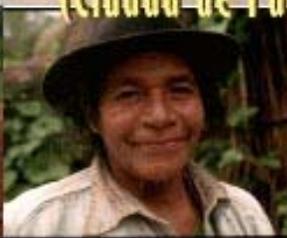


Encuentro Regional para el análisis del acceso a tratamiento anti-tuberculoso en poblaciones indígenas:



Documento memoria

(Ciudad de Panamá, 13-15 octubre 2004)





**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

OPS/HDM/CD/TB/511

**Encuentro Regional
para el
análisis del acceso a
tratamiento anti-tuberculoso en
poblaciones indígenas:**

Documento memoria

(Ciudad de Panamá, 13—15 octubre 2004)

Índice

Siglas utilizadas.....	1
Resumen Ejecutivo	2
Introducción al Encuentro.....	3
Propósito del Encuentro	4
Objetivos Generales.....	4
Metodología.....	4
Sección I: Situación de riesgo y vulnerabilidad a la tuberculosis en los pueblos indígenas de América Latina y encuadre conceptual del Encuentro	6
Diversidad cultural y étnica en la Región y situación de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.....	6
Epidemiología de la tuberculosis en poblaciones indígenas y la respuesta de los servicios de salud: la Estrategia DOTS.....	14
¿Qué deberíamos incorporar al control de la TB en poblaciones indígenas?	19
Acceso a medicamentos anti-tuberculosos.....	20
Sección II: Caracterización de la tuberculosis y del acceso a medicamentos en los pueblos indígenas por país participante.....	23
Descripción de especificidades por país: determinantes, factores de vulnerabilidad y el acceso a diagnóstico y tratamiento	23
Sección III: Experiencias e innovaciones	27
Comentario a las experiencias presentadas	27
Nicaragua: Experiencia local del Municipio Rosita para mejorar el acceso de la población indígena al tratamiento anti-tuberculoso (República de Nicaragua, Ministerio de Salud, Región Autónoma Atlántico Norte, 2004)	31
Panamá: Experiencias de las comarcas Ngobe bugle y Kuna Yala, donde se ha implementado la estrategia DOTS con todos sus componentes y algunas adaptaciones	33
Venezuela: Estrategia basada en agentes comunitarios y la evolución del contexto político venezolano en relación con el reconocimiento de los derechos de los pueblos indios	35
Colombia: Dos experiencias de implementación de la Estrategia DOTS.....	40
Ecuador: La extensión de la Estrategia DOTS 2001, 2002, 2003.....	49
Perú: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en comunidades indígenas del Cusco.....	52
Paraguay: Acciones integradas de salud con enfoque intercultural, Boquerón, 2004.....	53

Paraguay: Experiencias del Centro de Salud de Tte. 1° Manuel Irala Fernández en el tratamiento de la tuberculosis	55
Brasil	57
México: Estrategia de Microregiones para atención a la comunidad	61
Paraguay: Experiencia de la incorporación del enfoque de género en un proyecto de desarrollo productivo en Comunidades del Chaco Paraguayo	62
Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Componente comunitario de la estrategia AIEPI	65
Lecciones aprendidas	70
Barreras al acceso	74
Planes de trabajo	83
Recomendaciones y compromisos del encuentro	95
Apreciaciones generales sobre el encuentro, temas pendientes y recomendaciones.....	96
ANEXOS	
Anexo 1: Agenda del Encuentro	98
Anexo 2: Formularios enviados a los países para estandarizar la información a ser presentada en el encuentro	99
Anexo 3: Situación de la TB en los países de América Latina	105
Nicaragua.....	105
Venezuela	107
Colombia.....	115
Colombia, Departamento del Amazonas.....	119
Ecuador.....	123
Cusco, Perú	128
Paraguay.....	132
Brasil.....	139
Anexo 4: Lista de Participantes	159

Siglas utilizadas

TAES: Tratamiento asistido directamente supervisado Siglas en inglés DOTS

SR: sintomático respiratorio

APS: Atención primaria de salud.

TCS: trabajadores comunitarios en salud

PNCT: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

APS: Atención Primaria de Salud

AIEPI: Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia

Resumen Ejecutivo

En noviembre del 2004 se realizó en Panamá por primera vez un *Encuentro Regional para el Análisis del Acceso a Tratamiento Anti-Tuberculoso en Poblaciones Indígenas*. La Organización Panamericana de la Salud como organizadora del evento ha elaborado la memoria del mismo con las principales experiencias, aportes y conclusiones a las que llegaron las delegaciones de países participantes.

Las conferencias magistrales que abren el evento dan cuenta de la relación entre la situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas en Latinoamérica y las condiciones de pobreza y exclusión, a las que se suman las dificultades en la respuesta desde los servicios de salud, relativas a las limitaciones en la oferta, como a los diversos entretnejidos culturales que implican una gran variedad de interpretaciones y respuestas hacia la enfermedad en cada contexto.

En este escenario la Estrategia DOTS como recomendación para enfrentar a la tuberculosis de manera efectiva en la Región, es reconocida como una alternativa basada en sólidos principios políticos, técnicos y de gestión, a más de adaptable a las condiciones locales. A esto se incorporan conceptos y relaciones entre factores que inciden en el acceso a los medicamentos, los cuales proporcionan el marco para desarrollar el análisis de las variables que determinan el acceso a tratamiento en cada país participante.

El conocimiento respecto a la situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas está afectado por las deficiencias en los sistemas de información y registro, más aún en la Cuenca Amazónica donde las dificultades en el acceso geográfico y la escasa oferta de servicios de todo tipo, colocan a su población indígena en condiciones de mayor vulnerabilidad a la tuberculosis.

En las experiencias e innovaciones presentadas se pueden encontrar incluso estrategias distintas en un mismo país, con importantes lecciones aprendidas. Se encuentran variaciones como la implementación de albergues, una variedad de formas de incorporación de agentes comunitarios, grados distintos de participación social en la gestión del servicio, opciones de integración del enfoque intercultural y de integración de la estrategia a los procesos de desarrollo locales. Experiencias de otras estrategias como la AIEPI y la integración del enfoque de género, proporcionan elementos valiosos para optimizar la Estrategia DOTS y su aplicación a nivel de pueblos indígenas.

Las principales lecciones aprendidas tienen que ver con la integración de la perspectiva intercultural, la participación social, la sostenibilidad de los servicios y algunos elementos de la gestión y administración de la estrategia. Se reconocen mayores barreras en el ámbito de la disponibilidad de medicamentos y servicios, y en el acceso geográfico a los servicios que a su vez incrementa las dificultades en la accesibilidad financiera.

Con estos insumos las delegaciones de cada país elaboran su propio plan de trabajo, donde se evidencia claramente la contribución de los principales factores en discusión. Los planes responden a los niveles de implementación de la Estrategia DOTS en cada país convirtiéndose en un valioso aporte del Encuentro a los Programas Nacionales de Tuberculosis.

Introducción al Encuentro

La tuberculosis (TB) sigue siendo una pesada carga para los países más pobres del mundo a pesar de que existen procedimientos diagnósticos, medicamentos e insumos farmacéuticos para tratar esta enfermedad. Los programas nacionales de la TB en los países de América Latina han adoptado varias estrategias con el intento de proveer a sus poblaciones de tratamiento anti-tuberculoso efectivo. La estrategia más recomendable adoptada por varios países es la estrategia de tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES o DOTS, por sus siglas en Inglés) la que establece procedimientos diagnósticos, regímenes terapéuticos y procedimientos para la administración de los medicamentos por parte del personal de los servicios de salud. Esta estrategia, promovida por la OMS ha permitido mejorar las tasas de curación y reducir, consecuentemente, la cadena de transmisión.

Con frecuencia la implementación del programa de DOTS y otros esquemas de tratamiento se ve afectada debido a la falta de acceso a insumos farmacéuticos y medicamentos esenciales y al uso inapropiado de los mismos. Esta situación puede ser aún más crítica en comunidades que por motivos geográficos y culturales se encuentran postergadas en el acceso a la salud, la educación y el desarrollo social y económico, en términos generales. En América Latina las comunidades indígenas han experimentado este tipo de postergación y por eso tienen un riesgo más alto de contraer enfermedades infecciosas como la TB. Además, se ven afectadas por un limitado acceso a los servicios de salud, a los medicamentos y a información útil para prevenir y tratar la TB. Para mejorar la eficacia del tratamiento anti-tuberculoso en estas comunidades es necesario conocer los factores geográficos, culturales y financieros que impiden el acceso y uso apropiado de los mismos.

El objetivo presente del encuentro fue iniciar el análisis de este problema en las poblaciones indígenas partiendo de la epidemiología de la enfermedad en estos grupos y su acceso al tratamiento. Sin olvidar los condicionantes políticos y socio económicos, esta reunión enfatizó en el análisis de intervenciones prácticas y técnicamente sustentadas que contribuyen a mejorar el diagnóstico y particularmente, el tratamiento de la TB. Durante la reunión los participantes—directores y jefes de programas nacionales de TB, líderes indígenas y científicos sociales—tuvieron la oportunidad de presentar sus diversas experiencias locales y compartir las dificultades y los éxitos que han tenido en mejorar el acceso y uso de medicamentos en poblaciones indígenas. También se presentaron las experiencias de otros programas o intervenciones en otras comunidades postergadas para enriquecer el análisis y la discusión. Las lecciones aprendidas, además de sus ideas, se traducen en recomendaciones y planes de trabajo.

Este Encuentro contribuyó al análisis y proporcionó aportes al trabajo que vienen desarrollando gobiernos, organizaciones multilaterales y bilaterales, y sociedades civiles durante la década internacional de los pueblos indígenas del mundo (1994-2003) y continua teniendo alta importancia para alcanzar de las metas del milenio.

La organización de este evento técnico fue posible gracias al trabajo conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y el programa *Rational Pharmaceutical Management Plus* (RPM Plus) del Centro de Gestión Farmacéutica de *Management Sciences for Health* con el apoyo de la Agencia

de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional a través de la *Iniciativa contra la TB en América Latina y el Caribe*.

Propósito del Encuentro

Analizar la situación de la tuberculosis en las poblaciones indígenas de la región y discutir alternativas para mejorar el acceso a un tratamiento efectivo, considerando los factores geográficos, culturales, financieros que estas poblaciones enfrentan.

Objetivos Generales

1. Conocer la particular situación de vulnerabilidad a la tuberculosis en la que se encuentran los pueblos indígenas
2. Analizar los factores que podrían impedir a las poblaciones indígenas el acceso a un diagnóstico y tratamiento anti-tuberculoso efectivo y su adherencia al mismo.
3. Discutir alternativas o estrategias innovadoras que permitirían a los servicios de salud aumentar la identificación de nuevos casos de Tuberculosis, la adherencia al tratamiento y las tasas de curación en la población indígena.
4. Formular planes de trabajo para abordar los problemas identificados y mejorar el acceso de estas poblaciones al tratamiento anti-tuberculoso y su adherencia.

Metodología

- ♦ Los facilitadores presentaron la evidencia disponible sobre la situación social de la población indígena que la hace particularmente vulnerable a la tuberculosis y las barreras potenciales que enfrenta para acceder al tratamiento, además de los marcos conceptuales relacionados al acceso de medicamentos. Cada una de las presentaciones estuvo seguida de una discusión abierta sobre el tema.
- ♦ Los participantes compartieron sus enfoques acerca de este tema, incluyendo actividades o proyectos exitosos o no que han sido ensayados en sus respectivos países para mejorar el acceso al tratamiento anti-tuberculoso en la población indígena. También se presentaron experiencias relacionadas con:
 - i. Estrategias o abordajes que han utilizado otros programas (AIEPI) para incrementar el acceso en poblaciones indígenas.
 - ii. Estrategias o abordajes que ha utilizado el Programa de TB para incrementar el acceso en otros grupos postergados (Comunidades residentes en las fronteras, nómadas o migrantes, desarraigadas)

Los participantes organizaron sus presentaciones de acuerdo a una guía incluida en los anexos de este documento.

- ♦ Sobre la base de las diversas experiencias presentadas, se analizaron las lecciones aprendidas para establecer por consenso aquellas más relevantes para la situación de los países representados en el encuentro.
- ♦ Se conformaron pequeños grupos de trabajo para que los participantes formulen recomendaciones para mejorar el acceso al tratamiento anti-tuberculoso en la población indígena.
- ♦ Los países participantes en el encuentro formularon planes para discutir con autoridades y técnicos nacionales la factibilidad de implementar intervenciones tendientes al mejorar el acceso a una terapéutica *efectiva*.

Las sesiones que incluye el encuentro son—

1. Diversidad cultural y étnica en la región y Situación de salud de los pueblos indígenas
2. Epidemiología de la Tuberculosis en Pueblos Indígenas: Análisis de brechas
3. Respuesta de los Servicios de Salud: La estrategia DOTS
4. El acceso a los medicamentos y su uso racional
5. Estrategias para mejorar el acceso a tratamiento efectivo: Presentación de experiencias nacionales
6. Lecciones aprendidas
7. Recomendaciones para mejorar el acceso al tratamiento
8. Elaboración de planes de trabajo

Sección I: Situación de riesgo y vulnerabilidad a la tuberculosis en los pueblos indígenas de América Latina y encuadre conceptual del Encuentro

Diversidad cultural y étnica en la Región y situación de la salud de los pueblos indígenas de las Américas

Dra. Rocío Rojas

Buenos días, gracias por la oportunidad de compartir con ustedes este proceso de trabajo conjunto que, con seguridad, beneficiará a los pueblos indígenas y a todos los pueblos del Continente Americano.

Hablar de la diversidad cultural y étnica de las Américas nos remite a hablar de la historia de nuestro Continente. En el siglo XV, vivían en las Américas cerca de 80 millones de indígenas (Schwerin, 1984).

Varios dominaban el uso de las matemáticas, la arquitectura, la música, la astronomía, la veterinaria, las plantas medicinales, el cuidado del medio ambiente y de la salud y sus civilizaciones se encontraban entre las más desarrolladas de su época.

La invasión europea desequilibró la dinámica de estos pueblos. Probablemente el efecto más drástico de este desequilibrio, catalogado por los investigadores modernos como un verdadero desastre demográfico, fue la masiva disminución de la población.

La población indígena del continente disminuyó entre el 95 y 96 por ciento en 130 años y la población indígena del Caribe casi fue exterminada en menos de 50 años (Cambridge, 1992).

Las principales causas de esta "catástrofe demográfica" fueron la introducción de nuevas enfermedades como la viruela, el sarampión, el tifus, la fiebre amarilla, la malaria y la muerte sistemática de los indígenas, sometidos a trabajos forzados y a castigos inhumanos (Cambridge, 1992).

Para reemplazar la fuerza de trabajo indígena fueron traídos los esclavos africanos, completando de esta manera la base sobre la cual se edificaría la identidad étnica de las Américas (Cuadro No 4).

Aunque parecería innecesario, por lo obvio, insistir en la presencia viva de estos pueblos que determinan el carácter multilingüe, multiétnico y multicultural de las Américas, debemos hacerlo reiteradamente porque precisamente a partir de la colonización y la esclavitud se ha intentado por todos los medios minimizarlos, invisibilizarlos y hasta negar su existencia, en algunos casos. Desde los primeros años de la conquista y durante la colonia y la época republicana los pueblos indígenas han sido excluidos, explotados, relegados a las tierras más inhóspitas y tratados como mano de obra barata. No sería nada difícil encontrar en estos

dos traumas, el de la colonización y el de la esclavitud, los verdaderos orígenes de los principales problemas actuales de estos pueblos.

Por considerarlos invisibles y por haber construido las naciones a partir de la exclusión de estos pueblos, pocos países recopilan habitualmente y analizan las estadísticas vitales o de servicios por etnia, y menos aún presentan datos desagregados por etnia y género. De ahí que, es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas.

Aunque hay una diversidad de definiciones sobre el término indígena, según el Convenio 169 (1989) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los pueblos indígenas son " ... pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el país, o una región geográfica a la que pertenecía el país en la época de la conquista o la colonización, y conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas".

Según estimaciones y datos existentes, 45 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes forman parte de la población de 24 países de las Américas.

La población indígena está vigente en las Américas y los más de 400 pueblos indígenas constituyen la base sobre la cual se edifica la sociedad multiétnica, pluricultural y multilingüe de la Región. Estos pueblos son poseedores de una gran riqueza económica, tecnológica, filosófica y cultural que nos negamos a reconocer.

¿Será por eso que las condiciones de vida y salud en que la mayoría de estos pueblos se desenvuelven son tan precarias? No es difícil constatar que la destrucción gradual del ecosistema por la sobre-explotación de recursos naturales y minerales, la presencia de desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, la migración, las obras de desarrollo, los cambios de patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas y una falta de verdadera participación política, impide que se considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países.

La marginación de la población indígena se traduce en índices alarmantes de pobreza, falta de tierra y territorios, bajos salarios, desempleo acentuado, altos índices de analfabetismo, especialmente femenino, deserción escolar, necesidades básicas insatisfechas y un perfil epidemiológico donde predominan las enfermedades por causas prevenibles.

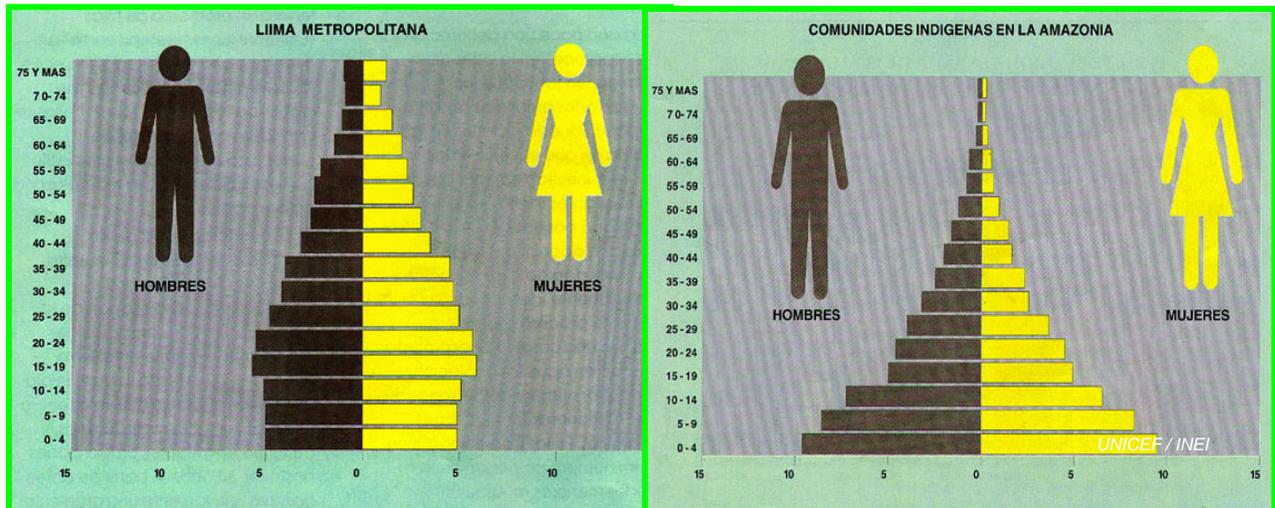
La relación entre las variables pobreza y etnicidad va siempre en proporción directa. Por ejemplo, en Ecuador, en las zonas rurales de la sierra y de la Amazonía, zonas de asentamiento de los pueblos indígenas del país, se estima que 76% de los niños, son pobres (1998). En Guatemala, en 1998, 91,3% de la población indígena era pobre frente a 55,6% entre la población no indígena.

Las condiciones de pobreza se agravan por los también altos índices de analfabetismo. En México, la tasa de analfabetismo entre la población indígena triplica la media nacional. En Guatemala, se registró 68% de inasistencia a la escuela entre los niños de madres analfabetas y 72% entre los niños indígenas.

En este contexto social y económico grave, la población indígena de las Américas presenta, con raras excepciones, condiciones de salud alarmantes. Entre las enfermedades que cobran más víctimas están la

malaria, la oncocercosis, las infecciones respiratorias agudas, la tuberculosis, las enfermedades diarreicas, la desnutrición, el alcoholismo, la drogadicción, las enfermedades crónico-degenerativas e incluso el suicidio y el SIDA.

Para el tema que nos ocupa es de particular importancia considerar las características demográficas de la población indígena. Estas poblaciones son eminentemente jóvenes. Por ejemplo, de acuerdo con el Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana, 50% de la población de esta área tenía entre 0 y 14 años en comparación con 30% en Lima metropolitana. En esta transparencia apreciamos las pirámides poblacionales respectivas.



Desafortunadamente, en general, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por la mortalidad y morbilidad. Sin embargo, es importante puntualizar que por las características de estas poblaciones podemos suponer que los datos reales de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados, por el número de muertes y nacimientos que se quedan sin ser especificados por pertenencia étnica o registrados.

En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá es de 84 por mil niños nacidos vivos comparada con 17.2 por mil niños nacidos vivos en el ámbito nacional. 32 x 10.000 niños indígenas menores de cinco años mueren por diarrea comparado con 6,4 por 10.000 en el ámbito nacional. Es decir, más de 5 veces más en comparación con el promedio nacional.

Algo similar ocurre en los departamentos con mayor población indígena y afrodescendiente en Honduras en referencia a la mortalidad materna. En los departamentos de Atlántida, Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz, la tasa de mortalidad materna es alarmante y supera en mucho al promedio nacional de 147 x 100 mil nacidos vivos.

Honduras: Tasas de Mortalidad Materna por Departamento, 1998

**Departamentos
con mayor
población indígena**

Departamento	TMM por 100 mil nv
Atlántida	159
Colón	200
Comayagua	143
Copán	203
Cortés	164
Choluteca	106
El Paraíso	119
Fco. Morazán	122
Intibucá	255
La Paz	229
Lempira	190
Ocotepeque	150
Olancho	141
Sta. Bárbara	92
Valle	122
Yoro	83

Promedio nacional: 147x100mil n.v.

Fuente: PNUD, IDH, 1999, Secretaría de Salud, 1997.
Elaborado por Soriano, I., 1999

Las enfermedades provocadas por la falta total de agua, escasez de la misma o las malas condiciones en las que se la consume y aquellas asociadas a la falta de saneamiento básico figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente infantil. En El Salvador, por ejemplo, 95% de las fuentes de agua superficiales están contaminadas determinando 4.1 episodios de diarrea al año en los niños menores de cinco años. 40% de los niños indígenas son desnutridos en El Salvador, en comparación con el 20% en el ámbito nacional. La desnutrición, está asociada, entre otras causas, al parasitismo producto de las malas condiciones ambientales presentes.

Estas malas condiciones, en ocasiones sumadas a índices altos de hacinamiento contribuyen, entre otros problemas, a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, como el tracoma y la tuberculosis entre las comunidades indígenas.

Para el caso específico del tema que nos convoca a esta reunión, digamos lo siguiente. En México, las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre los indígenas es dos veces más alta que en la población general.

En la Amazonía de Brasil, zona de asentamiento del 60% de la población indígena del país, la incidencia promedio de tuberculosis fue de 75.1 casos por 100.000 habitantes en el período 1980-2000, la más elevada entre las regiones geopolíticas brasileñas. La media nacional para este período fue de 59.2. 45% de los casos se presentaron en niños menores de 15 años y 63,3% de los casos se reportaron en hombres. En las presentaciones siguientes y en las presentaciones de las delegaciones tendremos la oportunidad de escuchar en detalle la descripción del problema de la tuberculosis entre los pueblos indígenas.

La paradoja es que junto a los traumas y problemas, estos pueblos se han ideado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la dureza de la situación y por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad. La superación de las fronteras políticas actuales que muchas veces ocultan la vivencia ancestral de los pueblos, son solamente algunas de las estrategias empleadas para durar en el tiempo. De hecho, un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como los Maya de México, Guatemala y Belice, los Quechua de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina; los Guaraníes de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Todo esto nos lleva a afirmar que las fronteras actuales son relativas, y la cooperación entre los países es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos.

En cuanto a la localización, se puede afirmar que, en general, las poblaciones indígenas son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de un valor inapreciable, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.

En el Alto Río Negro en Brasil, por ejemplo, hay dos hospitales habilitados para diagnosticar y tratar los casos de tuberculosis. La región tiene aproximadamente 8 millones de hectáreas de superficie y la distancia entre los hospitales y las comunidades indígenas varía de algunos minutos a varios días de viaje sea a pie por la selva o en canoa, dependiendo del estado del tiempo. Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas y la búsqueda de la atención de salud.

Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta, en propuestas innovadoras, las diferencias de las culturas en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad.

En general, en muchas comunidades indígenas, el idioma nativo es el de comunicación cotidiana en todos los grupos de edad, incluidos los niños. La tendencia hacia el monolingüismo en el idioma nativo se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores que son, en muchos casos, las personas que se quedan al cuidado de los niños.

Varios signos, síntomas y enfermedades son nombrados con términos en el idioma nativo o español coloquial. Por lo general, la gente con una palabra simplifica el diagnóstico y ataca al síntoma que entiende como la expresión de la enfermedad.

La calidad del relacionamiento entre el proveedor de salud y la persona o pacientes que buscan atención de salud es decisiva. Por lo general, el personal de salud se limita a darle algunas explicaciones rápidas sobre su enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin preocuparse de saber si esta información fue comprendida. Diversos estudios muestran que las explicaciones del personal de salud dadas en la lengua dominante del país a las poblaciones indígenas o culturalmente diferenciadas frecuentemente son ininteligibles para estas personas (Jackson, 1996). En ocasiones el paciente se hace acompañar por un pariente que es bilingüe y que les sirve de intérprete,

pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que es transmitida.

La capacitación efectiva del personal de salud es esencial. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. No son raros los casos de discriminación y maltrato a los pacientes de estos pueblos. Por ejemplo, los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por pertenencia étnica, grupo étnico y sexo, en una comunidad o región determinadas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer, de acuerdo al perfil epidemiológico que los afecta, el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico, conocimientos básicos de entomología y, particularmente, el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos.

Por supuesto, la provisión adecuada de insumos de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de la comunidad es importante y sobre todo el fortalecimiento de la capacidad gerencial para resolver tanto situaciones de emergencia, como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

Con una muestra de datos hemos visto la magnitud de los problemas que afectan a los pueblos indígenas de las Américas, por lo tanto, reconocemos la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas. Sin embargo, son las investigaciones cualitativas las que nos permitirán conocer el contexto de esos números y nos permitirán comprender los procesos del nexo salud-enfermedad desde la cosmovisión indígena. Por ejemplo, un estudio realizado en el pueblo Desana, uno de los pueblos de la familia Tukano de la Amazonía de Brasil reportó que los Desana clasifican las enfermedades en enfermedades de los blancos y en enfermedades tradicionales. Las enfermedades de los blancos tienen extrema virulencia, carácter agudo y transitorio, corto período de incubación y de infecciosidad, alto poder de contagio, mientras que las enfermedades tradicionales son de carácter endémico, evolución generalmente crónica, longevidad del agente causante, su capacidad de latencia y de retorno al organismo (Buchillet, 1995). Por lo tanto, la tuberculosis, en sus diversas formas (pulmonar y extrapulmonar), es considerada una enfermedad tradicional. Es decir, una enfermedad que siempre ha estado en la comunidad. Además la tuberculosis es atribuida a hechicería. Por esta razón no es considerada contagiosa.

Las concepciones locales sobre los mecanismos de eficacia terapéutica son igualmente determinantes. Los procedimientos curativos shamánicos, por ejemplo, se basan en la recitación de encantos terapéuticos sobre un objeto, líquido o planta que le sirve de vínculo con el paciente. Por las concepciones indígenas, se supone que este tratamiento tendrá un efecto prácticamente inmediato sobre la enfermedad. De esta manera, la demora en la mejoría (más de dos días) es un indicio de error diagnóstico y consecuentemente en el tratamiento emprendido (Buchillet 1988). Es fácil imaginar que estas concepciones, aplicada al tratamiento de la tuberculosis – que asocia los mismos antibióticos durante un período mínimo de 6 meses – pueda tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento.

Las concepciones indígenas también están presentes en otras enfermedades, por ejemplo, entre los Mixtecos del Estado de Oaxaca en México, el paludismo es una enfermedad de la población adulta causada “por comer tierra, por desvelarse con frecuencia o por bañarse con agua fría después de haber trabajado intensamente. Se manifiesta mediante fuertes calenturas. El enfermo presenta “una raya como

un hilito en el ojo derecho”, la lengua blanca y palidez; además tiene “la sangre como agua ”y su sudor “es apestoso”, especialmente durante la noche. Como es obvio, una vez identificada la causa, los terapeutas prescriben tratamientos como el baño de quinina roja, entre otros.

¿Cómo procedemos con estas interpretaciones? ¿La lógica de la medicina convencional y la lógica indígena, son realmente diferentes? ¿o pueden ser, tal vez, enfoques complementarios? El conocimiento de la comunidad nos ayudará a entender cómo es concebida, en este caso la tuberculosis, y, por consecuencia, cómo puede ser abordada. Esta área de conocimiento, todavía tiene un desarrollo incipiente en las ciencias de la salud.

El uso de las plantas medicinales en el tratamiento y control de varias enfermedades ha sido reportado en varios estudios etnobotánicos. Sin embargo, hay un acuerdo general de que se necesita más investigación para identificar y verificar la seguridad y efectividad de estos tratamientos.

Y si hablamos de plantas, enfatizamos en que si bien las plantas forman parte del conocimiento indígena, este no se reduce a las plantas medicinales. En la actualidad el conocimiento indígena sigue jugando un papel decisivo en la disminución de los efectos devastadores de la enfermedad y de otras amenazas.

Por último, insistamos en que en el mejoramiento de la salud de estos pueblos están presentes tanto el marco jurídico nacional e internacional dentro del cual se ejecutan las acciones, como la participación indígena y la acción de la comunidad.

Entre los convenios internacionales podemos nombrar al Convenio 169 de la OIT (1989), la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Resolución CD37.R5 (1993) y la Resolución CD40R6 (1997) de la OPS/OMS (1993), pero sobre todo los avances jurídicos nacionales que han facilitado la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud. Esto ha dado como resultado la posibilidad de armonizar los sistemas nacionales de salud y los sistemas de salud indígenas.

Tanto en el ámbito internacional como en el nacional, en los procesos de formulación, ratificación e implementación de estos acuerdos, declaraciones y convenios, el liderazgo y la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos han sido un factor decisivo.

Sin embargo, la enfermedad solamente se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta afirmación no es nueva. En 1978, hace más de 25 años, en la Declaración de Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud indicó que la atención primaria requiere y promueve el autodesarrollo y la participación comunitaria e individual al máximo posible en la planificación, organización, desarrollo y control de la atención de la salud. A los equipos técnicos que atienden las necesidades de los pueblos indígenas les toca tener muy en cuenta la perspectiva vital y cultural de la comunidad.

Este año termina la Década de los Pueblos Indígenas del Mundo y continúan los procesos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ¿Cuáles han sido los avances en el mundo?, ¿en nuestra región?, ¿en cada uno de nuestros países? ¿Cuáles han sido los avances específicos que hemos logrado en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas y dentro de ellos de sus hombres, mujeres, ancianos y muy especialmente de sus niños?

Creemos que estas preguntas deben estar presentes en nuestro trabajo. La reunión en la que estamos participando y con mucha seguridad las presentaciones que escucharemos nos dan la oportunidad de tomar más conciencia tanto de la fortaleza propia de los pueblos indígenas de las Américas como de los desafíos que debemos enfrentar en el mejoramiento de su salud. Este es el marco de referencia necesario para elaborar propuestas concretas de solución de los problemas que nos han convocado a este evento.

Muchas gracias

Epidemiología de la tuberculosis en poblaciones indígenas y la respuesta de los servicios de salud: la Estrategia DOTS

Dra. Mirtha del Granado, OPS

TB y condicionantes en las poblaciones indígenas

La tuberculosis es una enfermedad tan antigua como la humanidad, habiendo sido el flagelo que más vidas cobró a los países desarrollados en siglos pasados. La persistencia de la TB en nuestros días se debe en gran parte a la negligencia de la humanidad. Ciento veinticinco años después que Robert Koch descubrió el agente causal de la TB y 40 años después de tener drogas eficaces que pueden curar al 100% de los enfermos, hoy en día, la TB origina más enfermos y más muertes que en las épocas de Koch en 1882.

La tendencia de la tuberculosis en países desarrollados en el pasado, muestra que incluso antes del descubrimiento de los medicamentos antituberculosos, la enfermedad y la muerte por tuberculosis empezó a disminuir debido a la mejora de las condiciones socio-económicas de la población. Por tanto, no es de extrañar que existan determinantes sociales en el advenimiento de esta enfermedad, especialmente representados por la pobreza, hacinamiento, desnutrición. Agrava la situación de la TB, la falta de una respuesta sanitaria adecuada que oferte diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la estrategia DOTS a todos y cada uno de los enfermos que así lo necesiten.

Las poblaciones indígenas en Las Américas no son ajenas a esta realidad puesto que se caracterizan por vivir en condiciones de:

- Pobreza – ligada en gran medida a la pérdida de sus tierras y medios de producción que los obliga a la migración de áreas rurales a otras rurales, de áreas rurales a urbanas e incluso de país a país; migraciones que en su mayoría se dan en condiciones adversas.
- Marginalidad – los indígenas están ausentes de participar en procesos políticos, productivos y no tienen auto determinación de su propia salud.
- Inequidad – las poblaciones indígenas representan en general los sectores más pobres entre los pobres, con importante vulnerabilidad especialmente de las mujeres y niños
- Barreras de acceso a servicios de salud
 - *Geográficas*: con inexistencia de establecimientos de salud a disposición de las comunidades y en el mejor de los casos medicina de pobre calidad solo ofertada por personal voluntario o auxiliar.
 - *Culturales*: la existencia de establecimientos de salud no garantiza la satisfacción de las necesidades de las poblaciones, puesto que las barreras lingüísticas, culturales imposibilitan la atención adecuada, mas aun cuando además se dan factores de estigmatización por parte no solo del personal de salud sino de la comunidad que asiste a esos establecimientos, ligado a características étnicas o a la enfermedad que aqueja a estas poblaciones como es el caso de la TB.
 - *Económicas*: La atención pagada es obviamente una limitante al acceso, pero además se debería tomar en cuenta los costos ligados al desplazamiento del enfermo al sistema de salud, el de su familia, la pérdida de horas laborales, hospedaje, comida, cuidado y atención de los niños, etc.

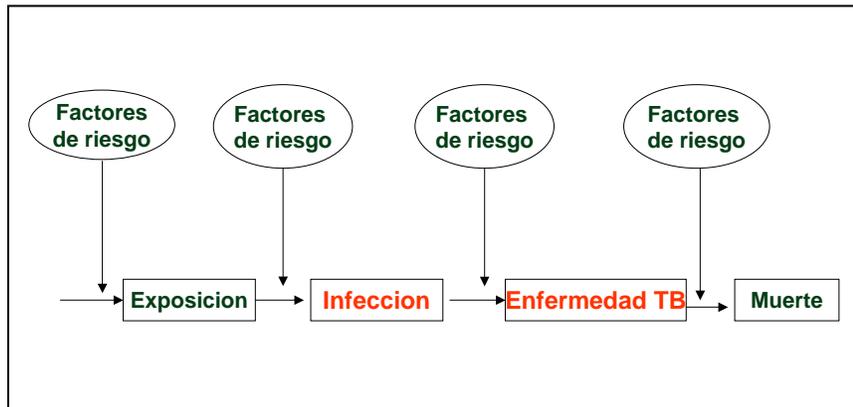
Multinacionalidad

La división geográfica en los albores de la delimitación de los nuevos países no contempló ni respetó los pueblos originarios cuyos territorios estuvieron limitados mucho antes del nacimiento de las nuevas naciones, quedando actualmente muchos de ellos en la multinacionalidad como es el caso del pueblo Guarani, pueblo cuyos territorios se encuentra compartidos por Bolivia, Paraguay y Brasil. No recibiendo en muchos casos los beneficios propios que cada ciudadano tiene derecho.

Bases epidemiológicas del control de la TB

Con el fin de poder entender mejor las acciones de control de la TB en general y en particular en poblaciones indígenas se hará una breve revisión de la historia natural de la TB, la cual está representada en la grafica 1.

Gráfica 1: Historia Natural de la Tuberculosis



Transmisión del bacilo de la tuberculosis – Exposición

Para que el bacilo de la TB se transmita en la población se necesita factores que la expongan al mismo, como:

- Número de casos TBP+ existente en la comunidad (mayor incidencia mayor riesgo). En general en poblaciones indígenas las tasas de incidencia son superiores que en no indígenas (gráfica 2 y 3), o en naciones con importantes poblaciones indígenas como es el caso de Bolivia y Perú en las Américas (Gráfica 2).
- Duración de la contagiosidad, referido al tiempo que transcurre entre el inicio de la enfermedad, el diagnóstico y el inicio del tratamiento, que en muchas comunidades puede ser muy prolongados. En indígenas fundamentalmente mujeres (Yamasaki-Nakagawa y col. *Int J Tuberc Lung Dis* 2001, 5(1); Hudelson. *Int J Tuberc Lung Dis* 1996, 7(7); Needham y col. *Trop Med Int Health* 2001, 6(4) se observó que estos tiempos son muy prolongados.
- Interacción caso contagioso con sus contactos: siendo importante en contactos muy cercanos (distancia boca – boca) como se da en aquellas condiciones de hacinamiento.

Gráfica 2: Tasa de incidencia Perú y Bolivia y las Américas 2002

País	Incidencia TBP BK+ x 100.000	Incidencia Región Américas x 100.000	
Bolivia	79	15	5
Perú	77	15	5

Infección por el bacilo tuberculoso

- La infección se produce por transmisión aérea, es decir que la contagiosidad se produce por el aire, necesitando que la fuente de infección tenga TB pulmonar contagiosa.
- Al hacer un análisis de las formas de TB en poblaciones indígenas encontramos que la mayoría de las mismas son TBP baciloscopía positiva (El César 2000–2003, Dusakawi).

Gráfica 3: Tuberculosis en población indígenas de El César, Colombia, 2002

Etnias	Incidencia x 100.000	Incidencia país x 100.000	
Arhuacos	104	18	6
Koguis	98	18	5
Wiwas	70	18	4
Yukpas	40	18	2

Tipo TBC	2000	2001	2002	2003	Total
Pulmonar	92%	82%	70%	72%	84%
Extrapulmonar	8%	18%	30%	28%	16%

La Enfermedad – Tuberculosis

La enfermedad es un fenómeno posterior al de la infección y no necesariamente todos los infectados enferman de TB. Los factores de riesgo de la enfermedad son:

- Tiempo después de la infección: la enfermedad es mas frecuente en los primeros años después de producida la infección.
- VIH/SIDA: agente mas importante conocido para el paso de infección a enfermedad TB por disminuir la inmunidad celular que es la barrera inmunológica contra la TB
- Edad: es mas frecuente en los extremos de la vida (niños menores de 5 años y ancianos)
- Factores genéticos diversos
- Nutrición: siendo la desnutrición un importante determinante de enfermedad
- Abuso de sustancias toxicas

La muerte por tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad mortal sin tratamiento. En más del 70% de los casos sin tratamiento se produce la muerte, existen algunos factores ligados a mortalidad elevada como son:

- Localización y tipo de enfermedad, siendo la TB pulmonar con baciloscopia positiva, la TB miliar, la TB meníngea, peritoneal y pericárdica formas graves de TB que sin diagnostico y tratamiento oportuno son mortales
- Precocidad de diagnostico, lo que va determinar el tratamiento inmediato y por tanto la curación, por tanto el fallecimiento esta en función de la tardanza en el diagnóstico y el tratamiento de una enfermedad curable.

Condiciones que aumentan la endemia TB

- VIH/SIDA, al ser el factor más importante conocido que desencadena la enfermedad TB en pacientes previamente infectados con el Bacilo de Koch
- La pobreza – hacinamiento, desnutrición.
- Migración en condiciones desfavorables que redundan en condiciones de pobreza, hacinamiento, prolongados periodos de contagiosidad por problemas de acceso a atención sanitaria de calidad, etc.

Condiciones que disminuyen la endemia TB

- Diagnostico oportuno de los casos y tratamiento.
- Tratamiento preventivo de la infección o quimioprofilaxis.
- Mejoramiento de condiciones socio-económicas.
- Vacuna BCG

Actividades básicas de control de la TB

El control de la TB se basa en actividades sencillas y costo-eficaces que pueden ser implementadas en amplia escala dentro las políticas de salud de los Ministerios de Salud.

Estas actividades son la base de la constitución de los Programas Nacionales de Control de la TB (PNT). Los PNT se caracterizan por ser programas de salud pública que definen normas técnicas y de procedimientos en los países.

Actividades básicas de los PNT Localización de casos – diagnostico bacteriológico

- Tratamiento - medicamentos
- Prevención

BCG: Tratamiento de la infección

- Monitoreo y Evaluación
- Promoción – comunicación social

La Estrategia DOTS/TAES

La Estrategia DOTS es la estrategia costo-efectiva recomendada internacionalmente para el control de la TB. La OMS la lanzó en 1993 para dar una respuesta eficiente en países en desarrollo y que a través de acciones estandarizadas y de calidad, se disminuya la incidencia, la prevalencia y mortalidad por TB en las comunidades.

La estrategia DOTS tiene 5 componentes clave:

1. Voluntad política
2. Acceso a diagnóstico (baciloscopia) de calidad
3. Tratamiento con esquemas estándares cortos con observación directa de la toma
4. Dotación ininterrumpida de medicamentos de calidad
5. Sistema de reporte e información

1. Voluntad Política

- Compromiso gubernamental sostenido: Implementación de actividades de control a nivel nacional, departamental y local: RRHH
 - Recursos financieros necesarios
 - El PNCT parte Sistema Nacional de Salud

2. Acceso a examen de esputo de calidad

- Existencia de Red de laboratorios con control de calidad
- Acceso a la red de laboratorios
- Existencia de un sistema de referencia de muestras
- Dotación de insumos
- Oportunidad en el procesamiento de las muestras y de resultados
- Personal capacitado
- Gratuidad de los exámenes

3. Tratamiento estandarizado y directamente observado

- Existencia de Normas técnicas con esquemas recomendados internacionales
- Personal de salud capacitado
- Tratamiento gratuito para el paciente
- Tratamiento Directamente Observado por el personal de salud o comunitario especialmente capacitados

4. Dotación ininterrumpida de medicamentos de calidad

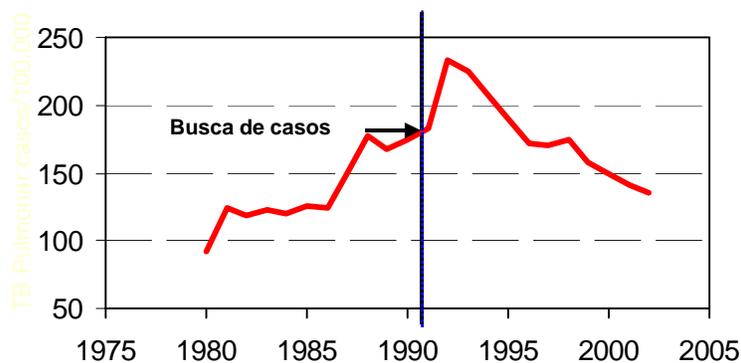
- Compras oportunas de medicamentos con stock de reserva
- Control de calidad de medicamentos
- Existencia de un sistema de distribución de medicamentos
- Normas y procesos de almacenamiento establecidos

5. Sistema de registro e información

- Cuadernos de registro de casos sospechosos
- Cuadernos de registro de casos de TB
- Cuadernos de registro de baciloscopías
- Tarjetas individuales de tratamiento
- Informes trimestrales

Con la aplicación de la estrategia DOTS a nivel mundial se observó que en países en desarrollo con importante carga y riesgo de enfermedad se pudo revertir la incidencia y la transmisión de la TB. En el Perú gracias a una decidida voluntad política se logró implementar el DOTS en todos los establecimientos de salud los años 90 (gráfica 4). Inicialmente se obtuvo un incremento de la incidencia por aumento en la detección de casos, posteriormente debido al incremento de la calidad de la atención e implementación del tratamiento estrictamente supervisado en los establecimientos de salud se observó un descenso permanente de la incidencia.

Gráfica 4: Reducción de la incidencia en el Perú



World Health Organization

La incidencia de casos en el Perú después de un incremento inicial, tuvo una tendencia permanentemente descendente de aproximadamente 6% por año. Disminución atribuida a una detección mayor al 70% de los casos contagiosos y curación del 85% de los mismos.

¿Qué deberíamos incorporar al control de la TB en poblaciones indígenas?

El control de la TB en poblaciones indígenas seguirá los mismos lineamientos que a nivel nacional, sin embargo, se deberá abordar los principales obstáculos que se tiene para brindar una atención de calidad y adecuada para estas poblaciones, entre las cuales debemos referirnos fundamentalmente a barreras de acceso y estrategias de acciones destinadas para revertir la incidencia de la TB que sean costo-eficaces y adecuadas en el contexto cultural de estas poblaciones.

Se presenta algunas consideraciones a implementar en la atención de las poblaciones indígenas conjuntamente con los elementos de la estrategia DOTS:

Acciones que superen barreras de acceso geográfico

- Diseño de Modelos de Atención con enfoque intercultural
- Participación de líderes comunitarios
- Participación de médicos tradicionales, curanderos

Acciones que superen barreras de acceso cultural

- Ofertar atención que respete, implemente y revitalice las culturas indígenas –formación RRHH sanitario.
- Incorporar a médicos tradicionales y curanderos –facilitadores-
- Desarrollar capacidades técnicas de RRHH indígenas
- Introducir tratamientos mixtos (medicamentos antiTB y tradicionales)

Acciones que superen barreras de acceso económico:

- Garantizar la gratuidad de la atención

Promover la participación de los pueblos indígenas:

- Derecho al acceso de la información
- Derecho a la participación en la planificación y gestión de los servicios de salud

Promover la investigación

- Impacto de la participación comunitaria
- Impacto de medidas específicas de control de TB en poblaciones indígenas
- Otros relacionados a genero y TB, etnias, migración, etc.

Acceso a medicamentos anti-tuberculosos

Dr. Edgar Barillas

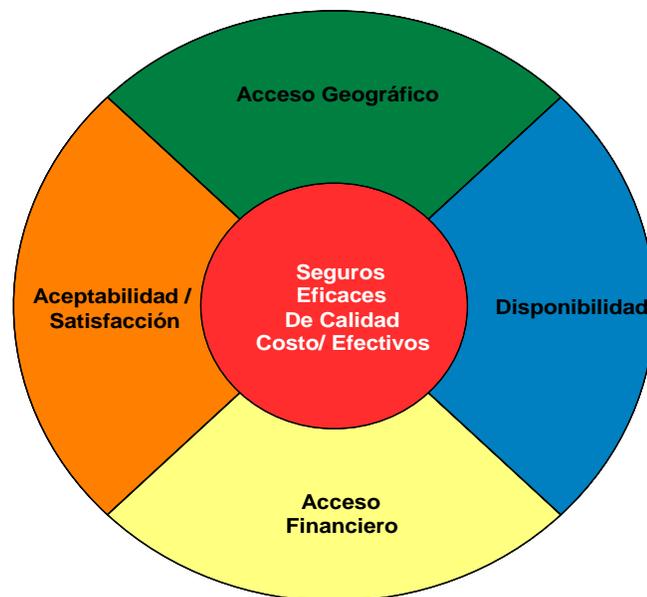
Rational Pharmaceutical Management Program: Center for Pharmaceutical Management

La curación de la tuberculosis depende de la disponibilidad y uso de medicamentos de calidad garantizada. Si un paciente es tratado con los medicamentos adecuados, en las dosis correctas y por el tiempo necesario, las tasas de curación alcanzan hasta el 95%. La dotación de recursos financieros tampoco constituye actualmente una barrera para el efectivo tratamiento de la TB. Los cursos de tratamiento, que son ya de un reducido costo (aproximadamente US\$ 20.00 para un tratamiento completo de un paciente nuevo) esta siendo financiado en los países mas necesitados por el Fondo Mundial y otras agencias de cooperación. En estas circunstancias la gestión apropiada del suministro de medicamentos resulta crítica para el control de la TB, al asegurar que los productos necesarios son apropiadamente seleccionados, adquiridos, distribuidos y finalmente utilizados por el paciente.



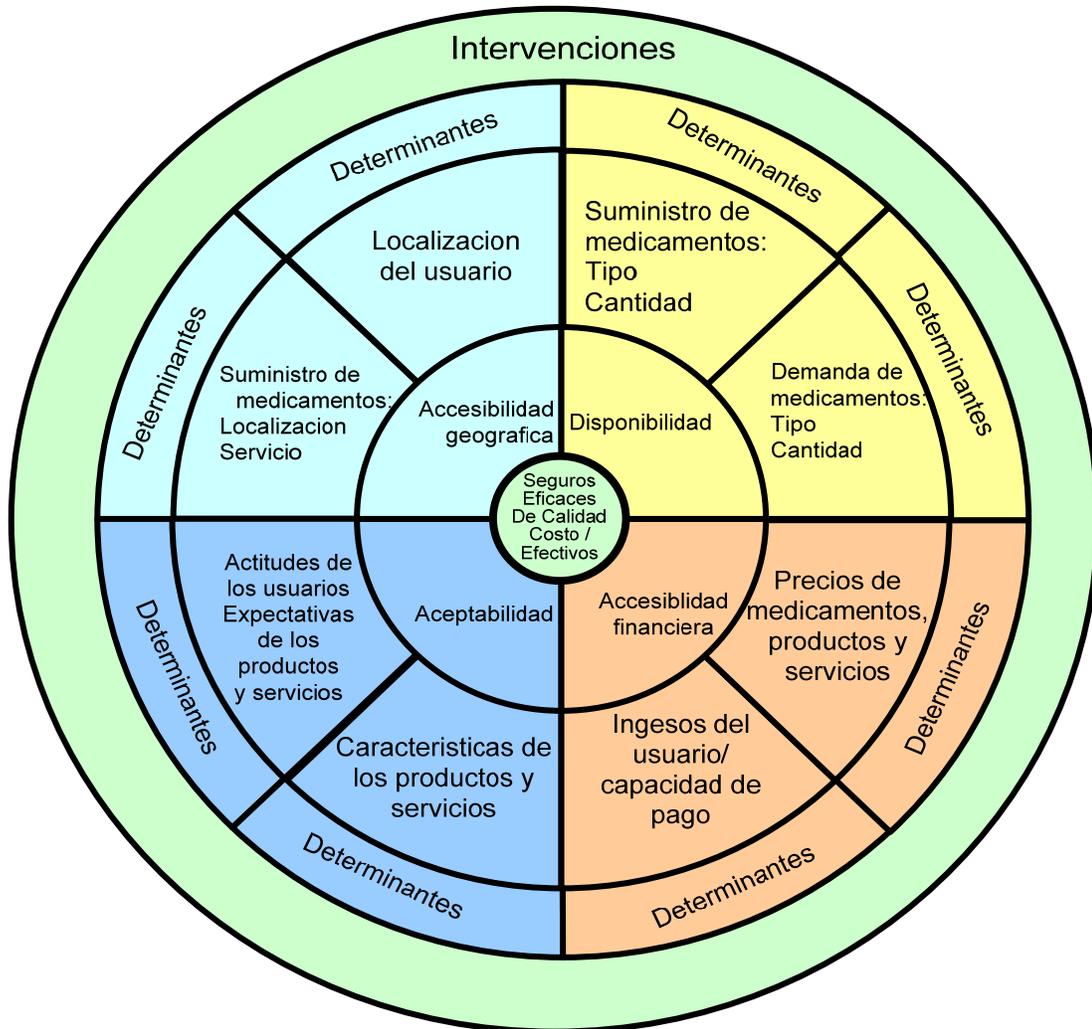
Los sistemas de salud son responsables de organizar un sistema farmacéutico que garantice el acceso ininterrumpido a medicamentos anti-tuberculosos de calidad y su efectivo uso por parte del paciente (figura 1). Esto implica no solamente asegurar la disponibilidad del medicamento en el servicio, sino eliminar (o por lo menos limitar) las barreras geográficas, financieras y culturales que pueden impedir su uso (figura 2). La eliminación de estas barreras es particularmente crítica en el tratamiento de la tuberculosis debido a que el tratamiento es prolongado (seis u ocho meses) y directamente observado. Esto implica que el paciente debe movilizarse diariamente a los centro de atención para una administración supervisada del tratamiento.

Las barreras al acceso son aun mayores en los pueblos indígenas. No solamente sus condiciones de vida los hacen susceptibles a enfermar de tuberculosis, sino que existen con frecuencia barreras idiomáticas, geográficas y culturales que incrementan la posibilidad de un inicio tardío del tratamiento, aumentan las tasas de abandono y reducen las tasas de curación. Es responsabilidad del sistema de servicios de salud investigar esto determinantes (figura 3) para intervenir selectivamente en aquellos que permitan mejorar de forma objetiva las tasas de curación. Un abordaje de esta naturaleza implica la participación de los usuarios y la colaboración de distintos sectores y disciplinas dentro del sector público: comunicaciones, para mejorar las vías de acceso;



para intervenir selectivamente en aquellos que permitan mejorar de forma objetiva las tasas de curación. Un abordaje de esta naturaleza implica la participación de los usuarios y la colaboración de distintos sectores y disciplinas dentro del sector público: comunicaciones, para mejorar las vías de acceso;

educación, para evitar la discriminación de los pacientes y mejorar la aceptabilidad del tratamiento; laboral, para asegurar la continuidad de la relación de trabajo y los permisos laborales de ausencia para el tratamiento supervisado.



Es posible evaluar éxito de las intervenciones del sistema de servicios de salud en la eliminación de las referidas barreras al acceso de medicamentos anti-tuberculosis si consideramos que dados dos grupos poblacionales (indígenas y no indígenas) ambos deberían tener:

- Igual posibilidad de llegar a los establecimientos de salud una vez enfermos
- Igual posibilidad de ser diagnosticados oportunamente
- Igual oportunidad de ser tratados con medicamentos de calidad
- Igual posibilidad de completar el tratamiento

Sección II: Caracterización de la tuberculosis y del acceso a medicamentos en los pueblos indígenas por país participante

Descripción de especificidades por país: determinantes, factores de vulnerabilidad y el acceso a diagnóstico y tratamiento

Los organizadores del encuentro solicitaron la información sobre la situación de la epidemia a cada país invitado, con el fin de analizar su comportamiento en la Región a nivel de pueblos indígenas. A continuación se presentarán apreciaciones generales de la información expuesta por cada país y una discusión final respecto a la vulnerabilidad y acceso a tratamientos en estos pueblos, para posteriormente exponer la situación de la tuberculosis presentada por cada país durante el Encuentro.

Nicaragua

Hay una diferencia de 10% en la tasa de la incidencia entre población general y población indígena, la primera presenta un tasa de 45,6 por 100.000 hab., mientras que a nivel de pueblos indígenas la tasa alcanza el 55,5 por 100.000 hab. La información presentada específica que el TAES a nivel comunitario se está extendiendo al país y que existen tres pruebas piloto y que el tratamiento se realiza de manera estrictamente supervisada. La cobertura en las áreas piloto sería del 100%

A nivel de la curación se encuentra que en la población indígena es 4% menor que en población general, a pesar del menor abandono del tratamiento en la población indígena que en la población general.

Venezuela

En el cuadro de información de país presentado, es posible apreciar una notable diferencia en la incidencia entre población general y población indígena. Es decir, en Venezuela los indígenas se enferman 6 veces más de TB que el resto de la población con una tendencia de la tasa de incidencia a estabilizarse tanto en la población general como en la indígena en los últimos años como se podrá observar, en la curva de incidencia entre 1997 y el año 2002.

Otro dato de país que vale la pena resaltar es el incremento de la coinfección con VIH. Es evidente una pequeña tendencia decreciente en la infección de TB pero la infección de VIH tiene un ritmo de incremento acelerado, en la población indígena, lo que representa un grave problema de salud pública en el corto y mediano plazo.

Los demás datos presentados, en su mayoría corresponden a la Región Amazónica Venezolana pues cuentan con información abundante y un manejo de una variedad de indicadores de TB respecto al departamento del Amazonas. La información desagregada por grupos étnicos permite apreciar índices más elevados de la epidemia en aquellas poblaciones más adentradas en el bosque tropical del Amazonas, tales como los Yanomami, Baniva Baré, Piaroa y algunos grupos Arawak como los Kuripaco.

Resulta interesante el estudio de la cobertura de la vacuna de BCG, mediante el conteo de cicatriz en distintos pueblos indígenas, en los cuales los mismos grupos en mención muestran datos notablemente bajos. Esta situación muy posiblemente se relaciona con su condición de ser pueblos menos contactados con la sociedad nacional y las dificultades de acceso geográfico que implica su territorio. De todas maneras los gráficos presentados evidencian una diferencia amplia entre la tasa de incidencia entre población indígena y población no indígena a la que denominan "criollos".

El cuadro de grupos etéreos se puede ver un incremento significativo en la incidencia a partir de la edad adolescente con un acento mucho mayor en la población indígena, hecho que merece ser analizado.

Colombia

La tasa de incidencia de la población indígena en relación con la población general es notablemente mayor, en algunos grupos alcanza los 60 casos por 100 mil personas, y en otros es de 112, mientras que en la población general la incidencia alcanza el 26 por 100 mil. No existe diferencia entre las dos poblaciones en los niveles de curación (62%) en ambos casos, y el abandono de tratamiento es relativamente bajo en las dos poblaciones (9,8% p. general y 11% indígenas).

A pesar de que la población indígena apenas alcanza al 2% de la población total, existe una diversidad etno-cultural muy amplia. De este 2%, dos tercios se encuentran cubiertos por el sistema de Seguridad Social y el tratamiento se imparte a través de los municipios. Al momento del Encuentro se informó que la estrategia DOTS no se implementaba aún en toda la población, mostrando un porcentaje de implementación del 19% en la población general y un 15,7% en población indígena, el 80% restante señalan que está cubierto por otro esquema estandarizado no estrictamente observado. Valdría la pena conocer cómo se garantiza el acceso a medicamentos bajo este esquema y el no abandono del tratamiento. Colombia menciona además el contexto particular de violencia que dificulta alcanzar a la población indígena.

Los datos correspondientes al departamento del Amazonas, muestran una notoria deficiencia de servicios básicos en relación con el resto del país, al punto que el dato de disponibilidad de agua apta para consumo humano es 0%. La TB ocupa el sexto lugar entre las causas de morbilidad en el departamento y en el año 2002 es posible apreciar un repunte de su incidencia.

Ecuador

La información presentada señala que no cuentan con datos estadísticos desagregados por nacionalidades y pueblos indígenas. Los datos relativos a la Provincia de Napo (área de intervención) muestran un alto nivel de curación y bajo abandono. Se menciona que la población general de Napo está cubierta en un 55% por la estrategia DOTS mientras que en la población indígena lo está en un 15,9%. Un 30% tiene cobertura de otro esquema estandarizado no estrictamente observado.

En cuanto a los datos del área de intervención con población indígena alcanzan el 91,7%. De curación y un abandono del 1,58%, mientras que el porcentaje de abandono en la población general a nivel país es de 8,87%.

Perú

Su información se concentra en la región del Alto Urubamba, en las estribaciones orientales de los Andes y su pie de monte. Las tasas de incidencia de tuberculosis en población indígena son de 141,4 por 100.000 hab. Los datos presentados respecto a la región muestran un alto nivel de curación en pacientes indígenas que llega al 100% con 0% de abandono de tratamiento, mientras que en la población general la curación es del 93% y el abandono llega al 4,4%. Posiblemente esta información es la resultante de la intervención que se describirá en el capítulo siguiente.

La estrategia DOTS cubre un 70% de la población general y un 60% de la población indígena, las proporciones restantes son cubiertas por otro esquema no estrictamente supervisado.

Indican que la cobertura de servicios de salud en estas comunidades es insuficiente, está entre el 37% y 45%. Para suplir esta deficiencia mencionan la implementación de un equipo de salud itinerante que mejora el acceso de las comunidades más alejadas a los tratamientos.

Paraguay

La incidencia de tuberculosis en población indígena supera en 10 veces a la de la población general y es la más alta presentada en el encuentro, llegando al 392,2 por 100.000 habitantes. Sin embargo los niveles de curación (88,7%) y abandono (6,7%) son mejores en poblaciones indígenas (76,2 y 16,2 en población general). En lo referente a la estrategia DOTS su nivel de implementación es del 9% en la población general y del 21% en población indígena, señalando que la proporción restante está cubierta por otro esquema no estrictamente supervisado.

Se puede apreciar una altísima diversidad cultural a pesar de que la población indígena alcanza solo al 1,5% de la población general de Paraguay. Según los datos presentados el 26% de comunidades indígenas cuenta con una unidad de salud APS. El 49% cuenta con un promotor de salud y solo un 36% tiene un médico profesional.

Brasil

En la información presentada respecto a pueblos indígenas, la tasa nacional de incidencia es de 189,2 por 100 mil, mientras que en la población general es de 46%. Se encuentran incidencias de 518 y 400 casos en algunos pueblos indígenas de la Amazonía siendo estas las cifras más altas a nivel país.

Se observa que 16 de 30 estados superan el 80 % de casos curados, muchos de ellos llegan al 100% de curación, mientras que en varias regiones del norte y noreste tienen 0% de curación y 100% de abandono, así resulta una tasa de curación promedio de 81,9%, que es mayor a la de población general (46,8); igual cosa sucede con el promedio de abandono, en indígenas es del 8,4 y en población general 18%. Las cifras más bajas de cobertura y curación corresponden a los municipios de la Amazonía, donde reside el 52% de la población indígena de Brasil y aproximadamente 55 (5% de la población indígena) comunidades no o muy poco contactadas con la sociedad nacional.

La población indígena alcanza el 0,2% de la población total de Brasil y cada uno de sus estados muestra una amplísima diversidad etno-cultural. La estrategia DOTS cubre al 70% de la población indígena. Existe un sistema de servicios de salud indígena, descentralizado y con atención primaria de salud en las aldeas a través del cual se ejecuta la estrategia DOTS, con supervisión diaria y directa del tratamiento por un/a

auxiliar de enfermería o un agente comunitario entrenado. Afirman que la disponibilidad de medicamentos es adecuada de manera general a pesar de las extensas distancias y dificultades geográficas que debe sortear su abastecimiento.

Luego de revisar la información de los países que aportaron con datos respecto a la situación de la TB, es posible realizar las siguientes apreciaciones:

- ♦ Existen diversos niveles de registro de la información respecto a pueblos indígenas. Hay casos como los de Brasil, Paraguay o Nicaragua, donde hay sistemas de registro que permiten obtener información específica de los pueblos indígenas respecto a la TB y otros indicadores. Sin embargo en Ecuador o Paraguay la información respecto a estos pueblos es limitada.

La ausencia de esta información en los sistemas de registro invisibiliza la situación específica de este segmento de la población, lo cual evidentemente dificulta la toma de decisiones esencial para la implementación de la estrategia DOTS o cualquier otra medida desde el sistema sanitario.

Existe ausencia de información suficiente sobre áreas geográficas y segmentos de población específicas, es importante que las intervenciones cuenten con líneas de base que permitan evaluar el impacto de las estrategias utilizadas, priorizar los grupos y lugares de intervención.

- ♦ Sin embargo de la diversidad de información, se aprecia una tendencia mayor en la incidencia a nivel de pueblos amazónicos y una relación casi directa con las grandes dificultades de acceso geográfico hacia esta región y la ausencia de servicios básicos y de salud. Igualmente el nivel de contacto con las sociedades nacionales, lo cual implica un reto significativo para el estrategia DOTS.

De todas maneras vale resaltar que la tasa más alta de incidencia de tuberculosis en pueblos indígenas es la presentada por Paraguay que alcanza el 392 por 100.000 habitantes. Este dato evidencia la relación de la enfermedad con las condiciones de vida, los niveles de pobreza y de desarrollo de los pueblos que son principales factores de vulnerabilidad para estas poblaciones. El difícil acceso geográfico y deficiencia en las condiciones de vida, producto de la limitada incorporación de estos pueblos en particular a las sociedades nacionales como actores sociales y políticos relevantes. Resulta entonces la paradoja que al tratar de incluir a los pueblos poco contactados/excluidos, su contacto con la sociedad nacional trae consigo mayor nivel de exposición al agente causal, y a la vez su bajo nivel de incorporación social y económica incrementa su vulnerabilidad y riesgo de enfermar de TB, acceder a tratamiento y curarse

Los niveles de implementación de la estrategia DOTS son variables, varios países han mostrado experiencias de aplicación de la estrategia con resultados aceptables en los indicadores, pero es evidente que al año 2004 es aún muy limitado el alcance de la estrategia en la mayoría de países, pues los datos presentados corresponden más a experiencias puntuales. Esto sugiere la necesidad de una mayor voluntad política en todos los países, para la extensión de la estrategia a toda la población, basada en las experiencias exitosas y sus lecciones aprendidas que serán desarrolladas en el capítulo siguiente.

- ♦ Países como Paraguay que muestra tasas de curación altas con el uso de otras estrategias estandarizadas no directamente supervisadas, o Colombia con tasas del 62% de curación, que no es significativa, pero indican la necesidad de indagar en estas otras estrategias para conocer su modo de operación o simplemente confirmar algún tipo error en la información.
- ♦ Todo esto, sumado a los altos niveles de exclusión de los pueblos indígenas y principalmente los indígenas amazónicos, permite ver la necesidad de realizar varias adaptaciones nacionales y locales a la estrategia DOTS con el fin de incrementar el acceso a diagnóstico y tratamiento completo y exitoso, basada en sus componentes esenciales como:
 1. Voluntad política.
 2. Acceso a diagnóstico (baciloscopia) de calidad.
 3. Tratamiento con esquemas estándares cortos con observación directa de la toma.
 4. Dotación ininterrumpida de medicamentos de calidad.
 5. Sistema de reporte e información.

En cuanto a la información presentada durante el Encuentro, se puede apreciar que la existencia de información específica sobre pueblos indígenas de regiones geográficas como departamentos o provincias amazónicas en los casos de Venezuela, Colombia, Ecuador y Perú, tiene relación con intervenciones sustentadas por acciones de cooperación externa (nacional o internacional) direccionadas, lo cual refuerza el argumento de exclusión social y política de estos pueblos, panorama menos evidente en la amazonía Brasileña a nivel de la información disponible.

Sección III: Experiencias e innovaciones

Comentario a las experiencias presentadas

Caracterización de las experiencias

Nicaragua

Describe la experiencia local del municipio Rosita para mejorar el acceso de la población indígena al tratamiento anti – tuberculoso. Se basa en la coordinación para la supervisión del tratamiento por los responsables de las unidades de salud rural, puestos de salud y líderes comunitarios de salud. Se entrega paquetes de alimentos para mejorar la adherencia al tratamiento con la presentación de un informe positivo del líder de salud respecto al cumplimiento del tratamiento. De esta manera se garantiza el acceso y culminación del tratamiento en las comunidades más alejadas, al ser el líder comunitario de salud quien supervisa directamente la administración del fármaco. Existe sin embargo, la dificultad de realizar el diagnóstico en las unidades de salud e iniciar de manera oportuna el tratamiento.

Panamá

Es una de las experiencias donde se puede apreciar claramente la implementación de la estrategia DOTS en dos comarcas indígenas. Existe un modelo de gestión local articulado a uno regional y nacional con funciones de supervisión y flujos claros de información. Se ha enfatizado en la capacitación local para el diagnóstico, capacitación de agentes comunitarios, el establecimiento de albergues para los casos graves

y de residencia muy alejada, además de una dotación logística esencial para el alcance a las comunidades. Se ha propiciado la gestión comunitaria y la comunicación social necesaria para sustentar el proceso.

Venezuela

La exposición venezolana enfatiza en las estrategias de APS con énfasis en la gestión a través de agentes comunitarios los Auxiliares de medicina simplificada y los trabajadores comunitarios de salud. Se resalta la evolución política del tema indígena en el contexto socio-político venezolano, más no hay mención de la TB como intervención específica.

Hay una prolífica información epidemiológica de la TB en la región amazónica y la presentación original cuenta con abundantes fotografías sobre el trabajo centrado en el alcance mediante agentes comunitarios y brigadas de salud.

Venezuela presenta muy brevemente la experiencia del Proyecto Wapulee educativo y de salud, con enfoque de interculturalidad en el departamento de Zulia. No hay mención a TB como intervención específica.

Colombia

Presenta la experiencia del Amazonas enmarcada en el acceso a tratamiento gratuito mediante aseguramiento a través de los municipios. Los Planes de Atención Básica (PAB) municipales incluyen el tema de acceso al tratamiento. Se garantiza el suministro gratuito a todos los pacientes. Las entidades aseguradoras tienen la competencia de garantizar la entrega de los medicamentos.

Menciona la existencia de una Red de Vigilancia en salud pública en el Amazonas a través de promotores comunitarios.

Sobre esta base se ha implementado la estrategia DOTS con muy buenos resultados expresados en indicadores como el incremento de casos curados, disminución del abandono. Uno de los cuadros presenta cierto incremento en la incidencia, lo cual seguramente obedece a una mejora en el diagnóstico local.

Se evidencia estrategias como la capacitación a los recursos humanos de salud, capacitación e implementación del diagnóstico local, implementación de un sistema de información y notificación, dotación permanente de medicamentos a las unidades de salud y la gestión con los actores sociales y políticos locales.

Se presenta también la experiencia del Resguardo de Guambra en el departamento del Cauca. Es el Hospital Mamá Dominga, hospital intercultural, desde donde se implementa la estrategia DOTS integrada a la gestión de salud comunitaria indígena. Hay una integración de la comunidad en el análisis y solución del problema y un compromiso sostenido de las autoridades políticas locales, uso de estrategias de educación con protagonismo de agentes comunitarios, integración de variables productiva y nutricional y el uso combinado de la medicina tradicional indígena. Resulta un modelo interesante de gestión intercultural.

Ecuador

Se presenta la experiencia de extensión de la estrategia DOTS hacia la provincia amazónica de Napo. Se basan en la descentralización del diagnóstico y tratamiento, la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, el trabajo a través de la organización de mayor peso y convocatoria en las comunidades indígenas de la provincia y la cooperación de una ONG internacional.

Los datos presentados muestran resultados bastante satisfactorios con un 91,7 % de pacientes curados y un porcentaje muy bajo de abandono de tratamiento (1.58%).

Perú

La experiencia se centra en el establecimiento de un albergue para pacientes con TB y otras patologías que requieran de supervisión estricta en el tratamiento, y además sus familiares. La permanencia en el albergue es de aproximadamente 4 meses, y resulta una estrategia muy difícil de sostener en el tiempo, pues existen grandes dificultades de sustentar una estadía tan prolongada de los pacientes y sus familiares y de mantener condiciones básicas de saneamiento.

Las difíciles condiciones viales y de comunicación en el Alto y Bajo Urubamba hacen que el acceso geográfico hacia las comunidades sea extremadamente difícil, lo que lleva a implementar estrategias de este tipo, mas los problemas de sustentabilidad y descontextualización de las familias durante un período prolongado puede generar dificultades de adherencia al tratamiento.

Paraguay

La experiencia señala acciones APS con enfoque de interculturalidad de boquerón

Boquerón, pero no especifica cómo se logra la interculturalidad aparte de la integración de agentes comunitarios.

La experiencia del Centro de Salud de Tte. 1° Manuel Irala Fernández, donde no se ha implementado la estrategia DOTS, muestra el funcionamiento del Programa de Tuberculosis a partir de un centro de salud de segundo nivel.

El nivel de detección y diagnóstico de casos es bastante bajo, pues los servicios son altamente concentrados.

Brasil

Aplicación de la Estrategia DOTS basada en el sistema de Atención Primaria de Salud.

México

Presenta un modelo de gestión integrada del desarrollo basada en microregiones, correspondiente a áreas predominantemente indígenas tradicionalmente alejadas y excluidas. Se ofrecen servicios a través de los Centros Estratégicos Comunitarios, encargados de planificar y ejecutar la obra pública. Se programan metas y algunas de estas corresponden al ámbito de la salud. En lo presentado respecto a este modelo de gestión no es posible visualizar el abordaje de la TB y estrategias específicas para contrarrestarla.

Comentarios a las estrategias

- ♦ Panamá, Colombia y Perú implementan diversos tipos de albergues durante el tratamiento de acuerdo a las características de cobertura de los servicios, distribución geográfica de la población y requerimientos del estado del/a paciente. La mayor dificultad de esta estrategia consiste en su difícil sustentación, y por otro lado el riesgo de limitar la adherencia al tratamiento por la extracción y descontextualización prolongada no solo del paciente sino en muchos casos del grupo familiar que debe permanecer por varios meses en el albergue.
- ♦ Panamá, Colombia, Ecuador y Brasil implementan estrategias de descentralización del diagnóstico y tratamiento con la aplicación de la estrategia DOTS. Panamá y Brasil cuentan con modelos más descentralizados de diagnóstico y una red de servicios de salud local y comunitarios.
- ♦ Panamá muestra el modelo de aplicación adecuado a los componentes de la estrategia DOTS.
- ♦ En la mayoría de experiencias se incluye la formación e incorporación de agentes comunitarios a la estrategia. Nicaragua se apoya en los agentes comunitarios para la administración y supervisión comunitaria del tratamiento, es decir pone el énfasis en la descentralización total del tratamiento como una iniciativa del servicio local de salud, pero no se da lo mismo en cuando a la descentralización del diagnóstico.
- ♦ Otras estrategias observadas en los casos exitosos son una adecuada coordinación entre los niveles de gestión, desde el local y comunitario hasta el nacional.
- ♦ El trabajo coordinado con y sustentado por la comunidad, permite comprometer a las estructuras políticas locales como elemento esencial para la gestión comunitaria de alternativas de control del tuberculosis.
- ♦ Vale resaltar la incorporación de estrategias de educomunicación, tanto en el posicionamiento y sensibilización local hacia el tema como para la información y educación respecto a tratamientos y prevención. Más aún cuando las actividades de información, educación y comunicación son realizadas por miembros de las mismas comunidades y en su propio idioma.
- ♦ Un modelo particularmente interesante es el Modelo intercultural de aplicación de estrategia DOTS implementado a partir del Hospital Mamá Dominga en la región colombiana del Cauca. En este se integran a la estrategia DOTS elementos como la medicina indígena, actividades productivas, comunicacionales, donde los agentes comunitarios o promotores tienen un rol adicional al de supervisar tratamientos o detectar sintomáticos respiratorios.
- ♦ El encuentro incluyó además la presentación de experiencias exitosas como la incorporación del enfoque de equidad de género y la gestión de la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI. En el primer caso es evidente el aporte del enfoque de género para incrementar la eficiencia de los programas y proyectos, pero sobre todo para reflejar las condiciones de inequidad de la salud y condiciones de vida de las mujeres y dirigir acciones específicas que mejoren sus condiciones de vida en general. Si se integra la variable sexo en los sistemas de información, será posible conocer a qué población afecta más la enfermedad y permitirá una toma de decisiones mas acotada a la realidad y el diseño de intervenciones de mayor eficiencia y efectividad.
- ♦ Para el caso de la estrategia AIEPI, el modelo de gestión incorpora elementos muy factibles de incluir en la aplicación de la estrategia DOTS, principalmente la apropiación y reconocimiento del problema como propio por parte de los principales actores sociales y políticos locales. La participación y cooperación de todas las instancias locales en la integridad del ciclo de la estrategia.

- ♦ A continuación se presentan todas las experiencias de los países participantes en un primer bloque, y en el segundo bloque se encuentran tres experiencias de otros programas y modelos de gestión que pueden enriquecer y trasladar sus lecciones aprendidas para la mejor implementación de la estrategia DOTS en los países.

Nicaragua: Experiencia local del Municipio Rosita para mejorar el acceso de la población indígena al tratamiento anti-tuberculoso (República de Nicaragua, Ministerio de Salud, Región Autónoma Atlántico Norte, 2004)

Los municipios de la Región Autónoma Atlántico Norte son 5: Waspám, Puerto Cabezas, Siuna, Bonanza y Rosita. En estos Municipios habitan los grupos: Miskitos, Mayangna o Sumu y Creole. El municipio de Rosita cuenta con las etnias Miskita y Mayangna.

Cuenta con una red de 9 puestos de salud y 2 sub-sedes. De estos las 2 sub-sedes (Sahsa y Alamikamba) y 3 puestos de salud (Santa María, Wasakin y Sumubila) dan cobertura a comunidades indígenas.

Situación de la tuberculosis y respuesta de los servicios de salud antes de la intervención, Municipio Rosita, septiembre 2004 En el municipio de Rosita se han presentado casos en comunidades indígenas atendidas por las unidades de salud rural Sahsa, Sumubila, Wasakin y Alamikamba.

Factores que influían en la deserción de pacientes

- Pacientes procedían de comunidades lejanas.
- Eran el único sustento de su familia.
- Las mujeres tenían como preocupación principal haber dejado a sus hijos solos en su comunidad.
- El esquema de tratamiento estrictamente supervisado de 2 meses resulta muy prolongado para ellos.
- Pacientes de muy escasos recursos económicos y la unidad de salud cuenta con un presupuesto muy reducido para poder garantizar una buena alimentación a los pacientes hospitalizados.

Estrategia de intervención para mejorar el acceso al tratamiento en comunidades indígenas, Municipio Rosita, Septiembre 2004

Descripción del mecanismo o modelo operativo

- Coordinar con los responsables de los puestos de salud rural para garantizar el estricto seguimiento de los casos manejados en las comunidades de procedencia de los pacientes.
- Involucrar a los líderes de salud en el compromiso de velar por el estricto cumplimiento del tratamiento antifímico.
- Entrega de paquetes alimenticios para mejorar la adherencia al tratamiento.
- Beneficiarios: Todos los pacientes ingresados al programa de control de Tuberculosis.

Obstáculos

- Inicialmente poca coordinación entre el responsable del programa y personal médico urbano y de los puestos de salud.
- Pacientes no diagnosticados aún sin recibir tratamiento por ser de escasos recursos económicos y de procedencia lejana.
- Unidades de salud rural sin recursos calificados para realizar el diagnóstico temprano e iniciar el tratamiento.

Resultados

- Se ha mejorado la coordinación con el responsable del programa y resto del personal para garantizar el tratamiento en las unidades de salud rural y en su defecto en las comunidades más inaccesibles el tratamiento es supervisado por los líderes de salud.
- Paquete alimenticio que se entrega semanal se les está entregando mensual para que solo tengan que ir a la sede municipal una vez al mes, el líder de salud o el responsable del puesto de salud rural entrega informe sobre el seguimiento del tratamiento.

Sostenibilidad

- Líderes de salud apoyan al programa de manera voluntaria y según posibilidades de la unidad se les garantiza equipamiento (botas, capote, mochila, etc.) y reciben capacitaciones.
- Paquete alimenticio mientras dure el apoyo de Fondo Global.

Lecciones aprendidas

- Los esquemas de tratamiento deben ser un poco más flexibles y descentralizarlos a las unidades de salud rural para mejorar el acceso al tratamiento y de esta manera disminuir la tasa de abandono.
- Se debe mejorar la capacitación del personal de salud en Trabajo comunitario y en el tema de interculturalidad.

Panamá: Experiencias de las comarcas Ngobe bugle y Kuna Yala, donde se ha implementado la estrategia DOTS con todos sus componentes y algunas adaptaciones

Comarca Ngobe Bugle	Comarca Kuna Yala
<p style="text-align: center;"><i>Creada 7 de abril de 1997</i></p>	
<p>Ubicación: Extremo occidental del país y constituye territorio de las provincias de Chiriquí, Bocas del Toro y Veraguas</p>	<p>Extensión geográfica: 2,357 Km²</p>
<p>Límites: Norte: Océano Atlántico; Sur: Provincia de Chiriquí; Este: Veraguas; Oeste: Bocas del Toro y Chiriquí</p>	<p>Localización: Región Noreste del país</p>
<p>Población: 124,000 habitantes</p>	<p>Límites geográficos</p>
<p>Etnia: Ngobere- Buglere</p>	<p><i>Norte:</i> Mar Caribe</p>
<p>Religión: Católicos, evangelicos, adventistas, mama tata</p>	<p><i>Sur:</i> Provincia de Darién y Panamá</p>
<p style="text-align: center;">División política</p>	<p><i>Este:</i> Colombia</p>
<p>Territorio: 6697 km²</p>	<p><i>Oeste:</i> Provincia de Colón</p>
<p>Regiones</p>	<p>Conformación: 365 islas</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ño Kubo ▪ Nedun, Kodú ▪ 7 distritos ▪ 57 corregimientos 	<p>58 con comunidades pobladas</p>
<p>Autoridades tradicionales y políticas</p>	<p>44 insulares</p>
<p><i>Características</i></p>	<p>14 en tierra firme</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Áreas de muy difícil acceso: No existen vías de comunicación adecuadas (vehículo 4x4, caballos o vías fluviales) 	<p>Población (2000): 32.411 habitantes</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Red de atención primaria con soporte en puestos de Salud/ARS 	<p>Densidad: 13,8 habitantes por Km²</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Analfabetismo 	<p>Estructura tradicional</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alta migración (necesidad de trabajo) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Congreso General Kuna ▪ Congreso General de la Cultura
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limitado acceso a servicios de salud (accesibilidad económica) 	<p>Estructura gubernamental</p>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intendente y/o Gobernador de la Comarca ▪ Consejo de Coordinación ▪ Junta Comunal ▪ Juntas locales
	<p>División geopolítica: Cuatro corregimientos</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Narganá 2. Ailigandí 3. Tubualá 4. Puerto Obaldía
	<p>que a su vez coinciden con las Áreas Sanitarias de Salud.</p>

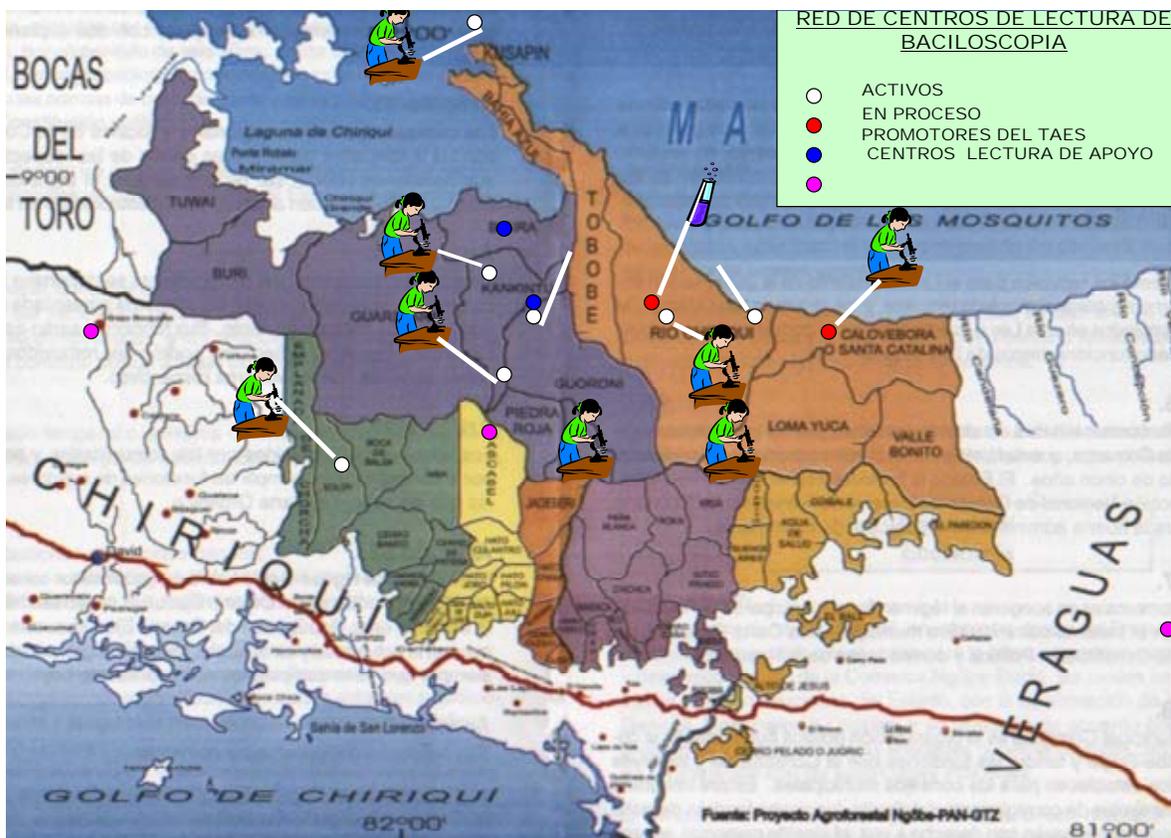
Estrategias utilizadas

- Capacitación de lectores y fijadores de Baciloscopías
 - Creación de centros de lectura en cada distrito

- Capacitación de Promotores del TAES
 - Búsqueda de SR
 - Recolección de muestras de esputo
 - Seguimiento y búsqueda de pacientes (abandono)
 - Capacitación a comunidades
- Albergues para pacientes
 - Con residencia muy distante
 - Con proceso de enfermedad muy avanzada

Estrategias utilizadas a nivel nacional, regional y local

- Conformación de la red de laboratorios
- Control de calidad de las baciloscopías
- Flujograma de información
- Coordinación interregional
- Reuniones mensuales con el personal
- Apoyo comunitario/ONG´s
- Conformación de la red de comunicación
- Supervisiones programadas



Logros

- Disminución del abandono del tratamiento
- Se capacitan a tres lectores de baciloscopía auspiciados por el Proyecto Fondo Global (PNUD)
- Se capacitan a 10 Promotores del TAES que reciben incentivos en bolsas de comida.
- Instalación y rehabilitación de la red de radiocomunicación en la Región
- Reparación de bote y compra de motor fuera de borda para el Centro de Salud de kankintú (FG)
- Conformación de la red de lectura de baciloscopías en toda la región comarcal (Fundación Damián)
- Se recibe un vehículo 4 x 4 para apoyar las acciones del Programa de Tuberculosis.

Proyecciones

- Capacitar en forma continua al personal nuevo
- Mejorar la red de transporte de baciloscopía y medicamento en la Sub Regiones de Kodri y Ñokribo
- Garantizar los insumos y medicamentos en toda la Región
- Continuar mejorando la red de comunicación
- Capacitar a los funcionarios en fijación.
- Aumentar la captación de sintomático respiratorio.
- Cumplir con el calendario de supervisión a los niveles locales.

Venezuela: Estrategia basada en agentes comunitarios y la evolución del contexto político venezolano en relación con el reconocimiento de los derechos de los pueblos indios

Auxiliares de Medicina Simplificada y Control de la Tuberculosis en poblaciones indígenas, Amazonas, Venezuela: Trabajadores Comunitarios de Salud en Venezuela

- Auxiliares de Medicina Simplificada
- Programa Nacional del Ministerio de Salud
- Piloteado en 1961 en Amazonas

Programa de AMS piloteado en Amazonas en 1961

"... libre del prejuicio y de la crítica [de los cuerpos médicos colegiados], ... [donde] ...era inconcebible que médicos pudieran ejercer ...y [donde] la población sufría de pobreza extrema y de características culturales y antropológicas nomádicas y seminomádicas, todavía en fase tribal..." (González 1975)

AMS y pueblos indígenas

- Accesibilidad: la dimensión cultural
- Sensibilidad, pertinencia y seguridad cultural (Wood 1990; Sagers and Gray; 1991, Herrera 1991; Lobo-Guerrero 1991; Jan 1998; Williams 1999; Harwood et al 2003)

Algunas estrategias

- Trabajadores no indígenas
- TCS indígenas
- Médicos tradicionales
- Armonización de sistemas (OPS, 2002)

Auxiliares de medicina simplificada y trabajadores comunitarios en salud en Venezuela

- Lanzado en 1963
- *Objetivo:* "Garantizar acceso permanente a servicios integrales de salud a las comunidades rurales remotas y dispersas a través de empleados seleccionados por sus propias comunidades, entrenados y supervisados por los sistemas regionales de salud"
- Cobertura en 1999: 1.700.000 (7% pob nacional)

El contexto cambiante

- Descentralización política y administrativa (1986)
- Gobernador y alcaldes electos en Amazonas desde 1993
- Incremento de la organización indígena
- Descentralización del sector salud en Venezuela (1990's)
- Transformaciones políticas de 1998
- Nueva Constitución estableciendo la Democracia Participativa y los Derechos Indígenas (1999)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social: trascender del contexto médico al desarrollo social con Pertinencia Cultural
- "Atención Primaria" y "Atención Integral" en la reforma del sector salud, 1999
- *Barrio adentro* como política de Salud del nuevo Estado venezolano.

Constitución de Venezuela, 1961

- Art. 3. ... gobierno...democrático, representativo
- Art. 77..... la mejoría de las condiciones de vida de la población campesina... La ley establecerá el régimen de excepción requerido para proteger las comunidades indígenas y su incorporación progresiva a la vida nacional....

Contaje de palabras "indígena"

- Constitución 1961:
1 mención
- Constitución 1999:
40 menciones



Propósito del estudio

- Entender prácticas y conceptos que prevalecen en la APS para poblaciones indígenas en Venezuela, la relación existente entre Auxiliares de Medicina Simplificada y la Dirección Regional de Salud en Amazonas y la actitud hacia el cambio
- Desde el punto de vista programático los hallazgos serán utilizados para desarrollar intervenciones para fortalecer la contribución, si hay alguna, de los Auxiliares a la luz de la legislación y derechos vigentes que conciernen a los pueblos indígenas en Venezuela.

Atención Primaria de Salud (APS)

- 1950-60's de la industrialización a la erradicación de la pobreza y la satisfacción de necesidades básicas (Walt 2001)
- Experiencias exitosas en servicios de salud a través de miembros de la comunidad (Newell 1975; Benyoussef et al. 1977; Walt 2001; Hall et al. 2003)
- APS, Equidad detrás de la retórica (Walt 2001)
- Participación comunitaria como principio fundamental

Temas claves en APS

Participación "conduce al acceso a las toma de decisiones" (Alma Ata 1978)

vs.

"legitimizar los malos servicios para los pobres" (Navarro 1984; Ugalde 1985)

Declinio de la APS

- De integral a selectiva
- 80's: Emergencia de las Reformas del Sector Salud
- Ajustes estructurales en América Latina: "la década perdida" (Dos Santos 2002)

Definición de Trabajadores Comunitarios en Salud (TCS)

- Relación con el sector salud y con mas amplias políticas sociales
- Expectativas y Metas
- Actividades y destrezas
- Financiamiento y Cobertura
- Remuneración

Temas Claves con los TCS

El papel o rol ambiguo: Trabajadores baratos alineados con el sistema de salud paternalista (Herrera 1991)

vs.

Oportunidad para la autogestión y la autonomía: "lacayos o libertadores" (Werner 2001)

Organizaciones indígenas

- 1970-2000: De minorías periféricas a activistas internacionales (Hodgson 2002)
- 1982: Creación del Grupo de Trabajo en Pueblos Indígenas de la ONU
- 1989: Convención de la OIT
- 1993: Decenio de los Pueblos Indígenas

La Iniciativa de Salud de OPS

Pueblos indígenas

"...pueblos en países independientes que son reconocidos como indígenas por el hecho de ser descendientes de la población que habitaba el país o la región geográfica a la que el país pertenece en el momento de la conquista y colonización o establecimiento de los actuales límites del Estado y que independientemente de su status legal, conservan sus instituciones sociales, económicas, políticas y culturales" (OIT, *Convención 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales*)

El contexto cambiante

- Decentralización política y administrativa (1986)
- Gobernador y alcaldes electos en Amazonas desde 1993
- Incremento de la organización indígena
- Decentralización del sector salud en Venezuela (1990's)
- Transformaciones políticas de 1998
- Nueva Constitución estableciendo la Democracia Participativa y los Derechos Indígenas (1999)
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social: trascender del acento médico al desarrollo social con Pertinencia Cultural como uno de los principios fundamentales del Proyecto de LOS
- "Atención Primaria" y "Atención Integral" en la reforma del sector salud, 1999
- Gobernador indígena electo en Amazonas (2001)

Constitución de Venezuela, 1961

- *Art. 3:* ... gobierno...democrático, representativo
- *Art. 77:* ... la mejoría de las condiciones de vida de la población campesina... La ley establecerá el régimen de excepción requerido para proteger las comunidades indígenas y su incorporación progresiva a la vida nacional

Etnicidad

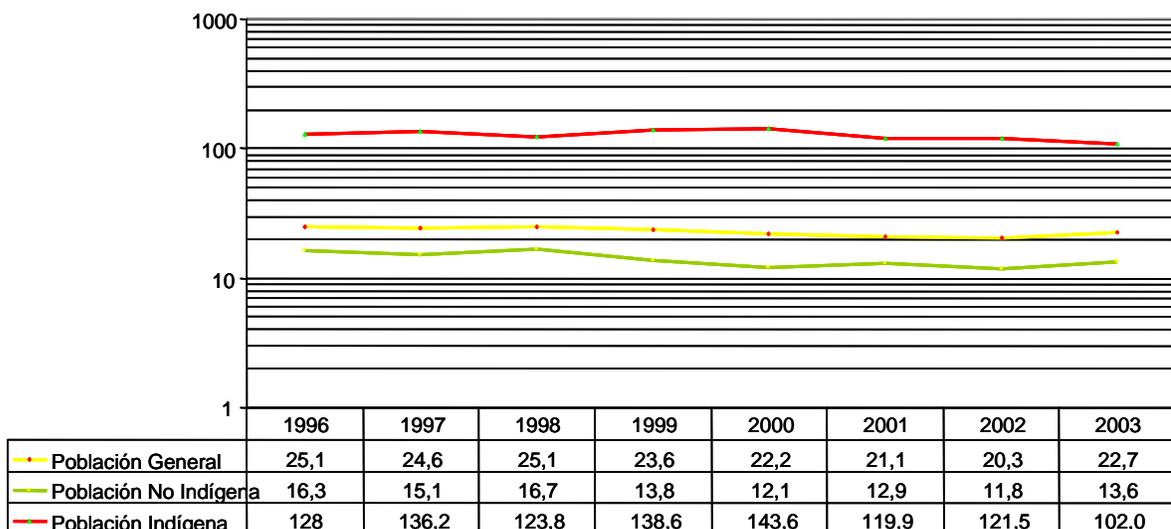
- Necesidad urgente de incluir etnia en los Indicadores básicos de Salud
- Diversidad como un desafío para las políticas sociales y de salud hacia la equidad.
- Imperativo ético de incluir las aspiraciones de los pueblos indígenas para que asuman sus propias instituciones y maneras de vida

Tuberculosis en Indígenas Tuberculosis en Indígenas Estado Zulia, Venezuela, 2004

- Ubicado al Occidente de Venezuela
- Es el Estado más rico del país: petróleo, ganadería, agricultura, pesca, industria y Comercio
- 3.500.035 habitantes
 - ♦ 315.042 Indígenas
 - ♦ 65,1 % del total de indígenas de Venezuela
 - ♦ 9,9 % de la población total del Estado
 - ♦ Extensa zona fronteriza con Colombia
 - ♦ Tres de los Municipios más pobres del país
 - ♦ Municipios con la mayor población indígena



Tuberculosis por grupos poblacionales, Venezuela, 1996-2003



Fuente: Coordinación Regional de Tuberculosis y Enfermedades Pulmonares

Tuberculosis: Casos nuevos por grupos de población y edad, Estado Zulia, 2000

Grupo de edad	Población General	Población no indígena	Población indígena
00 – 14	9,22	3,06	62,88
15 – 29	20,68	10,34	149,15
30 – 54	27,42	16,01	225,20
55 y Más	65,76	41,54	507,35
TOTAL	22,25	12,11	143,64

La Tuberculosis constituye un serio problema de salud pública en la población indígena del Estado Zulia, en particular en la etnia Wayuu (Guajira) en los cuales ocurre más del 95 % de los casos

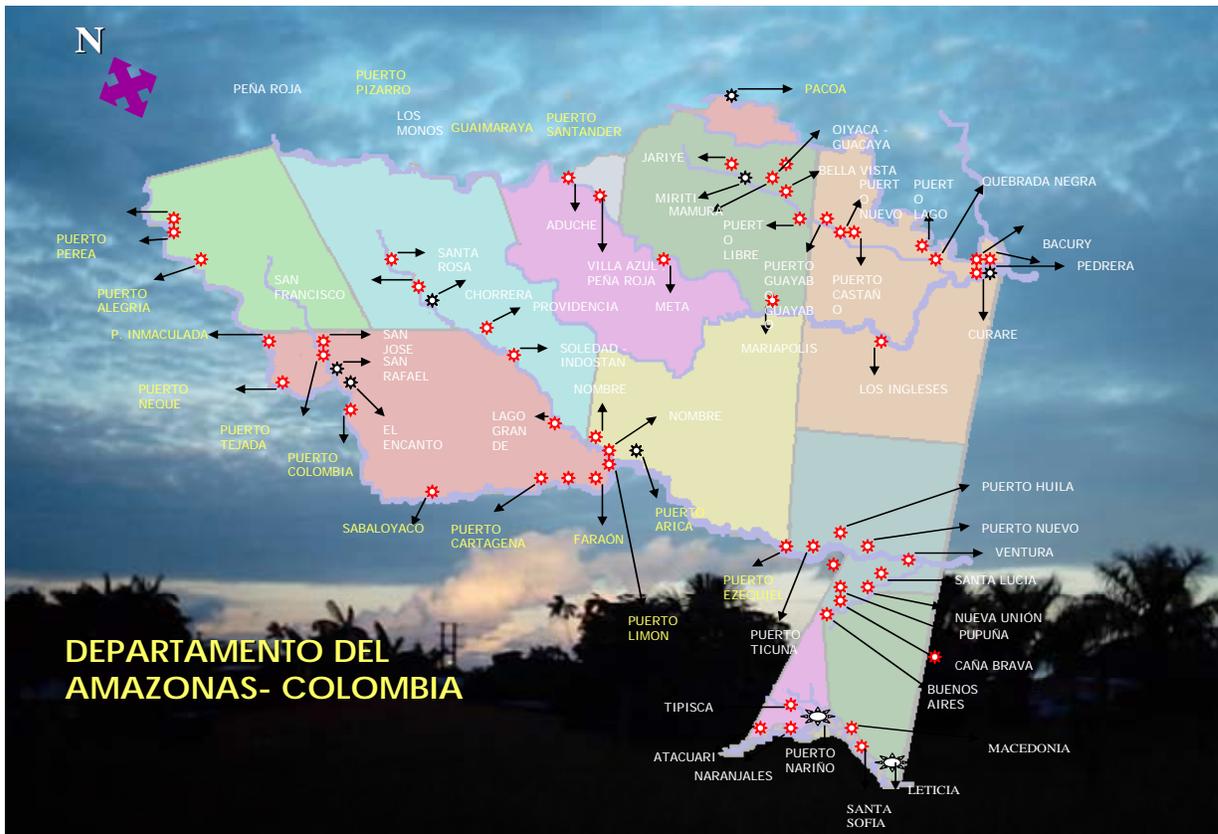
El Programa Regional de control de la Tuberculosis adolece de fallas que están siendo atendidas, pero se hace necesario establecer una dinámica operacional más activa y adecuada a la población más afectada

Colombia: Dos experiencias de implementación de la Estrategia DOTS

1. Experiencia basada en el sistema de salud con énfasis en el establecimiento de una red de vigilancia del tratamiento.
2. Experiencia de tipo intercultural con una variedad de elementos que permiten potencializar elementos de la cultura en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

Departamento del Amazonas

- Extensión: 109.665 Km
- Altura sobre nivel del mar: 200 msnm
- Temperatura: 25–30° C.
- Principales afluentes: Río Amazonas, Río Putumayo, Río Caquetá
- Población Total (año 2003): 76,381 hab.
- Densidad de Población: 0.7 hab.x Km.
- Total de etnias indígena 25
- Familias lingüísticas: 14 (Tukana, Arawak, Uitoto, Tupi)



Proyecto Implementación de una Red de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria para el Departamento del Amazonas, 2003: Componente de Tuberculosis

- Fecha de inicio: febrero de 2003
- Institución responsable: secretaria de salud del Amazonas
- Población beneficiada: 76.831 habitantes
- Obstáculos para la implementación
 - Acceso geográfico
 - Red de comunicación deficiente
 - Recurso humano capacitado inestable en la zona
 - Diferencias culturales y de nivel educativo
- Objetivo: Mejorar la calidad de vida de los indígenas del departamento del Amazonas, al prevenir y controlar la tuberculosis reduciendo los riesgos de enfermar y morir por esta patología.

Estrategia DOTS acorde a la situación sociocultural del Departamento

Brindar los elementos técnicos que permitan el fortalecimiento de la estrategia DOTS-TAES en el departamento del Amazonas.

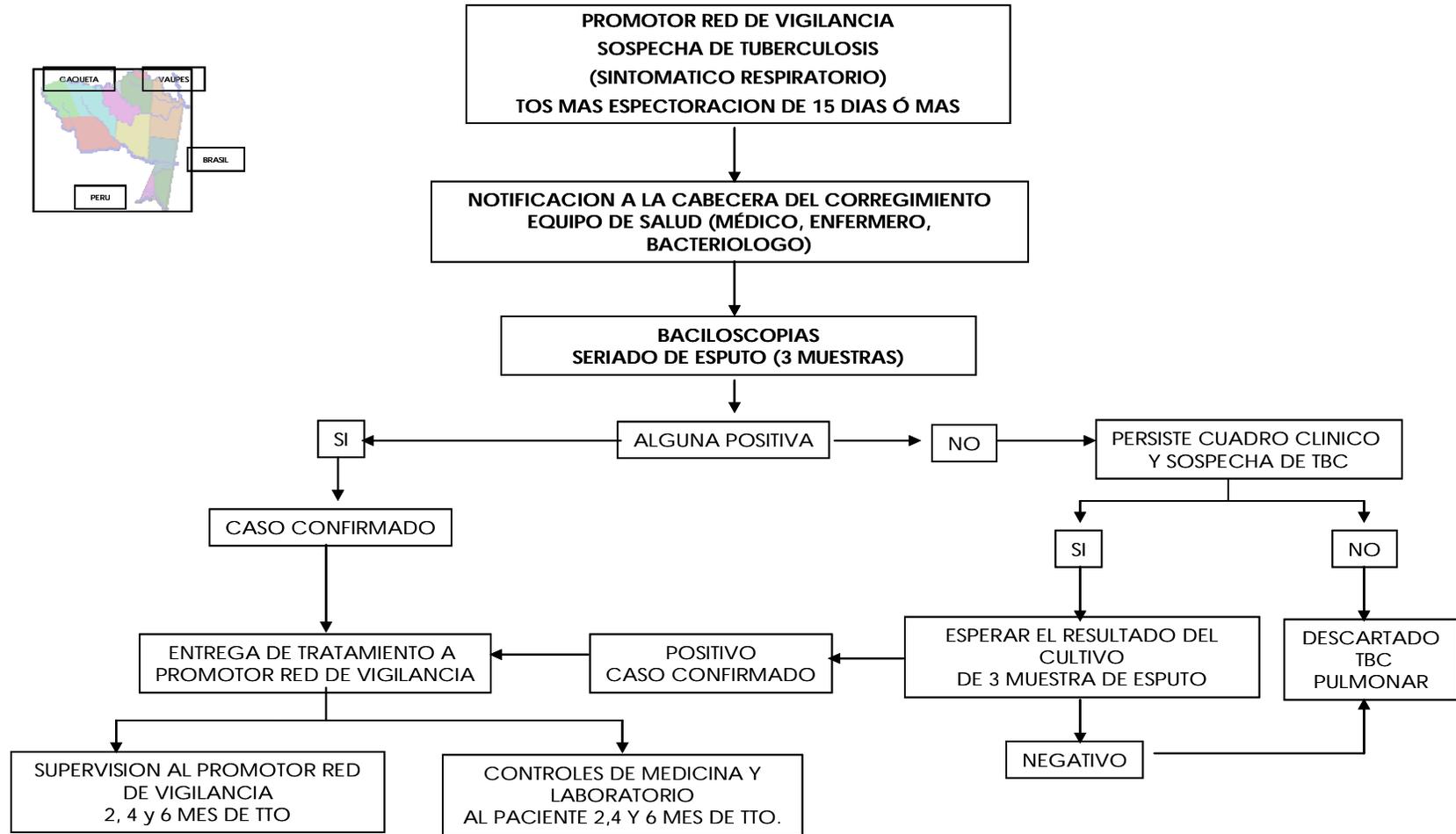
Resultados del Proyecto

1. 80% de los promotores fue capacitado en aspectos básicos de tuberculosis.
2. Se elaboró el flujograma de notificación de caso junto con la papelería para el reporte desde los promotores a las cabeceras de corregimiento (red conformada por 97 promotores).
3. 100% de los profesionales (médicos, enfermeras y bacteriólogos) capacitados en la guía de atención integral de la tuberculosis (resolución 412).
4. Totalidad de los laboratorios de primer nivel con insumos para el trabajo en tuberculosis.
5. 79% de las instituciones de salud con atención a pacientes de tuberculosis dotados para suministrar tratamiento.
6. Concertación durante el desarrollo de las de las dos (2) mesas de Coordinación Intersectorial entre las AATIs (Asociación de Autoridades Tradicionales Indígenas) y la Gobernación del Amazonas, el compromiso de dar seguimiento al tratamiento antituberculoso estrictamente supervisado a los pacientes detectados. Se debe continuar en forma sistemática en este tipo de actividad.

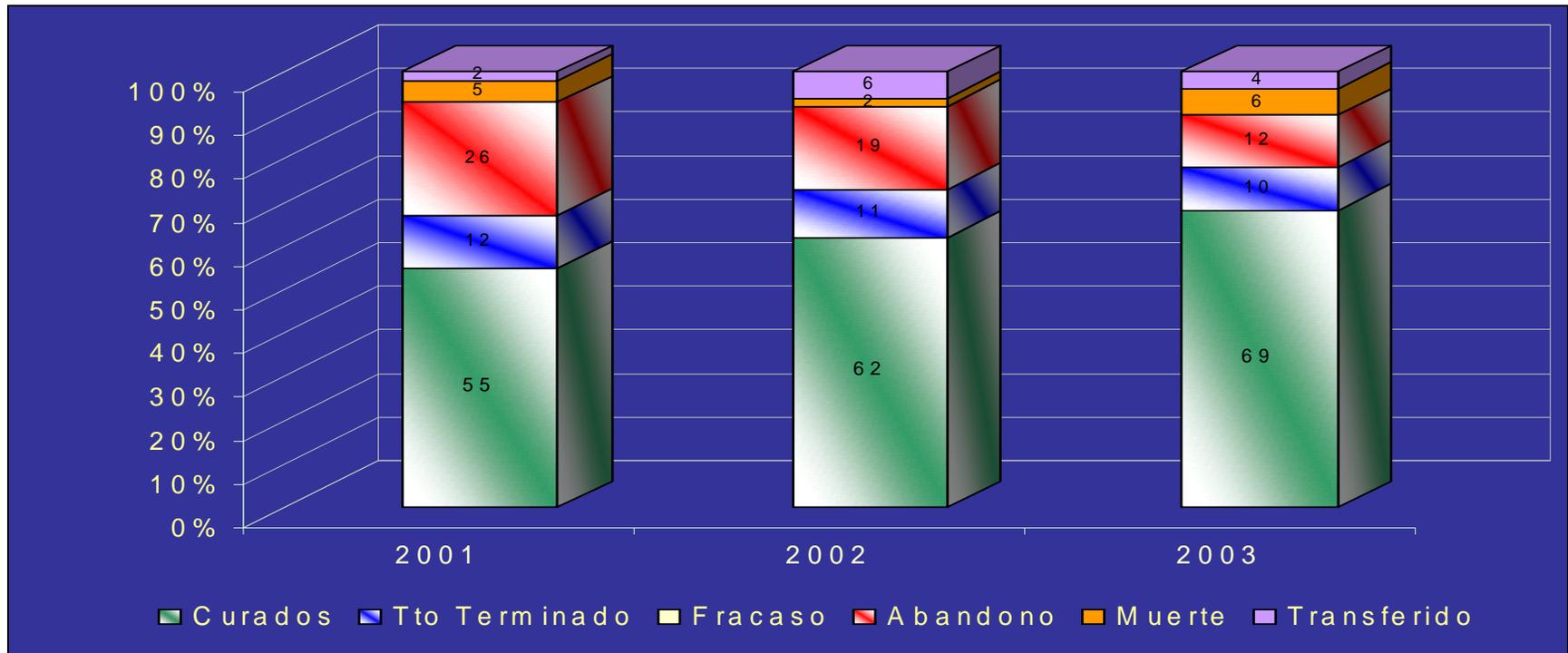
Modelo operativo de la Estrategia DOTS en el Departamento del Amazonas

Registro de casos de tuberculosis, todas las formas, Amazonas, año 2002–2003

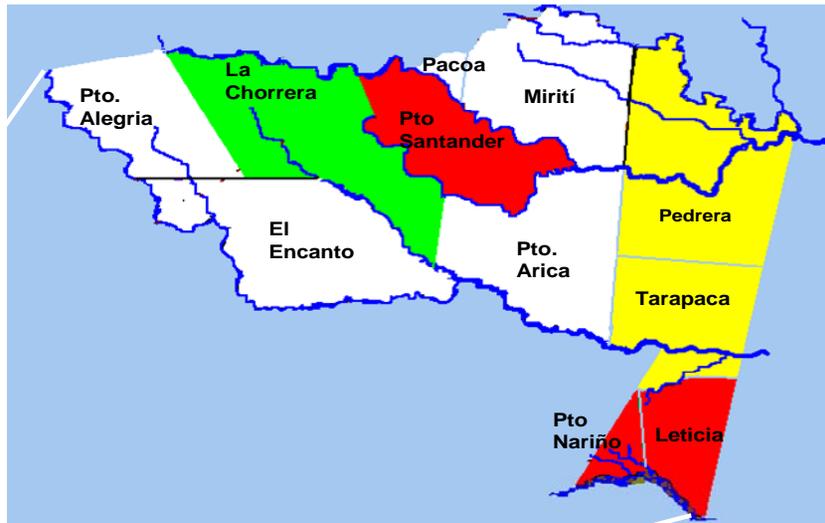
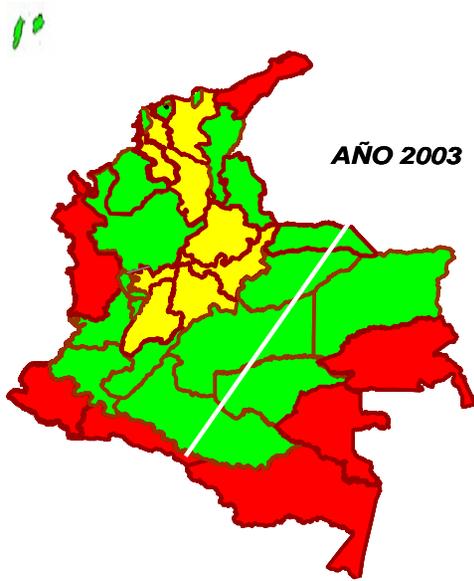
	2002	2003
Total de casos registrados	73	93
Pulmonares Bk(+) nuevos	53	54
Pulmonares Bk(+) recaídas	3	4
Pulmonares Bk(-)	10	13
Pulmonares sin Bk	1	0
Reingresos por abandono	4	7
Extrapulmonares	2	13
Remitido	0	2
Incidencia total x 100.000 hab.	98	113
Incidencia BK(+) x 100.000 hab.	75	78



Análisis comparativo de las cohortes tuberculosis pulmonar nuevos Bk(+), 2001-2003



**TUBERCULOSIS
COLOMBIA 2.003**



- **MUY ALTO Tasa > 50**
- **ALTO Entre 25 y 50**
- **MEDIO Tasa <= 25**

Fuente: Programa de Control de TB y Lepra INS- Min Protección Social

Concepto de Salud del pueblo guambiano

El concepto del mundo guambiano, parte de la estrecha relación que existe entre el individuo -naturaleza (la madre tierra, el agua, las plantas, sitios sagrados, la atmósfera, los astros y el mundo espiritual) el respeto a las normas, leyes y requerimientos naturales es el principio fundamental para mantener la salud, equilibrio y la armonía, este es un sistema de salud propio que regula la vida del pueblo guambiano desde los tiempos ancestrales.

Descripción de la situación TBC antes de la intervención

- Inicialmente los pacientes se buscaban desde el nivel departamental a través del Hospital de la D.D.S D; el tratamiento era auto-administrado.
- En Guambía encontramos pacientes con conceptos culturales acerca de la enfermedad que han dificultado la implementación de la estrategia DOTS.
- Familias con problemas de desarrollo social y económico.
- Pacientes reuantes al tratamiento.
- Barreras geográficas que impiden el acceso al servicio de Salud.

Descripción de la intervención

Fecha de Inicio: febrero de 2001.

Institución responsable: Cabildo de Guambía; Programa de Salud,
Unidad Nivel I, Hospital Mama Dominga.

Descripción del mecanismo o modelo operativo

- Análisis de los factores de riesgo de la Tuberculosis en Guambía (Cabildo-comunidad; Cabildo-Hospital Mama Dominga).
- Concertación con la comunidad e implementación de mecanismos para mejorar nivel social y el acceso a los servicios de salud:
 - Sensibilización a la comunidad por medio de la radio, talleres educativos, presentación de sociodramas.
 - Sensibilización a los pacientes que ingresan al programa de TB, a través del Personal de Salud Hospital Mama Dominga que se reúne mensualmente para control, seguimiento y coordinación de actividades de grupo.
- Se analiza el estado social y económico de todo paciente que es diagnosticado e inicia el tratamiento, y recibe una atención especial como: apoyo en suplemento alimentario durante el tratamiento a la persona que se requiera.
- Apoyo por la Medicina Propia con el suministro de esencia de Plantas Medicinales.
- Apoyo en el fortalecimiento de las huertas familiares y granja comunitaria de Tejar.
- Acompañamiento permanente por una auxiliar de enfermería bilingüe encargada del Hospital y Promotores de Salud dedicados exclusivamente para coordinar, apoyar, controlar, supervisar a los pacientes en tratamiento, al igual que la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios.
- Capacitación, actualización continua al personal de Salud, Cabildo, líderes con las direcciones locales, seccionales de Salud.

Beneficiarios

Todos los pacientes que ingresan al tratamiento.

Obstáculos en la implementación

Al inicio fue difícil unificar criterios ya que cada individuo que ingresa al grupo tiene diferentes conceptos de salud, de enfermedad y las creencias y las costumbres hacen un poco dificultan la implementación del DOTS.

Resultados

El Hospital Mama Dominga a través del comité coordinador del programa aplica la estrategia DOTS, ofrece a los pacientes una atención personalizada y grupal, y se convierte en la mejor estrategia de tratamiento y manejo integral de la TB en el departamento del Cauca.

Conformación de líderes de TB

Con una capacitación científica y de comunidad para la promoción y prevención de la TB en el Resguardo.

- Líderes asisten a talleres de capacitación con la Organización Panamericana de la Salud, Dirección Seccional, local de salud del Cauca.
- Los líderes de la comunidad apoyan las jornadas de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, en coordinación con el hospital.
- Líderes que sensibilizan por la emisora Namuy WUM; brindan charlas en las escuelas a los niños, participan en reuniones sociales; se aprovechan de los espacios comunitarios para compartir vivencias y experiencias vividas de la enfermedad.

Sostenibilidad

La voluntad política del cabildo como la máxima autoridad del pueblo Gambiano ha sido fundamental para el fortalecimiento del programa, a través de la Unidad nivel I Hospital Mama Dominga, quien dirige, gestiona coordina y promueve y garantiza la permanencia y continuidad de este proceso.

Descripción de la situación de la TB y la organización de salud al finalizar la intervención

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

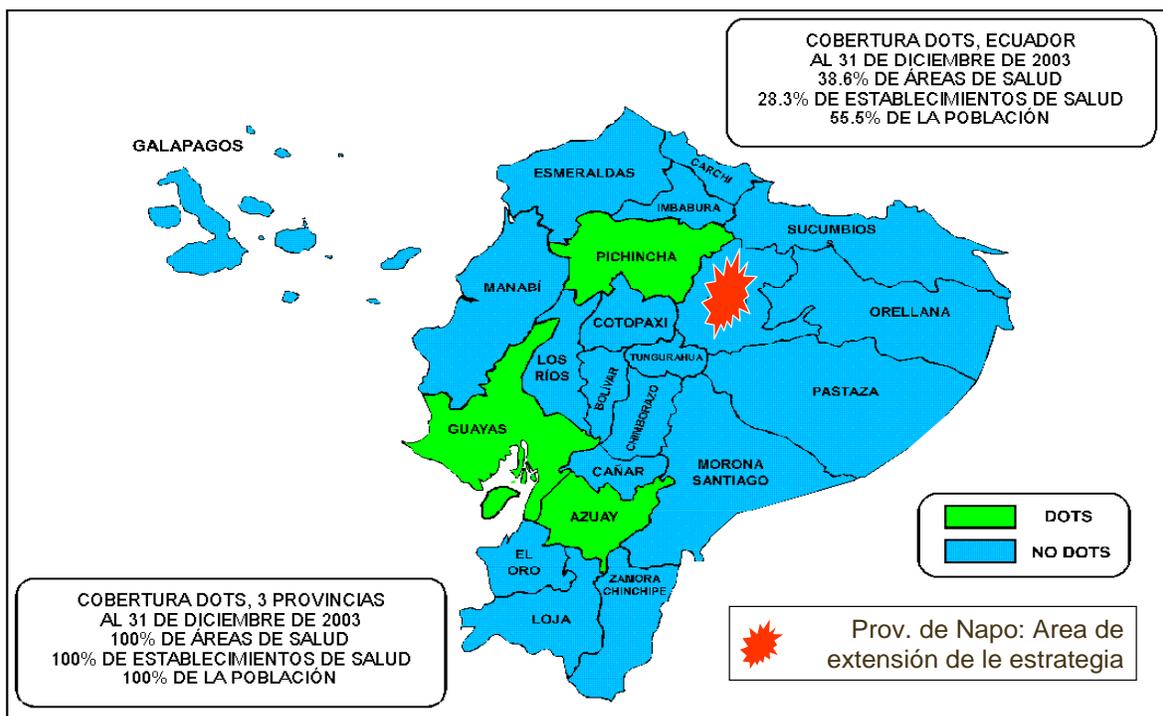
Lecciones aprendidas

- Perseverancia
- Curación y satisfacción de haber hecho un buen tratamiento.
- Intervención de la medicina tradicional.
- Es muy importante que alterno a la estrategia DOTS implementar mecanismo que conduzcan a superar el nivel social, económico para así poder abordar de raíz el problema que tanto nos afecta en las comunidades indígenas.

Muchas gracias, ungua ungua.

Ecuador: La extensión de la Estrategia DOTS 2001, 2002, 2003

Situación operativa del programa: aplicación de la extensión de la Estrategia DOTS 2001, 2002, 2003



Situación de TB y la organización de los servicios de salud antes de la intervención: Ecuador, 2000

Tasa de incidencia TB pulmonar: 50.05 / 100.000 habitantes
 Tasa de mortalidad: 0.96 / 100.000 habitantes

Provincia de Napo, 2001

Tasa de incidencia de TB pulmonar: 378.10 / 100.000 habitantes
 Tasa de mortalidad: 6.73 / 100.000 habitantes
 Tasa de abandono de TB pulmonar: 26.93 %

Programa centralizado, sin estrategia "DOTS" Nativos: > %

Descripción de la Intervención

Ubicación

País: Ecuador	Provincia: Napo	Jefatura de Área: 1
Cantón: Archidona	Superficie: 949.5 Km ²	Población: 8.305 hab.

Infraestructura de Salud: 1 Hospital fisco misional
 1 Centro de Salud Archidona
 2 Subcentros de Salud
 2 Puestos de Salud

Fecha de inicio

Diciembre del 2001 en el Cantón Archidona, actualmente desde 2003 se replica en los Cantones Tena y Arosemena Tola.

Instituciones responsables

- Dirección Provincial de Salud de Napo.
- FONAKIN: Federación de Organizaciones de Nacionalidades Kichuas de Napo
- ONG: DYA: Desarrollo y Autogestión.

Descripción del modelo operativo

Se basó en tres ejes:

1. Eje cultural
2. Eje socio-económico
3. Eje biológico
 - Búsqueda activa de casos.
 - Educación Comunitaria.
 - Medicación gratuita.

Resultados: Entre el año 2002 al año 2003

Búsqueda activa de casos:	14 comunidades kichguas
Se examinó a:	2.205 pacientes
Se detectó:	162 sintomáticos respiratorios
Casos de tuberculosis pulmonar:	5 casos bk+
Pacientes curados:	4 pacientes: 80 %
Fallecimiento:	1 paciente a los 20 días de tratamiento.
Abandono:	0 casos

Demanda espontánea

Pacientes Bk+:	19 casos
Curados:	18 pacientes: el 94.7 %
Abandonos:	1 caso

Estudios de contactos: 96.6 %

Indicadores generales

Indicadores meta	Indicadores resultados
Detectara al 100% de Sintomáticos Respiratorios	Detección del 100% de Sintomáticos Respiratorios
90% de pacientes tratados con Estrategia "DOTS"	100% pacientes tratados con Estrategia "DOTS"
85% de pacientes curados	91.7% de pacientes curados
90% de estudios de contactos	Se capto al 96.6 % de contactos
10% de abandono	1.58% de abandono
100% de U.O. participarán en el programa	100% de U.O. participaron
	Cuaderno del Voluntario de Salud

- Aceptación de la capacitación por parte del personal involucrado.
- Participación de varias actorías sociales.
- Participación en la implementación de la experiencia por parte de todos los equipos de salud de las unidades operativas del Área.
- Medicación gratuita.

Sostenibilidad

- Apoyo técnico y económico de las 3 entidades: DPSN, FONAKIN y DYA1
- Empoderamiento del equipo de salud.
- Participación y compromiso de los Voluntarios de Salud.
- Aceptación de las comunidades.
- 2005: Ayuda del Fondo Global.

Situación de salud, de la TB y la organización de los servicios de salud después de la intervención

- Desconcentración del Programa Provincial de Tuberculosis a las Unidades Operativas de Salud:
 - Diagnostico y tratamiento

Lecciones aprendidas

- Experiencia local.
- Sistema de registro.
- Emponderamiento de la Organización Indígena
- Participación activa de los Voluntarios de Salud

¹ DPSN Dirección Provincial de Salud del Napo, FONAKIN Federación de Organizaciones de la Nacionalidad Kichwa del Napo, D y A Desarrollo y Autogestión.

Perú: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis en comunidades indígenas del Cusco

Lic. Enf. Georgina Acurio Mendoza
Coordinadora ESPyC TB DISA, Cusco

Población total del Cusco: 1.237.803 hab.
Población en áreas de riesgo de tuberculosis: 18.750 hab.
Altitud: 650 m.s.n.m. – 1050 m.s.n.m.
(selva baja y selva alta)

Descripción de la intervención Nombre de la intervención: “Casa del Enfermo” para la aplicación de la estrategia DOTS.
Fecha de inicio: 1996
Institución responsable: Centro de Salud Kiregueti

Descripción del modelo operativo

Se establece la “Casa del Enfermo” que alberga al paciente y sus contactos durante el período de tratamiento. Se tiene la oportunidad de que el paciente reciba el tratamiento supervisado por el personal de salud del Centro de Salud Kirigueti.

Beneficiarios

Alberga a pacientes con tuberculosis y a enfermos con otros daños a la salud, más integrantes de la familia. Estos pacientes son procedentes de comunidades muy lejanas del ámbito de los establecimientos de salud. Esta casa del enfermo es la única del alto y Bajo Urubamba.

Obstáculos durante la implementación

- La diversidad cultural, ya que los pacientes provienen de diferentes etnias con su propia cultura no entendida por el personal de salud.
- Falta de apoyo alimentario durante los 6 a 8 meses que dura el tratamiento antituberculoso.
- Abandono de la actividad agropecuaria por parte del paciente y su familia, lo que determina las altas voluntarias.
- La Casa del Enfermo no reúne las condiciones básicas de saneamiento.

Resultados La permanencia de los casos con tuberculosis en la Casa del Enfermo es en promedio de 4 meses, lo que garantiza la aplicación del DOTS.

- Una vez dado de alta el paciente, se garantiza el DOTS con el apoyo de promotores y/o parteras, logrando el 100% de curación.

Sostenibilidad

- El personal de salud debe implementar el nuevo modelo de Atención Integral, con enfoque de interculturalidad.
- Es necesario mejorar las condiciones de saneamiento básico de la Casa del Enfermo.
- Mayor involucramiento de la comunidad para efectos de garantizar la alimentación de los pacientes con TB.
- Incrementar presupuesto o apoyo con combustible para hacer llegar la canasta de víveres al paciente con TB en tratamiento.
- El personal de salud para ofertar los servicios de salud debe adecuarse respetando la multiculturalidad de las Etnias Indígenas.
- Para garantizar el funcionamiento de la Casa del Enfermo en la aplicación de la Estrategia DOTS, se propone la participación de la comunidad sin condicionamiento.
- Ante la presencia de pocos casos detectados en la zona, es necesario el desplazamiento regular del personal de salud hacia las comunidades.

Paraguay: Acciones integradas de salud con enfoque intercultural, Boquerón, 2004

Pueblo indígena / No. de habitantes		Pueblo indígena / No. de habitantes	
Guaraní Occidental*	2.155	Toba*	1.474
Ache	1.190	Angaité*	3.693
Ava Guarani	13.430	Guaná*	242
Mbya	14.324	Nivaklé*	12.028
Páí Tavýterá	13.132	Maká*	1.282
Guarani Ñandeva*	1.984	Manjui*	452
Toba Maskoy*	756	Ayoreo*	2.016
Lengua enlhet Norte*	7.221	Chamacoco Ybytosó*	1.468
Lengua Enxet sur*	5.844	Chamacoco Tomárahó*	103
Sanapaná*	2.271	Toba Qom*	1.474
		Total	86.540 1,7%

Objetivo general

Aumentar el acceso a los Servicios de Salud con enfoque de APS dotando de recursos humanos capacitados y de materiales básicos para atender las necesidades de salud con equidad en contextos socioculturales e históricos diversos en el Departamento de Boquerón, Chaco Paraguay

Objetivos específicos

- Contar con Dispensarios Comunitarios con equipamiento básico y auxiliares de enfermería capacitados/as para atender las necesidades de salud de las comunidades implementando programas y estrategias de salud prioritarios.
- Diseñar e implementar estrategias de atención/capacitación integradas de los servicios con participación comunitaria adecuada a un contexto sociocultural diverso.
- Diseño y desarrollo de estrategias de supervisión integrada, adecuadas a la realidad sociocultural de las comunidades del área de cobertura de los Dispensarios

Resultados esperados

- Se han implementado Programas y Estrategias de intervención en salud en las comunidades excluidas del Departamento de Boquerón basados en la adecuación cultural.
-
- Las comunidades y servicios de salud articulados para la intervención de los problemas prioritarios de salud.

Servicios de Salud

- 9 servicios
- 45 comunidades
- Grupos étnicos
 - *Indígenas:* Ayoreos, Guaraní ñandeva, Guaraní occidental, Nivakle, Manjui
 - *No Indígenas:* Paraguayos, Argentinos, Bolivianos

Indicadores: año 1

- 50% de los servicios de salud aplican, de acuerdo a la tecnología disponible, la estrategia de intervención en salud a las familias y comunidades priorizadas para marzo 2005
- La supervisión capacitante a los servicios salud es aplicada por un equipo regional a 9 servicios de salud del proyecto durante 2004/marzo2005
- Para marzo 2005, 30% de las comunidades, diferenciadas socioculturalmente, son beneficiadas en acciones de promoción, prevención y rehabilitación en coordinación con trabajadores de salud de los servicios locales y de referencia

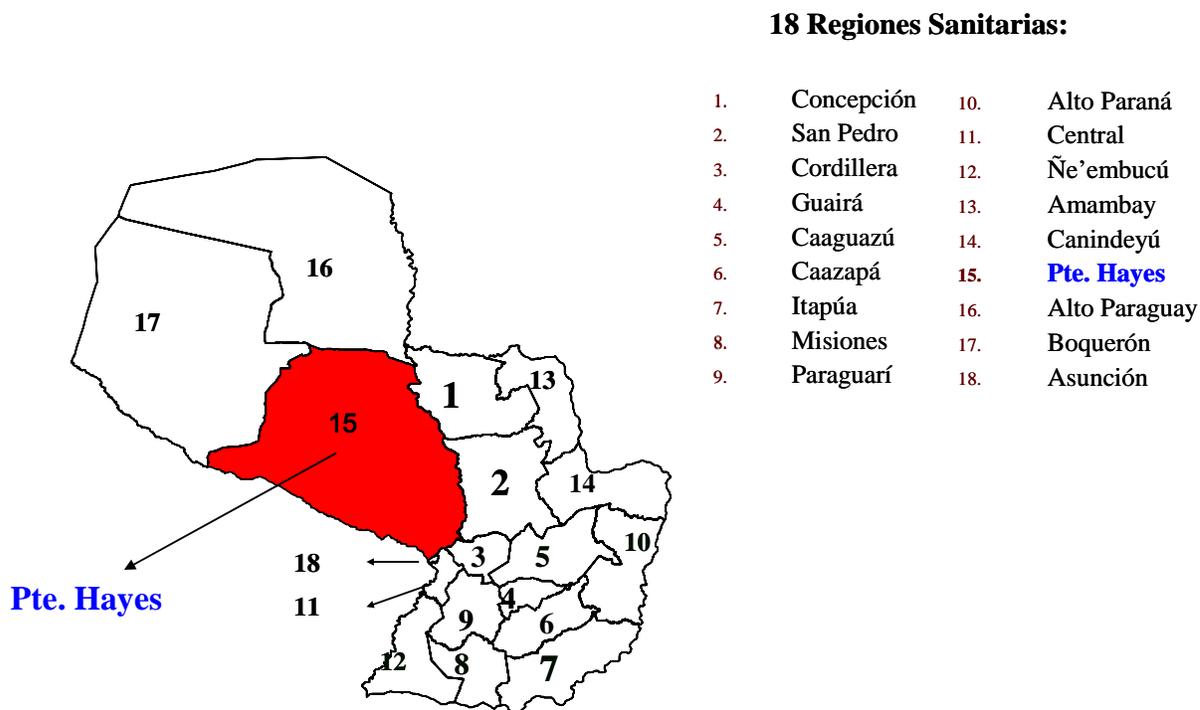
Situación actual

- Censo de las comunidades de responsabilidad del servicio señalando pertenencia étnica de las familias.
- Análisis de la situación de salud del Departamento de Boquerón (con énfasis en las poblaciones étnicas/culturales diferenciadas)
- Elaboración del plan local con criterios de inclusión étnicas con enfoque APS integrando programas y estrategias prioritarios.
- Conformación del equipo de Supervisión con incorporación del intercultural en las acciones.
- Diseño y validación del instrumento de supervisión integrado
- Capacitación en Programas y estrategias (incorporando el enfoque intercultural) a los/as auxiliares de salud.

Paraguay: Experiencias del Centro de Salud de Tte. 1° Manuel Irala Fernández en el tratamiento de la tuberculosis

Dr. Ovidio Rolón

Ubicación geográfica



Recursos humanos con que se cuenta

- 1 médico-director
- 4 Aux. de enfermería
- 1 odontólogo
- 1 técnico laboratorista (capacitado en baciloscopía)
- 1 estadígrafa
- 1 chofer
- 2 limpiadoras

Servicios que ofrece

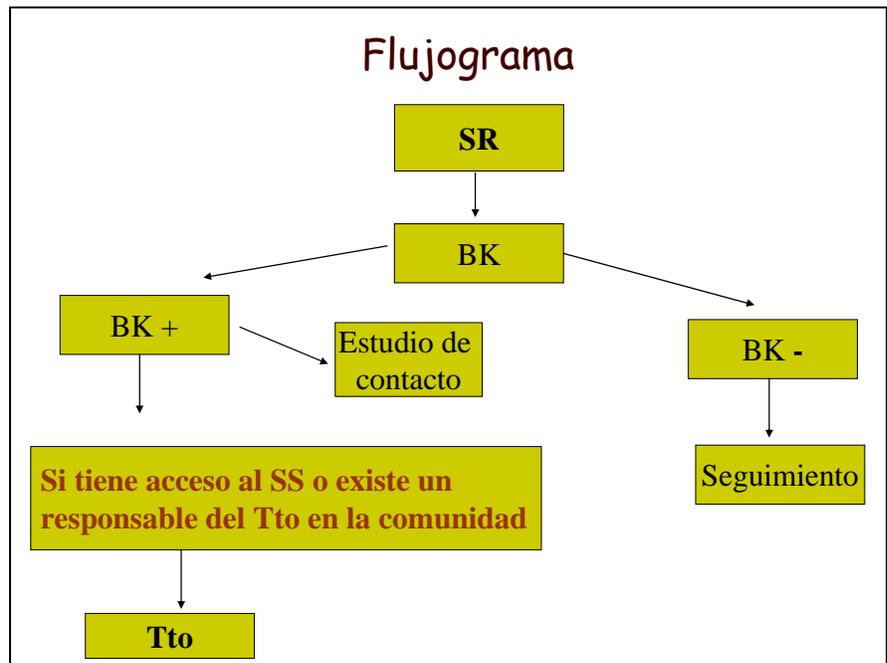
- Urgencia permanente
- Consultorios externos de:
 - Clínica médica
 - Pediatría
 - Ginecología
 - Planificación familiar
 - Partos institucionales
 - PAP
 - Odontología
 - Cirugía menor
 - Ecografía
 - Nebulización
 - Baciloscopia para BAAR

Población que atiende y programas:

- Población de Pdte. Hayes: 30.775
- Población del distrito de Pozo Colorado: 1.706
- Población atendida por el Centro de Salud de Tte. Irala Fernández: 10.000
- 80% de los pacientes atendidos son indígenas
- Comunidades distantes de centros asistenciales, son visitados por brigadas de salud
- Programas implementados a grupos vulnerables: menores de 5 años (menores de 1 año) y mujeres en edad fértil (embarazadas)
 - PAI
 - Tuberculosis
 - Control de embarazadas
 - Crecimiento y desarrollo
 - PAP

Programa de Tuberculosis

- Captación de Sintomáticos Respiratorios en los servicios y en las visitas a las comunidades
- Control por baciloscopia a los contactos de casos (+)
- Concordancia mayor al 95% entre lectura de láminas realizadas en el servicio y el laboratorio regional (HR de Villa Hayes),



Dificultades para la implementación del TAES

- El TAES aún no se ha implementado a nivel del Centro de Salud de Tte. Irala Fernández
- Escaso RRHH (2 personas)
- Gran dispersión de la población dificulta la supervisión del tratamiento lo que lleva a muchos abandonos, defunciones y traslados
- No funciona la referencia y la contrarreferencia

Situación de la TB en Tte. Irala Fernández

- | | |
|--|---------------------|
| ▪ N° de SR estimados: | 180 (2003-2004) |
| ▪ N° de SR detectados: | 48 (2003) 75 (2004) |
| ▪ N° de BK pos: | 4 (2003) 8 (2004) |
| ▪ N° de tratados: | 4 (2003) 6 (2004) |
| ▪ N° de NO Tratados por falta de acceso: | 0 (2003) y 2 (2004) |
| ▪ N° de curados: | 1 (2003) 2 (2004) |
| ▪ N° de abandonos: | 2 (2003) 4 (2004) |
| ▪ N° de fallecidos: | 1 (2003) |

Lecciones aprendidas

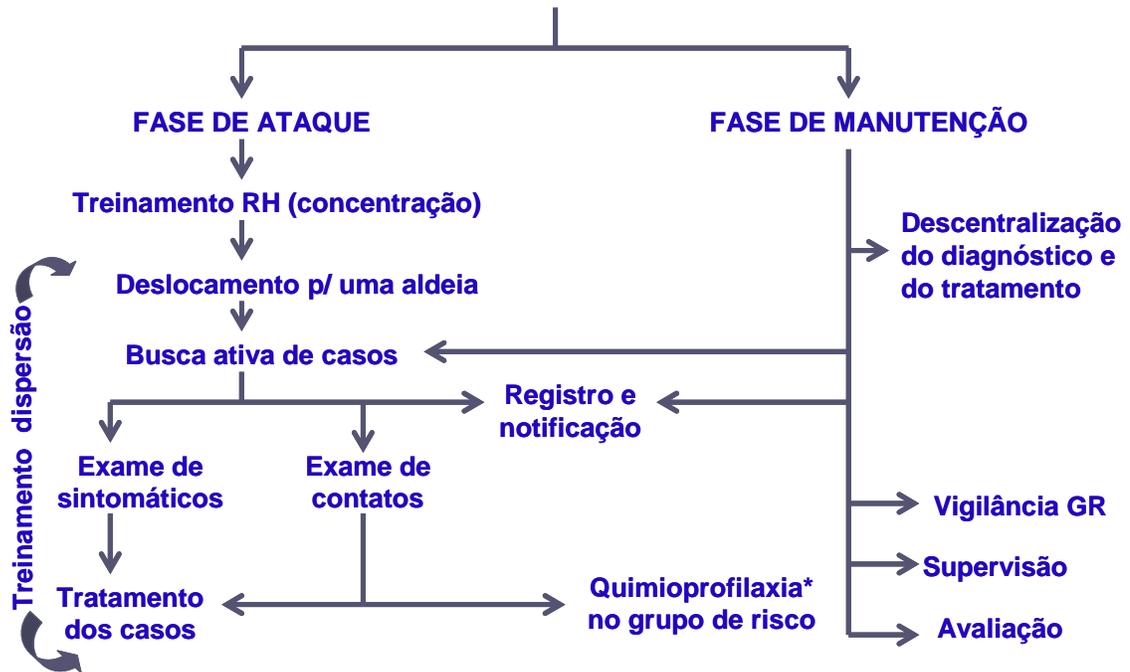
Se requiere implementar el TAES en base a una adecuación social, cultural y ecológica previa a fin de:

- Evitar la exclusión
- Aumentar la detección y cura de casos
- Disminuir la mortalidad por TB

Brasil



CONTROLE DA TUBERCULOSE

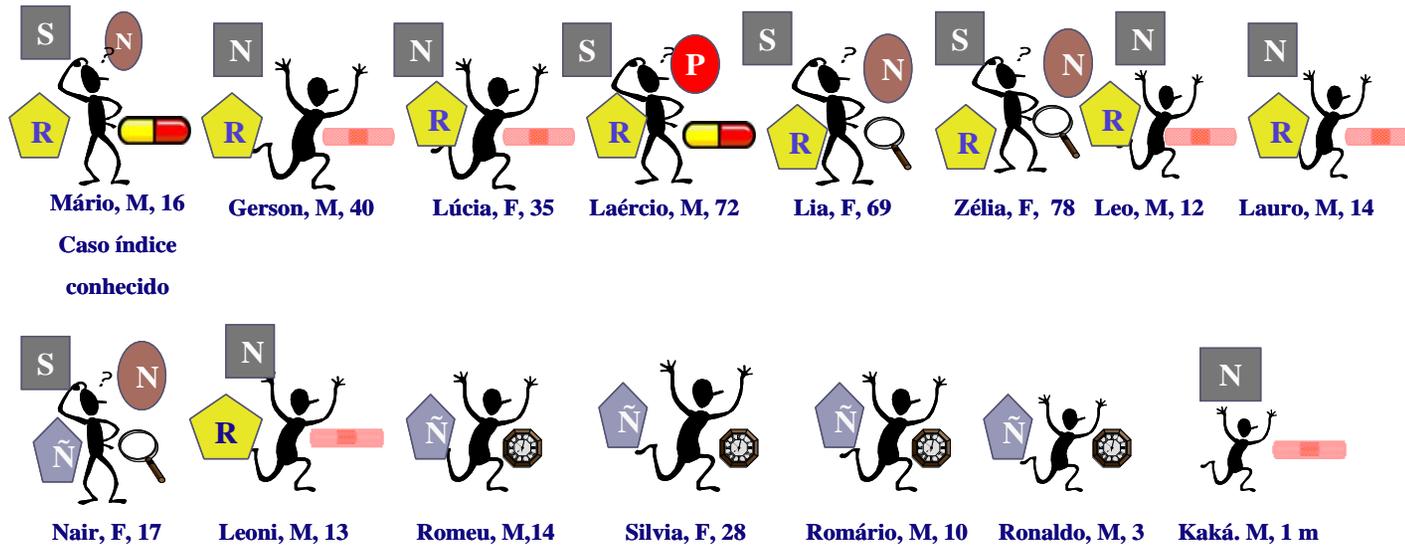


***A quimioprofilaxia está indicada em todo contato de caso de tuberculose com baciloscopia positiva, que seja assintomático, reator forte ao PPD, com radiografia normal, independente da idade e do estado vacinal pela BCG**

CONTROLE DE CONTATOS



VISITA DOMICILIAR

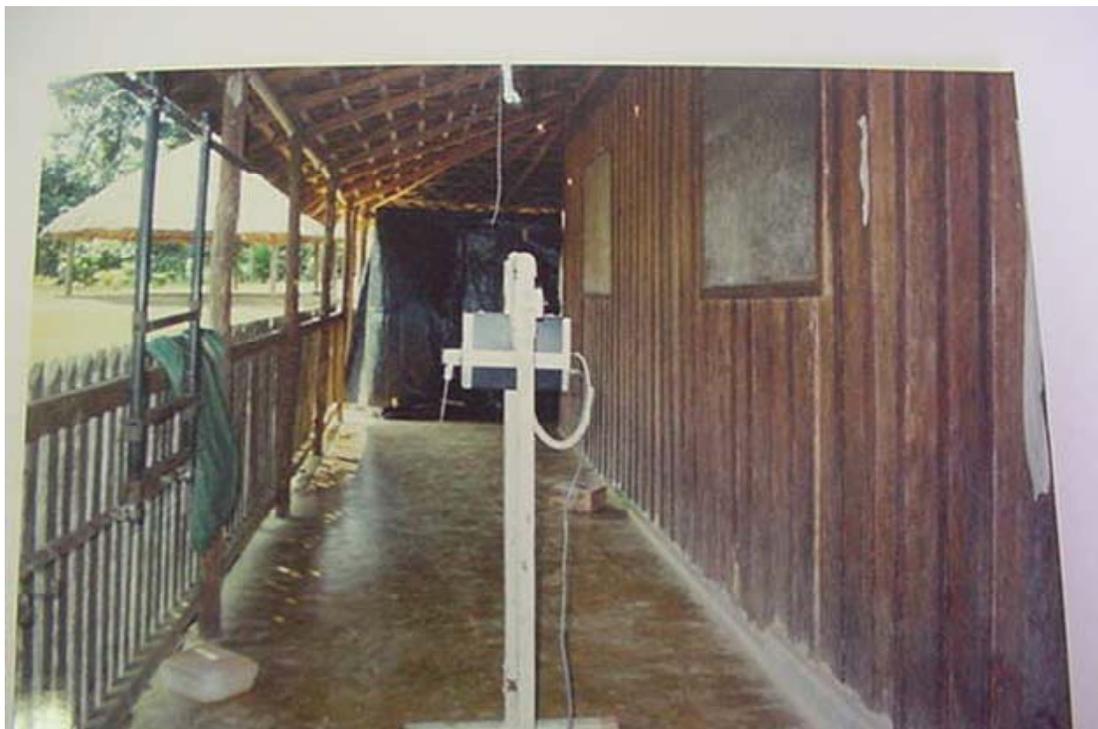
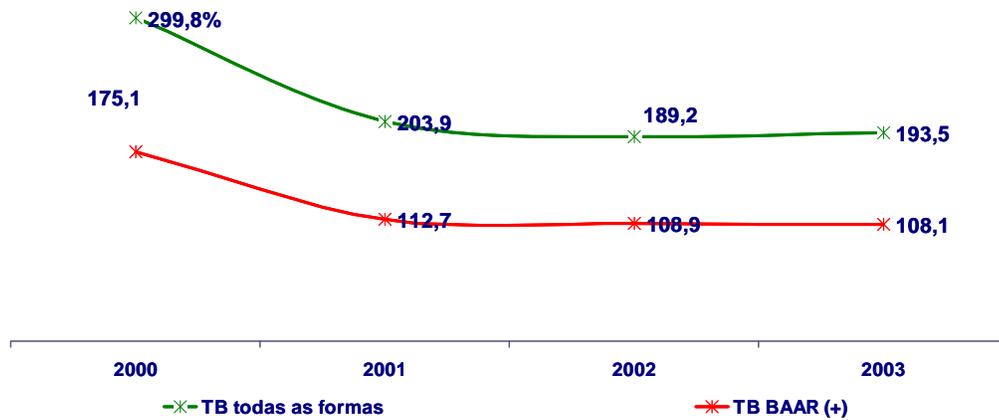


COMPORTAMENTO TEMPORAL DA INCIDÊNCIA DA TUBERCULOSE NOS ÍNDIOS - BRASIL 2000/2003*

*Incidência por 100.000 habitantes

Queda anual média todas as formas em relação a 2000 = 11,8%

Queda anual média bacilíferos em relação a 2000 = 12, 8%



Aparelho de raios x portátil montado em uma aldeia Yanomami do Alto Rio Negro. Notar câmara escura improvisada ao fundo

México: Estrategia de Microregiones para atención a la comunidad

- Estrategia de la Secretaría de Desarrollo Social, para el desarrollo de los municipios de alta y muy alta marginación con población predominantemente indígena, concentrando esfuerzos y recursos en forma articulada entre los tres ordenes de gobierno y con participación social.
- Una Micro región es la organización de grupos de municipios que comparten recursos naturales similares, formas de producción, necesidades de servicios, cultura y tradiciones.
- En la estrategia de microregiones participan varias Secretarías de estado:
 - Agricultura y Ganadería,
 - Comunicaciones y Transporte.
 - Reforma Agraria
 - Trabajo y Previsión Social.
 - Medio Ambiente y Recursos Naturales
 - Comisión Nacional de Agua,
 - PEMEX
 - Desarrollo Social.
 - Economía.
 - Salud
 - Turismo
 - Educación Pública
 - TELMEX, etc.
 - Comisión Federal de Electricidad

Líneas de Acción

- Identificación territorial de la marginación de los municipios.
- Integrar y priorizar la demanda social en esos territorios.
- Detonar Centros Estratégicos comunitarios.
- Cruzar la demanda social con la oferta institucional.
- Conformar y consolidar una oferta articulada.
- Ejecución de Programas de Acción.
- Evolución de avances e impacto social.

Definición de CEC (Centros Estratégicos Comunitarios)

- Localidades que por su potencial en infraestructura y ubicación están en posibilidad de brindar servicios básicos a otras localidades más pequeñas y dispersas que se encuentran a una distancia que les permita tener acceso a los servicios que se ofrecen en el CEC.
- Una vez definidas las localidades CEC, inicia el estudio y cálculo de necesidades en términos de tipo de obras, presupuesto que se requiere para lograr que la localidad CEC alcance el promedio de cobertura en servicios básicos existentes en el nivel estatal y con ello se programan metas de Bandera Blanca.

Bandera Blanca

- Representan el cumplimiento de una meta en la atención de un servicio considerado como esencial para impulsar el desarrollo micro regional.
- Las banderas blancas esenciales son 11 que en conjunto permiten reducir los niveles de marginación y crear oportunidades accesibles para toda la micro región, que permita fortalecer las capacidades humanas y desarrollar el capital físico necesario para detonar la economía social.

Las 11 banderas blancas serán:

1. Drenaje
2. Educación
3. Salud
4. Proyectos productivos
5. Caminos
6. Centros Comunitarios de aprendizaje
7. Electricidad
8. Agua entubada
9. Piso firme de las viviendas
10. Telefonía
11. Abasto (DICONSA)

Avances

- 263 Microregiones
- 2,966 CEC identificados
- 50 CEC con cumplimiento de las 11 Banderas Blancas.
- 2,372 Banderas Blancas
- 1,369 Con al menos una Bandera Blanca.

Paraguay: Experiencia de la incorporación del enfoque de género en un proyecto de desarrollo productivo en Comunidades del Chaco Paraguayo

Ing. en Ecología Humana, Gladys Toro

Antecedentes

- Convenio entre UE-PY (1995): PROYECTO PRODECHACO
- Diferentes áreas temáticas: salud, educación, producción agropecuaria, organización comunitaria, conservación de medio ambiente
- Se implementa a partir de 1996
- Monto: 14 millones de euros

Población meta

Comunidades rurales, campesinas e indígenas de: Boquerón, Pdte. Hayes y Alto Paraguay

Trabajo conjunto con: Gobernaciones, Municipalidades, Ministerios y ONGs

Objetivo del proyecto PRODECHACO

Lograr el desarrollo duradero de la Región Occidental sobre la base de la participación activa de los sectores de la población chaqueña, sin menoscabar la protección del medio ambiente.

A dos años de implementación del proyecto....

- Las mujeres indígenas y campesinas del Chaco, como muchas otras de Latinoamérica, cumple un triple rol.
- El papel de género varía de acuerdo a la situación socio-económica, la etnicidad y la ubicación geográfica.

Incorporación del enfoque de género en el año 2002

Se incorpora el enfoque de género a fin de aumentar y mejorar la participación de la mujer en la generación de actividades, así como estimular su organización o integración a organizaciones ya existentes.

Creación de la Unidad de Género

- Principales desafíos
- RRHH asignados
- Presupuesto asignado
- Diagnóstico inicial
- Planificación: Actividades programadas de acuerdo a necesidades

Actividades principales de la Unidad de Género

Con los Técnicos del proyecto

- Talleres de capacitación acerca de la utilización de herramientas para el diagnóstico rural participativo, con enfoque de género dirigido a técnicos del proyecto
- Talleres de aplicación de indicadores para seguimiento y evaluación de los microproyectos y para medir cambios y avances en las actitudes de las mujeres, dirigido a técnicos del proyecto

Con la comunidad

- Talleres sobre liderazgo y autoestima
- Talleres sobre organización social
- Talleres de educación y sensibilización sobre los derechos de la mujer, violencia intrafamiliar y planificación familiar
- Fortalecimiento y seguimiento a los microproyectos agropecuarios
- Proyecto de rescate de tecnología con comunidades indígenas (plantas medicinales, insumos para artesanía)
- Capacitación a promotoras/es nutricionales

Logros del enfoque de género en comunidades indígenas

- Inclusión de la mujer Chaqueña en la transformación productiva (participación y empoderamiento en los proyectos)
- Conformación de diferentes tipos de asociaciones de mujeres (IDM e IGD)
- Fortalecimiento de las asociaciones ya existentes, así como el apoyo a organizaciones mixtas.
- Fomento a la producción hortofrutícola casera, traspatio y/o comunitaria
- Microproyectos desarrollados por el programa, rompe con el esquema tradicional de otros, con la incorporación del enfoque de género (áreas administración, economía para el hogar y productivas)
- Cambio de actitud de los técnicos
- Mayor cantidad de datos cuantitativos, desglosados por sexo
- En algunas comunidades, se observan cambio en los varones, actualmente comparten las responsabilidades con las mujeres.

Limitantes

- Al inicio del proyecto se contaba con insuficiente datos estadísticos por sexo, sobre todo el nivel de pobreza del Chaco.
- Falta de interés y sensibilización de algunos técnicos involucrados en el proyecto.
- Bajo nivel de escolaridad y utilización de diferentes lenguas por los indígenas. Pocos hablan español
- Conflictos internos de las comunidades durante el desarrollo de los trabajos.
- Las comunidades indígenas dependen en gran parte de las decisiones del líder para el desarrollo de cualquier tipo de actividad. En muchos casos hubo retraso en la ejecución debido a la ausencia del líder.
- Las actitudes de la población indígena asistida (ritmo de vida más monótona, más apacible y costumbre arraigada a las tradiciones) influyen en la velocidad para aceptar cambios de actitud y adoptar nuevas tecnologías.

Conclusiones

- Los hombres son responsables de la toma de decisiones en las comunidades chaqueñas, y si no tienen suficiente conocimiento sobre las perspectivas de género, no serán capaces de dar las oportunidades de desarrollo a las mujeres.
- Existe un avance en posicionar y darle contenido al concepto género en el desarrollo sostenible del CHACO, en sus formas de trabajo con las mujeres y hombres.
- Para que la participación de las mujeres esté en igualdad de condiciones con los hombres en diferentes actividades, es necesario que los técnicos capacitadores reconozcan que las mujeres tienen doble y triple jornada de trabajo, por lo que se debe buscar acciones y estrategias adecuadas a la carga de trabajo y al tiempo disponible de ellas.
- Es necesario que los técnicos manejen estrategias para promover y lograr una participación plena, real, activa y de calidad de las mujeres, garantizando los espacios y tomando en cuenta sus aportes.
- Uno de los aprendizajes más significativos que se pudo detectar por medio de las aplicaciones de los indicadores de género, es la incorporación de la mujer como agente productivo.

Recomendaciones

- Antes de desarrollar las actividades de diferentes áreas se debe realizar, con anticipación, las visitas de planificación a las comunidades para que no participen únicamente las personas asignadas por los líderes de la comunidad.
- Tener en cuenta el idioma predominante en las diferentes etnias
- En aquellos talleres destinados a promotores agrícola/hortícola/salud y otros, los materiales de apoyo pedagógicos utilizados, deberían ser validados por los agentes multiplicadores (indígenas) para conseguir una mejor recepción por parte de la población meta, teniendo en cuenta el alto índice de analfabetismo en las comunidades indígenas.

Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia: Componente comunitario de la estrategia AIEPI

AIEPI Comunitario 2001–2006

- Bolivia
- Colombia
- República Dominicana
- Ecuador
- Guatemala
- El Salvador
- Honduras
- Nicaragua
- Perú
- Venezuela

Objetivos

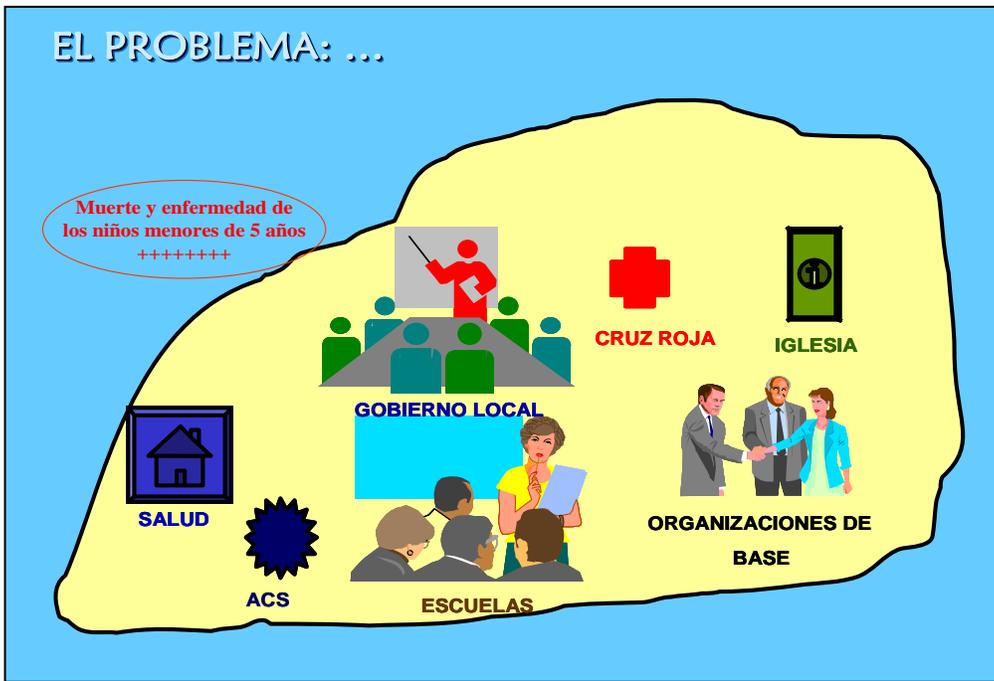
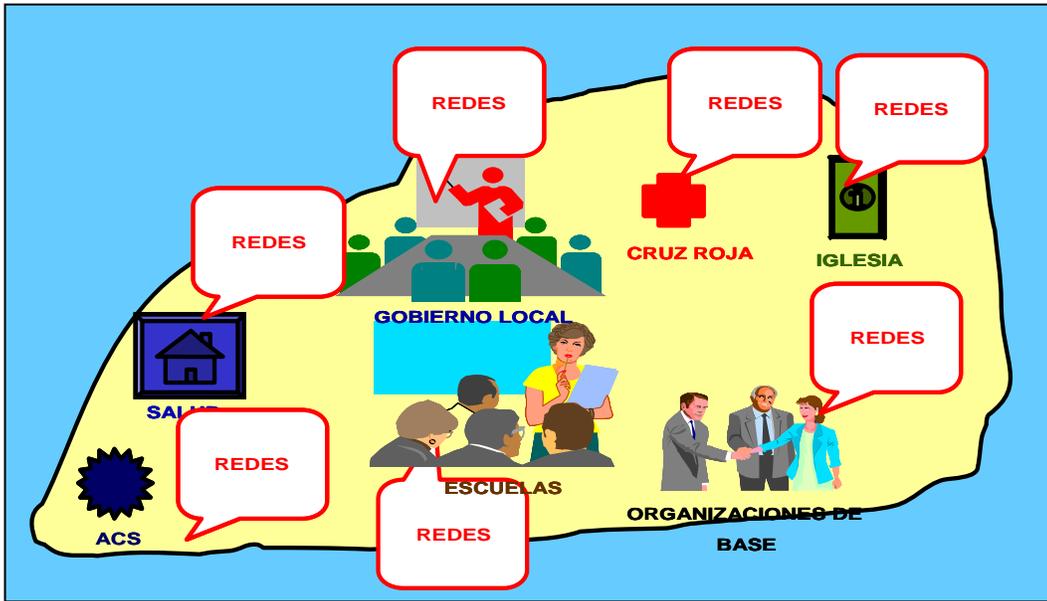
- Promover a nivel familiar el desarrollo de prácticas saludables para el cuidado y bienestar del niño y niña menor de cinco años y de la mujer gestante.
- Promover la participación de los distintos actores sociales y sus redes con el propósito de construir entornos saludables.

La familia como sujeto final y los actores sociales como facilitadores



Para el desarrollo del Proyecto AIEPI comunitario se debe partir del análisis de la realidad local

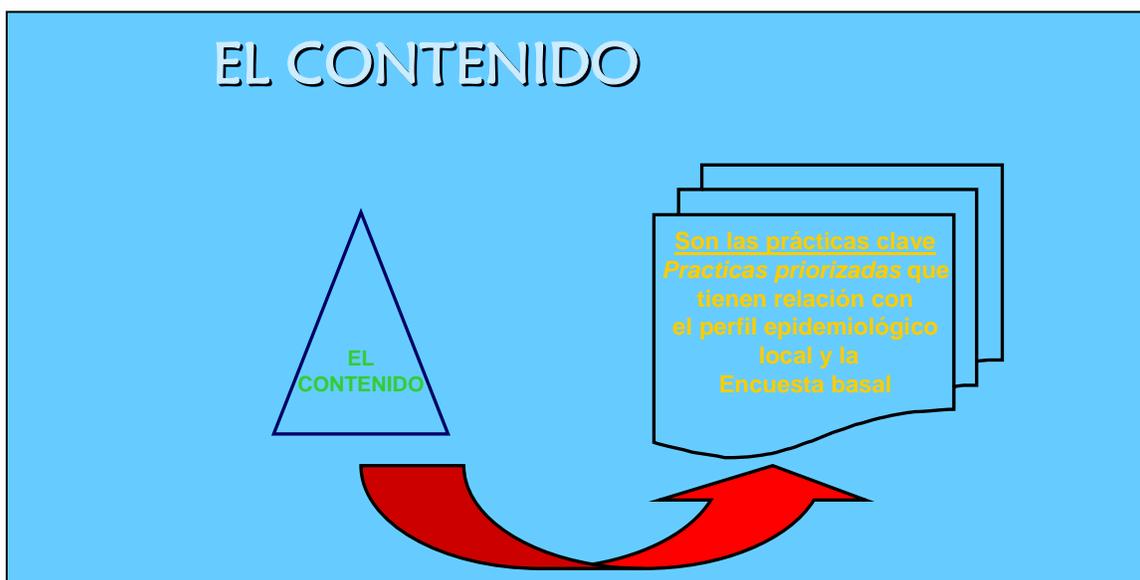






I. La cuestión metodológica

- a) El contenido
- b) ¿Cómo?: planificación de base
- c) Estructura



OMS/UNICEF: Prácticas familiares clave

Conjunto de prácticas que contribuyen a una supervivencia infantil y un crecimiento saludable al nivel de la comunidad

- Promover un crecimiento y desarrollo físico-mental
- Prevenir las enfermedades
- Facilitar una asistencia domiciliaria adecuada
- Proveer atención en busca de comportamientos

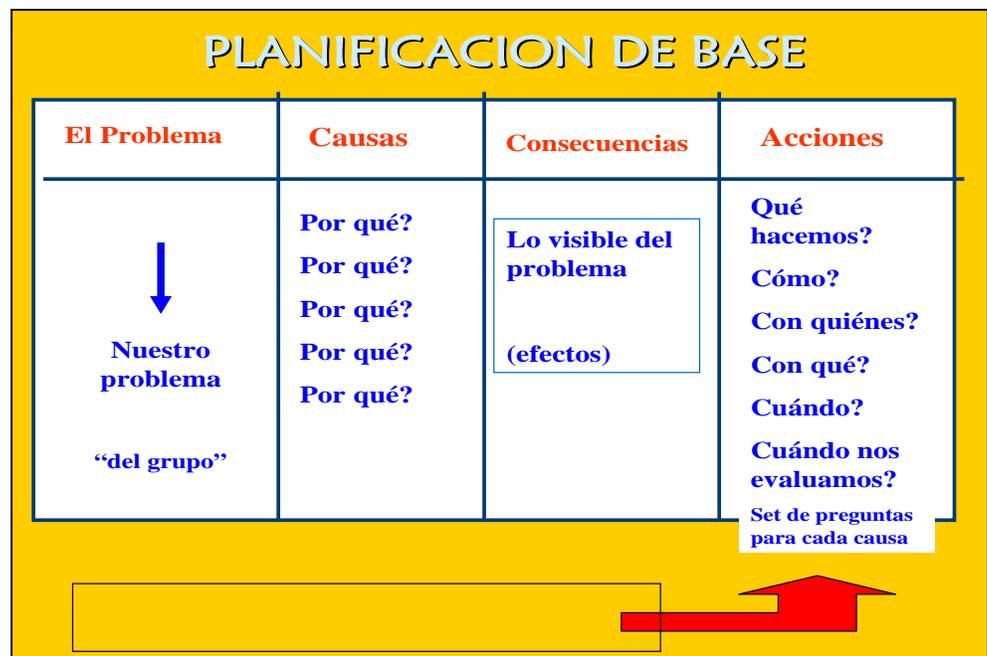


Planificación de base

“Metodología que permite a un grupo analizar las causas y consecuencias de un problema previamente identificado y plantear acciones para enfrentar cada una de las causas”

Palabras clave

- Grupo
- Problema
- Causas



DESPUES DEL PROCESO DE PROBLEMATIZACION DE ESTOS TRES ACTORES SE ESPERA:



II. INSTRUMENTOS Y MATERIALES

■ Planificación

- Guía para el diagnostico comunitario
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI
- Guía coordinador del taller
- Guía del taller de planificación

■ Capacitación

- Guías locales de actores (7)
- Practicas claves para el crecimiento y desarrollo saludables

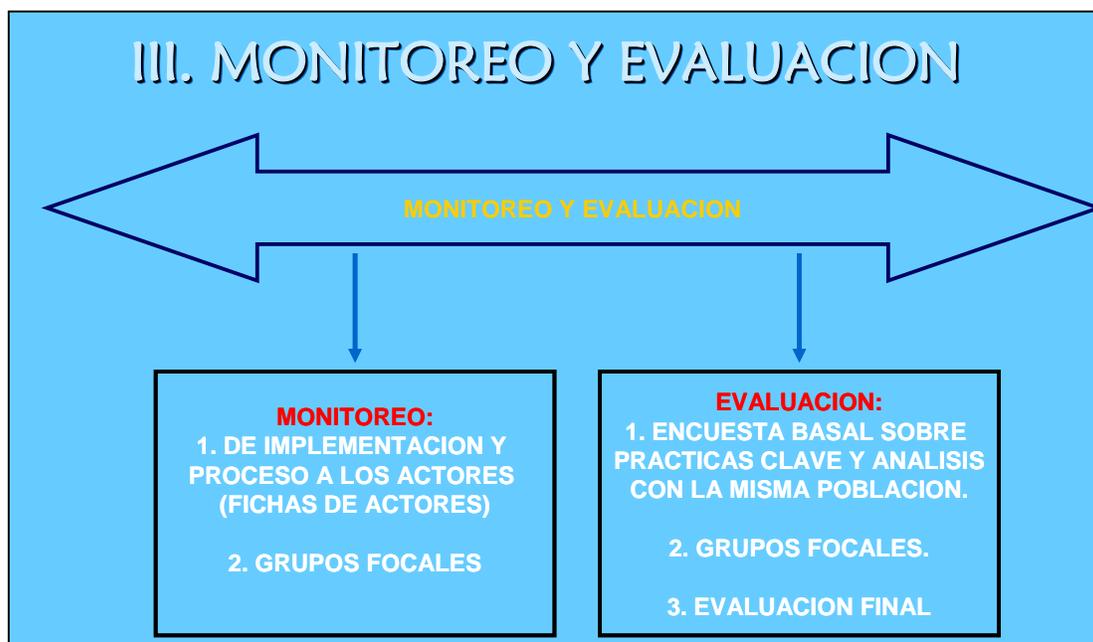
■ Comunicación social y abogacía

- Guía de normas y planificación
- Guía para cambio de comportamientos con actores locales usando las prácticas clave
- Afiche AIEPI comunitario
- Folleto del proyecto

■ Monitoreo y evaluación

- Guía para realizar la encuesta de hogares
- Fichas de monitoreo
- Formulario: Informes de proyectos

■ Video promocional



Un enfoque comunitario

- Enfatiza la necesidad de construir sobre capacidades y redes existentes
- Genera sentido de pertenencia y autoría local
- Adopta un enfoque integral, donde una amplia gama de actores sociales aportan sus distintas destrezas y recursos
- Establece alianzas y redes novedosas cuyos desafíos compartidos son clave para un resultado exitoso

Lecciones aprendidas

En la presente sección se sistematizan las lecciones aprendidas, elaboradas por los grupos de trabajo sobre las experiencias presentadas durante el Encuentro. A los participantes se les solicitó elaborar las correspondientes estrategias de intervención de acuerdo con las lecciones citadas. Estas lecciones aprendidas son esenciales para la orientación futura de la estrategia en los países, por lo tanto se las ha clasificado en siete grupos temáticos:

1. La integración de la perspectiva intercultural en todo el ciclo de las intervenciones y programas.
2. Protagonismo y participación social de las comunidades en el ciclo de intervenciones.
3. Integralidad de las intervenciones.
4. Sostenibilidad de los proyectos y programas.
5. Humanización de las intervenciones.
6. Generación de información y sistemas de registro que incluyan la variable étnica.
7. Monitoreo y evaluación de las intervenciones.

Integración de perspectiva intercultural

Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>La información nacional no toma en cuenta variables étnicas.</p> <p>El idioma es una barrera más del lado de los prestadores de salud, que de los pueblos indígenas.</p> <p>Poca difusión de los programas de salud en las comunidades indígenas en sus respectivas lenguas.</p> <p>Es necesaria la formación de recursos para el Programa en estas comunidades (laboratorio, supervisores TAES, etc.). ¿Adaptación de los modelos de salud?</p> <p>Es necesario incorporar la perspectiva de género dentro del control de la tuberculosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Que la OPS inste a nivel de los países miembros la inclusión de variables relacionadas con la etnicidad en los sistemas de información (aspectos demográficos, epidemiológicos); registros. No para discriminar, sino para demostrar las inequidades y resaltar la diversidad. ♦ Personal que desconoce la realidad y baja aceptabilidad del programa de tuberculosis y otros programas de salud por no tener pertinencia cultural. ♦ El programa de tuberculosis debe promover la formación intercultural y bilingüe del personal de salud, técnicamente calificado y remunerado al interior de los pueblos indígenas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos y revisar los contenidos de la formación del personal que preste los servicios de salud en las comunidades ♦ Incorporar material didáctico bilingüe acorde con las características y necesidades de los pueblos indígenas, definidos y elaborados con su participación. ♦ Se debe tener en cuenta a indígenas con experiencia en otros programas de salud para que participen en este tipo de proceso. Tener en cuenta a indígenas que han ganado instrucción profesional para que participen en este tipo de proceso. ♦ Desarrollar líneas de corresponsabilidad entre hombres y mujeres para la detección, cuidado y seguimiento de la tuberculosis ♦ Fortalecer las prácticas culturales, y desde la perspectiva de género, que contribuyan a la adherencia del tratamiento

Protagonismo, participación social de las comunidades

Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>La participación de los indígenas es fundamental en el diagnóstico de la situación, planeación, diseño y ejecución de los proyectos relacionados con el control de la tuberculosis en las poblaciones indígenas.</p> <p>Cuando los pueblos indígenas están organizados, tienen un gran potencial para el control de la tuberculosis, incluso mayor que las poblaciones no indígenas.</p> <p>La sostenibilidad de las actividades integrales de control de tuberculosis en las poblaciones indígenas es más fácil de lograr por no depender de recursos económicos puntuales, tanto como de la organización ancestral.</p> <p>Las comunidades indígenas están organizadas, los gobiernos no hemos logrado innovar estrategias para trabajar con ellos. Indispensable la movilización social.</p> <p>La participación de los indígenas es fundamental en el diagnóstico de la situación, planeación, diseño y ejecución de los proyectos relacionados con el control de la tuberculosis en las poblaciones indígenas.</p> <p>Las poblaciones indígenas organizadas tienen una mayor posibilidad de garantizar su participación en este tipo de procesos.</p> <p>Insuficiente participación de la comunidad en la elaboración y ejecución de planes de salud.</p> <p>Desconocimiento de las organizaciones internas o de autoridades comunales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Promover la investigación cualitativa en aspectos epidemiológicos y operacionales para fortalecer los programas de control, en determinantes culturales para acceso al diagnóstico, adherencia al tratamiento y construcciones sociales de la enfermedad, con la participación de los pueblos indígenas. ♦ Promover la formación sociopolítica e intercultural de los líderes indígenas y personal indígena del área de salud ♦ Fomentar la organización indígena basada en planes de desarrollo integrales que facilite la implementación de actividades de salud pública tales como las estrategias de control de la tuberculosis. ♦ Promover la sostenibilidad de los proyectos basado sobre los principios, valores y estructuras existentes más que en recursos económicos puntuales y fugaces. ♦ Desarrollo de mesas de trabajo para integrar alianzas, conocer las necesidades sentidas y elaborar, consensuar y coordinar planes de trabajo conjuntos, con respeto y conocimiento de la interculturalidad. ♦ Integrar redes de colaboración ¿Red TAES de mujeres, niños, líderes indígenas?. ♦ Reuniones de reconocimiento social. ♦ Como trabajadores de salud debemos abrir espacios para la participación social, fortaleciendo la atención primaria... (estrategia). ♦ Involucrar a la comunidad en la participación desde el nivel comunitario. ♦ Socialización y empoderamiento de las autoridades comunales.

Integralidad de las intervenciones	
Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>Las estrategias integrales de control de tuberculosis tienen un impacto de más amplio espectro en la salud pública de las poblaciones.</p> <p>El control de la Tb en estos grupos no solo depende del TAES, debe incluir el atender las condiciones sociales y nutricionales de las comunidades.</p> <p>Es necesario identificar todo el contexto indígena si es que queremos obtener resultados...</p> <p>La tuberculosis no se ve como una consecuencia de un problema socioeconómico, cultural, de segregación social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Fomentar actividades integrales de control de la tuberculosis que permita el fortalecimiento de otros programas de salud pública. ♦ Atención integral desde los servicios de salud (enfermedades, nutrición, medicina preventiva, etc.) ♦ Integración de aliados con organismos gubernamentales y organizaciones sociales y civiles para la resolución de la problemática identificada. (agua, luz, nutrición, etc.) ♦ Identificar los proyectos productivos existentes dentro de las comunidades, promoverlos y vincular en ellos a los pacientes del programa de tuberculosis
Sostenibilidad del programa	
Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>Se debe garantizar la sostenibilidad de los proyectos.</p> <p>La estrategia DOTS tiene éxito en las comunidades indígenas, siempre y cuando sean un componente de un plan integral de control de la enfermedad.</p> <p>El compromiso de las entidades de salud con la problemática de salud en las poblaciones indígenas es fundamental.</p> <p>La rectoría de Ministerios de Salud debe coordinar el flujo de recursos que se manejan, incluso el de las ONG.</p> <p>Indiscriminado uso de recursos por instituciones, ONG y otros.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Los Ministerios de Salud y el programa de control de la tuberculosis deben convertirse en facilitadores para la consecución de recursos y formar a las comunidades para asumir el seguimiento y continuidad de los proyectos. ♦ Hacer la abogacía para lograr el compromiso político que garantice el acceso al diagnóstico oportuno y tratamiento supervisado a través del aumento de cobertura de los servicios de tuberculosis. ♦ Canalizar los recursos nacionales e internacionales para soportar la implementación de actividades de control de tuberculosis que respondan a las necesidades identificadas en las poblaciones indígenas. ♦ Optimizar recursos mediante la rectoría del Ministerio de Salud y la coordinación a través de las Juntas Cantonales de Salud, Gobiernos Seccionales.

Humanización de las intervenciones	
Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>El soporte familiar es un aspecto fundamental en el control de la tuberculosis.</p> <p>Estas experiencias (exitosas) muestran que el enfoque que se hace es con énfasis en las personas más que en los números.</p>	<p>Fortalecer el núcleo familiar como la fuente más rica de soporte de las actividades de salud pública, sabiendo que darán frutos a largo plazo.</p>
Generación de información y sistemas de registro	
Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>Las investigaciones son importantes para conocer la realidad de la situación y permiten hacer el diagnóstico.</p> <p>Falta de registros étnicos en los instrumentos de estadísticas de los diferentes programas del Ministerio de Salud.</p> <p>No existen sistemas de información (ojo no registros) que reflejen la realidad de nuestras etnias en el problema de la tuberculosis</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Es pertinente un diagnóstico o identificación real de la situación de los grupos o pueblos indígenas. ♦ Inclusión de variables étnicas en los instrumentos estadísticos. ♦ Adaptación de los registros o sistemas de información el grupo étnico a la que pertenece y la zona geográfica.
Monitoreo y evaluación	
Lecciones aprendidas	Estrategias de intervención
<p>No se realizan evaluaciones conjuntas de las acciones realizadas ni se comparten.</p> <p>Insuficiente monitoreo y evaluación de los proyectos de intervención.</p> <p>Es necesario tener evaluaciones para medir el impacto de lo que se genera.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Incluir en los planes de acción la ejecución, el seguimiento y evaluación conjunta para identificación de áreas de oportunidad y reconocimiento al buen desempeño. ♦ Deben realizarse evaluaciones de los proyectos involucrando a todos los actores sociales inclusive las comunidades indígenas. ♦ Definir indicadores para evaluar el impacto del programa ♦ Desarrollar programas de estímulo y reconocimiento al personal

Barreras al acceso

De la misma manera que en la sección anterior, las personas que participaron en el encuentro realizaron un ejercicio de definición de barreras en el acceso al tratamiento, cuyos resultados se sistematizan a continuación. Se ha clasificado la información por tipo de factor que limita el acceso a los medicamentos sobre la base de la matriz utilizada en el encuentro. Los factores son: disponibilidad, accesibilidad geográfica, accesibilidad financiera, aceptación, y otros posibles factores.

Disponibilidad (de servicios y de medicamentos)		
Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Se cuenta con la disponibilidad de los medicamentos a nivel central, pero no hay disponibilidad de ellos en las zonas donde habitan los pueblos indígenas debido a la dificultad de acceso geográfico, dispersión y movilidad de la población,	Asociadas a la gestión	Aumento de la reserva local
Llegar a la población depende del modelo de atención que se utilice	Asociadas a la gestión	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mejorar la capacidad de gestión a través de un sistema de suministro, buena planificación, contar con recurso financiero, control de calidad y reserva
¿Llegan los medicamentos completos? ¿Como funciona la red?	Asociadas a la gestión	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Descentralizar la gestión
¿Quien garantiza el tratamiento?	Asociadas a la gestión	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Atención dentro de la comunidad y no trasladarlo a zonas urbanas
La distribución y los suministros no son equitativos, no hay estrategias que diferencien la distribución.	Asociadas a la gestión	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Explicación del procedimiento y tratamiento supervisado por alguien de la comunidad.

Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Dificultad para hacer el diagnóstico y suministrar el tratamiento supervisado	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Falta de personal capacitado ♦ Accesibilidad geográfica ♦ Poca cooperación de la comunidad ♦ No hay puestos de salud en algunas áreas ♦ Recurso humano poco sensibilizado ♦ Falta equipo para el diagnóstico 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Política de desarrollo de recurso humano: estabilidad laboral, no rotación, capacitación, distribución equitativa. ♦ Capacitar personas de la comunidad. ♦ Habilitación de albergues. ♦ Organización de la comunidad. ♦ Construcción de servicios hospitalarios respetando su cultura y costumbres. ♦ El medicamento si está disponible en todas partes. ♦ Descentralización de las acciones para el diagnóstico, tratamiento y supervisión.
<p>Déficit de unidades de salud en el área rural sobre todo en comunidades indígenas.</p> <p>Insuficientes recursos humanos asignados a áreas indígenas.</p> <p>Poco Personal capacitados en estrategia DOTS.</p> <p>Diagnóstico tardío en áreas rurales.</p> <p>Tratamiento tardío de los pacientes diagnosticados con TB.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Falta de voluntad política y escaso presupuesto para apoyar la creación de unidades de salud rurales. ♦ Inadecuada planificación para la creación de las unidades. ♦ Falta de motivación e incentivos para los recursos humanos asignados al área rural. ♦ Inadecuada distribución de los recursos humanos (mayor concentración en área urbana). ♦ Falta de recursos para la implementación de la estrategia DOTS. ♦ Falta de laboratorio en unidades rurales. ♦ Falta de recursos. ♦ Limitado stock de medicamentos para suplir la demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mejorar la planificación para la creación de unidades de salud rurales. ♦ -Priorizar las áreas en riesgo con poblaciones indígenas. ♦ -Promover mayor participación comunitaria. ♦ -Coordinación con otros actores sociales y pueblos indígenas. ♦ -Promover el empoderamiento comunitario. ♦ -Mejorar la planificación para obtención de recursos. ♦ Mejorar la planificación local para el abastecimiento.

Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
<p>Servicios: Aún existe población con falta de acceso a servicios.</p> <p>Medicamentos: En general todos los países tienen medicamentos disponibles. Medicamento es gratuito para el paciente. Medicamentos separados (HRZ+E).</p> <p>Colombia y Venezuela con falta de medicamentos problemas en zonas "críticas"</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ La población indígena vive en zonas muy dispersas. ♦ Falta de unidades de salud. ♦ Los médicos no aceptan trabajar en estas comunidades. ♦ Sostenibilidad de apoyos externos o personal ♦ No existe servicio de salud por tanto no existe tratamiento. ♦ Presentación en combinaciones separadas. ♦ Zonas con problemas políticos que no permiten acceso a ellas 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Alianza comunitaria. ♦ Integrar asistentes de salud comunitarios o rurales, capacitados por el personal de salud. ♦ Adecuados mecanismos de programación, compra y distribución de medicamentos. ♦ Disponibilidad de combinaciones fijas. ♦ Alianzas comunitarias

Accesibilidad Geográfica		
Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Demora en el diagnóstico, no oportunidad	El paciente no consulta, no se le hace la baciloscopia y no hay laboratorios cercanos.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Equipos de salud itinerantes
Adherencia al tratamiento	No hay descentralización del diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Integración a los servicios de salud y a otros programas, así como conceptual
Distribución inoportuna e incompleta de los medicamentos	No reconocimiento de la tuberculosis como un problema que afecta a los pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Incorporar a la población indígena en el proceso ◆ Formación y capacitación de agentes de salud indígenas ◆ Alternativas para lo estrictamente supervisado usando líderes comunitarios, misioneros
Dispersión y Diversidad geográfica Debilidad de las redes de servicio	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Falta de vías de comunicación ◆ Distancia ◆ Caminos quebrados ◆ Acceso solamente vía terrestre y marítimo ◆ Sectas religiosas que impiden recibir los servicios de salud ◆ Inseguridad para transitar por los caminos por el conflicto armado ◆ Ataque directo a las misiones médicas por el conflicto armado ◆ La reforma en salud disminuyó el acceso ◆ Dispersión poblacional ◆ Cambios climáticos ◆ Modalidades de aseguramiento transporte. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Vías de comunicación y equipos de transporte adecuados

Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Existe dificultad de orden geográfico para acceder a los servicios		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Inversión en infraestructura física y en plazas para recursos humanos ♦ Inversión en carreteras, puentes ♦ Medios de comunicación eficientes
Población dispersa.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Extrema pobreza. ♦ Arraigo cultural. ♦ Déficit de vías de comunicación (vía fluvial o aérea). 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Construcción de vías de acceso terrestre. ♦ Capacitación a los líderes comunitarios para la implementación de estrategia DOTS en las comunidades.
Aún existe población con falta de acceso a servicios.	La población indígena vive en zonas muy dispersas.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Coordinación entre países y regiones. ♦ Grupos de apoyo "brigadas/equipos móviles".
Falta de infraestructura y medicamentos en servicios de salud periféricos	Dispersión geográfica	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Crear modelos de atención ♦ Extender la red existente sanitaria ♦ Equipos móviles de atención ♦ Redes de comunicación

Accesibilidad financiera (incluyendo otros gastos en los que se incurre para acceder al tratamiento)		
Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
<ul style="list-style-type: none"> ♦ No se conocen las fuentes de financiamiento ♦ No hay liderazgo ♦ Sostenibilidad de los recursos en el tiempo 	No se utilizan adecuadamente los recursos con los que se cuenta	Integración de los diferentes prestadores de servicios de salud bajo la responsabilidad de la instancia rectora.
Inaccesibilidad geográfica: costos de transporte	Dispersión geográfica	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Extensión de la red de servicios a través de la participación de promotores de salud y voluntarios ♦ Asignación permanente de presupuesto para salud para indígenas
No tiene dinero para acceder a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Desempleo ♦ Baja remuneración ♦ Tierras infértiles ♦ Transporte costoso ♦ Políticas tributarias antipopulares 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Políticas nacionales de apoyo a la población postergada ♦ Organización comunitaria ♦ Participación social
Falta de recursos económicos para trasladarse a recibir el tratamiento.	Precaria situación económica.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Preparación de los líderes comunitarios para la implementación de estrategia DOTS en las comunidades. ♦ Coordinación con las organizaciones indígenas para la formación de los recursos voluntarios.
Existen gastos indirectos del paciente y del Programa que limitan el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Dificultad en el costo del paciente en la movilización hacia el tratamiento. ♦ Dificultad en la movilización del transporte del medicamento 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Apoyo con la comunidad y líderes. ♦ Sensibilización a los aliados no gubernamentales.

Aceptación (actitudes, cultura)		
Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Falta de entendimiento de la cosmovisión indígena.	Desconocimiento y falta de formación por parte del personal de salud en interculturalidad.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Capacitar a los recursos de salud. ♦ Fomentar el diálogo entre ambas culturas.
Desconocimiento de los aspectos culturales ligados a la enfermedad		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sensibilización tanto del equipo de salud que trabaja con las comunidades, como de las mismas comunidades
Rechazo a los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Conflicto de culturas ♦ Sectas religiosas ♦ Choque de la medicina tradicional con la medicina occidental ♦ Poder del equipo de salud sobre la comunidad ♦ Diferencias en la cosmovisión ♦ Instalaciones no amigables ♦ Material educativo no adaptado o comprensible para la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Hacer una reflexión profunda sobre nuestras prácticas y relaciones con la comunidad. ♦ Utilizar técnicas y estrategias de negociación y concertación. ♦ Respeto a las diferencias culturales ♦ Involucrarlos en los análisis y toma de decisión para la solución de los problemas. ♦ Capacitación sobre interculturalidad. ♦
<p>No existe participación total de la comunidad indígena en salud y el Programa.</p> <p>No aceptación del TAES/DOTS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Barreras del personal de salud, falta de conocimiento, sensibilización y aspectos culturales. ♦ Se impone más que se coparticipa y corresponsabilizar con la comunidad. ♦ Falta sensibilización y compromiso del personal de salud en el trabajo de prevención y control de Tb en la comunidad indígena. ♦ Comunidad con cultura y necesidades diferentes. ♦ El personal de salud no innova estrategias para trabajar con la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Formación de recursos de salud con enfoque de trabajo comunitario. ♦ Involucramiento de las Facultades en Salud, con programas de educación intercultural. ♦ Involucrar a la Red de Enfermería. ♦ Identificación e involucrar a los líderes comunitarios o ex pacientes. ♦ Integración de las OSC indígenas al Programa. ♦ “Enamoramiento de Programa”.

Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
Diversidad Cultural Rotación elevada de personal de salud	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Usos y costumbres de las diferentes etnias ♦ Falta de interculturalidad en la atención sanitaria ♦ Escasa participación de las comunidades ♦ 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Capacitación intercultural de RRHH de salud ♦ Formación de enlaces interculturales ♦ Promover la formación de profesionales de salud en poblaciones indígenas ♦ Involucramiento de la comunidad ♦
Otros		
Problema	Causa(s) potencial(es)	Soluciones potenciales
No hay compromiso institucional frente a la enfermedad		Casas de paso o sanatorios para los acompañantes adaptadas y faciliten la adhesión
<ul style="list-style-type: none"> ♦ Alta migración. ♦ Pueblos indígenas ubicados en territorios en disputa y conflictos armados. ♦ Conflictos armados. 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Colonización. ♦ Migración en busca de mejores condiciones de vida. ♦ Disputa por la riqueza de los recursos naturales. ♦ Falta de diálogo 	Culminar con los procesos de pacificación de los conflictos.
Falta de curación en pacientes.	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Falta de calidad de los medicamentos, biodisponibilidad, conservación. ♦ Disponibilidad de medicamentos a granel. ♦ Condiciones sociales y culturales que potencializan el abandono, tal vez recaídas y falta de curación 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Programas con control de calidad, programación y distribución. ♦ Sensibilización, seguimiento adecuado comunitario.

Planes de trabajo

A continuación se encuentran los planes de trabajo elaborados por cada país. Se han mantenido los contenidos tal cual fueron presentados durante el evento. En una revisión de lo elaborado se puede apreciar algunas actividades que aparecen de manera sistemática en los planes:

1. Se identifica a la participación e inclusión de la población indígena en todas las etapas del proceso de planificación y ejecución de la estrategia DOTS.
2. La inclusión en los espacios de planificación local, municipal y comunitario se identifica como una de las actividades importantes.
3. La veeduría ciudadana sobre los servicios de salud en cuanto a diagnóstico, acceso a tratamiento y adherencia al mismo se visualizan en casi todos los planes.
4. La inclusión de la variable etnia en los sistemas de información y vigilancia epidemiológica permitirá identificar necesidades especiales de estas poblaciones relacionadas con la estrategia DOTS.
5. Información, comunicación y capacitación de acuerdo al contexto sociocultural de la población, son componentes relevantes para asegurar el éxito de las intervenciones.
6. Garantía de dotación y acceso geográfico, cultural y económico a tratamiento de las poblaciones indígenas.
7. Implementación y ampliación del diagnóstico de laboratorio: recurso humano calificado, instrumentos y material de laboratorio disponible en los servicios de APS más cercanos a las poblaciones indígenas.

Brasil

Atividade	Resultados esperados	Responsável
Implantar as ações de ataque e de manutenção/consolidação, do Plano Nacional de Controle da Tuberculose em 100% dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI).	<ul style="list-style-type: none">- Descoberta e tratamento de 100% dos casos de Tuberculose não detectados pelo Sistema de Saúde para eliminação de focos e quebra da cadeia de transmissão da enfermidade.- Proteger os grupos de alto risco de adoecimento através da quimioprofilaxia ampliada com Isoniazida durante seis meses.- Capacitação em serviço das equipes multidisciplinares dos pólos bases dos 34 DSEI.- Implantação em todas as aldeias do Sistema de Registro e Notificação de casos.- Capacitar os Agentes Indígenas de Saúde (AIS) no preparo de laminais (esfregaco) para exame bacteriológico nas unidades de referência municipais.	Departamento de Saúde Indígena (DESAI) – FUNASA/MS e ONGs.

Atividade	Resultados esperados	Responsável
Implementar a participação dos Conselhos Distritais Indígenas no planejamento das ações de controle da Tuberculose.	Aceitação e adesão da comunidade indígena ao combate da Tuberculose como estratégia para melhoria das condições de saúde da população, fazendo com que as mesmas apropriem-se dos conhecimentos, transformando essas ações de saúde em um direito a ser permanentemente reivindicado.	Departamento de Saúde Indígena (DESAI) – FUNASA/MS
Buscar fontes alternativas de recursos financeiros e de equipamentos para implantação de projetos que visem facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento anti-tuberculoso junto a organismos internacionais, governamentais e privados.	Reforçar o orçamento para melhorar a cobertura e a qualidade das ações de diagnóstico e tratamento da Tuberculose, comprometendo o MS com a manutenção e ampliação dos serviços.	OPS, OMS, MSH, ONGs etc.
Capacitação de recursos humanos para implementação da estratégia DOTS/TAES	Garantir altas taxas de cura entre os pacientes que iniciam tratamento, minimizando o abandono e a falência e, como consequência o aparecimento de casos de TBMR.	Departamento de Saúde Indígena (DESAI) – FUNASA/MS e ONGs
Desenvolver pesquisas operacionais e epidemiológicas em âmbito nacional e regional	Avaliar o impacto das ações de controle da tuberculose buscando estratégias racionais de combate a enfermidade adaptadas a realidade das comunidades indígenas brasileiras	Departamento de Saúde Indígena (DESAI) – FUNASA/MS e ONGs

Bolivia

Actividades	Resultados	Responsables	Recursos
Identificación de Comunidades indígenas	Cuantificación y ubicación de pueblos indígenas en zonas bajas de Bolivia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ministerio de Salud ♦ y Deportes ♦ PNCTBC ♦ CIDOB 	
Selección y nominación de facilitadores en instituciones	Equipo de conducción y organización constituido	♦	
Capacitación y definición de estrategias para diseño e inicio de actividades	Programa y cronograma de actividades aprobado	<ul style="list-style-type: none"> ♦ PNCTB ♦ SEDES ♦ DILOS ♦ CIDOB 	FONDO GLOBAL
Sensibilización y capacitación en comunidades indígenas	Identificación de líderes comunitarios y conformación de Unidades Comunitarias de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ♦ PNCTB ♦ SEDES ♦ CIDOB ♦ DILOS ♦ Redes de Salud 	Fondo Global
Coordinación y concertación de Direcciones Locales de salud, Redes de Salud en cada SEDES regional de pueblos originarios	Plan y flujograma de trabajo por cada región, y pueblo originario	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sedes de cada Departamnto ♦ CIDOB ♦ Redes de salud 	Fondo Global
Capacitación a U.C.S en Programa de Control de TBC y estrategia DOTS	Unidades Comunitarias de Salud capacitadas en Control de TBC y DOTS	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sedes de cada Departamnto ♦ CIDOB ♦ Redes de salud 	Fondo Global
Implementación de estrategias de control de TBC de acuerdo al PNCTB	Pueblos originarios con actividades concertadas y definidas para el Control de TBC	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Sedes de cada Departamnto ♦ CIDOB ♦ Redes de salud 	Fondo Global

Colombia

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
<p>1. Reuniones de sensibilización y concertación con las poblaciones indígenas a través de las organizaciones locales, regionales y nacionales en conjunto con las instituciones de salud</p> <p>1.1 Encuentro nacional de coordinadores del programa de tuberculosis y de coordinadores de laboratorio de salud pública, empresas e instituciones prestadoras de salud para evaluar el plan de desarrollo 2003-2004 y presentar propuestas para el 2005, del 1 al 3 de diciembre de 2004</p> <p>1.2 Reuniones de concertación del Plan de Atención Básica PAB con las organizaciones indígenas departamentales y municipales</p>	<p>1.1 Conocer los procesos adelantados en las distintas regiones</p> <p>1.2 Reconocer fuentes de financiación</p> <p>1.3 Reconocer la tuberculosis como prioritaria en los Planes de Atención Básica</p> <p>1.4 Evaluación y definición de acciones</p>	<p>1.1 Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública</p> <p>1.2 Ministerio de la Protección Social, Secretarías departamentales y municipales de salud, Organizaciones Indígenas y Administradores del Régimen Subsidiado ARS e Instituciones Prestadoras de Salud</p>	<p>1.1 Recursos Nacionales y de los entes territoriales</p> <p>1.2 Recursos del Plan de Atención Básica PAB y del Sistema General de Participaciones asignados a los departamentos, municipios y resguardos</p>

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
2. Revisar los planes de desarrollo municipales y departamentales para 2005–2007 en cuanto a las acciones relacionadas con los pueblos indígenas	Priorizar la tuberculosis, incluir acciones de promoción y prevención en los planes de desarrollo y planes estratégicos del PAB	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Cabildos indígenas ♦ Ministerio de la Protección Social ♦ Empresas Promotoras de Salud/ ARS ♦ Instituciones Prestadoras de Salud IPS 	Recursos de las Secretarías departamentales y municipales del PAB
3. Crear mecanismos para hacer control sobre la prestación de los servicios y fortalecer las veedurías	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Que se cumpla lo establecido en la normatividad vigente en el sistema de salud en cuanto a diagnóstico, tratamiento y rehabilitación ♦ Remitir a los órganos de control fiscal las anomalías detectadas 	De acuerdo a la estructura que maneje cada pueblo indígena Secretarías departamentales y municipales de Salud, Coordinadores del PAB Ministerio de la Protección Social	Recursos de las Secretarías departamentales y municipales del PAB
4. Incluir en los formatos trimestrales de evaluación en tuberculosis la variable étnica y en la ficha individual de tratamiento	Contar con información desagregada por etnia	Coordinadores departamentales del programa de tuberculosis	Recursos de las Secretarías departamentales y municipales del PAB

Ecuador

Actividades	Resultados esperados	Responsables	Recursos
En el Sistema de Información abrir un casillero para identificación de variables étnicas	Numero de pacientes indígenas atendidos, datos fidedignos.	PCT Nacional	Elaboración de instrumentos estadísticos.
Elaboración del Proyecto de intervención en el Control de TB con participación de las comunidades indígenas	Planes de intervención exitosos, con socialización y emponderamiento de la comunidad.	PCT Nacional y Provincial	Ejecución de Talleres de trabajo.

Actividades	Resultados esperados	Responsables	Recursos
Conformación de la Unidad de Información, Comunicación y Educación intercultural	Promoción y educación sanitaria en comunidades indígenas	PCT Nacional y Provincial	Formación de líderes y educadores comunitarios interculturales. Elaboración de material educativo en lengua nativa
Formación de Auxiliares de laboratorio comunitario en baciloscopías para el Dg. de TB	Dg. oportuno y tratamiento inmediato	PCT Nacional y Provincial	Contratar al personal involucrado Implementación de laboratorios.
Identificación y capacitación de líderes comunitarios en estrategia DOTS Licenciamiento de Curanderos y Shamanes	Captación de Sintomáticos respiratorios. Pacientes tratados con estrategia DOTS	PCT Nacional y Provincial	Financieros para talleres de capacitación
Coordinación institucional con todo el sector salud: Gobiernos seccionales, ONG, Federaciones indígenas, etc..	Optimización de recursos y eficiencia del programa	PCT Nacional Provincial	Financieros para los talleres.
Monitoreo y evaluación del Proyecto	Cumplimiento de objetivos y metas trazadas	PCT Nacional y Provincial	Recursos financieros

GUATEMALA

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
Diagnostico de la situación de la TBC en los diferentes grupos indígenas, considerando a la población migrante	Situación de TBC en los grupos indígenas y los migrantes	PNT PM SIAS: Áreas de Salud y DMS	MSPAS Proyectos que apoyan el PNT: OPS/OMS, Fondo Global ¿? Otros
Ampliar la cobertura de los servicios para localización de sospechosos y casos de TBC en todas las comunidades indígenas	Acceso garantizado al Diagnostico en todas las comunidades indígenas, incluyendo a los migrantes y sus familias	SIAS: Áreas de Salud, DMS, Prestadoras de servicios	
Cobertura de laboratorios para baciloscopias en comunidades indígenas	Dx. baciloscopico rápido y confiable	MSPAS LNS PNT	

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
IEC adecuados al contexto idiomático, cultural de cada grupo étnico	Comunidades indígenas y líderes comunitarios con capacidades para localización de sospechosos y Dx. de TBC	PNT PROEDUSA	
Accesibilidad a medicamentos en todas las comunidades indígenas	Tratamiento para todos los casos diagnosticados	MSPAS PNT DAS – DMS	
Aplicación del TAES a nivel comunitario, origen y destino de población migrante y sus familias	TAES se aplica en comunidades de difícil acceso con participación de la comunidad	SIAS: PS y Prestadoras de servicios	
Garantizar la adherencia al tratamiento en los casos de TBC en las comunidades indígenas	Curación asegurada y evitar abandonos	SIAS: UPS 1, PS, facilitadores Comunitarios y Prestadoras de servicios	

México

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
1. Diagnóstico para identificación real de la situación de los pueblos indígenas.	Documento con situación actual de los pueblos indígenas, servicios y daños, tuberculosis.	<ul style="list-style-type: none"> Comisión Nacional de Protección Social en Salud 	Grupo de integración y análisis (2 años)
2. Elaboración de un Plan para Desarrollo de mesas de trabajo con las áreas involucradas.	Elaborar, consensar y coordinar planes de trabajo conjuntos, con respeto y conocimiento de la interculturalidad	<ul style="list-style-type: none"> Programa de Tuberculosis Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas 	Presupuesto para: <ul style="list-style-type: none"> Reuniones. Visitas a los estados prioritarios. Visitas de seguimiento. Documentos

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
3. Elaboración de Programas para formación de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • Materiales para capacitación <i>ad hoc</i>. • Personal de los pueblos indígenas capacitados en el programa. • Aprobación para actividades de laboratorio. • Programas de estímulo y reconocimiento al personal. Y a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de Tuberculosis • Comisión Nacional de Protección Social en Salud. • Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas. 	<p>Presupuesto para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de materiales para capacitación. • Talleres. • Visitas a los estados. • Eventos de reconocimiento.
4. Adaptación de los registros o sistemas de información el grupo étnico a la que pertenece y la zona geográfica.	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema Nacional de información modificado con variables de identificación de casos en pueblos indígenas (grupo, lengua y zona geográfica) 	<ul style="list-style-type: none"> • CENAVECE 	<p>Presupuesto para modificar el sistema.</p>
5. Atención integral desde los servicios de salud, a través del Programa de Microregiones	Para el 2010 el 100% de los pueblos indígenas atendidos.	<ul style="list-style-type: none"> • SEDESOL • Comisión Nacional de Protección Social en Salud. 	
6. Integrar redes de colaboración Red TAES líderes indígenas.	Corresponsabilidad de gobierno y pueblos indígenas	<ul style="list-style-type: none"> • Salud • SEDESOL • CNDPI 	

Nicaragua

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
Dar a conocer a las autoridades nacionales sobre los resultados de este encuentro inter regional	Asumir y poner en práctica los compromisos adquiridos.	Programa nacional de Control de Tuberculosis	Informe técnico.
Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las poblaciones indígenas en relación a la Tuberculosis.	Conocer el nivel de conocimiento que tienen los pueblos indígenas acerca de la Tuberculosis con el fin de elaborar estrategias acorde a su cosmovisión.	Programa de Control de Tuberculosis	Recursos proporcionados por Fondo Global.

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
Reproducción e implementación del Libro de Sintomáticos respiratorios en todos los niveles.	Conocer la real identificación de sintomáticos respiratorios y poder evaluar el porcentaje de pérdidas de SR identificados en relación al número de SR examinados.	Programa de Control de Tuberculosis	Recursos proporcionados por Fondo Global.
Integrar a los pueblos indígenas y personal de salud en las actividades de capacitación y sensibilización en identificación, manejo del SR.	Mejorar la identificación del SR y su manejo a través del DOTS/TAES comunitario.	Programa de Control de Tuberculosis	Recursos proporcionados por Fondo Global.
Fortalecer la integración de los Puestos de Salud en lo que respecta a la detección y manejo de pacientes con tuberculosis.	Mejorar el nivel de resolución en las unidades de salud rural.	Programa de Control de Tuberculosis	Recursos proporcionados por Fondo Global.
Implementar el registro por grupos étnicos a nivel regional y local.	Mejorar el sistema de registro de los grupos étnicos existentes en las regiones autónomas.	Programa de Control de Tuberculosis	Voluntad del personal de salud.
Velar por el Seguimiento y cumplimiento de todas las actividades planteadas.	Agilizar el proceso de implementación del DOTS/TAES comunitario.	Programa de Control de Tuberculosis	Voluntad del personal de salud.

Panamá

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
Educación de Pares	Disminuir las tasas de abandono Alcanzar la cobertura del 85% de pacientes curados Incrementar la captación de SR	Promoción de la Salud PNCT	
Alianzas comunitarias	Identificación de personas clave o de enlace pertenecientes a cada una de las etnias residentes en el área	Promoción de la salud Personal Regional	

Actividades	Resultados esperados	Responsable	Recursos necesarios
Organización de la Comisión Ministerial de lucha contra la tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Mejorar la coordinación con el equipo de salud que labora en las regiones indígenas ♦ Abordaje integral del programa de TBC en las poblaciones indígenas ♦ Mejor coordinación para el adecuado funcionamiento de la red de distribución de medicamentos y recolección de muestras 	PNCT	
Programas de comunicación y divulgación	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Aumento de conocimiento en la población ♦ Integración de actores sociales ♦ Comunicación efectiva con la comunidad 		

Paraguay

Actividades	Resultados	Responsables	Recursos
Incorporación en el sistema de registro `etnia-comunidad	Datos cuantitativo por etnia-Comunidad	<ul style="list-style-type: none"> ♦ PNCT-PY-Regionales-Servicios 	Materiales (papelería) Personal capacitado
Implementación de la estrategia DOTS-TAES en la XV RS	Detección oportuna de los casos y ttos. E. Supervisado en el 100%	<ul style="list-style-type: none"> ♦ PNCT ♦ RS ♦ Promotores Indígenas 	
Sensibilización y capacitación en comunidades indígenas en TB	Comunidades sensibilizadas, movilizadas y apoyando las actividades de la estrategia	<ul style="list-style-type: none"> ♦ RS ♦ PNCT ♦ Servicios 	
Coordinación de actividades con el Consejo Regional de salud de Pte. Hayes	Actores departamentales sensibilizados y apoyando la estrategia		

Perú

Actividad	Resultado	Responsable	Recursos
Reunión de coordinación con Organización Nacional de Poblaciones Indígenas.	Diagnóstico, Planificación, ejecución y evaluación de acciones conjuntas a favor de la salud de las poblaciones indígenas.	MINSA / ESNPyC TB	Financieros: Recursos ordinarios, OPS. RRHH: Equipo técnico
Adaptación de instrumentos de información, incluyendo variables que permitan identificar acciones de salud(TB) dirigidas a las poblaciones indígenas.	Información actualizada sobre la problemática de salud (TB) en las poblaciones indígenas.	MINSA, DISAs, Redes de Salud	<i>Financieros:</i> Recursos ordinarios. <i>RRHH:</i> Equipo técnico
Talleres de sensibilización y acercamiento entre el personal de salud y las poblaciones indígenas.	Personal de salud y población indígena plantean estrategias conjuntas para hacer frente a la problemática de salud (TB).	MINSA, DISAs, Redes de Salud Organización Nacional de Poblaciones Indígenas	<i>Financieros:</i> OPS y otras agencias. <i>RRHH:</i> Equipo técnico

Acciones futuras

- Fomentar la intervención integral desde el ministerio de salud y la creación de alianzas estratégicas para responder a las necesidades sociales de las poblaciones indígenas.
- Diseño, validación e impresión de material educativo.
- Capacitación de líderes indígenas en la estrategia DOTS.
- Implementar un sistema de monitoreo y evaluación.

Venezuela

Actividades	Resultados	Responsables	Recursos
Fortalecer el PNT a través de la investigación: Barreras Culturales, Localización, adherencia, percepción de servicios, desigualdades	Aumentar: Capacidad de gestión Recursos para capacitación y supervisión Conocimiento e información útil	MSDS: PNT Centros Académicos e Investigación Organizaciones Indígenas	Humanos Financieros
Evaluación y (Re)diseño de Cursos y Planes de Capacitación de AMS en Estados Indígenas	Adecuar los planes a realidades concretas Pertinencia cultural Indicadores operacionales y epidemiológicos	Organizaciones Indígenas MSDS: PNT Centros Académicos e Investigación Ministerio de Educación	Humanos Financieros
Promover y Organizar encuentros regionales y nacional sobre salud indígena	Agenda propia de necesidades Inventario de actores Identificar fortalezas	Organizaciones Indígenas MSDS: PNT Centros Académicos e Investigación	Humanos Financieros
Validar y Pilotear un módulos de interculturalidad en servicios de salud en dos Estados del país (Zulia y Amazonas) para personal profesional y no profesional	Personal sensibilizado Herramientas metodológicas Módulo validado Calidez y calidad (indicadores)	Organizaciones Indígenas MSDS / Misión Barrio Adentro Centros Académicos e Investigación	Humanos Financieros

Recomendaciones y compromisos del encuentro

Al finalizar el Encuentro, los participantes elaboraron una serie de recomendaciones y establecieron compromisos en caminados a mejorar los programas nacionales de tuberculosis en lo referente a la cobertura y calidad de las acciones de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

- Participación de los pueblos indígenas desde la elaboración, planificación y ejecución.
- Reconocer la medicina tradicional.
- Alianzas y negociación con los pueblos y comunidades indígenas.
- Fortalecer el intercambio de experiencias en los pueblos y comunidades indígenas.
- Coordinación de las actividades entre las instituciones que trabajan con los pueblos y comunidades indígenas.
- Crear mecanismo adecuado para acceder a los medicamentos disponibles para la atención de la tuberculosis.
- Fomentar acciones integrales de control de la tuberculosis a corto y largo plazo.
- Tener en cuenta las propias metodologías tradicionales en la ejecución de las actividades de control de la tuberculosis.
- Participación equitativa en todos los procesos.

Compromiso

- Difundir la información hacia nuestros pueblos y comunidades indígenas en todos los niveles.
- Dar seguimiento y monitoreo a las recomendaciones planteadas.
- Aunar esfuerzos integradores en todos los procesos.

Los pueblos indígenas asumimos nuestra co-responsabilidad.

*Nuegambi, anayasia, ungua, moéewchi,
pagui, yasurupay, duni, wuúj thá is
gracias.*

Apreciaciones generales sobre el encuentro, temas pendientes y recomendaciones

El Encuentro ha significado una valiosa oportunidad para que funcionarios y técnicos responsables de los programas de tuberculosis de varios países latinoamericanos, analicen la epidemiología de la tuberculosis en los pueblos indígenas, compartan las experiencias desarrolladas y construyan propuestas encaminadas a incrementar el acceso a tratamientos

Surgieron muchas necesidades de modificación de las estrategias utilizadas hasta el momento y se elaboraron planes de trabajo que incorporaron las principales propuestas de estrategias. Estos planes deberán ser socializados y constituirse en propuestas concretas de cambio e innovación sobre la base de una decisión política firme y sostenida.

Toda la región latinoamericana debe contar con información lo más completa posible sobre la población indígena con el mayor nivel de desagregación territorial y con indicadores sanitarios y de condiciones de vida. Esta información puede escapar a las instituciones oficiales de salud y es necesario coordinar con las instancias nacionales responsables del desarrollo de los pueblos indios, las oficinas estatales de estadísticas nacionales, etc., con el fin de cruzar información que permita realizar una planificación adecuada de los servicios.

Esta información puede aportar datos para elaborar líneas de base previas a las intervenciones, de manera que sea posible evaluar los resultados e impactos en el mediano y largo plazo. Esta línea de base debe contar con información cualitativa y cuantitativa con el mayor nivel de desagregación geográfica posible y con indicadores que incluyan todas las referencias etno-culturales, de grupos étnicos y género, como información relevante para el buen uso de la información epidemiológica de la tuberculosis.

Como se ha podido apreciar a lo largo de las presentaciones de país, la tuberculosis significa un grave problema de salud pública entre los pueblos indios, cuyo abordaje rebasa el ámbito de la salud. Los pueblos indios han alcanzado niveles de representación política en la mayoría de países. Casi todos los países cuentan con oficinas gubernamentales y movimientos de cierta trayectoria que deben incorporar entre sus agendas políticas y sociales la solución a este tipo de problemas vitales que merman su potencial de desarrollo. Esto evidencia la necesidad de realizar eventos como este encuentro internacional con la participación de representaciones de gobiernos y de las organizaciones y movimientos indígenas con el fin de asumir compromisos conjuntos para el control definitivo de la tuberculosis entre los pueblos indios. El potencial organizativo y principios como la solidaridad, cooperación y reciprocidad que caracteriza a la gran mayoría de los procesos comunitarios indígenas² puede ser activado desde la voluntad decidida de asumir una corresponsabilidad en este tema.

Desde la misma lógica, tanto los actores como los gobiernos locales tienen un rol importante en el abordaje de la tuberculosis y la implementación de la estrategia DOTS. La participación local en la

² Sin que se afirme que sean características esencialmente indígenas.

ejecución y adaptación a las condiciones geográficas y culturales de los componentes de la estrategia es esencial para incrementar el diagnóstico y tratamiento completo y exitoso principalmente en la población dispersa. Sin embargo se debe tomar en cuenta que la estrategia DOTS debe responder a una política nacional de control de la tuberculosis, una política de salud pública que si bien debe adaptarse a las condiciones locales debe mantenerse como una política nacional cuya responsabilidad financiera y técnica recae en el Estado Central y debe trabajarse en coordinación con los gobiernos locales.

Varias experiencias sustentan el acceso a tratamiento a través de los agentes comunitarios. Es importante diseñar de mejor manera el último eslabón de la cadena de la estrategia en cada localidad. Se han visto experiencias exitosas de supervisión estricta del tratamiento por los agentes comunitarios, pero esto requiere de un sistema de seguimiento y supervisión muy bien diseñado y ejecutado por los servicios locales de salud. Esto debe ir acompañado de sistemas de logística adecuados para cada área geográfica y sistema de gestión, que aseguren las condiciones para que exista disponibilidad de los medicamentos en los servicios, que estos superen las barreras geográficas y que se pueda ejecutar efectivamente la supervisión estricta del tratamiento.

Los costos de sustentación de albergues para pacientes, más aún con sus familias van a ser siempre elevados y los tiempos de residencia en los mismos pueden generar dificultades en la adherencia al tratamiento. Estos presupuestos pueden ser trasladados hacia la implementación de estrategias logísticas como los gastos de operación de los agentes comunitarios en la supervisión estricta del tratamiento.

El incremento en la incidencia de la infección por VIH en población indígena se ha mencionado únicamente en la exposición de Venezuela, sin embargo el subregistro característico de dicha infección debe ser considerado a la hora de planificar las intervenciones, con el fin de detectar oportunamente la coinfección. Esto implica adicionalmente un nuevo reto para la salud pública que no debe demorar en plantear discusiones y búsqueda activa de alternativas, pues el ritmo de crecimiento de la epidemia de VIH así lo demanda.

Aunque obvio y redundante insistir en el hecho de los determinantes socio - económicos de la tuberculosis, la inversión que demanda una estrategia de tratamiento estrictamente supervisado puede articularse a otras iniciativas e intervenciones necesarias en este ámbito, tanto por la eficiencia al optimizar recursos como por las grandes y múltiples necesidades de estas poblaciones.

Anexo I: Agenda del Encuentro

Día	Hora	Actividad
Día 1	9:00–9:30	Bienvenida e inauguración del encuentro
	9:30–10:00	Presentación de los facilitadores y participantes
	10:00–10:15	Presentación y discusión de la metodología del encuentro
	10:15–10:45	Receso
	10:45–11:30	Sesión 1: Diversidad cultural y étnica en la región y Situación de salud de los pueblos indígenas
	11:30–12:15	Sesión 2: Epidemiología de la TB: análisis de brechas
	12:15–13:00	Sesión 3: La respuesta de los servicios de salud: la estrategia DOTS
	13:00–14:30	Almuerzo
	14:30 – 15:15	Sesión 4: Acceso y uso de los medicamentos anti-tuberculosos
	15:15 – 17:00	Actividad de Grupo: Análisis de las barreras al acceso y uso
Día 2	8:30–10:30	Sesión 5: Presentación de experiencias para mejora el acceso y uso
	10:30–11:00	Receso
	11:00 – 13:00	Sesión 5: Continua presentación de experiencias para mejorar el acceso y uso
	13:00–14:00	Almuerzo
	14:00 – 15:00	Sesión 6: Lecciones aprendidas
	15:00 – 16:00	Actividad de Grupos: Análisis de opciones para mejora el acceso y uso
	16:00–17:00	Plenaria: Presentación de conclusiones
Día 3	8:30 – 10:00	Actividad de Grupos: Elaboración de planes de trabajo
	10:00–10:30	Receso
	10:30 – 12:00	Plenaria: Presentación planes de trabajo
	12:00 – 12:30	Evaluación del encuentro
	12:30 – 13:00	Conclusiones y compromisos
	13:00 – 13:15	Clausura del evento

Anexo 2: Formularios enviados a los países para estandarizar la información a ser presentada en el encuentro

Información que debe ser recolectada y organizada por los participantes con anterioridad a su asistencia al curso

Instrucciones: Este formulario debe ser completado con la información mas reciente disponible en el país. Cite la fuente de la información. Puede utilizar hojas adicionales si es necesario. Lleve al taller esta información en formato impreso y electrónico. Cualquier duda puede ser consultada a Rocío Rojas (E-Mail: rojasroc@paho.org ; teléfonos: +1 202-974-3827).

1. Situación de los pueblos indígenas

<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Número de habitantes</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Descripción de situación de TB en los pueblos indígenas (prevalencia, pueblos de alto riesgo, etc.)</i>	<i>Descripción del acceso a los servicios de salud, particularmente en la implementación de DOTS u otros esquemas estandarizados (como vacunación). Elabore sobre barreras geográficas, financieras y culturales</i>	<i>¿Existe alguna actividad que trata el tema de acceso al tratamiento?*</i>

* Si su programa ha ensayado alguna actividad o esquema para mejorar el acceso a tratamiento o el uso apropiado de medicamentos en las comunidades indígenas (para TB, otra enfermedad o en general), por favor prepare una presentación de 5 minutos para presentar a los otros participantes el Día 2 del encuentro por la mañana. Use la guía titulada "Estudio de Caso" que esta incluida en este documento.

2. Situación de TB y Estrategia DOTS

Instrucciones: Este formulario debe ser completado con la información mas reciente disponible en el país. Cite la fuente de la información. Lleve al taller esta información en formato impreso y electrónico. Cualquier duda puede ser consultada a Rocío Rojas (e-mail: rojasroc@paho.org; teléfono: +1 202-974-3827) y a Andrés Hernández (e-mail: hermanan@paho.org; teléfono: +1 202-974-3928)

Año de inicio de aplicación estrategia DOTS: _____

Indicador	Valor	Fuente
Población cubierta por el programa de TB (% de población total) a) Población cubierta por TAES/DOTS b) Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado		
Población indígena cubierta (% de población indígena) a) Población indígena cubierta por TAES/DOTS b) Población indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado		
Tasa de incidencia TB población general (# casos nuevos x 100,000 habitantes)		
Tasa de incidencia población indígena(# casos nuevos x 100,000 habitantes en ese grupo)		
% curación población general		
% curación población indígena		
% abandono población general		
% abandono población indígena		
Esquema de tratamiento categoría I (medicamentos utilizados + duración del esquema)		
Esquema de tratamiento categoría II (medicamentos utilizados + duración del esquema)		

3. Estudio de caso

Instrucciones

1. Acuerde con el/la `segund@` participante del país la experiencia que será presentada
2. Elabore un estudio de caso de acuerdo a la siguiente tabla de contenidos. Este deberá ser enviado al Dr. Andrés Hernández (e-mail: hermanan@paho.org; teléfono: +1 202-974-3928) y copiado a Melissa Thumm (e-mail: mthumm@msh.org) antes del 22 de Septiembre de 2004, en 2 formatos:
 - Documento en MSWord con una extensión no mayor de 2 páginas
 - Presentación en MS Power Point (no mas de 10 slides para una presentación de 10 minutos)
3. El Dr. Hernández comunicará a los participantes la modalidad de la presentación durante el encuentro (exposición oral o poster)

Contenido

Describa una experiencia local—exitosa o no—que haya tenido como intención mejorar el acceso de la población indígena a tratamiento anti-tuberculoso³. Para organizar la descripción utilice la siguiente guía:

1. Descripción de la situación de la TB y respuesta de los servicios antes de la intervención:
2. Descripción de la intervención de acuerdo a los siguientes parámetros:
 - a. Fecha de inicio
 - b. Institución responsable
 - c. Descripción del mecanismo o modelo operativo
 - d. Beneficiarios
 - e. Obstáculos durante la implementación
 - f. Resultados
 - g. Sostenibilidad
3. Descripción de la situación de la TB y la organización de los servicios de salud al finalizar la intervención
4. Lecciones aprendidas (al momento de querer replicar la experiencia, qué es lo que funcionó, qué es lo que no funcionó, qué intervenciones dieron los mejores y/o peores resultados en el mejoramiento del acceso al tratamiento.)

³ Alternativamente pueden presentarse experiencias para mejorar el acceso a terapéutica estandarizada para otras patologías (malaria, SIDA, enfermedades prevenibles por vacunación). Las experiencias deben ser potencialmente aplicables en TB.

Hoja de trabajo N° 1

Potenciales barreras al acceso de medicamentos

Instrucciones

1. Se conformaran 4 grupos de trabajo con representantes de diversos países
2. De acuerdo a las dimensiones del acceso a los medicamentos y el uso apropiado de los mismos, cada grupo analizara:
 - i. La situación actual compartida por los pueblos indígenas de los países representados
 - ii. Alternativas practicas y fácil implementación para eliminar las barreras al acceso y uso apropiado de medicamentos anti-tuberculosos

<i>Dimensión</i>	<i>Problema</i>	<i>Causa(s) potencial(es)</i>	<i>Soluciones potenciales</i>
<i>Disponibilidad</i> <i>(de servicios y de medicamentos)</i>			
<i>Accesibilidad Geográfica</i>			
<i>Accesibilidad financiera</i> <i>(incluyendo otros gastos en los que se incurre para acceder al tratamiento)</i>			
<i>Aceptación</i> <i>(actitudes, cultura)</i>			
<i>Otros:</i>			

Hoja de trabajo No 2

Análisis de opciones para mejorar el acceso

<i>Lecciones</i>	<i>Opciones por Área de Intervención</i>		
	<i>Político-Estratégico</i>	<i>Técnico-Normativo</i>	<i>Operativo</i>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
8.			
9.			
10.			

Hoja de trabajo No 3

Elaboración de planes

País _____

<i>Nivel de intervención</i>	<i>Actividades</i>	<i>Resultados esperados</i>	<i>Responsable</i>	<i>Recursos necesarios</i>
Político-Estratégico				
Técnico Normativo				
Operativo				

Anexo 3: Situación de la TB en los países de América Latina

Nicaragua

1. Situación de los pueblos indígenas en la Región Autónoma Atlántico Norte

Nombre de los Pueblos Indígenas	Número de Habitantes en el País	Como % de la Población total	Departamento /Región que habitan	Descripción de Situación de TB en los pueblos Indígenas (Incidencia, pueblos en alto riesgo et.c). Año 2004.	Descripción al acceso a los Servicios de Salud, particularmente en la Implementación de DOTS u otros Esquema estandarizados (como vacunación). Elaboración sobres Barreras geográficas, financieras y culturales.	Existe alguna actividad que trata el tema de acceso al tratamiento
Sumus/ Mayagnas	13,500	18.4 % 57.3 % 18.0% 5.0% 1.0% 0.3%	Bonanza Rosita Waspam Siuna Prinzapolka Puerto Cabezas	2 x 100,000 hab. 20 x 100,000 hab. 20 x 100,000 hab. 19 x 100,000 hab. 35 x 100,000 hab.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Paciente es captado en la consulta externa como un Sintomático Respiratorio (SR + 15 días) ➤ Se realiza solicitud de Estudios Bacteriológicos (BAAR) ➤ Se inicia tratamiento Acortado en los casos nuevos ➤ En casos de recaída, retratamiento y/o Vuelto a tratar es el Esquema Retratamiento. ➤ En ambos esquemas el tratamiento en la primera fase es estrictamente supervisado, solamente en el esquema Retratamiento el paciente tiene que estar Hospitalizado. ➤ Aplicación de BCG en Recién Nacidos y en niños menores de 1 año 	<p>Se esta iniciando la implementación de TAES Comunitario en todo el país.</p> <p>Se esta realizando la prueba piloto en tres departamentos Entrega de paquete alimentario para mejorar la adherencia al tratamiento</p>
Mismitos	150,000	40.8 43 % 2.3% 1.5% 9.3 % 3.1%	Waspam Puerto Cabezas Prinzapolka Bonanza. Rosita Siuna			
Créole	8,659	69.6% 29.2% 6% 5.2%	Puerto Cabezas Siuna Bonanza Rosita			

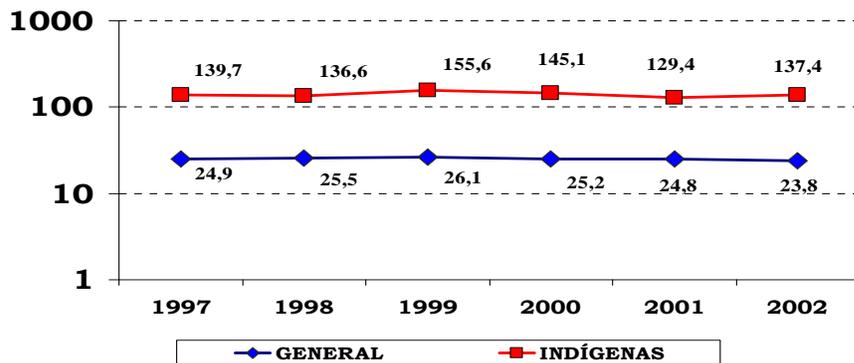
Situación de TB y Estrategia DOTS

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
Población cubierta por el Programa de TB(% de la población total)	100 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
a) Población cubierta por TAES/DOTS	0 %	
b) Población cubierta por otro esquema estandarizados no estrictamente observado		
Población Indígena cubierta (% de población indígena).	100 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
a) Población Indígena cubierta por TAES/DOTS	0%	
b) Población Indígena cubierta por otros esquemas estandarizados no estrictamente observados.		
Tasa de Incidencia TB población general (No. Casos nuevos x 100,000 habitantes).	45.6 x 100,000 habitantes	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
Tasa de Incidencia TB población Indígena (No. Casos nuevos x 100,000 habitantes).	55.5 x 100,000 habitantes	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
% de Curación Población General.	82 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
% de Curación Población Indígena	86.09 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
% de Abandono Población General	9.93 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
% de Abandono Población Indígena	7.95 %	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
Esquema de Tratamiento Categoría I (Medicamentos – Duración del esquema).	Esquema Acortado duración 8 meses.	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.
Esquema de Tratamiento Categoría II (Medicamentos – Duración del esquema).	Retratamiento duración 8 meses	Programa Control de Tuberculosis SEDE SILAIS RAAN.

Venezuela

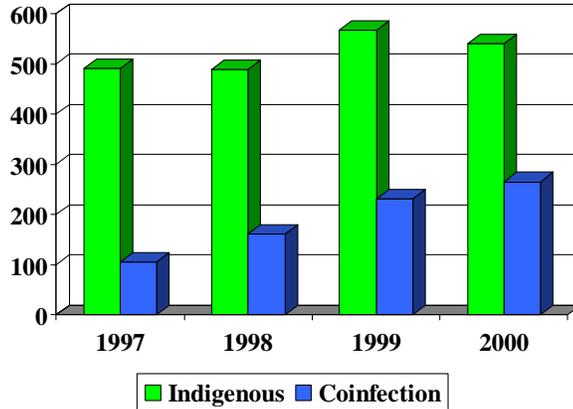


TASA DE INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PARA POBLACIÓN GENERAL E INDÍGENA VENEZUELA 1997 - 2002



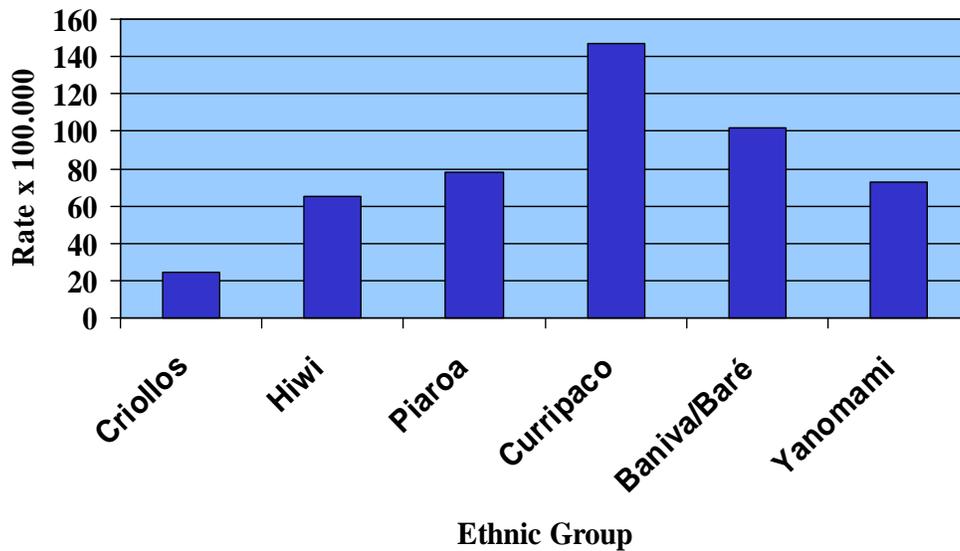
PROGRAMA NACIONAL DE CONTROL DE TUBERCULOSIS

Number of Cases of TB within indigenous population and coinfection with HIV, Venezuela 1997 - 2000



National Control Programme

TB Incidence Rates by Ethnic Group Amazonas, Venezuela 1997- 2000



Amazonas TB Control Programme

**Presence of BCG scar (%)
by age groups in ethnic groups and location**

Amazonas 1996 - 1998

Age group	Hoti/Caño Iguana (n=151)	Yanomam (AO) (n=195)	Yanomam (Parima) (n=363)	Yanomam (RN) (n=131)	Curripaco (RN) (n=171)	Curripaco (Magua) (n=219)	Piaroa (Marieta) (n=398)
0 – 4	52	5	0	38	50	25	63
5 – 14	23	9	19	83	70	36	92
15– 24	3	48	92	60	77	51	95
≥ 25	6	83	64	49	36	47	90
Total	19	45	37	58	56	41	85

TB UNIT - CAICET

PPD hypersensitivity in individuals without BCG scar within indigenous population, Amazonas-Venezuela 1996 - 1998

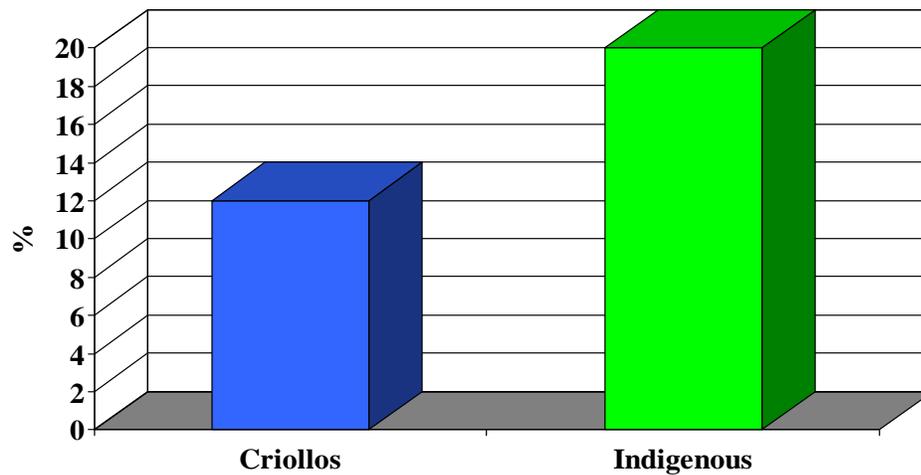
	Hoti	Yanomami			Curripaco		Piaroa
Age Group	Caño Iguana n= 151	Alto Orinoco n=195	Parima n=363	Río Negro N=131	Río Negro n=71	Magua n=219	Marieta n=398
< 15	12% (6/52)	0% (0/84)	2% (2/114)	0% (0/27)	0% (0/14)	8% (4/62)	2% (1/41)
≥ 15	26% (18/71)	3% (2/58)	42% (17/41)	48% (12/28)	47% (8/17)	64% (37/58)	43% (6/14)
Total	17% (21/123)	1% (1/142)	12% (19/155)	22% (12/55)	26% (8/31)	34% (41/120)	13% (1/8)

B UNIT - CAICET

TB Infection Rate by age group in Yanomami villages with different level of contact with dominant culture.

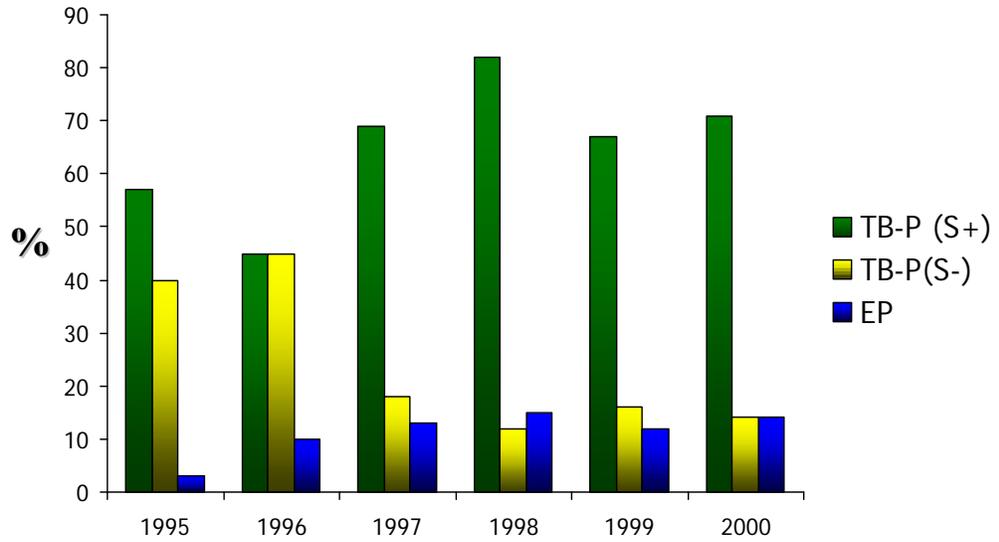
Age group	Alto Ocamo	Alto Orinoco	Parima	Casiquiare
< 15 years	0% 0/41	0% 0/77	2% 2/114	0% 0/27
de 15 years	8% 5/60	12% 7/60	42% 17/41	47% 12/28
Total	3.5% 5/141	5% 7/137	12% 19/155	22% 12/55
Contact with criollos	Low or none direct contact. Movements to ilegal mining areas	Area of Biosphere Reservation. Presence of Missions and Health Services	Area of Biosphere Reservation. Presence of Missions and Health Services and Military Bases	Out of Reservation. Intense contact with "criollos", tourists and other ethnic groups.

**Default rates by ethnic group
Amazonas, Venezuela 1992-1998**



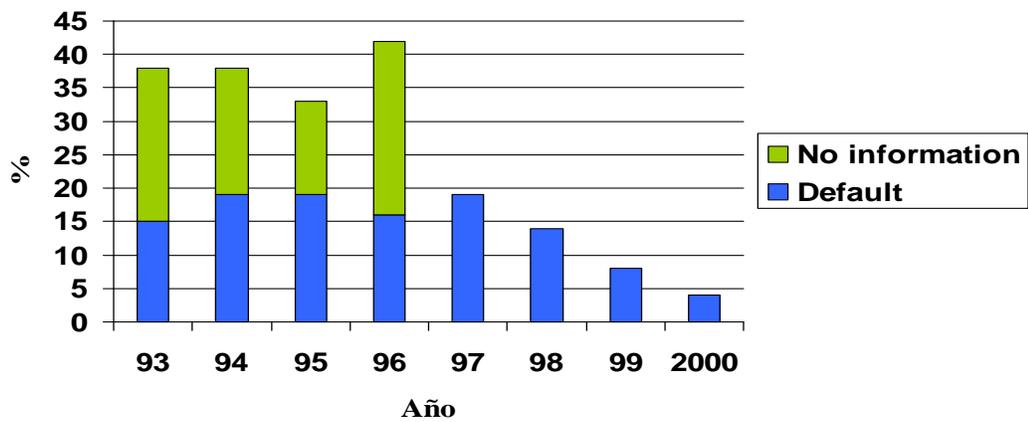
Amazonas TB Control Programme

TUBERCULOSIS CASES AMAZONAS 1993 - 2000



Amazonas TB Control Programme

% of TB treatment default Amazonas 1992 - 2000



Amazonas TB Control Programme

**Gráfico 1: Tasa de Incidencia Anual por Tuberculosis. Estado Amazonas.
1 980 - 2 003.**

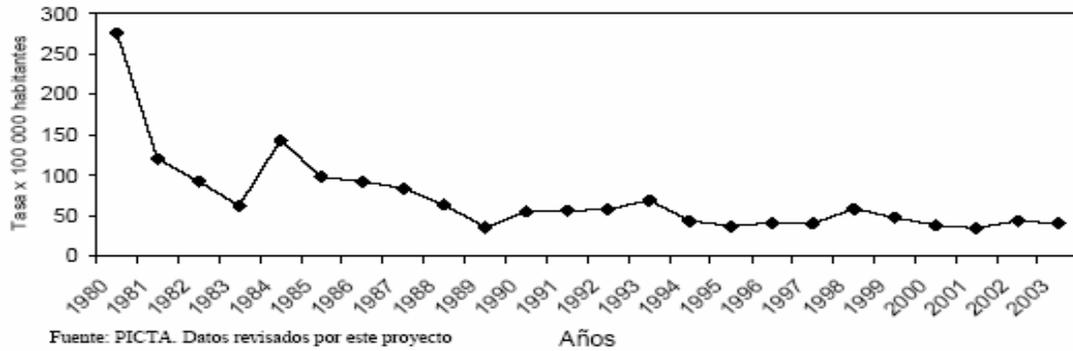


Gráfico 2: Tasa de Incidencia Anual de tuberculosis. Casos confirmados. Estado Amazonas. De 1 980 a 2 003

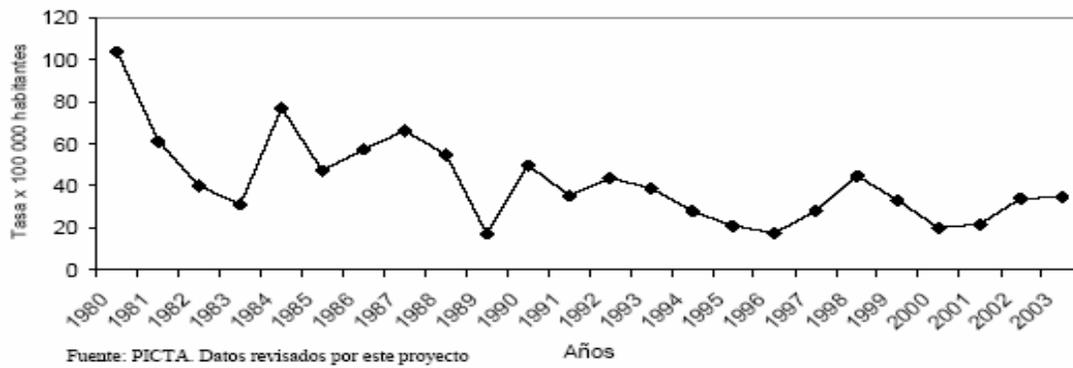


Gráfico 3: Tasa de Incidencia Anual de tuberculosis. Población indígena y no indígena. Estado Amazonas. 1 980 - 2 003

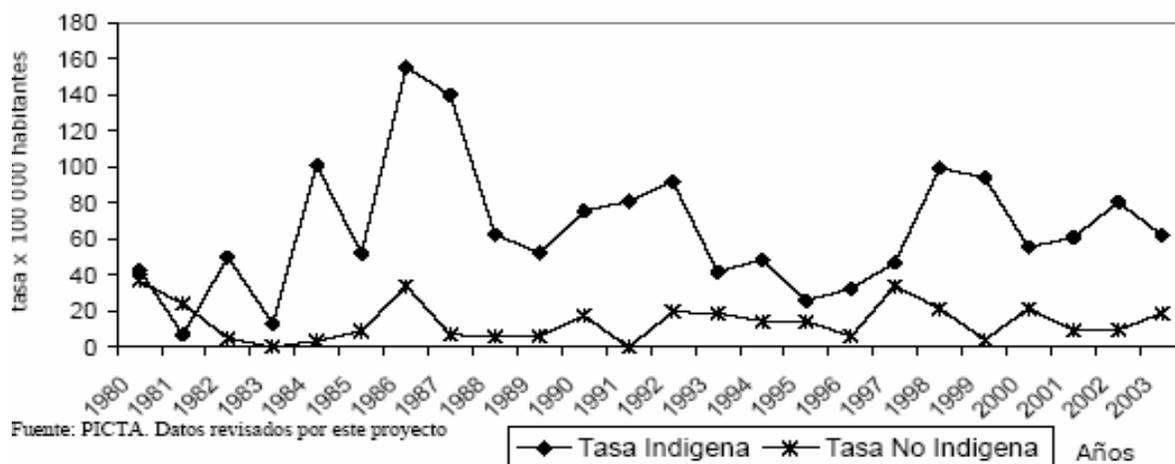


Gráfico 4: Tasa de Incidencia de tuberculosis. Grupos étnicos. Estado Amazonas. 1 997 - 2 003

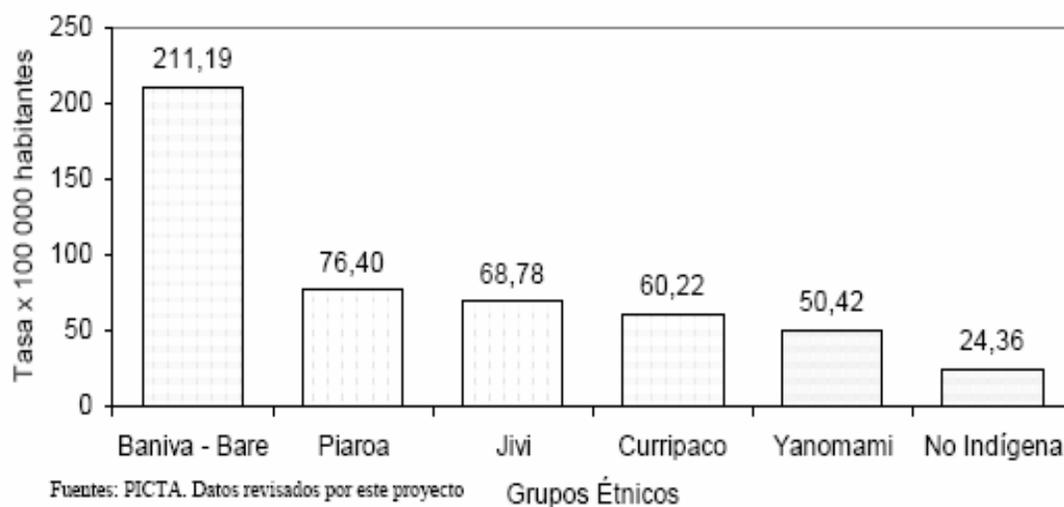
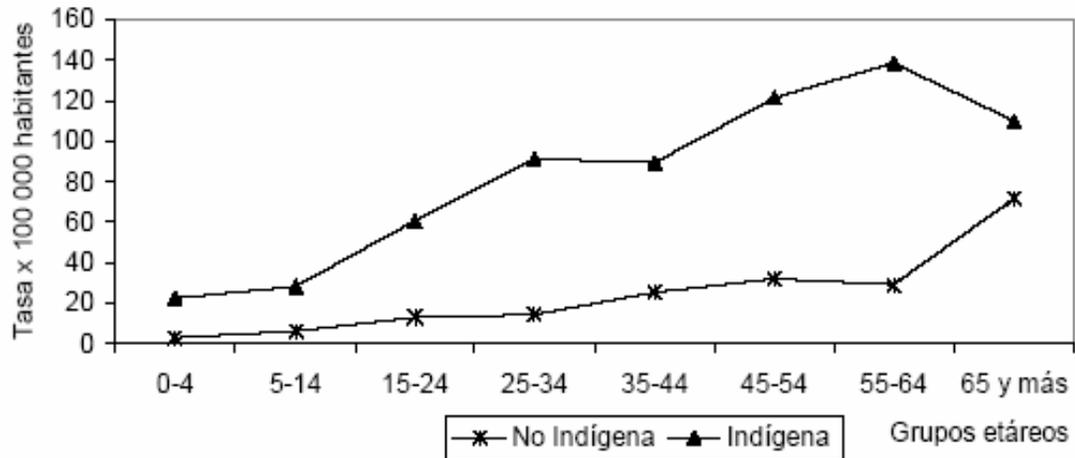
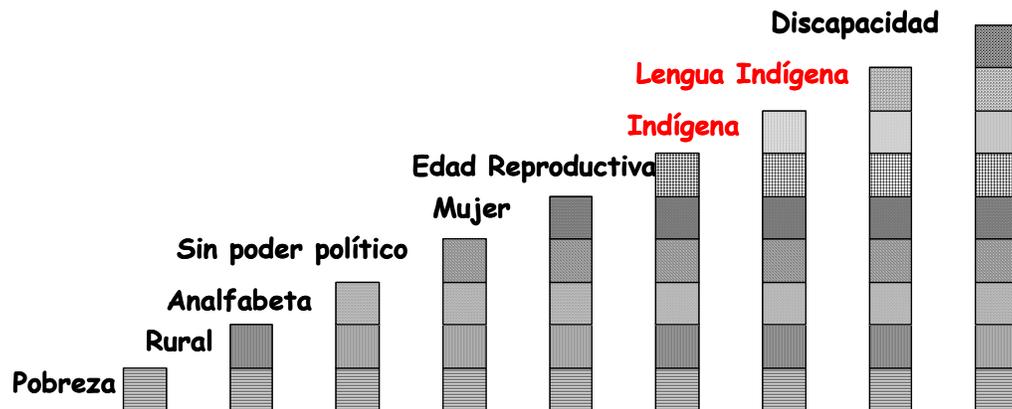


Gráfico 5: Tasa de Incidencia Anual de Tuberculosis por grupos etáreos. Indígenas y No indígenas. Estado Amazonas. 1 997 - 2 003



Fuentes: PICTA. Datos revisados por este proyecto

Efecto Acumulativo de la Exclusion



Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas, OPS 2001

Colombia

Colombia indígena

Grupos étnicos

Población indígena: 876.680 habitantes (2.0%)
 En Resguardos: 743.899 habitantes
 Fuera de los Resguardos: 132.781 habitantes

Situación de los pueblos indígenas

<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Descripción de situación de TB en los pueblos indígenas (prevalencia, pueblos de alto riesgo, etc.)</i>	<i>Descripción del acceso a los servicios de salud, particularmente en la implementación de DOTS u otros esquemas estandarizados (como vacunación). Elabore sobre barreras geográficas, financieras y culturales</i>	<i>¿Existe alguna actividad que trata el tema de acceso al tratamiento?*</i>
Ver el cuadro de la parte inferior sobre población indígena.	876.680	2.0	Todo el país	Incidencias de 110 a 60 casos por 100.000.	El 62.3% (546.442 habitantes) de la población indígena está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de Administradoras del Régimen Subsidiado (ARS indígenas y otras). Existen barreras geográficas de acceso, conflicto armado y desplazamiento, factores que dificultan la atención de la población indígena.	Los Planes de Atención Básica (PAB) municipales incluyen el tema de acceso al tratamiento.

Nombre pueblos indígenas

<i>Achagua</i>	<i>Carapana</i>	<i>Kamëntsa Karijona</i>	<i>Makusa</i>	<i>Quillasinga</i>	<i>U'wa (Tunebo)</i>
<i>Amorua</i>	<i>Chimila</i>	<i>Kawiyari</i>	<i>Masiguare</i>	<i>Saliba</i>	<i>Uitoto</i>
<i>Andoke</i>	<i>Chiricoa</i>	<i>Kofan</i>	<i>Matapi</i>	<i>Senú</i>	<i>Wanano</i>
<i>Arhuaco</i>	<i>Cocama</i>	<i>Kogui</i>	<i>Miraña</i>	<i>Sikuani</i>	<i>Waunan</i>
<i>Arzario</i>	<i>Coconuco</i>	<i>Kubeo</i>	<i>Muisca</i>	<i>Siona</i>	<i>Wayuu</i>
<i>Awa (Kwaiquer)</i>	<i>Coreguaje</i>	<i>Kuiba</i>	<i>Nasa (Páez)</i>	<i>Siriano Taiwano</i>	<i>Yagua</i>
<i>Bará</i>	<i>Coyaima Desano</i>	<i>Kuna</i>	<i>Nonuya</i>	<i>Tanimuka</i>	<i>Yanacona</i>
<i>Barasana</i>	<i>Dujos</i>	<i>Kurripako</i>	<i>Ocaina</i>	<i>Tariano</i>	<i>Yauna</i>
<i>Barí</i>	<i>Embera</i>	<i>Letuama</i>	<i>Piapoco</i>	<i>Tatuyo</i>	<i>Yuko</i>
<i>Betoye</i>	<i>Guambiano</i>	<i>Makaguaje</i>	<i>Piaroa</i>	<i>Tikuna</i>	<i>Yukuna</i>
<i>Bora</i>	<i>Guanaca</i>	<i>Makaguane</i>	<i>Piratapuyo</i>	<i>Totoro Tsiripu</i>	<i>Yurutí</i>
<i>Cañamomo</i>	<i>Guayabero</i>	<i>Makú Makuna</i>	<i>Pisamira</i>	<i>Tucano</i>	
<i>Carabayo</i>	<i>Inga</i>		<i>Puinabe</i>	<i>Tuyuka</i>	

Fuente: DANE, proyecciones a 2004. DNP para población fuera de los Resguardos.

2. Situación de TB y Estrategia DOTS

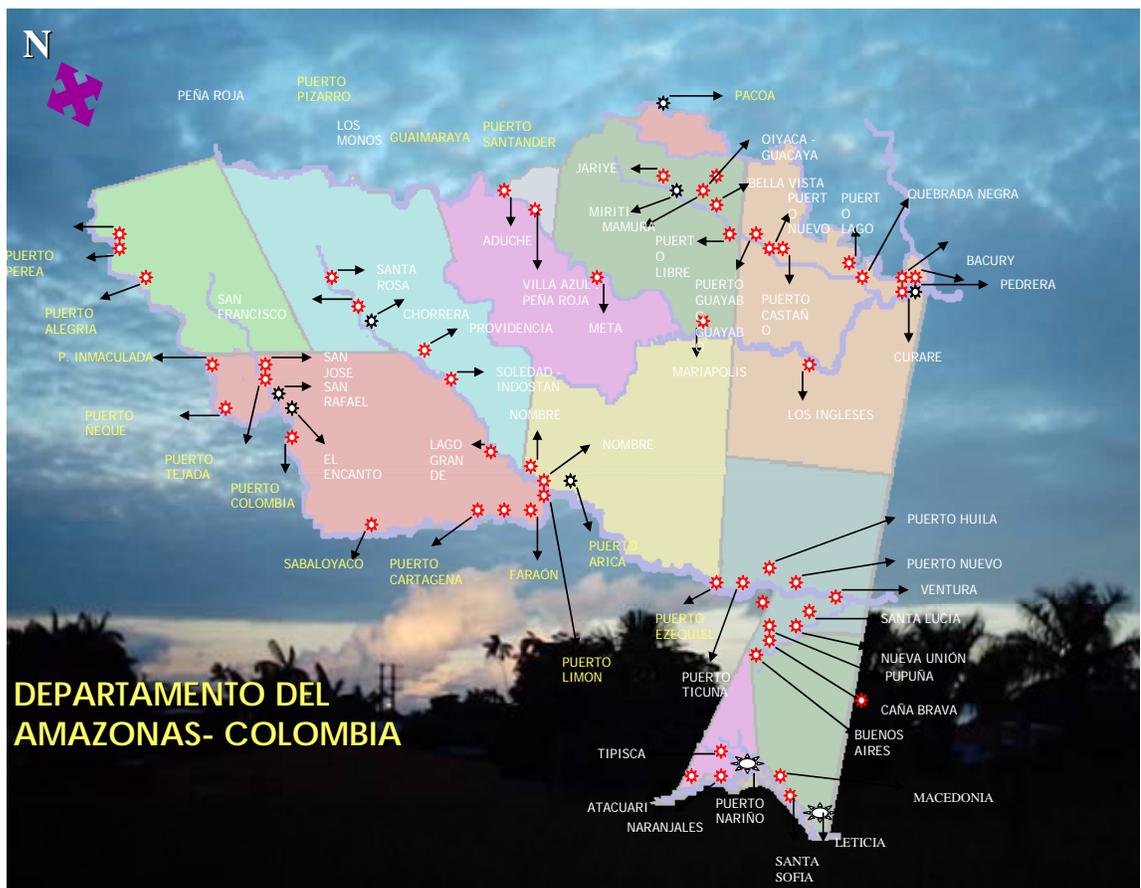
Año de inicio de aplicación estrategia DOTS: 2002

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
Población cubierta por el programa de TB (% de población total)		
a) Población cubierta por TAES/DOTS	19 %	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
b) Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	81 %	
Población indígena cubierta (% de población indígena)		
a) Población indígena cubierta por TAES/DOTS	15.7 %	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
b) Población indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	84.3 %	
Tasa de incidencia TB población general (# casos nuevos x 100,000 habitantes)	26.1	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
Tasa de incidencia población indígena(# casos nuevos x 100,000 habitantes en ese grupo)	112-60 por 100.000	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
% curación población general	62.1	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
% curación población indígena	62.1	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
% abandono población general	9.8	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social
% abandono población indígena .	11	Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Grupo de Promoción y Prevención, Ministerio de la Protección Social

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
Esquema de tratamiento categoría I (medicamentos utilizados + duración del esquema)	Primera fase: 48 dosis Rifampicina+ Isoniazida (R+H), Estreptomina (S) y/o Etambutol, Pirazinamida, Isoniazida, Rifampicina jarabe. 48 dosis primera Segunda fase: 36 dosis Isoniazida, Asociación Rifampicina+Isoniazida	
Esquema de tratamiento categoría II (medicamentos utilizados + duración del esquema)		

Colombia, Departamento del Amazonas

Extensión:	109.665 Km.
Altura sobre nivel del mar:	200 msnm
Temperatura:	25 – 30° C.
Principales afluentes:	río Amazonas, río Putumayo, río Caquetá
Población Total (año 2003):	76,381 hab.
Densidad de Población:	0.7 hab.x Km.
Total de etnias indígenas:	25
Familias lingüísticas:	14 (Tukana, Arawak, Uitoto, Tupi)



INDICADORES SOCIODEMOGRAFICOS
AMAZONAS - COLOMBIA

DINAMICA DE LA POBLACION ^[1]		Amazonas	Colombia
Tasa bruta de natalidad por mil habitantes, Año 2003	Total	34,8	21,7
	Zona urbana	82,5	21,6
	Zona rural	5,5	25,6
Nacimientos esperados en el 2003		2.356	950.939
Tasa global de fecundidad por 1.000 mujeres		129,6	78,9
Tasa bruta de mortalidad por 1.000 habitantes (Año 2003)		5,8	5,4
Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos en el 2003	Hombres	47,6	29,2
	Mujeres	37,2	21,8
Esperanza de vida al nacer (años)	Total	67,4	62,6
	Hombres	63,4	69,2
	Mujeres	71,6	75,3

[1] Proyecciones Departamentales de población por edad y sexo, 1990-2015. DANE, Serie Estudios censales No.2, 1998

SANEAMIENTO BASICO
AMAZONAS – COLOMBIA 2003

ACCESO A SERVICIOS PUBLICOS DOMICILIARIOS, 2003		
Cobertura de conexión al Acueducto	Amazonas (Leticia)	57,2%
	Colombia	95,2%
Cobertura de conexión al Alcantarillado	Amazonas (Leticia)	38,8%
	Colombia	86,2%
Porcentaje de agua apta para consumo humano	Amazonas	0,0%
	Colombia	70,0%

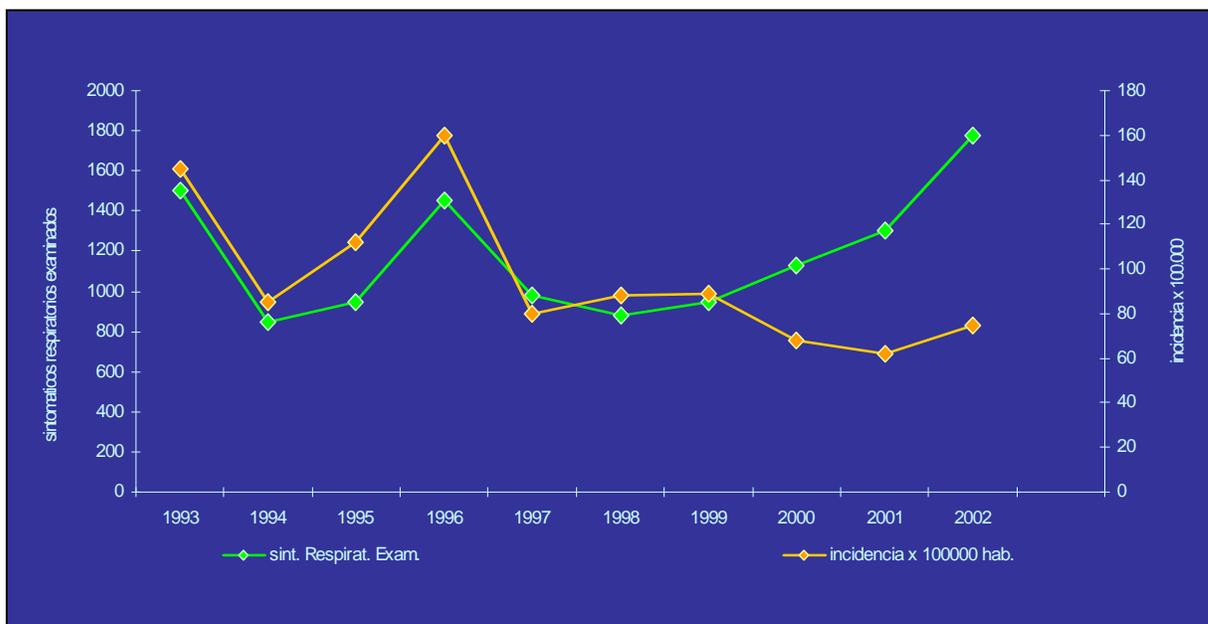
COBERTURAS DE VACUNACION EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 1 AÑO
AMAZONAS – COLOMBIA 2002

Biológicos del PAI		Amazonas	Colombia
Población menor de 1 año		2,249	949,848
POLIO	3. dosis	1,194	787,064
	%	53,1	82,9
DPT	3. dosis	1,212	764,972
	%	53,9	80,5
BCG	U. dosis	1,764	828,279
	%	78,4	87,2
HEPATITIS B	3. dosis	1,366	743,501
	%	60,7	78,3
Hib	3. dosis	1,342	654,687
	%	59,7	68,9
Población de 1 año		117,686	923,046
T.V.	U. dosis	1,507	861,236
	%	72,8	93,3

Situación de Salud en Colombia, Indicadores Básicos 2003.
Ministerio de Salud, INS, OPS.
INDICADORES DE MORBILIDAD

INDICADORES DE MORBILIDAD (Tasas x 100.000 habitantes) ^[1]				
Enfermedades de Notificación Obligatoria	Año 2000		Año 2001	
	Casos	Incidencia	Casos	Incidencia
Infección Respiratoria Aguda	7.038	9.984,5	6.937	9.575
Enfermedad Diarreica Aguda	5.184	7.354,3	5.187	7.159
Malaria	1.802	2.556,4	1.613	2.226
Neumonía	379	537,7	859	1.185
Enfermedad Hipertensiva	329	466,7	671	926,2
Tuberculosis todas las formas	65	92,2	65	89,7
Sífilis congénita (tasa x 100.000 nacidos vivos)	11	436,7	4	388,7

Datos del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública –SIVIGILA – Secretaría Departamental de Salud del Amazonas



TUBERCULOSIS EN EL AMAZONAS 1999-2002

AÑO	1999	2000	2001	2002
Numero total de casos	83	65	65	73
Número total de Bk (+)	62	48	51	56
Incidencia total	119.8	92.2	89.7	95
Incidencia Bk (+)	89.1	68.1	62.1	75.3
Mortalidad x 100.000 hab.	ND	5	11	5
Letalidad	ND	0%	11	5.4

Ecuador

INFORMACIÓN GENERAL 2003

Población General: 13'342.658 Habitantes

Población > de 15 Años: 8'116.588 Habitantes

Consultas en > de 15 Años: 2'922.791 Consultas

Superficie Territorial: 256.370 Km2

Densidad Poblacional: 47 hab. / Km2

SITUACION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

<i>Región que habitan</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Número de habitantes</i>	<i>% de la población total</i>	<i>Idioma</i>
SIERRA	Otavalos	65.000 personas	0.52 %	Kichwa y Español
	Kayambis	147.000 personas	1.18%	
	Kitu kara	100.000 personas	0.80 %	
	Panzaleos	45.000 personas	0.36 %	
	Salasakas	12.000 personas	0.10 %	
	Puruha	400.000 personas	3.2 %	
	Kañari	150.000 personas	1.2 %	
	Saraguros	60.000 personas	0.48 %	
	Total	979.000 personas	7.83 %	

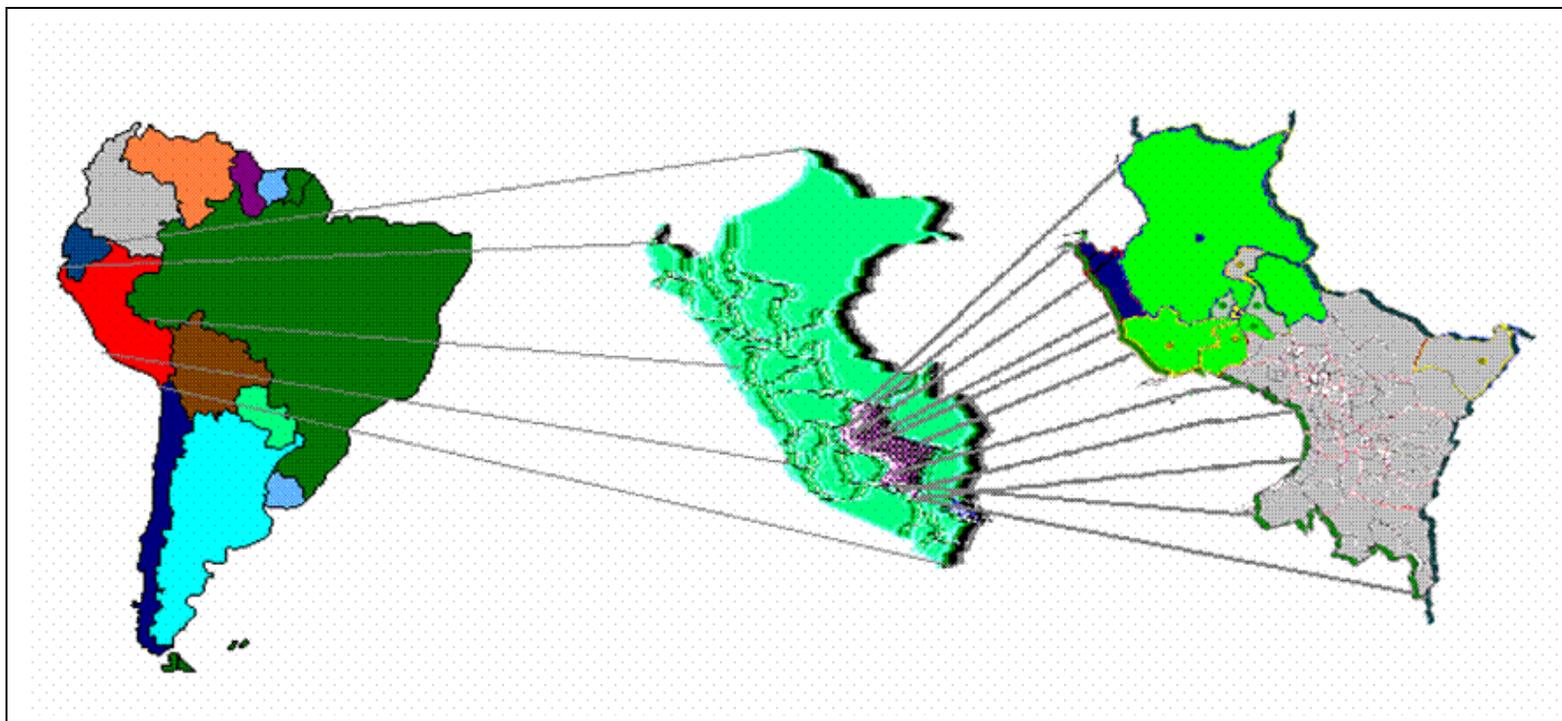
<i>Región que habitan</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Número de habitantes</i>	<i>% de la población total</i>	<i>Idioma</i>
AMAZONIA	Kichwa	80.000 personas	0.64 %	Kichwa y Español
	Shuar			
	Achuar			
	Sionas			
	Secoyas			
	Cofanes			
	Hauronais			
COSTA	Manta-wancavilcas-puna	10.000 personas	0.08 %	Español
	Awas			
	Chachis			
	Tzachilas			
TOTAL		1.069.000	8.55 %	

	<i>SITUACIÓN DE TUBERCULOSIS</i>	<i>ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD "DOTS"</i>
SIERRA	<p>no existe datos estadísticos exclusivos de poblaciones indígenas las poblaciones indígenas son de alto riesgo por su situación socio-económica incidencia de TB altas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad en el acceso a u.o: <ul style="list-style-type: none"> - Costumbres ancestrales: medicina tradicional – shamanismo - Población dispersa ➤ DOTS: implementado en Pichincha y Azuay
AMAZONIA	<p>la provincias amazónicas (5) tienen las tasa de incidencia de Tb. mas alta, en el país en tb. las poblaciones kichwas son de alto riesgo por su condición socio-económica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad en el acceso a u.o: <ul style="list-style-type: none"> ○ déficit de unidades operativas ○ población dispersa. ○ situación de extrema pobreza ○ déficit de vías de comunicación (solo fluvial o aérea) ○ costumbres ancestrales: medicina tradicional – shamanismo ➤ Experiencia local: "dots" cantón ARCHIDONA - provincia de Napo
COSTA	<p>No existen datos estadísticos exclusivos de poblaciones indígenas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dificultad en el acceso a u/o: <ul style="list-style-type: none"> ○ déficit de unidades operativas ○ población dispersa. ➤ DOTS: implementado en la provincia de guayas

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
POBLACION CUBIERTA POR EL PROGRAMA DE TB (% de población total) Población cubierta con "TAES/DOTS" Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	55.5 % 15 %	Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2003
POBLACION INDIGENA CUBIERTA (% de población Indígena). Población Indígena cubierta con "TAES/DOTS" Población Indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado.	15.90 % 30 %	Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2003 Dirección Provincial de Salud de Napo: Dep. Est.
TASA DE INCIDENCIA TB POBLACION GENERAL (Numero de casos nuevos x 100. 000 habitantes) 2003	TB Todas las formas: 43.54 X 100.000 Hab. TB Pulmonar: BK+ 33.64 X 100.000 Hab. BK- 6.21 X 100.000 Hab. TB Extrapulmonar: 3.45 X 100.000 Hab. TB Meníngea: 0.16 X 100.000 Hab.	Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2003
TASA DE INCIDENCIA POBLACION INDIGENA, 2003 (Numero de casos nuevos x 100 habitantes de ese grupo)	Experiencia local, Cantón Archidona, 2003: 0.46 %	Dirección Provincial de Salud de Napo: Departamento de Estadística
% CURACION POBLACION GENERAL	País: Cohorte de casos nuevos BK+ 2003: 995 Curados: 79.98 %	Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2003
% CURACION POBLACION INDIGENA	Experiencia local, Cantón Archidona, 2003: 91.7 %	Dirección Provincial de Salud de Napo: Departamento de Estadística
% DE ABANDONO POBLACION GENERAL	País, 2003: 106 abandonos: 8.87 %	Programa Nacional de Control de Tuberculosis 2003

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
% DE ABANDONO POBLACION INDIGENA	Experiencia local, Cantón Archidona, 2003: 1.58 %	Dirección Provincial de Salud de Napo: Departamento de Estadística
ESQUEMA DE TRATAMIENTO I (Medicamentos utilizados + duración del Esquema(2HRZE/4H3R3	Manual de Normas Técnicas, Métodos y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis. 2002. MSP del Ecuador, PCT.
ESQUEMA DE TRATAMIENTO II (Medicamentos utilizados + duración del Esquema(2HRZES-1HRZE/5H3R3E3	Manual de Normas Técnicas, Métodos y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis. 2002. MSP del Ecuador, PCT.

Cusco, Perú



Población Total del Cusco
Población en Áreas de Riesgo de Tuberculosis

1'237,803 Hab.
18,750 Hab.

Altitud :

650 m.s.n.m. – 1050 m.s.n.m. (SELVA BAJA Y SELVA ALTA)

SITUACION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS ALTO URUBAMBA

Nombres y Pueblos Indígenas	N° de Hab.	% de la Pob. Total	Dep. / Región que Habitan		Vías de Com	Descripción del acceso a los Servicios de Salud, particularmente en la implementación del DOTS u otros Esquemas Estandarizados	¿Existe alguna actividad que trata el tema de acceso al tratamiento?*
				Etnia			
Chirumbia	272	0.14	Departamento : Cusco Provincia : La Convención Distrito : Echarate	Machiguenga	Trocha carrozable, Carretera, Camino Peatonal, Fluvial	<ul style="list-style-type: none"> El Ministerio de Salud a través de la Dirección Regional Cusco - Red La Convención – Micro- Red Kiteni del Alto Urubamba brinda Servicios de Salud a las 16 comunidades indígenas, de las cuáles sólo el 37.5% tienen acceso a 6 EE.SS y en la Micro – Red- Camisea del Bajo Urubamba de las 22 Comunidades indígenas solo el 45.5% acceden a 10 EE.SS, como consecuencia existe una capacidad resolutive reducida de los EE SS priorizando acciones de promoción, prevención y control. La inaccesibilidad geográfica que aísla a las Comunidades indígenas así como dificulta el desplazamiento del personal de salud pues el único medio de transporte es la vía fluvial, la que cuenta con pequeñas embarcaciones que prestan servicio una vez por semana , aunada al elevado costo de los combustibles y la turbulencia marcada de los ríos que no dan seguridad en el transporte. Los EE.SS cuentan con personal de Salud Básica, existiendo barreras con el idioma – dialectos con la peculiaridad de cada una de las comunidades – desconociéndose por tanto la cultura propia de las comunidades indígenas. Caracteriza a las comunidades la pobreza y pobreza extrema agudizada por una identidad cultural en conflicto la que trasciende en una escasa participación comunitaria y un acelerado menoscabo de la actividad agrícola, esto como consecuencia de los recientes trabajos en el proceso de explotación del gas de Camisea. 	<p>El Centro de Salud de Kirigueti con el apoyo de la Iglesia Católica en la construcción, cuenta con la casa del enfermo con una infraestructura mínima, la misma que no tuvo sostenibilidad sobre todo por falta de alimentos para los periodos de permanencia del tratamiento .</p> <p>El equipo Itinerante realiza Atención Integral a las comunidades indígenas y por lo extenso de la zona de intervención la concentración de atención mejoro, respecto a los EE.SS fijos, en 4 visitas por año con permanencia de 2 a 3 meses de acuerdo a las necesidades de la comunidad.</p>
Koribeni	626	0.13					
Sangobatea	94	0.05					
Chakopisiato.	60	0.03					
Inkare.	67	0.03					
Shima.	547	0.27					
Tivoriari.	139	0.07					
Tipeshiari	66	0.03					
Alto Picha.	63	0.03					
Corimani	70	0.03					
Montecarmelo.	501	0.25					
Poyentimari.	284	0.14					
Matoriato.	332	0.17					
Yoquiri.	69	0.03					
Aendoshiari.	107	0.05					
Porenkishiari.	45	0.02					

Situación de TB y Estrategia DOTS

Indicador	Valor	Fuente
Población cubierta por el programa de TB (% de población total) a) Población cubierta por DOTS b) Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	7.1 % 73.0 % 27.0 %	- Libro de atenciones de SR dentro las atenciones mayores de 15 años - Informe operacional. - Informe Operacional
Población indígena cubierta (% de población indígena) a) Población indígena cubierta por DOTS b) Población indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	3.0 % 60.0 % 40.0 %	- Libro de atenciones de SR dentro las atenciones mayores de 15 años - Informe Operacional – Evaluación de actividades 2003 - Informe Operacional - Evaluación de actividades 2003
Tasa de incidencia TB en la Convención (x 100,000 hab.)	161.8 x 100,000 hab.	- Informe Operacional – Evaluación de actividades 2003
Tasa de incidencia en población indígena (x 100,000 hab.)	141.4 x 100,000 hab.	- Informe Operacional - Evaluación de actividades 2003
% curación en población general	93.9 %	- Estudio de cohorte Esquema UNO
% curación en población indígena	100 %	- Estudio de cohorte Esquema UNO
% abandono en población general	4.4 %	- Estudio de cohorte Esquema UNO
% abandono en población indígena	0 %	- Estudio de cohorte Esquema UNO
Esquema de tratamiento categoría I (medicamentos utilizados + duración del esquema)	Red La Convención total de casos con Esquema I en el año 2003 fue de 214 con una duración de 6 meses de tratamiento con R, H, Z, E. En la población indígena con 6 casos.	
Esquema de tratamiento categoría II (medicamentos utilizados + duración del esquema)	Red La Convención total de casos con Esquema II en el año 2003 fue de 19 casos con una duración de 8 meses de tratamiento con R, H, Z, E, S. En la población indígena con 2 casos.	

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS Y RESPUESTA DE LOS SERVICIOS ANTES DE LA INTERVENCIÓN

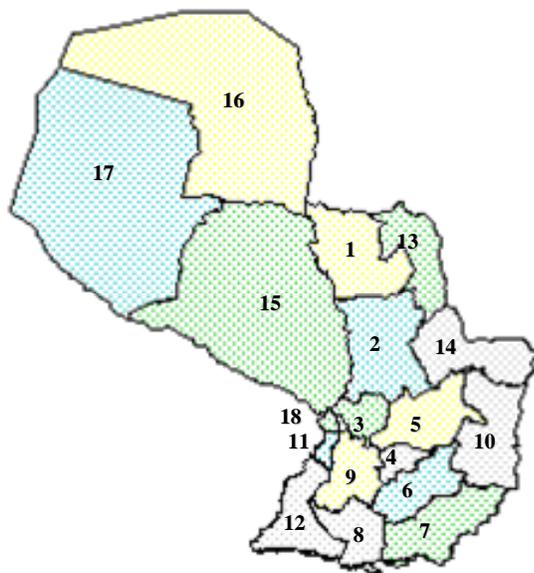
La tuberculosis en comunidades Indígenas

- ▶ Subnotificación notoria de casos
- ▶ Bajas coberturas en la captación del sintomático respiratorio (SR) dentro de los consultantes mayores de 15 años, igualmente la cobertura de localización de casos (SRI) esta por debajo de la meta nacional (3 %).
- ▶ Escaso trabajo extramural.
- ▶ Frecuente cambio de personal de salud.
- ▶ Escasa participación de la comunidad.

Mapa del Paraguay

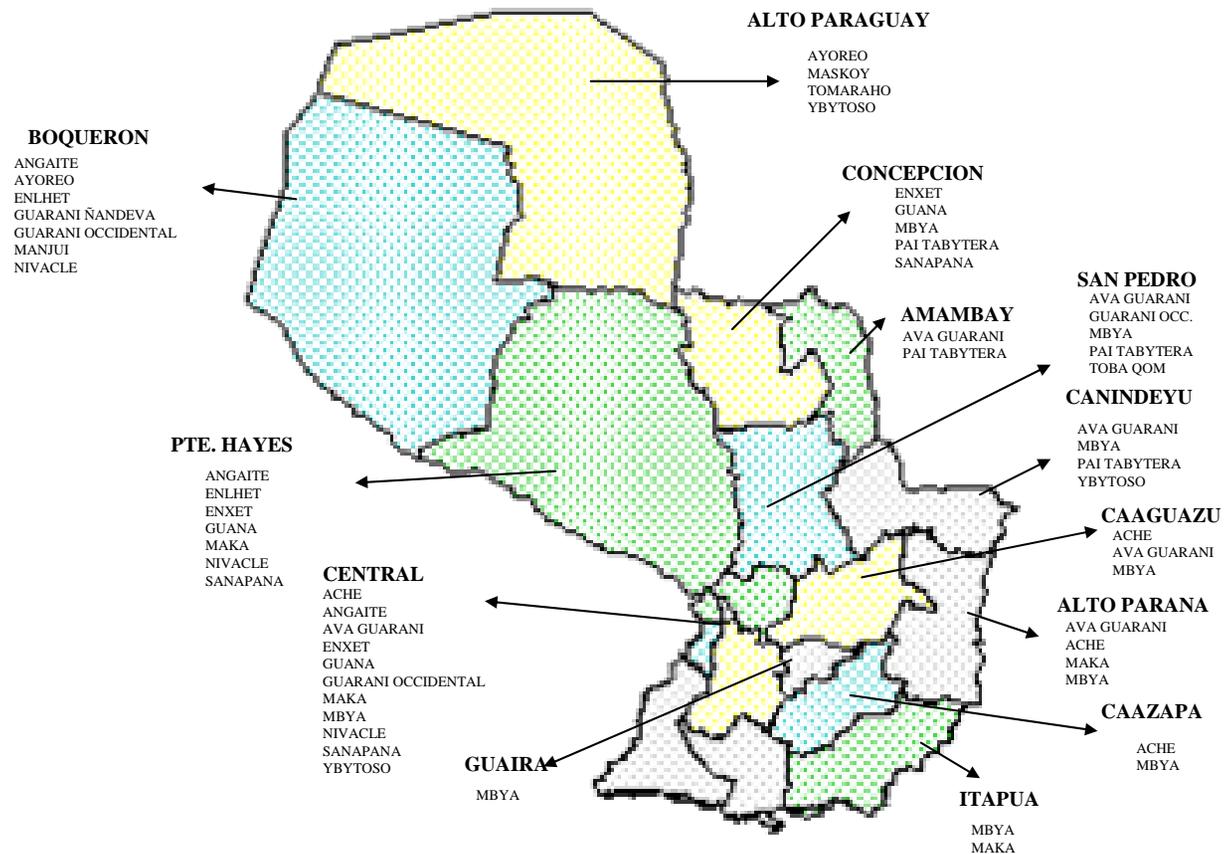


DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE REGIONES SANITARIAS



Fuente: II Censo Nacional de Población Indígena. Paraguay, 2002

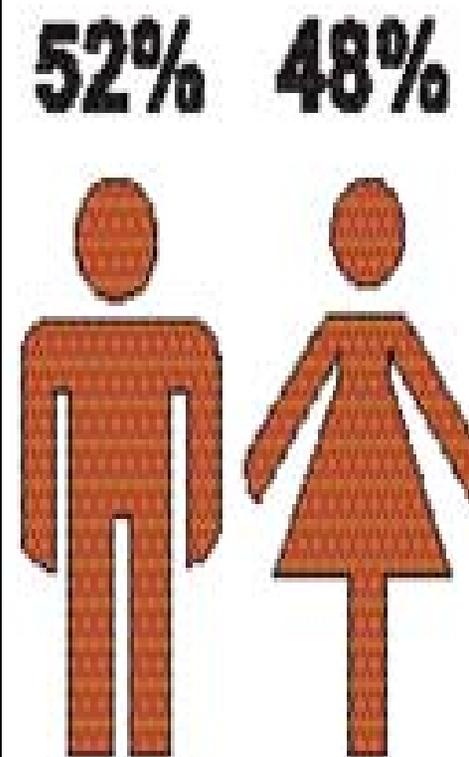
POBLACIONES INDÍGENAS. PARAGUAY, 2002



Fuente: II Censo Nacional de Población Indígena. Paraguay, 2002

DATOS GENERALES DE LA POBLACION INDIGENA, PARAGUAY - 2002

DEPARTAMENTO	POBLACION GENERAL	POBLACION INDIGENA				
		N° DE COMUNIDAD/ALDEA	TOTAL	VARON	MUJER	%
CONCEPCION	195733	20	2670	1346	1324	1,4
SAN PEDRO	381318	25	2763	1444	1319	0,7
GUAIRA	175567	8	1035	542	493	0,6
CAAGUAZU	474095	41	6695	3565	3130	1,4
CAAZAPA	145033	25	2544	1315	1229	1,8
ITAPUA	515367	25	1781	957	824	0,3
ALTO PARANA	784241	27	4765	2462	2303	0,6
ASUNCION Y CENTRAL	2012524	2	1130	584	546	0,1
AMAMBAY	143034	51	10518	5402	5116	7,4
CANINDEYU	154051	91	9622	5001	4621	6,2
PRESIDENTE HAYES	86914	100	19200	9855	9345	22,1
BOQUERON	40452	64	19757	10243	9514	48,8
ALTO PARAGUAY	15142	17	3194	1620	1574	21,1
TOTAL PAIS	5773674	496	85674	44336	41338	1,5



SERVICIOS DE SALUD EN COMUNIDADES/ALDEAS INDIGENAS
SEGÚN REGIONES SANITARIAS. PARAGUAY - 2002

SERVICIOS DE SALUD EN COMUNIDADES/ALDEAS INDIGENAS, SEGÚN DEPARTAMENTO. PARAGUAY, 2002

DEPARTAMENTOS	COMUNIDAD /ALDEA INDIGENA	CENTRO Y/O PUESTO DE SALUD		TRABAJA ALGUN PROMOTOR DE SALUD		EL PROMOTOR DE SALUD ES INDIGENA		TRABAJA ALGUN PROFESIONAL MEDICO		SE PRACTICA MEDICINA TRADICIONAL	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
CONCEPCION	20	2	18	3	17	3		5	15	20	
SAN PEDRO	25	2	23	4	21	3	1		25	22	3
GUAIRA	8		8	5	3	5		4	4	8	
CAAGUAZU	41	8	33	17	24	17		18	23	39	2
CAAZAPA	25	1	24	9	16	7	2	5	20	24	1
ITAPUA	25	2	23	4	21	2	2	21	4	24	1
ALTO PARANA	27	5	22	9	18	9		8	19	27	
ASUNCION/CENTRAL	2	1	1	1	1	1		1	1	1	1
AMAMBAY	51	12	39	39	12	39		11	40	48	3
CANINDEYU	91	23	68	40	51	38	2	13	78	89	2
PRESIDENTE HAYES	100	35	65	56	44	55	1	51	48	90	10
BOQUERON	64	34	30	44	19	43	1	37	27	50	13
ALTO PARAGUAY	17	4	13	12	5	12		5	12	16	1
TOTAL PAIS	496	129	367	243	252	234	9	179	316	458	37

SITUACION DE TB Y ESTRATEGIA DOTS/TAES.
PARAGUAY, 2002

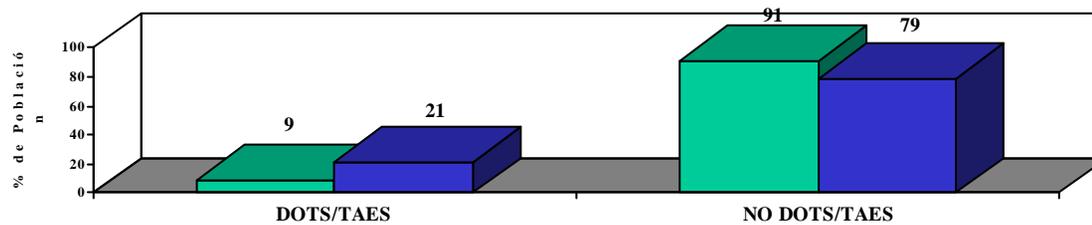
SITUACIÓN DE TB Y ESTRATEGIA DOTS/TAES. PARAGUAY, 2002

I N D I C A D O R	V A L O R
POBLACIÓN CUBIERTA POR EL PROGRAMA DE TB (% de población total)	
a) Población cubierta por DOTS/TAES	9
b) Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	91
POBLACIÓN INDÍGENA CUBIERTA (% de población indígena)	
a) Población indígena cubierta por DOTS/TAES	21
b) Población indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	79
TASA DE INCIDENCIA TB POBLACIÓN GENERAL (N° de casos nuevos x 100.000 habitantes)	37,8
TASA DE INCIDENCIA TB POBLACIÓN INDÍGENA (N° de casos nuevos x 100.000 habitantes en ese grupo)	392,2
% DE ÉXITO DE TRATAMIENTO POBLACIÓN GENERAL	76,2
% DE ÉXITO DE TRATAMIENTO POBLACIÓN INDÍGENA	88,7
% DE ABANDONO POBLACIÓN GENERAL	16,2
% DE ABANDONO POBLACIÓN INDÍGENA	6,7
ESQUEMA DE TRATAMIENTO CATEGORÍA I (medicamentos utilizados + duración del esquema)	2 RHZE / 4 RH (6 meses de duración)
ESQUEMA DE TRATAMIENTO CATEGORÍA II (medicamentos utilizados + duración del esquema)	2 RHZES / 1 RHZE / RHE (8 meses de duración)

FUENTE: Programa Nacional de Control de la Tuberculosis/Dpto. de Bioestadísticas del MSP y BS/II Censo Nacional de Población Indígena. Paraguay, Año 2002

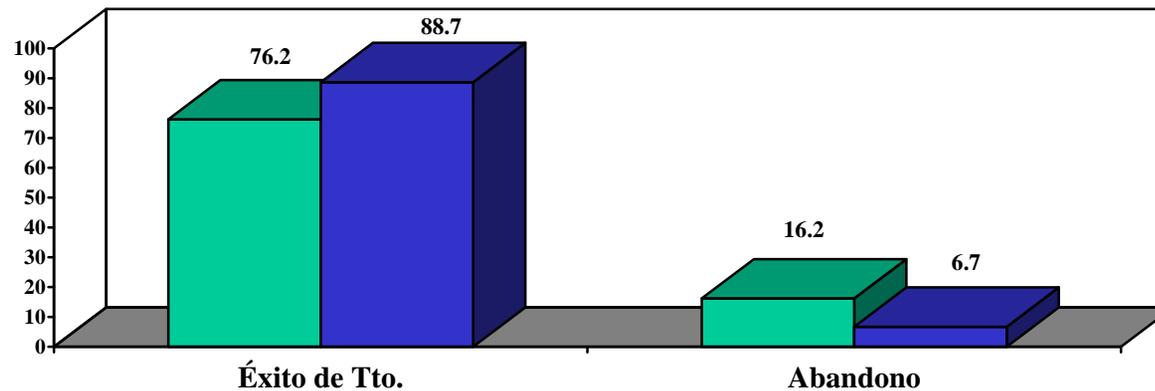
*Población cubierta por el PNCT, DOTS/TAES y NO DOTS TAES.
PARAGUAY, 2002*

■ Población Gral. (5.773.674 Hab) **■ Población Indígena (85.674 H**

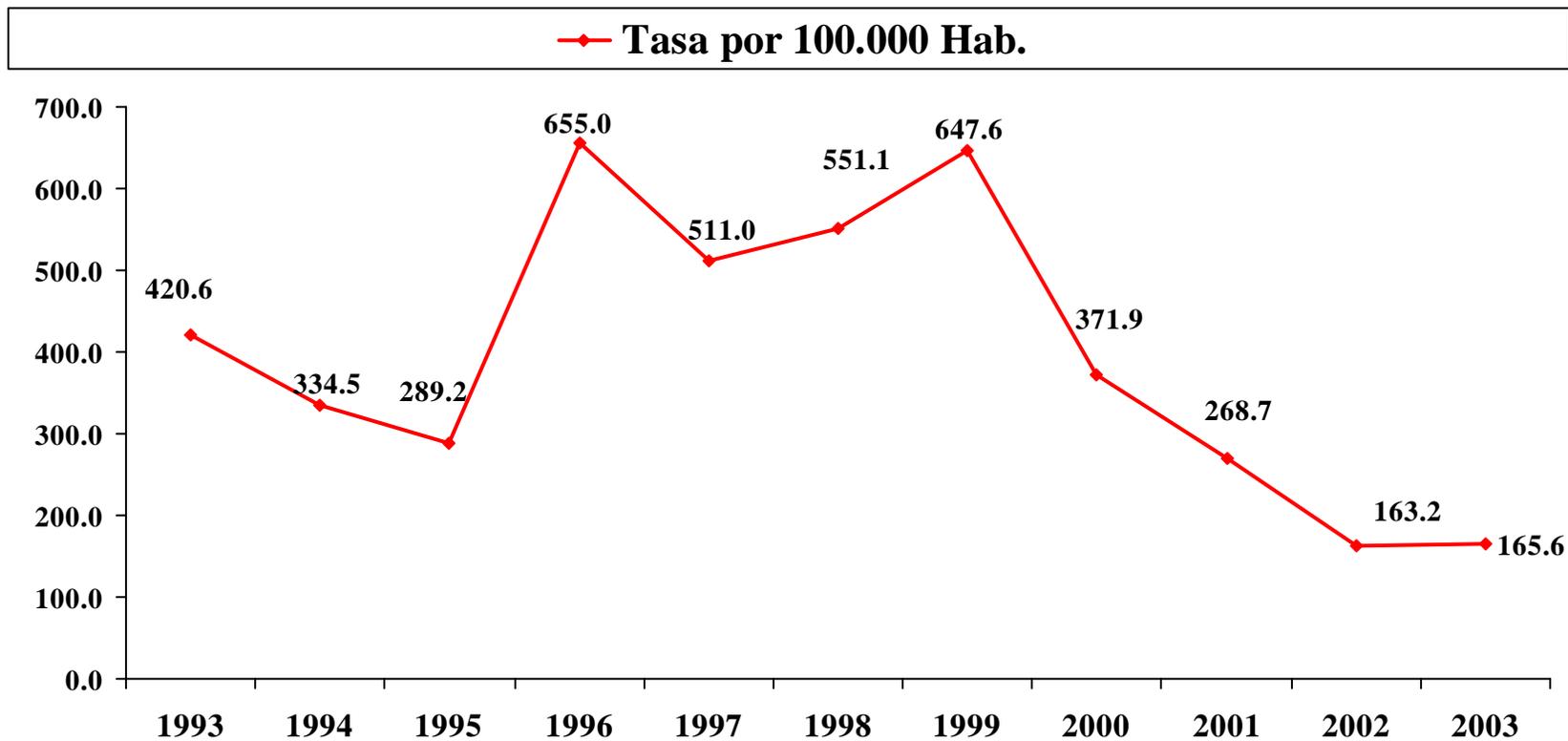


*Evaluación del tratamiento en los casos nuevos de TB Pulmonar (+).
Paraguay, 2002*

■ Población Gral. (991 casos) **■ Población Indígena (195 casos)**



INCIDENCIA DE CASOS NUEVOS DE TB EN LA
XVIIa. REGION SANITARIA – BOQUERON, AÑOS 1993 - 2003



Brasil

TEXTO EXPLICATIVO

A população indígena brasileira é estimada em aproximadamente 415.000 pessoas, pertencentes a cerca de 210 povos, que falam mais de 170 línguas identificadas. Distribui-se em 24 dos 27 Estados da Federação. Somente os Estados do Piauí e do Rio Grande do Norte, na região nordeste brasileira, e o Distrito Federal, na centroeste não possuem comunidades indígenas. Mais da metade destas comunidades encontram-se na região amazônica, sendo o Amazonas o estado brasileiro com o maior contingente. Os indígenas correspondem a cerca de 0,2% da população nacional e ocupam pouco mais de 12% do território. Estima-se que 18% dos índios brasileiros residam, hoje, em áreas urbanas, e que existam ainda 55 comunidades isoladas, sem contato com a sociedade nacional envolvente.

A atenção à saúde indígena no Brasil está a cargo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), órgão do Ministério da Saúde, que possui em seu organograma um Departamento de Saúde Indígena (DESAI), que atua como um subsistema específico do Sistema Único de Saúde (SUS). O Brasil foi dividido em 34 Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), de acordo com critérios geopolíticos, sócio-culturais, operacionais e epidemiológicos, que nem sempre guardam relação com a divisão geográfica dos estados e municípios brasileiros. Existem estados que possuem mais de um DSEI e DSEI(s) que ocupam mais de um estado (ver adiante). Cada DSEI é dividido, de acordo com sua área de abrangência, em vários Pólos Bases dotados de uma equipe multidisciplinar de saúde composta por Médico, Enfermeiro e Odontólogo, que percorrem as aldeias. O Pólo Base, pode estar estabelecido em um município ou mesmo em uma aldeia com infraestrutura adequada. Em algumas aldeias tributárias existem postos de saúde onde a assistência é feita por uma auxiliar de enfermagem e, nas menores, existe apenas o Agente Indígena de Saúde (AIS), membro da comunidade indígena contratado e treinado para prestar assistência básica e referenciar os casos mais complexos para as unidades de saúde dos municípios mais próximos, credenciadas pelo SUS.

Os casos de tuberculose detectados pelas equipes multidisciplinares nas aldeias, são notificados no município a que pertence geopoliticamente a aldeia, que o registra no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN) e fornece a medicação necessária para o tratamento do caso. Os medicamentos são repassados ao auxiliar de enfermagem do posto indígena e/ou aos AIS das aldeias menores, para administração supervisionada diária até o final do tratamento. De um modo geral o suprimento de medicamentos é suficiente. Ocorre, por vezes, algum retardo na entrega em alguns estados onde o acesso às aldeias é difícil, sendo feito apenas por via aérea e, outras vezes, através de longas e acidentadas viagens fluviais.

Situación de los pueblos indígenas de Brasil (datos de 2002)

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
BRASIL INDÍGENA	-	353515 ⁵	0,2% ⁶ (1,7%) ⁷	Todos os Estados exceto Piauí e Rio Grande do Norte	Total = 189,2 BK(+) = (108,9)	81,9	8,6	431
Alagoas e Sergipe ⁸	Fulni-Ô, Jeripankó, Kalankó, Karapato, Kariri-Xoco, Karuazu, Pankararu, Tuxa, Tingui Boto, Wassu, Xoco, Xukuru, Xukuru Kariri.	6997	(4,1%)	Região Nordeste do Brasil: Litoral dos Estados de Alagoas e Sergipe	100,0 (100,0)	0,0	100,0	1

⁴ Fonte: Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena – SIASI - Cadastro da Família Indígena – CAFI/ago 2004

⁵ Somente índios aldeados

⁶ Considerando o total das populações indígenas e do Brasil

⁷ Considerando somente os municípios que possuem comunidades indígenas

⁸ Percentual sobre a população dos Estados que compõem o Distrito Sanitário

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
Amapá e Norte do Pará	Aparai, Galibi Marworno, Galibi, Karipuna, Kaxuyana, Palikur, Tiriyo, Wai Wai, Waiapi, Wayana	6396	(7,3%)	Nordeste do Brasil: Litoral dos Estados de Alagoas e Sergipe	15,6 (0,0)	Sem alta no ano	Sem alta no ano	0
Altamira	Arara, Assurini, Gavião, Assurini Do Xingu, Juruna, Guajajara, Xicrin, Xipaya, Parakanã, Kuruaiá	1744	(1,3%)	Norte do Brasil: região central do Estado do Pará (baixo Rio Xingu)	0,0	0,0	0,0	0

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Alto Rio Juruá</i>	Arara, Ashaninka, Kampa, Jaminawa, Katukina, Kulina, Kaxinawa, Marubo, Nukini, Poyanawa, Shanenawa, Yauanawá	7367	(8,0%)	Norte do Brasil: região noroeste do Estado do Acre	27,1 (27,1)	5,0	25,0	8
<i>Alto Rio Purus</i>	Apurinã, Jamamadi, Kampa, Jaminawa, Kaxarari, Kulina, Kaxinawá, Kulina Madija, Manchineri, Yauanawá	5576	(1,5%)	Norte do Brasil: região sudoeste do Estado do Amazonas, estendendo-se ao Acre e Rondônia	609,8 (197,3)	68,8	18,8	16

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Alto Rio Negro</i>	Aicaba, Aikana, Arapaço, Baré, Baniwa, Columbiara, Borba, Cubeu, Curipako, Dessano, Hengatú, Iauarete Açu, Hupde, Inhabarana, Inambu, Makuna, Karapanã, Makunambé, Maku, Manacapuru, Maribondo, Onça, Miriti Tapuia, Munduruku, Paca, Nhengatu, Papagaio, Pareci, Piratuapua, Satere-Maue, Tatu, Silcy-Tapuya, Pirata, Siriano, Tariano, Tapuia, Siuci, Tefé, Warekena, Tukano, Tuyuka, Wanano, Yanomami, Xiruai, Tupi, Yepamassã, Tuxa	27372	(40,3%)	Norte do Brasil: região noroeste do Estado do Amazonas	160,7 (47,5)	78,9	18,8	26

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁹</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Alto Rio Solimões</i>	Kaixana, Kanamari, Kocama, Tikuna	28153 ⁹	(19,5%)	Norte do Brasil: região sudeste do Estado do Amazonas	140,4 (140,40)	Sem informação		
<i>Araguaia</i>	Javae, Karaja, Tapirape, Tora, Tapeba, Tapuia	2895	(3,9%)	Centro oeste e norte do Brasil: região noroeste de Goiás, sudoeste de Tocantins e nordeste de Mato Gross	276,3 (172,7)	Sem alta no ano	Sem alta no ano	0
<i>Bahia</i>	Amanaye, Atikum, Kaimbe, Kantarure, Pankarare, Kiriri, Pankaru, Patamona, Pataxo, Pataxo Há-Há-Hae, Tumbalaia, Xukuru Kariri, Xukuru, Truka, Tuxa	17977	(2,2%)	Nordeste do Brasil: região central e litorânea do Estado da Bahia	38,9 (22,3)	100,0	100,0	5

⁹ Dado ajustado pela média

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Ceará</i>	Jenipapo-Kaninde, Pitaguari, Tapeba, Tremembé	8119	(1,5%)	Nordeste do Brasil: região norte e litorânea do Estado do Ceará	0,0 (0,0)	50,0	50,0	2
<i>Minas Gerais e Espírito Santo</i>	Guarani, Kaingang, Krenak, Maxakali, Pankararu, Xakriaba, Tupiniquim, Xukuru Kariri	9212	(7,2%)	Sudeste do Brasil: região nordeste e sudeste de Minas Gerais, central e litorânea do Espírito Santo	130,3 (108,6)	100,0	0,0	3
<i>Interior Sul</i>	Aicaba, Atikum, Fulni-Ô, Xeta, Guarani M'Bya, Kaiowa, Krenak, Guarani, Kaingang, Pankararu, Xokleng	30487	(2,2%)	Sudeste e sul do Brasil: região sudoeste de São Paulo, todo o Paraná exceto o litoral, oeste de Santa Catarina e noroeste do Rio Grande do Sul.	141,0 (52,2)	100,0	0,0	22

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Vale do Javari</i>	Kanamari, Katukina, Kulina, Morubo, Matis, Matse	2757	(33,8%)	Norte do Brasil: região sudoeste do Amazonas	72,5 (72,5)	100,0	0,0	5
<i>Kaiapó/PA</i>	Kaiapó, Xikrim	2970	(8,5%)	Norte do Brasil: região sudeste do Pará	134,7 (134,7)	75,0	25,0	4
<i>Kaiapó/MT</i>	Apiaka, Juruna, Kayabi, Kaiapó, Munduruku, Panara,	2966	(1,9%)	Centro oeste/norte do Brasil: região norte de Mato Grosso e sul/sudoeste do Pará	944,0 (134,9)	100,0	0,0	14
<i>Leste de Roraima</i>	Ingariko, Katuena, Makuxi, Maku, Mawayana, Patamona, Xereu, Taurepang, Wapixana, Wai Wai	23631	(8,4%)	Norte do Brasil: região nordeste e sudeste de Roraima	67,7 (50,8)	60,0	10,0	10

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Litoral Sul</i>	Guarani, Guarani M'Bya, Kiriri, Kaingang, Kaiowa, Karaja, Tupi, Nambikwara, Pankararu, Terena	4151	(0,1%)	Sudeste e sul do Brasil: região litorânea do Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina e Rio Grande do Sul	192,7 (168,6)	65,5	25,0	8
<i>Manaus</i>	Apurinã, Jamamadi, Gavião, Baré, Kambeba, Katukina, Mura, Munduruku, Kocama, Pirahã, Parintintin, Satere-Maue, ToraTenharim, Tukano, Yanomami	11108	(5,4%)	Norte do Brasil: região leste do Estado do Amazonas	99,0 (99,0)	40,0	40,0	5

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Guamá Tocantins</i>	Amannaye, Anambe, Assurini, Atikum, Gavião, Guajajara, Guarani, Kaapor, Kaiapó, Surui, Karajá, Munduruku, Parakanã, Parakanã, Suruí, Timbira, Tembê, Xerente, Xicrin	4020	(0,8%)	Norte do Brasil: região nordeste do Estado do Pará	74,6 (0,0)	100,0	0,0	3
<i>Maranhão</i>	Gavião, Guajajara, Kanela, Guaja, Krikati, Tembê, Timbira, Urubu Kaapor	20434	(6,5%)	Nordeste do Brasil: região oeste do Estado do Maranhão	376,8 (357,2)	76,2	14,3	21

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Mato Grosso do Sul</i>	Ahanenawa, Atikum, Guarani, Kaiowa, Guató, Kaapor, Ofaie, Kaapor, Kadiweu, Kaingang, Terena	42182	(3,7%)	Centro oeste do Brasil: região sul de Mato Grosso do Sul	253,7 (149,4)	97,2	4,0	124
<i>Médio Rio Purus</i>	Apurinã, Bakairi, Banawa Yafi, Deni, Jamamadi, Jarawara, Paumari, Zuruahá	3474	(7,3%)	Norte do Brasil: região sul do estado do Amazonas	546,9 (518,1)	-	-	0
<i>Parintins</i>	Baré, Hixkaryana, Katuena, Kaxuyana, Satere-Maue, Zo'É, Wai Wai	7984	(3,5%)	Norte do Brasil: região nordeste do estado do Amazonas e noroeste do Pará	137,8 (137,8)	88,9	5,6	18

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Pernambuco</i>	Arara, Kambiwa, Kapinawa, Atikum, Fulni-Ô, Pankararu, Pipipan, Tumbalala, Truka, Tuxa, Xukuru	30213	(9,7%)	Nordeste do Brasil: região central do estado de Pernambuco	9,9 (9,9)	100,0	0,0	3

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte Nº</i>
<i>Porto Velho</i>	Ajuru, Amondawa, Apurinã, Arara, Aricapú, Cabixi, Arua, Canoe, Cinta Larga, Diahoi, Columbiara, Gavião Rondônia, Cujubim, Gavião, Jaboti, Juma, Kampa, Kampé, Karipuna, Karitiana, Kassupá, Macurap, Massaka, Mequém, Oro At, Oro Eo, Oro Waram Xijein, Oro Jowin, Oro Não, Oro Win, Oro Waram, Parintintin, Pirahã, Paumari, Sakirabiar, Surui, Tenharim, Tora, Zoró, Tupari, Uru-Eu-Wau-Wau	6290	(1,0%)	Norte e centro oeste do Brasil: região sul do estado do Amazonas e oeste de Rondônia	302,1 (127,2)	93,8	0,0	16

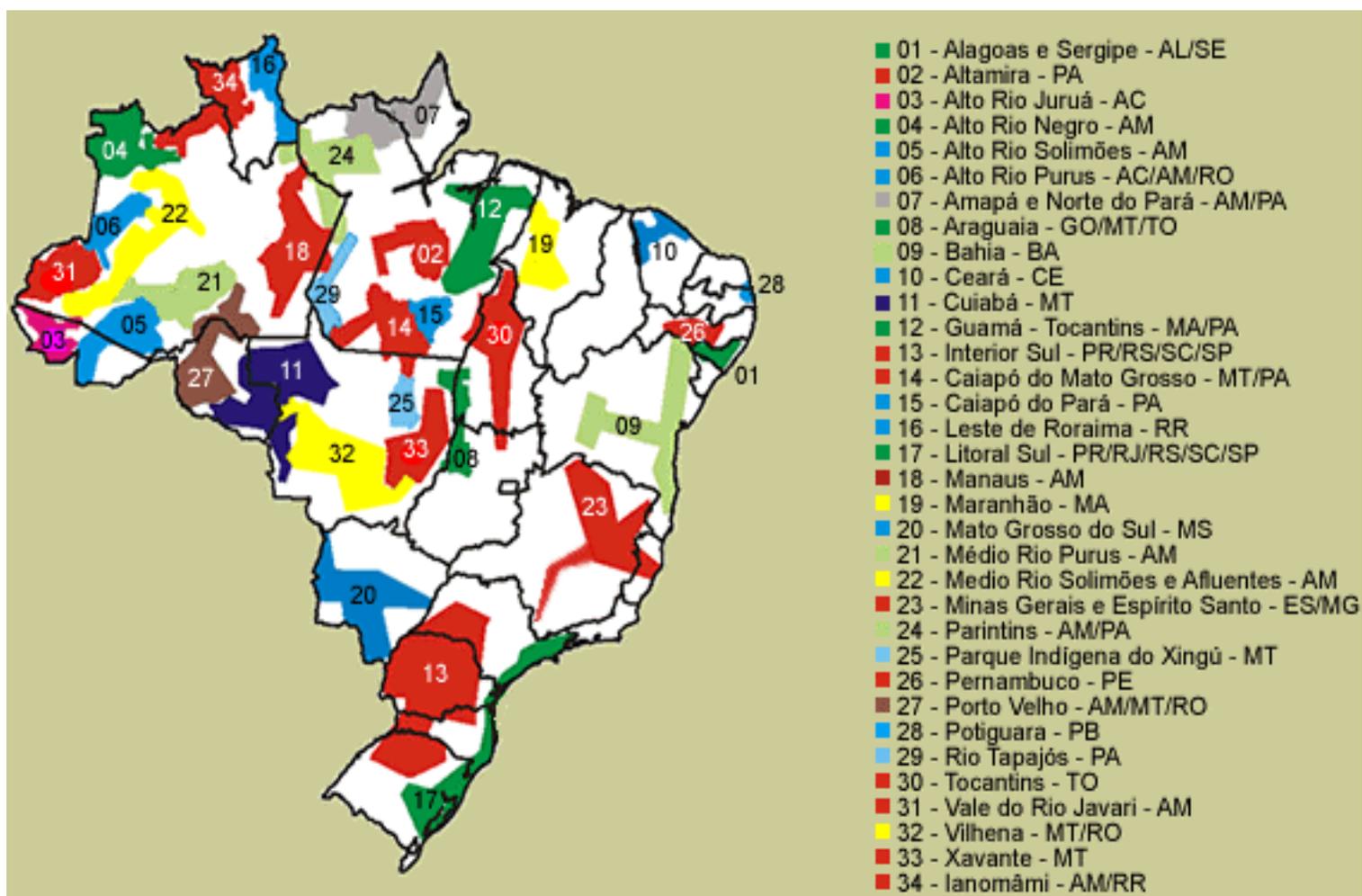
<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte Nº</i>
<i>Potyguara</i>	Guajajara, Potyguara	9717	(1,6%)	Nordeste do Brasil: região litorânea do estado da Paraíba	20,6 (20,6)	-	-	0
<i>Cuiabá</i>	Aicaba, Enauene-Nawe, Guato, Arara, Bakairi, Bororo, Iranxe, Camasuri, Kayabi, Rikbaktsa, Nambikwara, Sabanê, Pareci, Myky, Terena, Umutina, Xerente	4577	(1,2%)	Norte do Brasil: região noroeste do estado de Mato Grosso	262,2 (174,8)	100,0	0,0	12
<i>Rio Tapajós</i>	Apiaka, Canoe, Kaiabi, Munduruku, Tembê	5998	(5%)	Norte do Brasil: região sudoeste do estado do Pará	400,1 (400,1)	100,0	0,0	29

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Médio Rio Solimões e Afluentes</i>	Deni, Kambeba, Kanamari, Katukina, Kocama, Kulina, Kulina Madija, Miranha, Ticuna	6710	(2,9%)	Norte do Brasil: região cetroeste do estado do Amazonas	476,9 (208,6)	42,9	47,6	19
<i>Tocantins</i>	Apiaka, Apinaye, Xerente AvaCanoeiro, Guajajara, Javae, Kanela, Karaja, Krah-O, Nahukwa, Krikati, Makuxi, Tora, Pankararu, Tapuia, Tuxa,	7587	(4,2%)	Norte do Brasil: região norte e centro-sul do estado de Tocantins	355,9 (39,5)	-	-	0

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Vilhena</i>	Aikana, Aikanã-Kwasá, Arara, Akuntsu, Alantesu, Apurinã, Arara do Aripuanã, Atikum, Cinta Larga, Halantesu, Kwazar, Halotesu, Kalapalo, Kassupá, Katithãulu, Latundê, Kithãulu, Mamaindê, Manduca Mequém, Nambikwara, Pareci, Negarotê, Suruí, Rikbaktsa, Sabanê, Tawandê, Waikisu, Wakalitesú, Sakirabiar, Sawentesú, Wassusu	5073	(1,5%)	Norte do Brasil: região sudeste do estado de Rondônia e sul e sudeste de Mato Grosso	551,9 (354,8)	94,4	5,6	18
<i>Xavante</i>	Kiriri, Krah-O, Xavante, Xerente	9910	(6,9%)	Centro oeste do Brasil: região leste de Mato Grosso	262,4 (100,9)	83,3	16,7	12

<i>Distrito Sanitario Especial Indígena</i>	<i>Nombre pueblos indígenas</i>	<i>Numero de habitantes⁴</i>	<i>Como % de la población total</i>	<i>Departamento/ región que habitan</i>	<i>Incidência de tuberculose 100.000 hab.</i>	<i>Taxa de cura %</i>	<i>Taxa de abandono %</i>	<i>Total da Coorte N°</i>
<i>Xingu</i>	Aweti, Awuará, Ikpeng, Kaiabi, Juruna, Kalapalo, Kamayurá, Kayabi, Kuikuro, Matipú, Panara, Mehinaku, Nahukwa, Trumai, Nambikwara, Suya, Txikão, Waiapi, Warekena, Yawalapiti	4228	(5,7%)	Centro oeste do Brasil: região nordeste de Mato Grosso	283,8 (283,8)	100,0	0,0	11
<i>Yanamami</i>	Sanuma, Xiriwana, Yanomami, Yekuana	13393	(11,5%)	Norte do Brasil: região noroeste de Roraima e norte do Amazonas	298,7 (74,7)	100,0	0,0	16

DISTRITOS SANITÁRIOS ESPECIAIS INDÍGENAS



Está sendo instalado o Sistema de Informação da Assistência à Saúde Indígena (SIASI), que é um sistema nacional informatizado exclusivo para as populações indígenas. Temporariamente, a notificação dos casos de tuberculose é feita ainda de maneira semiartesanal pelo envio regular de planilhas contendo o mínimo de dados necessários ao planejamento e avaliação das ações de controle. A gerência do subsistema de saúde é feita por um grupo técnico da FUNASA na instância Federal (DESAI) e por gestores e coordenadores técnicos nos 34 DSEI.

2. Situación de TB y Estrategia DOTS

Año de inicio de aplicación estrategia DOTS: em tono de 2000 no Brasil e nas comunidades indígenas.

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
Población cubierta por el programa de TB (% de población total)	?	Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde
a) Población cubierta por TAES/DOTS	32,0%	
b) Población cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	?	
Población indígena cubierta por el programa de TB (% de población indígena)		Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FUNASA-MS)
a) Población indígena cubierta por TAES/DOTS	95,0%	
b) Población indígena cubierta por otro esquema estandarizado no estrictamente observado	70,0% 25,0% ¹⁰	
Tasa de incidencia TB población general (# casos nuevos x 100,000 habitantes)	Total = 46,4% ⁰⁰⁰ BK(+) = (24,8% ⁰⁰⁰)	Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde SINAN

¹⁰ Estima-se que cerca de 100.000 índios vivem em áreas urbanas e são atendidos diretamente pela rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Um pequena parcela deles, cerca de 5%, são índios isolados da Amazônia sem contato com a sociedade envolvente, reunidas em cerca de 55 pequenos grupos.

<i>Indicador</i>	<i>Valor</i>	<i>Fuente</i>
Tasa de incidencia población indígena(# casos nuevos x 100,000 habitantes en ese grupo)	Total = 189,2 BK(+) = (108,9% ⁰⁰⁰)	Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FUNASA-MS)
% curación población general	46,8%	Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde SINAN
% curación población indígena	81,9%	Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FUNASA-MS)
% abandono población general	18,0%	Programa Nacional de Controle da Tuberculose do Ministério da Saúde SINAN
% abandono población indígena	8,4%	Departamento de Saúde Indígena da Fundação Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (FUNASA-MS)
Esquema de tratamiento categoría I (medicamentos utilizados + duración del esquema)	Casos novos: 2HRZ+4HR Casos de meningite são tratados por 9 meses	
Esquema de tratamento categoría II (medicamentos utilizados + duración del esquema)	Recidiva e readmissão pós-abandono: 2HRZE+4HRE	

Anexo 4: Lista de Participantes

PAÍS	NOMBRE	DIRECCION POSTAL	CARGO	TELEFONO	FAX	DIRECCION ELECTRONICA
Bolivia	Rubén Aparicio	Barrio San Juan, Villa 1 de Mayo; Santa Cruz, Bolivia	Presidente Consejo Nacional Indígena de Salud (CNIS)	(591) 33498494	(591)33460724	cidob@scbbs.com.bo ; ruben_aparicio@cidob-bo.org
	Dra. Mirtha Camacho	Calle Capitán Ravelo No. 2199	Jefe Nacional del Programa Control de Tuberculosis	+591-2-442006/ 415 03546	+591-2-441328	tbcos@hotmail.com
Brasil	Dr. Jorge Meireles Amarante	Ministério da Saúde: Esplanada Dos Ministérios, Bloco G, Anexo, Sala 420B; CEP 70058901; Brasília-DF-Brasil CASA: SQN 105, Bloco A, Apartamento 204; ASA Norte; Brasília-DF-Brasil	Consultor (UNESCO) Programa Nacional de Control de Tuberculosis	OFI: +55-61-226-2862 HOME: +55-61-349-7377	+61-224-0797	Jorge.amarante@saude.gov.br ; jormeiana@ig.com.br
	Samia Kelle de Araújo	Departamento de Saúde Indígena (Desai) da Funasa; Esplanada Dos Ministerios; BI.G. CEP 315-2425	Consultora UNESCO Programa de Control de TB-Áreas Indígenas	ofic 55-61-3146281 Home 55-61-92282824		samia.araujo@funasa.gov.br
Colombia	Dr. Ernesto Moreno Naranjo	Ministerio de la Protección Social; Carrera 13, No. 32-76, Piso 14; Bogotá, Colombia CASA: Carrera 39 A; No. 132-46; Bogotá, DC.; Colombia	Profesional Especializado	OFI: +57-1-336-5066x1425 CEL:+57-1-2-591-598	+57-336-0182	emoreno@minproteccionsocial.gov.co morenonaranjoe@yahoo.com
	Gina Carrioni Denyer	Grupo Equidad y Genero-Direc. Gral. De Promoción Social-Ministerio de Protección Social		3365066x1236	3365066 Ext. 1237	gcarrioni@minproteccionsocial.gov.co

PAIS	NOMBRE	DIRECCION POSTAL	CARGO	TELEFONO	FAX	DIRECCION ELECTRONICA
	Luz Elena Izquierdo Torres	Dusakawi I.P.S. Carrera 19 No. 5a-60. CASA: Calle 5a No. 16a-53	Coordinadora General IPS Dusakawi	OFI: 5 83 83 90 HOME: 5 70 70 50	5 83 82 71	luzizquierdo@hotmail.com
	Ángel Emilio Esteban	Secretaría de Salud del Amazonas Promotor Salud.	Promotor de Salud	ispdamazonas@yahoo.com		sampsonc@col.ops-oms.org
	Luz Mila Murcia	Secretaría de Salud del Amazonas Crr JJ No.3-29 Leticia Amazonas	Coordinador Laboratorio de Salud Pública y TB	098-5927248	5925096	sampsonc@col.ops-oms.org
	David Tunubalá	Carrera 2 N 11-21, Barrio el centro, Silvia Cauca; Hospital Mama Dominga, Vereda las delicias resguardo de Guambia. CASA: Vereda Puente Real, Resguardo de Guambia (Silvia, Cauca, Colombia)	Coordinador de Prevención y Promoción Cabildo de Guambia, Silvia Cauca, Colombia.	CABILDO: 8251019 HOSPITAL: 8251035 CELU: 3113228113	8251019	davidtunu2@hotmail.com
Ecuador	Elizabeth Romero Ayala	Avenida Eloy Fajardo No. 39-258 y Gaspar Villarroel; Edificio Ana María, piso 4B; Quito, Ecuador	Jefe del Programa Nacional de Tuberculosis; Ministerio de Salud;	OFI: +593-2-2905535 CASA: +593-2-244-3361	521-667	eromero@msp.gov.ec
	Dr. Washington Chilinguina	Dirección Provincial de Salud de Napo-Tena; Calle General Gallo s/n y García Moreno; Ecuador. CASA: Víctor Carbone 146 y Av. Jumandy Barrio Dos Ríos.	Epidemiólogo Provincial de Napo	OFI: +593-6-2886424 CASA: +593-6-288-6574	+593-6-2886424	wmchq@yahoo.es
Guatemala	Dr. Jorge Daniel Lorenzana	Finca la Verbena, Zona 7 lavia 12-19	Coordinador Programa Nacional de Población Migrante	+502-471-6046/472-0128		danieloren7@hotmail.com

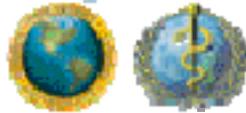
PAIS	NOMBRE	DIRECCION POSTAL	CARGO	TELEFONO	FAX	DIRECCION ELECTRONICA
México	Dra. Edith Elizabeth Ferreira Guerrero	Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, y Contról de Enfermedades, SALUD; Benjamín Franklin No. 132, 2do Piso, Colonia Escandon; México, D.F., delegación Miguel Hidalgo, CP 11800. CASA: Av. De las Torres 202-40; Colonia Ex. Hda.; San Juan Huipulco	Directora del Programa de Micobacteriosis	OFI: +(52-55) 2614-6433 CASA: +52-55-5671-7182	(52-55) 2614-6436	micobacteriosis@salud.gob.mx
	Ing. Jaime Rodríguez Orea	Guadalajara 46, Piso 2; Col. Roma; México, D.F.	Director de Programas Estratégicos en Áreas Rurales e Indígenas	OFI: +52-55-52-56-13-10/ 52-11-70-38 x225 CASA: +52-55-57-54-67-91/57-52-99-31	+52-55-5256-0122x218	jrorea@yahoo.com.mx
Nicaragua	Dr. Reynaldo Hernández	Barrio Pancasán del Restaurante Atlántico 1 1/2 sur K-14	Director del SILAIS RAAN	OFI: +505-282-2298	+505-282-2298	reyherme@hotmail.com
	Lic. Sonia Chang Fong	Ministerio de Salud	Directora Municipal Rosita, SILAIS RAAN	OFI: +505-273-1003	+505-273-1003	-
Panamá	Dra. Cecilia Lyons de Arango	Ministerio de Salud; Avenida Ancón Edificio 261, Complejo Gorgas; Ancón, Panamá	Coordinadora del PNT	+507-212-9269/00x1093	507-212-9474	cecilyng@cwpa.net.pa
	Lic. Margarita Griffith	Comisión Nacional de Promoción de la Salud; Ministerio de Salud de Panamá; P.O. Box 5486; Panamá 3, Panamá. CASA: Río Abajo, Calle 13	Jefe de la Sección de los Pueblos Indígenas	OFI: +507-212-9191 CASA: +507-221-6776	+507-212-9452	margaritapa2000@yahoo.com ; margaritagriffith@yahoo.com
	Doris Bill			506-6303--226-8281		inaeqidili@yahoo.com
	Zuleika Ortiz			226-8281		zuleika23@latinmail.com
	Antonio Marrero	Ancon 261 MINSA Panamá	Consultor Fundación Damian	507-628-2418	212-9474	tbpanesinfo.net

PAIS	NOMBRE	DIRECCION POSTAL	CARGO	TELEFONO	FAX	DIRECCION ELECTRONICA
	Otilio Muñoz Aráuz	San Felix Chiriqui, Rep. De Panamá	Coord. Regional del Prog. De TB.	727-0228 - 601-6689	727-0228	-
	Modesta C. Haughton	Enfermera Coordinadora Salud Comunitaria		212-9199,212-9100 ext 590-1235		tiitahaughton@yahoo.com
	Baudilio Escobar	Sasardi Mulatupo-Kuna Yala - Panamá	Coord. Regional de Laboratorio Clínico	Ofic.212-0180, 212-0153		-
	Ramón Castillo	Apdo 353, David Chiriqui, Panamá	Coord. Regional Prog.TB Región Salud Chiriqui	777-0403	777-0403	ramon@pa.inter.net
	Martha Rodríguez Santana	Calle 25C #3-80 Apto 401; Bogota, Colombia	Socióloga	(571) 483-1920		marrod_2000@yahoo.com ; marrod99@hotmail.com
Paraguay	Ovidio Rolón	Departamento de Pdts. Hayes, Chaco-paraguayo, Paraguay; Ruta Transchaco-Tte. Irala Fernández.	Director del Centro de Salud Tte. Irala Fernández	+595-492-52-360	+595-21-481-614	almironma@par.ops-oms.org
	Gladys Toro		Ing. En Ecología Humana Guarani Guarayo	991717594		gladystoeadb.org
	Juan C. Jara	Ave. Venezuela 1356 Asunción Paraguay	Jefe del PNCT	021-290238	21290238	juaro@rdedor.net.py
	Roberto Artemio Aquino Trinidad	CASA: Tte. Colmán 1072 c/Portugal	Asesor Técnico del Programa de Dispensarización de XVII Región Sanitaria (TB-ITS-Chagas)	+595-21-331068	+595-21-481-614	espacios@rieder.net.py
Perú	Lic. Ana Quijano	Cabo Gutarra 622 P. Libre	Consultora AIEPI.COM.	611,9873573		quijanoam@yayoo.es
	Lic. Eladia Quispe Yataco	Jirón Ordóñez Vargas 139; Urbanización Sol, Los Olivos; Lima, Perú	Enfermera del Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TB	315-66-00 Anexo 2697, 96924354		equispe@minsa.gob.pe ; elaquis@hotmail.com
	Lic. Georgina Acúrio Mendoza	Trabajo: Ave. de la Cultura S/N DISA Cusco Casa Sophy 851 Cusco Perú	Representante de Tuberculosis	W:232640-236	W:232640-084	kokiacumen@hotmail.com

PAIS	NOMBRE	DIRECCION POSTAL	CARGO	TELEFONO	FAX	DIRECCION ELECTRONICA
Venezuela	Gregorio L. Sánchez	Caicet Av. Perimetral Cerro Orinoco Puerto Ayowcho Amazonas Venezuela	Coord. Unidad de TBC	5,82485E+11		glsanche@reaccion.re
	Dra. Noly Fernández	Resid. Sur América Edif. Argentina PB-B Maracaibo 400	Coord. Salud Red de Mujeres Ind. Coord. Salud Indígena Misión Barrio Adentro MSDS	58-046-7649449	58-0261-7647389	nolywayuu@hotmail.com
Washington	Edgar Barillas	4301 North Fairfax Drive, Suite 400; Arlington, VA 22203; USA	Consultor	1 (703) 248-1611	1 (703) 524-7898	ebarillas@msh.org
	Melissa Thumm	4302 North Fairfax Drive, Suite 400; Arlington, VA 22203; USA	Consultora	1 (703) 310-3504	1 (703) 524-7898	mthumm@msh.org
PAHO	Rocio de Lourdes Rojas Almeida	525 23rd St., NW; Washington, DC 20037 CASA: 1701 N. Kent Street #1001; Arlington, VA 22209	Oficial Técnico-Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas	OFI: 202-974-3827 CASA: 703-528-8090	202-974-3641	rojasroc@paho.org
	Alfonso Tenorio	Carrera 11 No. 18N-66, Popayán, Cauca, Colombia	Docente Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca	(57) 2-8232458		atenorio@iname.com
	Mirta del Granado	525 23rd St., NW; Washington, DC 20037	Asesora Regional de Tuberculosis	202-974-3494	202-9743640	delgrana@paho.org
	Matías Villatoro	Pje. Bethoven #54-E Red. Escalón S.S.	Consultor Asociado-OPS	Ofic. 202-9743740	202-9743640	villatom@paho.org
	Andrés Hernández	525 23rd St., NW; Washington, DC 20037	Consultor Asociado-OPS	202 9743928	202-9743640	hernanan@paho.org



Organización Panamericana de la Salud



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud