marginación dado por el tráfico de heroína: inicialmente como negocio, la adicción a heroína comportó robos, ingresos en prisión, infección VIH, hepatitis, TB, que finalmente redundó en una pobre supervivencia

Como conclusión se evidenció que el seguimiento de este tipo de población es muy difícil de realizar. A pesar de las limitaciones, se evidencian elevadas incidencias de drogadicción, ingreso en prisiones, SIDA y TB, muy superiores a las de la población general.

Las políticas de Salud Pública, más allá de intervenir sobre estas poblaciones marginales, deberían enfocarse a prevenir su aparición. Deberían ser siempre un objetivo prioritario para los servicios de Salud Pública y para la inserción o reinserción laboral.

CONCLUSIONES:

Dra. Mirtha del Prado

- i) La TB en poblaciones indígenas representa un serio problema de salud pública con tasas de incidencia superiores a las poblaciones generales
- ii) La alta vulnerabilidad de la población indígena a la TB es un indicador claro de la marginalidad y de la desigualdad de los procesos políticos y de salud
- iii) Para los gobiernos nacionales o locales, la situación indígena no siempre forma parte de las prioridades en la agenda de justicia social y de salud.
- iv) Los Pueblos Indígenas son actores estratégicos para combatir la TB dentro de sus territorios.
- v) La alianza estratégica con otros sectores y/o programas para abordar los determinantes sociales y culturales de la salud, debe ser una prioridad para atacar la TB en Pueblos Indígenas.

RECOMENDACIONES

1. Realizar acciones para obtener mayor compromiso político dirigidas a:
 - la incorporación de la población indígena en toda iniciativa social o de alivio de la pobreza - acceso universal a salud, vivienda, apoyo nutricional, programas de sobrevivencia infantil....-
 - la priorización en las políticas de salud del control de la TB en poblaciones indígenas debe ser una iniciativa mundial, nacional, municipal y local, y que garantice la sostenibilidad de las actividades de control a largo plazo
2. Los Sistemas de Salud Oficiales deben armonizar con los Sistemas de Salud Indígena.
3. Los Sistemas de Salud deben trabajar con las comunidades indígenas en la adecuación cultural y la planificación –**presencia indígena desde el principio**-.
4. El manejo de control de la tuberculosis en poblaciones indígenas debe basarse en la Atención Primaria de Salud e incorporar la integralidad para abordar los determinantes sociales y culturales de salud.
5. Los PNT deben promover actividades de apoyo social al enfermo con TB indígena y su familia: –mejoramiento de vivienda, apoyo nutricional, -
6. Monitorear la situación de la TB en población indígena, incorporando la variable de pertenencia a Pueblo Indígena (auto identificación) y/o lengua dentro del sistema de información. De acuerdo al sistema de Estadística Nacional.
7. Los PNTs y las comunidades indígenas deben identificar fuentes para la movilización de recursos financieros -por ejemplo el Fondo Mundial, o iniciativas como TBREACH- que vayan a fortalecer las actividades de TB.
8. Las alianzas Alto a la TB, MCPs u otras deben incorporar líderes indígenas y todos los actores que trabajan con pueblos indígenas para que los proyectos o programas sean socioculturalmente apropiados.
9. Las estrategias ACSM deben tomar las particularidades específicas de cada pueblo indígena basadas en investigaciones de campo y que respondan a las necesidades identificadas.
10. Se debe evaluar el impacto del programa de lucha contra la TB en pueblos indígenas anualmente
11. Se considerara el periodo de integración de estas variables en el sistema de información en la reunión de jefes de PNT's (julio 2010)

PALABRAS DE CLAUSURA D. Tunubala

Los pueblos ancestrales tenemos en común patrones de identidad como: territorio, organización propia, colectividad, idioma, costumbres, saberes y entre otros determinantes que coexisten desde tiempos milenarios, son fortalezas, valores, principios innatos; lo importante es cómo conjugar, buscar un punto de encuentro o ajustar de manera proactiva estos componentes en función del paciente y familia de TB, por tanto para efectos de mejorar o fortalecer el programas de control de la tuberculosis en los territorios indígenas es muy importante que las instituciones de salud vean como oportunidades de interacción y no muchas veces brechas culturales, conocer e investigar que detrás de un paciente con TB podemos encontrar dificultades, luchas de sobrevivencia; tratar de abordar esta situación implica también que las autoridades de gobierno propio también asuman deberes, las instituciones mayor compromiso y la comunidad participe. (Anexo 4 se citan los nombres de los pueblos indígenas en cuyo honor se dan las palabras de clausura).

ANEXO 1:

Convenio 169 y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas

Parte V. Seguridad Social y Salud.-

Artículo 24: Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

Artículo 25:

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

Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

Artículo 23

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

Artículo 24

- 1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
- 2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo

ANEXO 2

Factores de riesgo:

Diabetes:

País	G. Indígena	Prevalencia	Autor/año
Brasil	Xavantes	1,5%	Botelho JP et al /2001
Chile	Mapuches	5.7% ♀	Carrasco et al /2004
		14.3% ♂	
Guatemala	Tzutujil, Cachiqual, Quinche	7.00%	Guzman Z et al /2002
Chile	Aymaras	8.5% ♀	Carrasco et al /2004
		2.4% ♂	
Paraguay	Guaranies	5.40%	Benitez E et al /2003
USA	Montana, Wyoming	17.3% ♀	Moore K R et al /2003
		12.0% ♂	

Alcoholismo

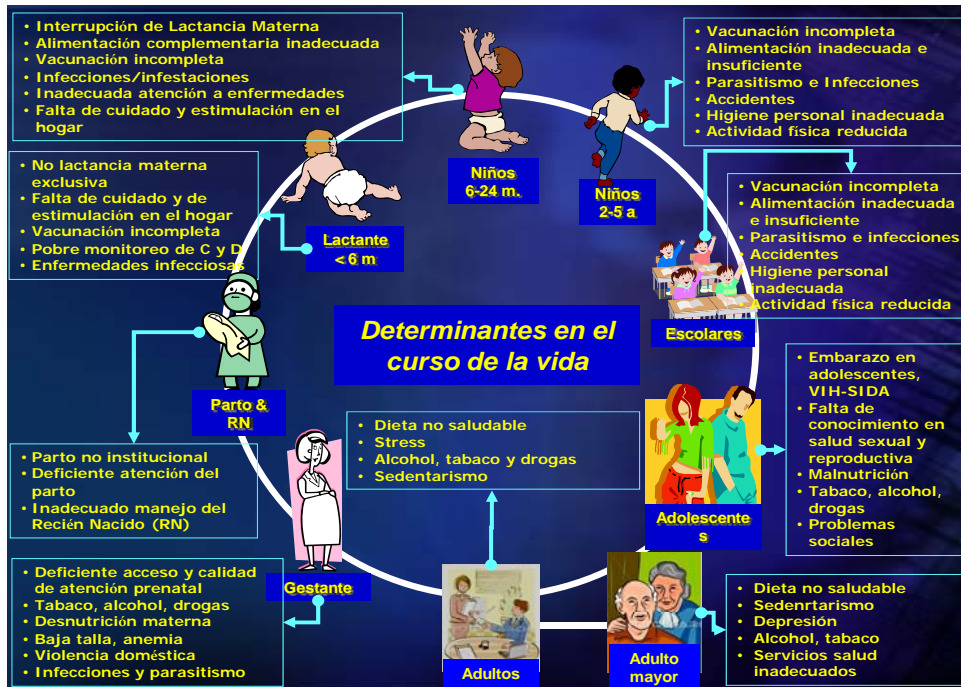
País	G. Indígena	Prevalencia	Autor/año
Brasil	Tevena	17.60%	Souza J and Aguilar /2001
USA	Bemidji, Oklahoma, Portland, Nashville and 3 from Phoenix	2 - 30% ♀	Koss et al / 2003
		1 - 56% ♂	
USA	63 reservaciones	48.80%	CDC weekly / Nov 2003
Nicaragua	Capaopera	45% ♂	OPS /2005
		11 % ♀	
Brasil	Kaingang da bacia do rio Tibagi	40.10% ♂	Coimbra Jr / 2003

Tabaquismo

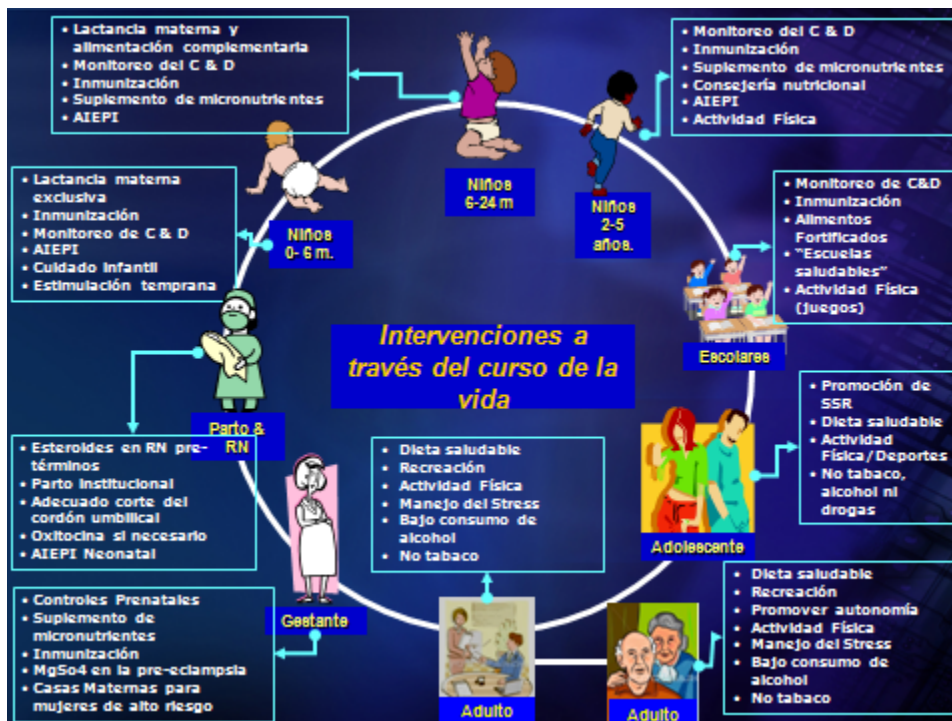
País	G. Indígena	Prevalencia	Autor/año
USA	Alaska natives	18.8%	Morton DJ /2008
Canadá	Oji Cree	82.0%	Retnakaran R et al /2005
USA	63 reservations	56.5%	CDC weekly Nov / 2003

ANEXO 3:

Determinantes en el curso de la vida



Intervenciones a través del curso de la vida



ANEXO 4

En memoria de los Agatas, Amaguajes, andakies, Andoas, Angoteros, Armas, Boatias, Boavitas, Bocinegros, Buriticás, Calamares, Calarmas, Caramantas, Cararares, Carrapas, Chiriguanos, Chiscas, Chitareros, Cholones, Choques, Cocinas, Cocuyes, Colimas, Combeymas, Cosacuntys, Cuevas, Ebéjicos, Eperiguas, Guacas, Gualíes, Guanes, Guanós, Guagavitas, Guayupes, Hondas, Indios de Abibe, Guaca y Nori, Indios del Valle de Upar, Ituangos, Lanches, Malibues, Marquetones, Munichíes, Muzos, Nores Nutabes, Omaguas, Opones, Pacabuyes, Panches, Panobos, Panquevas, Pantagoras, Paucuras, Peques, Picarás, Pijaos, Pozos, Putimás, Quimbayas, Quindos, resigaros, Saéz, Senseguajes, Shetebos, Sondaguas, Sutagaos, Tahalíes, Tahamíes, Tayronas, Teguas, Temeos, Timanás, Tunesíes, Urabaes, Yalcones, Yaporocos, Yariquíes y todos los demás pueblos indígenas Colombianos que se extinguieron sin derecho alguno, sin haber podido, siquiera, dejarnos el legado de su nombre.

En homenaje a los Achaguas, Amorúas, Andokes, Arhuacos, Arzarios (Wiwa), Awás (Kwaiker), Barás (Cacua), Barasanos, Baris, Betoyes, Boras, Carabayos (Yurí), Carapanas, Carijonas, Chimilas Cocamas, Coconucos, Cofanes, Coreguajes, Coyaima-Natagaimas, Cubeos, Cuibas, Curripacos, Desanos, Dujos, Emberas, Emberas Chamí, Emberas Katío, Embera Sapidara, Guambianos, Guananos, Guayaberos, Ingas, Kamënstsas (kamsá), Kamkuanos, Kawiariés, Kichuas, Koguis, Letuamas, Macaguajes, Macaguanes, Makunas, Masiguares, Matapís, Mirañas, Mocanas, Muinanes, Bora, Muiscas, Nasas (Páez), Nonuyas, Nükaks (Makú), Ocainas, Pastos, Piapocos, Piaroas, Piratapuyos, Pisamiras, Puinabes, Sálibas, Sikuanis, Sionas, Sirianos, Taiwanos, Tanimukas, Tarianos, Tatuyos, Ticunas, Tororóes, Tsiripus, Tucanos, Tules (Kuna), Tuyucas, U' Was, Upde (Makú), Waunan, Wayuús, Witotos (Murui Y Muinane), Yaguas, Yanaconas, Yaunas, Yohop (Makú), Yukos, Yukunas, Yurutíes, Zenúes, y todos los pueblos indígenas de Colombia que aunque débiles, disminuidos o casi extintos, batallan porque el mundo contemporáneo respete su derecho a existir y legar su cultura y los territorios que han mantenido por milenios, a toda la gente del porvenir. Esa gente que aún sin nombre, deberá ser investida de los derechos que la comunidad de naciones de occidente aún les adeuda a sus antepasados

EXPERIENCIA EN LA ATENCION DE TB, PUEBLO ANCESTRAL DE GUAMBIA

- ❖ En Colombia dentro de la jurisdicción territorial de los pueblos indígenas existe la organización del Cabildo, una institución propia de gobierno y administración reconocido por el Estado Colombiano (ley 89 de 1890) y la constitución política de 1991.
- ❖ El Cabildo es la dirección político administrativo del Pueblo, lo consagra el Plan de Pervivencia y Crecimiento Misak (documento de carácter constitucional propio), en la cual el Cabildo crea y faculta a la unidad Nivel 1 Hospital Mama Dominga en la prestación de los servicios de salud en términos de cultura y con enfoque diferencial.
- ❖ El enfoque diferencial en la atención del paciente y familia, es ir mas allá de la estrategia DOTS/TAES, es convertir en un escenario de interacción colectiva, participativa y organización comunitaria durante y después del tratamiento de TB, el paciente y familia crea un vinculo moral y espiritual que lo conecta con su propia realidad, descubre sus fortalezas, la motivación para vivir y la seguridad de sacar adelante sus sueños.

ESPACIO DE INTERACCION

El paciente y familia que vive en un entorno natural de practicas y saberes ancestrales, de costumbres e idiosincrasias diferente a la sociedad mayoritaria ante el tratamiento de TB se percibía mas como un ambiente de presión institucional o traumatismo por el objeto de

medicación; con el enfoque integrador por parte del Cabildo, hospital, taita, mama se transformo en un ambiente de cooperación, de apoyo moral, física y espiritual

ACTOR	ROL	ACCION
Hospital MD	RESPUESTA SANITARIA	<ul style="list-style-type: none"> - Implementación del programa de control de la TB, estrategia DOTS/ TAES. - Promueve la participación de los líderes comunitarios dentro del programa de TB
Cabildo	AUTORIDAD DEL TERRITORIO	<ul style="list-style-type: none"> - Voluntad política, autoridad, dirección. - Gestión para el mejoramiento de sus condiciones de vida, pobreza, marginamiento, hacinamiento impulsa a nivel familiar y colectivo proyectos productivos significativos.
Taytas, Mamas	FACILITADORES DE INTERLOCUCION	<ul style="list-style-type: none"> - Consejeros - Guía espiritual - Apoyo en las decisiones de permanencia y pervivencia del pueblo.



Oficina Regional de
la Organización
Mundial de la Salud

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

Antecedentes

En las Américas se ha identificado a los pueblos indígenas como altamente vulnerable a la TB, habiéndose reconocido que su control debe ser adecuado culturalmente y responder a las necesidades de salud sentidas por estas poblaciones, por tanto, el control de la tuberculosis debe tener un abordaje holístico respetando los valores culturales y creencias de cada pueblo.

Agenda

Martes 2 de marzo

08:00 – 08:30	Inscripción.	
08:30 – 09:00	Inauguración.	Autoridades nacionales y de OPS/OMS
09:00 – 09:30	Presentación de participantes. Presentación objetivos de la reunión y cumplimiento de los acuerdos de la reunión “Salud integral con énfasis en el control de a TB en pueblos indígenas. Cochabamba-Bolivia, 2007”.	R. López
09:30 – 10:00	Derechos humanos y situación actual de la salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica.	Elisa Canqui
10:00 – 10:20	La iniciativa mundial Stop TB para pueblos indígenas.	Kim Barker
10:20 - 10:40	Receso.	
10:40 - 11:10	Factores determinantes para la adecuación de Servicios de Salud para la atención de pueblos indígenas.	Dra. MA Gomes

	Mesa redonda “Experiencias exitosas en la adecuación de Servicios de Salud en la atención de pueblos indígenas”	Facilitador: MA Gomes
11:10 - 11:30	Adecuación de Servicios de Salud para la atención de pueblos indígenas.	Rep. Colombia
11:30- 11:50		Rep. Brasil
11:50 – 12:10	- Experiencia de Colombia.	Rep. Chile
12:10 – 12:30	- Experiencia de Brasil. - Experiencia de Chile.	MA. Gomes
	Discusión y conclusiones.	
12:30 - 14:00	Almuerzo	
	Mesa Redonda: Éxitos y Desafíos en los Programas de control de la TB en pueblos indígenas.	Facilitador M. Guardo
14:00 - 14:15		Rep. Perú
14:15 – 14:30	- Experiencia de Perú.	Rep Guatemala
14:30 – 14:45	- Experiencia en Guatemala.	Rep Paraguay
14:45 - 15:00	- Experiencia de Paraguay.	Rep Mexico
15:00 – 15:20	- Experiencia de México.	
	Discusión y conclusiones.	
15:20 - 15:50	Receso	
15:50 – 16:50	Trabajo de Grupos	Facilitador E. Alarcón
	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis e identificación de factores exitosos en los programas de control de la TB en pueblos indígenas. 	
16:50 – 17:30	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis e identificación de desafíos en los programas de control de TB en pueblos indígenas. 	E. Alarcón
	Presentación de grupos.	
17:30 – 18:00	Impacto del cambio climático en la salud de los pueblos indígenas.	Emilio Ramírez

Miércoles 3 de marzo

9:00 – 9:30	Control de la Tuberculosis en pueblos indígenas de Panamá.	Rep. Panamá
9:30 – 9:50	Los determinantes sociales de salud en pueblos indígenas e impacto negativo en la tuberculosis.	M. del Granado
9:50 – 10:15	Impacto de los determinantes sociales de salud en el control de la tuberculosis en pueblos	Anne Fanning

10:15 – 10:30	indígenas de Canadá, y su respuesta. Comentarios del rol de los determinantes de salud en TB.	J. Cayla
10:30 – 11:00	Receso	
11:00- 11:30	<ul style="list-style-type: none"> El Sumak Kawsai en la Constitución Política del Ecuador y su repercusión en la salud de los pueblos indígenas. 	Rep. Ecuador
11:30 – 12:00	<ul style="list-style-type: none"> La plurinacionalidad y las autonomías indígenas de la Constitución Política de Bolivia y su repercusión en la salud de los pueblos indígenas. 	Rep. Bolivia
12:00 – 12:15	Comentarios.	
12:15 - 14:00	Almuerzo.	
14:00 – 15:00	Trabajo de Grupos Objetivos y componentes de las estrategias de Abogacía, Comunicación y Movilización Social en pueblos indígenas.	Facilitador L. Cáceres
15:00 – 15:30	Presentación del trabajo de grupos.	L. Cáceres
15:30 – 16:00	Control de la TB en gitanos.	Joan Cayla
16:00 – 16:30	Receso.	
16:30 – 17:00	Presentación de Conclusiones y próximos pasos	M. del Granado
17:00 – 17:20	Palabras de Clausura.	D. Tunubalá

Panamá
Fecha: 2 al 3 de marzo 2010

ⁱ **Diagnóstico socio demográfico a partir del censo del 2000**

ⁱⁱ **Coba, Consultora Proyecto BID-CELADE**