



# Informe de la Reunión

HDM/CD/T/515-08  
Original en español



# Salud integral con énfasis en el control de la tuberculosis en pueblos indígenas:



# Documento memoria

(Cochabamba, Bolivia, 23-24 octubre 2007)



## Índice

Introducción.....	1
Términos utilizados.....	2
Panorama Global de la Salud Indígena en América Latina.....	4
Políticas de Atención Integral a Poblaciones Indígenas de Bolivia.....	7
Perspectivas de los pueblos indígenas en los procesos de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador.....	8
Políticas nacionales de salud a favor de poblaciones y estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Chile.....	10
Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Ecuador.....	10
Atención de salud comunitaria intercultural en la Amazonía ecuatoriana.....	11
Políticas nacionales de salud a favor de la población. Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Perú.....	12
Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Bolivia.....	13
El Control de la Tuberculosis en las poblaciones indígenas de América Latina.....	14
Las enfermedades desatendidas y sus asociaciones con tuberculosis en América Latina.....	16
Experiencia de aplicación de un enfoque intercultural para atención en salud en poblaciones mayas.....	17
Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Brasil.....	20
Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Colombia.....	21
Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, México.....	22
La tuberculosis en los Altos de Chiapas, México.....	23
Salud integral con énfasis en el Control de la TB en pueblos indígenas, Ecuador.....	24
Trabajo en grupos.....	26
Conclusiones/Recomendaciones y próximos pasos hacia la Salud Integral con énfasis en el control de la tuberculosis en Pueblos Indígenas.....	26
Anexo I: Mesa redonda (primer día).....	30
Anexo II: Mesa redonda (segundo día).....	33
Anexo III: Agenda.....	35
Anexo IV: Guía para las Presentaciones.....	37
Anexo V: Lista de países y participantes.....	38

## Introducción

América Latina se caracteriza por ser una región, pluri-étnica y pluricultural, con gran diversidad, existiendo actualmente más de 650 pueblos indígenas reconocidos por los Estados de la Región.<sup>1</sup>

El derecho a la salud de los pueblos indígenas se ve limitado por una serie de barreras a la atención, razón por la cual las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes son mayores en las poblaciones indígenas en comparación con la población en general.

Con el objetivo de superar estas barreras, es necesario estudiarlas e identificar estrategias de control y modelos de atención específicos donde no llega el sistema sanitario, con la finalidad de disminuir el riesgo de enfermar y morir.

## Objetivos

---

- Analizar las brechas de acceso a atención de salud en zonas con población indígena.
- Analizar los modelos de atención integral para poblaciones indígenas con énfasis en TB.
- Realizar un intercambio de experiencias exitosas de abordaje integral de la salud en poblaciones indígenas y del control de la TB.
- Elaborar recomendaciones para mejorar la atención integral de salud en poblaciones indígenas, con énfasis en TB.
- Diseminar el conocimiento sobre la relación geoespacial y epidemiológica entre TB y algunas “enfermedades desatendidas” prevalentes en comunidades indígenas como parte de un abordaje integral de control de enfermedades transmisibles.

## Producto esperado

---

Recomendaciones orientadas a la mejora de la implementación de modelos de atención integral de la salud con énfasis en TB para poblaciones indígenas.

## Participantes

---

- Representantes de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT).
- Delegado para temas de salud indígena de los Ministerios de Salud.
- Representante de experiencias exitosas en el abordaje de la salud indígena.
- Expertos internacionales en salud indígena.

## Países participantes

---

Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, México, Panamá y Perú.

## Términos utilizados

### Pueblos Indígenas

---

En el Artículo 1 del *Convenio de la OIT* (no. 169) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989), se considera indígena a aquel sector de la colectividad nacional que se distingue de otros sectores: “los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”. El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un grupo humano en cuanto a su territorio, historia, cultura y etnia, confiriéndole un sentido de identidad.

### Atención Primaria de la Salud

---

En 1978, la *Declaración de Alma Ata* definió la atención primaria como, la atención esencial de salud basada en métodos prácticos, científicamente confiables y socialmente aceptables, así como tecnología universalmente accesible para los individuos y las familias en la comunidad a través de su total participación y a un costo que la comunidad y el país puedan mantener forma parte integral del sistema de salud del país y del desarrollo social y económico de la comunidad. Es el primer nivel de contacto con los individuos, la familia y la comunidad llevando los servicios de salud tan cerca como sea posible hasta donde la gente vive y trabaja y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención a la salud (*Renovando la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, Versión en español 5 de mayo de 2005).

### Acceso

---

Durante las misiones de cooperación técnica a los países desde los diferentes sectores contactados (Ministerios de Salud, Sector Académico, Organizaciones Indígenas, Organizaciones no Gubernamentales, Representaciones de OPS/OMS), se ha explicitado la preocupación por los diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) que condicionan el bajo acceso y utilización de la población urbano marginal y especialmente rural, de los servicios públicos de salud. De igual manera, han reconocido, tanto el aporte de los conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas indígenas a la salud de aquellas poblaciones, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una inter-relación recíproca, respetuosa y complementaria con los sistemas de salud oficiales.

La cultura puede ser definida como un patrón de creencias, pensamientos, valores, prácticas, comunicaciones, comportamientos—cosmovisión—e instituciones (familia, instituciones económicas, políticas, religiosas) que son características y sirven para preservar a un grupo social dado. La etnia, la raza, el ámbito geográfico y el nivel socio-económico en varias combinaciones constituyen los diferentes contextos culturales.

Las barreras culturales, están dadas por la falta de comprensión de estos contextos culturales que en no pocos casos otorgan prestigios a diferentes culturas en detrimento de otras, determinando el lugar que cada una de las culturas tienen en las sociedades nacionales. Los servicios públicos no toman en cuenta las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo, determinando barreras organizacionales al interior de los servicios de salud, es decir, problemas asociados a con el desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representa la incongruencia entre la organización y provisión de los servicios de salud y la dinámica de las poblaciones multiculturales.

Las barreras sociales están determinadas por ejemplo, por el nivel de educación. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas especialmente entre las mujeres. Las barreras económicas constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso, costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. Las barreras geográficas se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional.

En cuanto al acceso, la definición disponible se refiere en términos de acceso geográfico. Estableciendo que la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a 1 hora. Sin embargo, creemos necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

## Calidad

---

La calidad, en general, en términos operativos es definida como las “características de un bien o un servicio que logran satisfacer las necesidades y expectativas de un usuario o cliente”. La calidad en los servicios de salud, también en términos operativos, significa “ofrecer a quienes reciben servicios de salud la seguridad de que recibirán los mayores beneficios posibles y de que serán protegidos contra riesgos innecesarios”. En este sentido, la calidad tiene una dimensión técnica y una dimensión que depende de la percepción del usuario/paciente. La calidad técnica tiene que ver con la seguridad, efectividad y utilidad de la atención de la salud y la calidad percibida con la aceptabilidad y calidez, es decir con el trato digno al usuario/paciente. En resumen, “hacer las cosas correctas, correctamente” (Muir Gray en Infante A, *Garantía de la Calidad*. Presentación en Power Point, OPS/2005).

## Interculturalidad

---

La convivencia de los pueblos indígenas con otros pueblos vuelve necesario un enfoque realmente intercultural de la salud que promueva la búsqueda de estrategias conjuntas para abordar el nexo salud-enfermedad. Esto requiere una reconceptualización de las prácticas de los denominados “otros” y la articulación de las visiones tanto biomédicas como comunitarias en la generación de posibles soluciones a aquellos problemas de salud que vienen de diferentes marcos contextuales. Además insta a un cambio en los paradigmas que hemos venido trabajando ya que esto conduce a la

búsqueda de un análisis, no desde la visión biomédica solamente, sino de aquella generada por el reconocimiento y respeto a la diferencia y a la diversidad.

El enfoque intercultural de la salud tiene precisamente esta doble característica, concibiendo a la salud como un derecho y tomando en cuenta la manera que estos pueblos tienen de entender la vida, se entiende como la capacidad que el personal de salud tiene de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles sino con la dimensión espiritual de la salud.

## Sumak Kawsay

---

Es lo bello, lo hermoso, es la vida en armonía con el ayllu y el continuo de las relaciones sociales. Comprende las relaciones armoniosas entre la naturaleza y los dioses protectores

## Panorama Global de la Salud Indígena en América Latina

Dra. Rocío Rojas, OPS/Ecuador

## Misión de la Organización Panamericana de la Salud

---

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas.

## Población y pueblos indígenas de las Américas

---

La Región de las Américas es un universo heterogéneo con una población con características multilingüe, multiétnica y multicultural

Según estimaciones y datos existentes 45 – 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 400 pueblos diferentes, forman parte de la población de 24 países de las Américas y corresponde al 6% de la población total de las Américas, 10% de la población total de América Latina y el Caribe y el 40% de la población rural de América Latina. Estos pueblos son poseedores de una gran riqueza económica, tecnológica, filosófica y cultural que nos negamos a reconocer.

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 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.

## Objetivos de desarrollo de la ONU para el milenio

---

### 1. Reducir la mortalidad infantil

Desafortunadamente, en general, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por la mortalidad y morbilidad. Los datos reales de morbilidad y mortalidad entre los pueblos indígenas son mayores por el número de muertes y nacimientos que quedan sin ser registrados (OPS, 2002).

### 2. Mejorar la salud materna

En Guatemala la tasa de mortalidad materna en población indígena es de 211 x 100.000 hab. con respecto a la población no indígena que es de 70 x 100.000 hab.

### 3. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Honduras presentó una tasa acumulativa de casos de SIDA entre los garífunas de casi 15 veces la tasa nacional (OPS, 2002). Nicaragua el 90% de los casos de malaria por *Plasmodium falciparum* se concentran en 24 municipios con población indígena (OPS, 2004). México la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre los pueblos indígenas es dos veces más alta que en la población general (Comisión de Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México, 2004).

## Pueblos indígenas multinacionales

---

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, los Miskito de Nicaragua y Honduras, Lenca de Honduras y El Salvador, Bri Bri de Costa Rica y Panamá, Garífuna de Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua, Maroons y Wayana de

Suriname y Guayana Francesa, Guaraníes de Bolivia, Paraguay, Brasil y Argentina, Shuar-Achuar de Ecuador y Perú, Awa de Colombia y Ecuador, Mapuches de Chile y Argentina. 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 localizados 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.

### Década Internacional de los pueblos indígenas del mundo 1995–2004

La evaluación realizada en año 2004 dio respuesta 19 de 24 países con población indígena:

#### Resultados de la evaluación, 2004

Países	Categoría
100% (19)	Políticas públicas que fomentan el bienestar de los pueblos indígenas
100% (19)	Unidades Técnicas de Salud Indígena en los Ministerios de Salud
100%(19)	Proyectos nacionales sobre salud de los pueblos indígenas
84,2%(16)	Redes
78,9%(15)	Políticas y experiencias sobre la incorporación de las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en los sistemas nacionales de salud
31.6%(6)	Programas de investigación
26,3%(5)	Becas
52,6%(10)	Aproximación al desarrollo de sistemas de información, monitoreo y evaluación en salud que incorporen la variable de etnicidad.
Ausencia de:	coordinación educación intercultural en el conjunto de las sociedades políticas-sociales-interculturales

### Desafíos

- Soluciones de los problemas de salud de los pueblos indígenas deben insertarse cada vez más en el contexto de solución de las graves inequidades
- Fuentes de información no son homogéneas
- Sistemas de información nacionales no incluyen la etnicidad como variable
- Datos regionales o nacionales ocultan las diferencias
- Recursos humanos
  - *Comunidad:* Capacitación a partir de su propia realidad = empoderamiento
  - *Academia:* Incorporación de contenidos sobre la realidad sociocultural y de salud de la población = Mejoramiento del desempeño de los RRHH en ámbitos multiculturales
  - *Nivel político-administrativo:* Sensibilización y compromiso = Formulación, aplicación y evaluación de políticas multiculturales
- Superación de la desigualdad que existe al interior de los pueblos indígenas

## Recomendaciones del Foro permanente de Pueblos Indígenas del Sistema de Naciones Unidas

- Necesidad de desarrollar indicadores de salud con enfoque étnico.
- Apoyar estrategias relacionadas a disminuir la desnutrición, diabetes, obesidad y otras enfermedades no transmisibles.
- Apoyar estrategias relacionadas a enfermedades transmisibles

## Políticas de Atención Integral a Poblaciones Indígenas de Bolivia

Dr. René Barrientos

Bolivia tiene una población total de 8.274.325 habitantes, según su organización política consta 9 departamentos, 112 provincias, 327 municipios y 16.000 comunidades indígenas con una población de 4.133.138 distribuido en la área urbana 1.867.342 y en el área rural 2.276.796.

La Estrategia Global de Bolivia va dirigida a la interculturalidad, equidad, movilizadora y constructora con justicia, seguridad social y seguridad pública, para tener una Bolivia saludable, con empleo digno, permanente, educación y saneamiento básico.

El *Plan de Desarrollo Sectorial 2006–2010* reivindica una alternativa capaz de:

1. garantizar los derechos sociales constitucionales,
2. recuperar la responsabilidad del Estado sobre el derecho a la salud,
3. iniciar el proceso de desmercantilización del sistema público de salud,
4. evitar el deterioro masivo de las instituciones públicas en salud,
5. revalorizar la cultura de la salud como bien común y solidaridad, y
6. conglomerar a los incluidos y excluidos.

Las Estrategias de la política de salud es la

1. Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud,
2. recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria,
3. revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas,
4. recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral, y la calidad de vida,
5. alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y la violencia; y
6. la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

Esta política responde a:

1. perfil demográfico y epidemiológico de la población,
2. factores determinantes y de riesgo en salud,
3. formas de fortalecimiento de la medicina tradicional y occidental, y su coordinación,
4. avances en el conocimiento científico y tecnológico en salud,
5. demandas de equidad en el acceso, geográfico, organizacional, cultural, y en la utilización de los servicios,

6. demandas de oportunidad de la atención, trato digno, respeto y reconocimiento, y
7. demandas de participación social en la toma de decisiones, vigilancia y control.

Estrategias en el sistema de salud, promoción de la salud involucrando la comunidad y realizando abogacía en alianzas estratégicas como es educación y comunicación, participación social en la toma de decisiones, la familia como una unidad social, cultural y de atención, aprobación de la Ley 3460 (lactancia materna). Otro de los avances es la interculturalidad.

La política prioridad es “Reconocer los derechos de los pueblos originarios al acceso a servicios de salud y educación respetando y reconociendo la interculturalidad y la cosmovisión”

## Perspectivas de los pueblos indígenas en los procesos de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Ecuador

Dra Luz Marina Vega

### Objetivo 1

---

Erradicar la pobreza extrema y el hambre. El número de personas pobres creció en Latinoamérica y el Caribe de 48 millones a 57 millones durante la década del 90. Una de cada 10 personas en la región vivía con menos de un dólar al día cuando comenzó el nuevo milenio.

¿Será suficiente la recuperación de los salarios y la estabilización de la economía –entendida en términos de una menor inflación y una estabilidad macroeconómica, cuando los pueblos indígenas se desenvuelven a la luz de un sistema, todavía comunitario, sin dependencia burocrática, en el marco de microeconomías locales casi autónomas y que llevan a cuestras las secuelas de la usurpación tan evidentes en la negación de políticas para acceder o titularizar las tierras conceptuadas al mismo tiempo como territorios indígenas y propender a un desarrollo real apegado a la pertinencia cultural y su derecho de continuidad histórica?

### Objetivo 4

---

Reducir la mortalidad infantil. Más de 1000 bebés menores de 1 año mueren cada día en las Américas. Cada año, 140.000 niños mueren a causa de enfermedades prevenibles antes de los 5 años..

## Objetivo 5

---

Mejorar la salud materna. Cada 25 minutos, una mujer muere en Latinoamérica y el Caribe por causas relacionadas con el embarazo. El riesgo es 28 veces más alto que en Norteamérica.

Cuando han pasado cinco siglos y más de la invasión a América, el resultado es que los pueblos indígenas, a pesar de concebir a la salud y el bien – estar, el Sumak Kausai (buen vivir) como el equilibrio del runa (ser humano) consigo mismo, con los demás, con la naturaleza y el cosmos, esta cosmovisión colectiva que compartimos millones de seres humanos en el continente no logra influir en el modelo de atención de salud, modelo que concibe al ser humano como la suma de fragmentos (ojos, cerebro, nariz, corazón) en el que cada fragmento, cuando se enferma, recibe una solución específica.

## Objetivo 6

---

Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. Cerca de 119.000 personas murieron a causa del SIDA en Latinoamérica y el Caribe en 2003, y unas 200.000 resultaron infectadas con el VIH. Cerca de un millón de personas en la región sufren de malaria.

Los programas actuales de lucha contra el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades, son el vivo ejemplo del enfoque exclusivamente biomédico, fracturado e individualizado. Cada año se espera un número determinado de nuevos afectados. Los programas atacan los efectos, más no las causas que producen éstas enfermedades.

En resumen, el factor de éxito es *la voluntad política con*

- i) Apoderamiento ciudadano: fortalecimiento de las organizaciones de base, autonomía y respeto a sus propias formas de decisión, retroalimentación con información constante y oportuna a la sociedad civil, capacitación y formación oportuna que eleve la actitud propositiva de las organizaciones, coherencia entre el discurso político y el quehacer en la gestión política.
- ii) Democracia participativa: participación amplia organización de la sociedad civil, institucionalidad, inclusión de indígenas y reconocimiento jurídico por medio de ordenanzas.
- iii) Participación permanente, involucramiento de la sociedad civil en la planificación estratégica de programas, proyectos, actividades, toma de decisiones, sociedad civil organizada en comités, consejos y rendición de cuentas en las asambleas anuales.
- iv) Apropiación del proceso y corresponsabilidad ciudadana: ejecución conjunta entre la sociedad civil y el estado del plan de desarrollo cantonal en los que se incrementa la corresponsabilidad ciudadana que los hace apropiarse del proceso, credibilidad, repuesta del proceso a aspiraciones individuales, poder real de decisión en la gestión política.

## **Políticas nacionales de salud a favor de poblaciones y estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Chile**

Dra. Margarita Saez y Lic. Zulema Torres

Desde el año 2003 la Unidad de Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud planteó la necesidad de tener diagnósticos de salud de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional. A esta iniciativa, se sumaron Epidemiología y el Programa Nacional de Control de la TBC.

Bajo este proyecto, nacen los diagnósticos de salud de los pueblos aymara y de los pueblos del extremo sur (yámanas, kawashkar y mapuche huilliche). Además, se comienza el proyecto para el diagnóstico del pueblo mapuche que habita en el área del SS Araucanía Sur.

Los objetivos del estudio fueron conocer los determinantes del estado de salud de las poblaciones indígenas, tomar decisiones adecuadas que garanticen un acceso a la salud equitativo, eficiente y adecuados a las realidades culturales particulares de los pueblos originarios y construir perfiles epidemiológicos diferenciados que permitan visualizar factores de riesgo y de protección que sean la base de políticas y programas culturalmente pertinentes.

Los avances en los procesos de políticas y regulación fueron: Incorporación de la interculturalidad en salud en el marco legal de la Reforma sectorial (Ley de Autoridad Sanitaria); política de salud y Pueblos Indígenas, 2006; Resolución N° 261 “Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud”, 2006.

En conclusión efectivamente la población aymara tiene un perfil de morbi-mortalidad diferencial que creemos esta asociado a diferentes modos de vida y depende de los diferentes perfiles epidemiológicos diferenciados como es la carga genética, posición en la estructura social, cultura y estructura por edad y sexo.

## **Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Ecuador**

Dra Lety Viteri

La División Nacional de la Salud Intercultural (DNSI) recupera y fortalece los modos ancestrales del buen vivir de los pueblos y la nacionalidad, considerando las transformaciones históricas por el contacto y adopción-imposición de elementos de la cultura occidental. Autodetermina, ejercicio de los derechos humanos y colectivos institucionalidad: como apoyo y canal de negociación política.

Visión: Apoyar a la reconstrucción del BUEN VIVIR o SUMAK KAWSAY con participación activa de los pueblos y nacionalidades.

Misión: Formular y ejecutar políticas y programas culturalmente pertinentes con base en el diálogo social y con responsabilidad de los actores en las diferentes etapas del proceso. Dar seguimiento al cumplimiento de los derechos en salud y colectivos. El MSP es el único referente intercultural nacional e internacional que propicia y genera la adecuación cultural de un Modelo de Gestión y Atención

## Acciones realizadas

---

1. Reprogramación participativa del POA 2007 y programación POA 2008.
2. Implementación del proyecto de concertación social “Salud de los pueblos originarios en la nueva Constitución Ecuatoriana.
3. Gestión con organismos de cooperación internacional para garantizar en el mediano y largo plazo la implementación de los modelos interculturales de salud.
4. Visitas y reuniones de trabajo con los departamentos de salud intercultural de varias provincias.
5. Gestión para incorporar al representante pueblo afro a la DNSI.
6. Reorganización del espacio e instalaciones de la DNSI.
7. Coordinación con CONASA para conformar la comisión de Salud Intercultural.
8. Con la Embajada de Cuba se han coordinado acciones para proporcionar listado de egresados que estarían en posibilidad de apoyar gestión de la DNSI.
9. Diseño de estrategia para implementar modelo de salud intercultural con el pueblo AWA.
10. En el marco del fortalecimiento de la capacidad de gestión y participación social, se están realizando reuniones de trabajo con organizaciones de los pueblos originarios.
11. Para la disminución de la mortalidad materna en las provincias Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi. Proyecto de investigación de la calidad de servicios y satisfacción de las usuarias (QAP y UNFPA).

## Atención de salud comunitaria intercultural en la Amazonía ecuatoriana

Dr. Alfredo Amores

La finalidad es contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de la población del cantón Loreto mediante el empoderamiento comunitario en la atención de los principales problemas de salud que garantice calidad, calidez, eficiencia, equidad e integridad, respetando la *diversidad cultural*.

Los objetivos específicos son:

- 1) Fortalecer la capacidad de las Organizaciones comunitarias y del Municipio para gestionar iniciativas de desarrollo y servicios de salud.
- 2) Implementar un modelo de atención de salud comunitaria intercultural.
- 3) Establecer un sistema de información integral.
- 4) Consolidar el Funcionamiento de la Red de Salud y
- 5) Aportar para el desarrollo de la política de salud a nivel nacional

## Elementos del modelo de atención de salud intercultural

---

1. Un Modelo Centrado en la Persona, Familia y Comunidad: La familia como unidad atención.
2. Un Modelo de Relación Medico-Paciente: se refiere a la responsabilidad ambos en el abordaje de la salud.
3. con Orientación Comunitaria y Participación de la misma, en salud.
4. población a Cargo: definida por familias y grupos étnicos y comunidades.
5. continuidad en el cuidado: a través de la relación estable y continua del equipo de salud con las familias y las comunidades, con resolución y Efectividad: Se busca mejorar la capacidad diagnóstica y de manejo de casos en la atención primaria, de acuerdo a la realidad local.
6. con Equipo de Salud Especializado en APS, 3) con una Red de Atención: el equipo de salud también deber ser un interlocutor valido para con el II Y III nivel de atención.
7. con Flexibilidad y Dinamismo en el marco de la interculturalidad: Lo que permite adaptarse a las condiciones locales, reconociendo que distintas comunidades, familias, personas y equipos de salud, tienen distintas necesidades y capacidades para enfrentar el desafío de mejorar la situación de salud.

El fortalecimiento del sistema de salud indígena kichwa a través de un proceso de investigación, capacitación y difusión de la medicina tradicional. Sistematización del modelo de atención de salud indígena, acercamiento y coordinación entre la medicina tradicional y occidental. Promotores de salud, contar con promotores locales de salud involucrados en las actividades de salud de la organización. Parteras comunitarias, la red de parteras tradicionales comunitaria en el Cantón Loreto conformada y relacionada con el sistema de salud occidental.

## Lecciones aprendidas

---

1. No se puede trabajar al margen del estado.
2. Entender la interculturalidad como un proceso.
3. La sencillez de las estrategias e instrumentos.
4. El liderazgo de la organización indígena.
5. El proceso de la construcción del Consejo Cantonal de Salud
6. La necesidad de documentar permanentemente la experiencia para que los aprendizajes, errores y avances del proceso no se pierdan.

**Políticas nacionales de salud a favor de la población. Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Perú**

Lic. Eladia Quipe

Perú tiene una población total de 28.34.700 y se estima una población indígena de 299.218 en 42 pueblos indígenas.

Según políticas del Estado toda persona tiene derecho a su identidad étnica y cultural, el Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación. Título 1, Cap I. Art 1, Inc. 19., respeta la identidad cultural de las comunidades campesinas y Nativas.

De acuerdo a las Políticas sectoriales a nivel nacional crearon de la ESN Salud de los Pueblos Indígenas, una *Guía Técnica para casos de Interacción con Indígenas en Aislamiento o en Contacto Reciente*. (R.M. N° 799 -2007 / MINSA), *Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad*. (R.M. N° 798 -2007 / MINSA y la *Ley N° 28588* que incorpora al Seguro Integral de Salud (SIS), a la población mayor de 17 años en situación de extrema pobreza y pobreza, con carácter prioritario. "Norma Técnica de Salud: Prevención, contingencia ante el Contacto y Mitigación de Riesgos para la Salud en escenarios con presencia de Indígenas en Aislamiento y en Contacto Reciente". (R.M. N° 797, 2007, MINSA), Reglamento de la ley para protección de los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial. (anteproyecto documento de trabajo) – Febrero 2007, Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis en el Perú: Garantiza el acceso en forma gratuita a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con enfoque de derechos humanos sin ningún tipo de discriminación: edad, género, nivel socioeconómico, etnia, raza y otros". (R.M. N° 383 -2006 / MINSA)

A nivel de las Direcciones Regionales de Salud implementaron la Coordinación Regional de la Estrategia Salud de los Pueblos Indígenas, incorporación exclusiva de personal femenino en las actividades del área mujer en poblaciones indígenas, atención integral de salud de poblaciones excluidas y dispersas (AISPED), capacitación Recursos Humanos SERUMS en interculturalidad, priorización de las rutas de las brigadas AISPED para poblaciones indígenas.

## Propuestas

1. Incorporación de Pertenencia Étnica en Registros de Actividades Sanitarias.
2. Ofrecer espacios a agentes cooperantes para extender cobertura a poblaciones excluidas.
3. Adecuación de salas de parto con enfoque intercultural.
4. Personal de salud bilingüe en áreas con población indígena.
5. Inserción de sesiones educativas en Sillabus facultades de ciencias de la salud sobre etnias e interculturalidad.
6. Desarrollo Integral Asociación de Pueblos Indígenas en zonas de explotación petrolera.(Monitoreo de contaminación por hidrocarburos)

## Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas: Bolivia

Dra. Miriam Nogales

Bolivia cuenta con barreras de acceso y cobertura 70% de la población boliviana padece de alguna forma de exclusión de los sistemas de protección. Social (UDAPE, 2005). La cobertura de población en la seguridad social es del 26%, privados: 5% a 10%, sector público 35 a 70%, sin cobertura 35% a 40% y medicina tradicional.

La población indígena las principales barreras son sociocultural—Cosmovisión, económica, idiomática-lingüística, geográfica población altamente migrante/nómada, distancia, dispersión y factores propios de los establecimientos de Salud, infraestructura, horarios de atención, proyección a la comunidad, tipo de atención—discriminación y estigma, rechazo y mal trato.

Las Estrategias de abordaje a las barreras de salud están identificadas por: CSUTB (Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bol. Altiplano), CIDOB (Confederación indígena del Oriente Bol), Confederación Nacional de Markas y Ayllus del Kollasuyo, APG (Asamblea del Pueblo Guarani) y CONNIOB (Confederación Nacional de Naciones Indígenas originarias de Bolivia).

Las barreras de salud se abordan con la Estrategia DOTS: Compromiso político, desde 1996 el Estado Boliviano garantiza la gratuidad del Diagnóstico y tratamiento de los enfermos con TB a través de la transferencia u otorgación de presupuesto al PNCT que garantice la compra de medicamentos, insumos y reactivos y vela por el cumplimiento de los 5 componentes de la estrategia DOTS. Y estrategias de comunicación como son formación de promotores de salud de las propias comunidades, implementación de una estrategia de Comunicación, elaboración de guías para promotores de salud, elaboración de material educativo y de información sobre TB en sus idiomas y lenguas nativas y trabajo coordinado con promoción de la salud y la escuela Tekove Katu del Chaco.

## El Control de la Tuberculosis en las poblaciones indígenas de América Latina

Dra. Mirtha Del Granado. OPS/OMS WDC

Según las estimaciones de OMS para el 2005, en las Américas hubo 447.815 casos prevalentes, 362.000 casos nuevos de TB todas las formas y 49.300 muertes, con una tasa de incidencia estimada para TB todas las formas de 39 casos por 100.000 habitantes.

Los avances en las actividades de prevención y control de la TB bajo la implementación-expansión del DOTS/TAES, y ahora bajo los elementos de la nueva Estrategia Alto a la TB, han permitido que la tasa de detección de casos haya alcanzado 65% y el éxito del tratamiento 80% bajo DOTS/TAES en el 2005. El 88% de la población vive en áreas DOTS/TAES. Sin embargo, los países de la Región enfrentan grandes retos para el control de la TB, y entre ellos se destacan la epidemia del VIH/SIDA, la TB-MDR, la debilidad de los sistemas de salud, las dificultades de la población bajo la línea de pobreza, la población indígena y la población privada de libertad.

El Sistema Sanitario (SS) es un elemento de vital importancia para el desarrollo de cualquier acción de cuidado, promoción y protección de la salud. Esto ha sido reconocido ampliamente por la Alianza Alto a la Tuberculosis y la OPS/OMS, de tal manera que la nueva estrategia STOP TB, incluyen como uno de sus elementos claves la Contribución al Fortalecimiento de los SS. Esta contribución al fortalecimiento de los SS está planteada como la realización de esfuerzos orientados a la mejora y fortalecimiento de políticas sistémicas, recursos humanos, financiación, gestión,

prestación de servicios y sistemas de información, así como el énfasis en la Atención Primaria, el Enfoque Práctico de salud Pulmonar (iniciativa PAL), y la red de laboratorios.

## **¿Cómo debería implementarse la estrategia *Alto a la TB* en poblaciones Indígenas?**

---

### **1. Seguir fortaleciendo la aplicación y/o expansión de la estrategia DOTS con calidad**

- *Voluntad política para un abordaje integral de la salud indígena*
  - Saneamiento ambiental básico
  - Infraestructura caminera
  - Programa de alimentos
  - RRHH y recursos económicos para los SS
- *Diagnostico de casos de TBP BK+, BK-, EP, TB sensible y resistente*
- *Dotación de medicamentos anti TB de calidad*
- *Tratamiento Estrictamente Supervisado*
  - SS adecuados culturalmente
  - Tratamiento medicamentoso y tratamiento tradicional
- *Sistema de registro e información que permita evaluar impacto*
  - Sistema de información que incorpore la etnia
  - Monitoreo y evaluaciones por etnias

### **2. Abordar la TB/VIH, MDR-TB y otros desafíos**

- *Incorporar actividades de colaboración TB/VIH (manejo interprogramático)*
  - Ofertar manejo integral del paciente TB/VIH
- *Garantizar a acceso al tratamiento supervisado de la TB-MDR*
  - Albergues para tratamientos prolongados
  - Participación de la comunidad en el tratamiento
- *Estudiar hábitos y comportamientos favorables a la transmisión del VIH y elaborar estrategias de IEC*

### **3. Contribuir al fortalecimiento del sistema sanitario**

- *Expandir y organizar las redes de servicios con amplio alcance a nivel rural y periurbano*
  - Diseñar Modelos de Atención con enfoque intercultural donde el SS no exista
  - Ofertar atención que respete y revitalice las culturas indígenas - formación RRHH sanitario.
  - Desarrollar capacidades técnicas de RRHH indígenas
  - Incorporar la iniciativa PAL para combatir factores de riesgo como el tabaquismo y polucionona

#### 4. Empoderar gente con TB y comunidades

- *Promover la incorporación de la comunidad en la planificación y análisis de sus necesidades de salud así la evaluación (control social)*
- *Abogar a diferentes niveles a favor de la promoción del derecho universal a la atención de salud en igualdad de género, generacional y étnico.*
- *Crear redes de apoyo social para:*
  - Facilitar el acceso a los servicios
  - Apoyo para compensar las pérdidas económicas causadas por la incapacidad transitoria o permanente
- *Realizar estrategias ACSM:*
  - Poblaciones indígenas específicas
  - Necesidades identificadas en encuestas CAP
  - Objetivos del control de la TB en PI

Las dificultades para el control de la TB en población indígena son dificultades compartidas por la gran mayoría de problemas de salud que las afectan, manifestación de las deficiencias estructurales y debilidades de los SS.

Las poblaciones indígenas en Las Américas no son ajenas a esta realidad puesto que se caracterizan por vivir en condiciones de pobreza, marginalidad, inequidad y barreras de acceso a servicios de salud como son geográficas, culturales, económicas y la multinacionalidad.

Superar las barreras requerirá de una voluntad política y de una planificación participativa para el desarrollo de acciones coordinadas orientadas a influir no solo en el manejo de las enfermedades sino en los determinantes sociales de salud.

## Las enfermedades desatendidas y sus asociaciones con tuberculosis en América Latina

Dra. María Rebollo

Existen evidencias de que algunas enfermedades tropicales desatendidas (*neglected tropical diseases / NTDs*) como las helmintiasis transmitidas por el suelo (STH), la oncocercosis y la schistosomiasis afectan al sistema inmunológico del huésped haciéndole más susceptible para el padecimiento de tuberculosis activa empeorando su respuesta al tratamiento farmacológico. Aunque esta interacción entre distintas patologías necesita ser más ampliamente estudiada, el principio de precaución hace necesario recomendar que en poblaciones donde los STH son hiperendémicos se realicen actividades de desparasitación de masas con Albendazol o Mebendazol. Esta intervención esta especialmente recomendada en niños, mujeres en edad fértil, pacientes tuberculosos y personas en contacto con pacientes tuberculosos. La desparasitación podría producir beneficios en el estado inmunológico del paciente mejorando su respuesta ante la micobacteria tuberculosa y ante el tratamiento antimicrobiano, tal que y como preconizan distintos artículos de la literatura científica.

Se recomienda realizar más estudios para determinar mejor la sinergia entre las NTD y la tuberculosis.

## Experiencia de aplicación de un enfoque intercultural para atención en salud en poblaciones mayas

Dr. Allan Burns. Departamento de Antropología. Universidad de Florida

El objetivo de esta ponencia es proponer nuevas perspectivas al concepto “salud intercultural” basadas en experiencias en comunidades Mayas en sus países de origen, y también en sus países de migración, especialmente en los Estados Unidos. Al final, quisiera presentar unos ejemplos de iniciativas de salud entre las comunidades Mayas como ejemplos de una perspectiva intercultural y transnacional.

### Poblaciones Mayas

---

Existen en México, Guatemala, Belice, Honduras, El Salvador y Estados Unidos alrededor de 8.000.000 de Mayas distribuidos en 31 grupos diferentes. Pero realmente, no es tan fácil de identificar quien es “Maya” y quien no lo es. Podría ser que el número según una perspectiva antropológica sea más de 10,000,000. La mayoría de estos pueblos son considerados como “Maya”; pero ser Maya no es algo biológico sino social e histórico. En Guatemala, por ejemplo, cuya población total es de 13,000,000, probablemente 10,000,000 podrían ser considerados “Mayas” si tomamos en cuenta su descendencia y perspectiva etnográfica. Pero por razones de discriminación, persecución y opresión de la identidad Maya, los Guatemaltecos de descendencia Maya en muchos casos prefiere no auto-identificarse como “Maya.” Igual ocurre en México, la cifra de un millón de personas auto-identificadas como “Maya” podría ser más del doble tomando en cuenta una perspectiva más etnográfica que política.

En los Estados Unidos, es casi imposible calcular la población Maya que ha migrado a este país, entre las razones esta la inmigración escondida, la ausencia de la pregunta sobre la etnia en el censo, y por la aculturación en las comunidades de emigrantes. Pero podríamos asegurar que en Los Estados Unidos y Canadá viven al menos un millón de personas Mayas. Además de la migración tradicional entre esos países, la guerra civil de Guatemala que duro más de 36 años empujo un proceso de migración de más que un millón de personas entre Guatemala, México, y los Estados Unidos.

Las comunidades Mayas tienen relaciones transnacionales entre México, Guatemala, Belice, Honduras, y El Salvador, y entre estos países de la región y los Estados Unidos. El transnacionalismo entre los Estados Unidos y los países tradicionalmente considerados como “Maya” es especialmente importante cuando consideramos los temas de economía y salud, especialmente tuberculosis y VIH/SIDA. Entre los aspectos económicos, las remesas enviadas a México de emigrantes Maya y no Maya representan la segunda fuente de ingresos de la economía

nacional, después de petróleo. Las remesas hacia Guatemala desde 2005 han aportado mas de US \$ 3,000,000,000, superando los ingresos generados por el turismo y la agricultura.

La interculturalidad como concepto tiene mucha importancia en los campos de salud e educación. Pero la interculturalidad no es solamente un concepto que refiere a respeto y dignidad de conocimientos indígenas. La interculturalidad existe por niveles, comenzando con personas de una misma familia hasta interculturalidad entre países y asociaciones de grupos indígenas. Mientras muchos hablan de interculturalidad de una cultura con otra, es sumamente importante de reconocer que la interculturalidad tiene importancia entre las relaciones persona a persona, con familias y otras familias, y con una comunidad de la misma etnia y otra. Segundo, la interculturalidad no es nada reciente. Las comunidades Mayas, por ejemplo, desde la época pre-colombina, han tenido relaciones formales e informales con otros grupos, gobiernos, y personas que ha ayudado en formar una apreciación de la interculturalidad.

La interculturalidad podría ser vista en dos formas. La primera es *interculturalidad normal*, o una interculturalidad basada en la proximidad de un grupo o comunidad con otra. También existe interculturalidad basada en el comercio o relaciones políticas. Muchos programas de salud “intercultural” asumen que el proceso esta basado en este tipo de interculturalidad “normal.” Pero también existe *interculturalidad forzada*. La interculturalidad forzada existe cuando grupos de distintas comunidades étnicas sufren discriminación, opresión o expulsiones por la guerra y son ubicados en comunidades o instituciones comunes. En Guatemala, por ejemplo, a finales de los 80, el gobierno creó comunidades “polos” con el objetivo de concentrar poblaciones dispersas y diferentes durante la guerra civil. Estas comunidades forzadas provocaron una interculturalidad entre diferentes pueblos Mayas, muchas veces con idiomas distintos e historias separadas.

Otra forma de interculturalidad forzada podría ser vista por razones de migración y otras formas de desplazamiento. Cuando los emigrantes llegan a nuevas comunidades, tienen la necesidad de convivir con gente de varios países y regiones del mundo. Como resultado se desarrollan procesos de adaptación, adopción, y préstamo de ideas, estrategias, y costumbres. Pero también es muy común en las comunidades de emigrantes que un grupo llega a ser dominante sobre los otros, así entre ellos mismos se impone una interculturalidad negativa. También, las pandillas o “maras” que controlan las fronteras entre Guatemala y México, forman un fuerza negativo y violento que se puede considerar como un ejemplo mas de interculturalidad negativa para la población Maya inmigrante. En los estudios de comunidades Mayas en el sur de Florida, por ejemplo, la violencia contra los emigrantes Mayas de parte de Mexicanos, Africano-Americanos, y Haitianos, hizo que los Maya Guatemaltecos no se sintieran seguros de salir de sus casas para poder ir a la consulta medica, afectando negativamente las estrategias de salud en las comunidades Mayas.

La medicina tradicional en las comunidades Mayas no se practica en forma cerrada sino se entiende como medicina plural. Entre las parteras o shamanes mas tradicionales existe una concepción de medicina “practica,” o sea que cuando el uso de yerbas o los rezos no funcionan, los expertos tradicionales siempre utilizan otros sistemas disponibles en la comunidad o sus alrededores, sean bio-medico de los hospitales y clínicas, espiritualismo, o medicina alternativa. En resumen, la medicina tradicional en las comunidades Mayas siempre ha sido una medicina intercultural. Por esta razón las comunidades Mayas se adaptan rápido a cumplir con nuevas estrategias de salud propuestas.

## Lecciones aprendidas de ejemplos de intervenciones basados en la interculturalidad

### 1. *Asociación de Servicio Comunitarios en Salud (ASECSA), Chimaltenango, Guatemala (creado en 1978)*

ASECSA podría ser vista como un proyecto que está basado en Interculturalidad de Instituciones. Entre las actividades y perspectivas de ASECSA están:

- Hospitales Comunitarios
- Asociaciones de Promotores de salud
- Asociaciones de Comadronas o Parteras
- Terapeutas Mayas

Su perspectiva de salud está basada en la filosofía que:

- “La enfermedad tiene varias causas”
- Existen enfermedades secas que tienen causas normales y físicas, y
- Enfermedades húmedas que tienen causas emocionales, espirituales, y supra-naturales.
- Y la medicina tiene que contar con apoyo en ambos tipos.

### 2. *El Proyecto Chiapas de Tuberculosis tiene en cuenta la interculturalidad individual y su organización incluyó:*

*Estrategia educativa*

- Grupos de autoayuda con pacientes con tuberculosis
- Capacitación del personal de salud
- Mayor comunicación entre el personal administrativo (encargado de dar las citas) y el personal de enfermería y de laboratorio

Con esta política intercultural personal, el proyecto Chiapas de Tuberculosis dio los siguientes resultados en referencia al éxito de curación de la tuberculosis: Grupo de intervención: 97,7%, Grupo de control: 81,4%.

### 3. **Interculturalidad confrontativa**

Característica poca reconocida en la interculturalidad, la confrontación política y cultural. Una asociación de mujeres Mayas en un pueblo de Yucatán lanzó un proyecto contra VIH/SIDA utilizando la interculturalidad confrontativa combinado con una visión de justicia social y derechos humanos.

### 4. **Indignación, AC, Yucatán, México: “*Todas Tenemos Sida*”**

- *Yucatán*: 59.7% indígena, Tercer estado con mayor incidencia acumulada de VIH/Sida (después de Baja California y D.F.)
- Género
- Desnutrición
- Violencia
- Educación

En resumen, las características de la interculturalidad Maya relacionadas con programas de salud, especialmente con la tuberculosis incluyen:

- Articulación de diferencias
- Uso del argumento, confrontación, humor
- Salud integrada con cultura y historia actual

- La interculturalidad no es solamente para comunidades indígenas
- Proyectos integrados con otros proyectos exitosos en educación, etc.

## Compromiso necesario

La mayoría de los programas orientados a trabajar con las poblaciones indígenas ven a las personas involucradas en proyectos de salud de esas poblaciones como los “técnicos-promotores” o fuentes para información tradicional de salud, o de plantas medicinales. Las personas de las comunidades indígenas con interés o conocimiento en el campo de salud deberían de ser apoyados para superar el nivel de ser solo “técnicos” y pasar a ser entrenados en la educación superior para dar respuesta a las necesidades de salud de sus propias comunidades. Sus capacidades técnicas pueden y deben ser elevadas a entrenamientos formales a nivel universitario para que, como médicos y especialistas en salud pública, puedan tener liderazgo en la toma de decisiones de sus respectivos grupos poblacionales. Propongo que cada uno de nosotros tengamos como compromiso personal en apoyar por lo menos a una persona indígena en su educación universitaria ya sea médica o en Salud Pública. Así entonces podríamos ver cambios acelerados en la salud de las poblaciones indígenas especialmente en aquellas enfermedades emergentes y re-emergentes que como la tuberculosis pueden ser controladas.

## Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Brasil

Dr. Flávio Pereira Nunes y Dra. Claudia Gervazoni

Brasil cuenta con una población total de 186.820.000 habitantes y se estima una población indígena de 482.086 en 3.751 aldeas indígenas.

La incidencia de tuberculosis es de 47,2 x 100.000 habitantes y notificación de 95 mil casos nuevos.

El programa de la promoción y protección en salud de la población indígena esta financiado por FUNASA para la ejecución directa (combustibles, medicamentos, tratamientos, asesorías y equipamientos). Convenios (equipos de salud-EMSI y logística). Secretaria de Atención en salud/MS con incentivos de atención básica y especializada para los pueblos indígenas. Proyecto – Banco Mundial para el fortalecimiento institucional, iniciativas comunitarias, saneamiento en comunidades remanentes de Quilombos y acciones innovadoras en salud indígena como es medicina tradicional, salud mental y vigilancia nutricional

## Control de la tuberculosis en comunidades indígenas brasileñas: Una experiencia exitosa

---

Distrito sanitario especial indígena Mato Grosso do Sul, implantación de acciones estratégicas para el control de la TB en poblaciones indígenas, etnia Guarani-Kaiowa, evaluación póló Base Dourados con una población de 11.000 habitantes, inicio de las actividades año 2001. Implantación de las acciones estratégicas de control de la TB Capacitación en servicio y equipos de salud que trabajan en el área indígena, búsqueda activa, diagnóstico radiológicos en la aldea de la comunidad indígena, baciloscopia en durante implantación de acciones estratégicas y PPD en contactos.

## Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, Colombia

Dra. María Teresa Garcés

La República de Colombia se encuentra ubicada al extremo noroccidental de Suramérica, Gracias a su posición geográfica, Colombia cuenta con costas en los océanos **Atlántico** y **Pacífico**. Igualmente, cuenta con jurisdicción sobre un tramo del río Amazonas en el trapecio Amazónico, por lo que se le ha llamado "*Patria de Tres Mares*".

De acuerdo con el Censo Nacional del DANE de 2005, de los 42'090.502 colombianos, 1'378.884 pertenecen a diversas comunidades indígenas (3.28% del total de la población) que tienen presencia en 27 departamentos y 228 municipios del país, y 710 resguardos titulados, que ocupan una extensión de aproximadamente 34 millones de hectáreas correspondiendo al 29,8% del territorio nacional.

Los departamentos que tienen mayor población indígena son la Guajira, Cauca, Nariño y Córdoba los cuales representan el 60% de los indígenas de Colombia. Los departamentos con mayor proporción de población indígena dentro de su estructura demográfica son Guainía (61.5%), Vaupés (58,1%), la Guajira (42.4%), el Amazonas (39.8 %) y Vichada (39.6%). (Censo DANE 2005).

## Experiencia exitosa en el municipio de Pueblo Bello

---

Está conformado por 6 corregimientos ubicados en zonas de reserva forestal, dos de ellos Nabusimake y Jewrwa forman parte del resguardo Arhuaco, los cuatro restantes, corresponden al área de colonización campesina: Palmarito, Minas de Iracal, Nuevo Colon, y la Honda. Existen 89 veredas.

## Implementación de la Estrategia TAES

---

### Fortalezas

1. Equipo de salud capacitado
2. Agentes sociales y caracterización del municipios
3. Asignación de recursos departamentales y municipales en el Plan de Atención Básica
4. Inclusión de TB en el Plan de Desarrollo Departamental
5. Cultura de la importancia de la Estrategia TAES en los prestadores de salud

### Debilidades

1. dificultad para la intersectorialidad
2. cultura indígena frente a los procesos de salud
3. recursos insuficientes
4. alto índice de población con necesidades básicas insatisfechas

## Resultados del Proyecto

---

1. 100% de los promotores indígenas capacitados en tuberculosis y dotados con los insumos necesarios para la toma y procesamiento de baciloscopias.
2. 50% de promotores indígenas capacitados como baciloscopistas.
3. 100% de los profesionales del municipio (médicos, enfermeras y bacteriólogos) capacitados en la guía de atención integral de la tuberculosis (resolución 412).
4. laboratorio del municipio con insumos para baciloscopias.
5. 100 de las instituciones de salud (2) con atención a pacientes de tuberculosis dotados para suministrar tratamiento.
6. concertación para coordinación intersectorial entre las Autoridades Tradicionales Indígenas para la captación de sintomáticos respiratorios-administración de TAES.

## Políticas nacionales de salud a favor de la población: Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas, México

Dr. Héctor Tellez

México cuenta con 32 entidades Federativas con 2,426 municipios y una población de 106'377,645 habitantes; el 12% corresponde a población indígena. El 60% de la población indígena (6.02 millones de personas) vive en los municipios indígenas; el resto vive en municipios donde su representación poblacional es minoritaria, lo que responde a cuestiones tanto históricas como migratorias. La población indígena se encuentra presente en una cuarta parte de las localidades del país, casi en la totalidad de los municipios—sólo 30 de ellos no tienen presencia indígena—y en todas las entidades federativas.

Todas las comunidades indígenas cumplen criterios de marginación, la desigualdad y la pobreza marcan la diferencia entre otros grupos privilegiados de la sociedad. En estos grupos el analfabetismo es cercano al 44.27% y el 73.6% no concluyen la educación básica. Se estima que el 10% de los casos de TB ocurre en población indígena (generalmente asociados a desnutrición).

El objetivo del Plan de fortalecimiento del control de TB en pueblos indígenas es mejorar la detección y la curación de pacientes con TB pulmonar, pertenecientes a pueblos indígenas de México a través del fortalecimiento de la estrategia DOTS en sus comunidades. Las Estrategias es la búsqueda intencionada de enfermos en unidades médicas y comunidades indígenas (tamizaje población >15 años), presencia de promotores indígenas y enfermeras comunitarias para detección oportuna, estudio de contactos y curación de enfermos y evaluación con reconocimiento social (Bandera Blanca).

## Acciones

---

1. Tamizaje poblacional para identificar probables casos, mayores de 15 años con tos y flema
2. Diagnóstico clínico, bacteriológico y epidemiológico
3. Ingreso a tratamiento supervisado a casos confirmados
4. Diseño de materiales en idiomas autóctonos, difusión en idiomas autóctonos con el apoyo de radiodifusoras indígenas
5. TAES con personal de la comunidad y supervisión por enfermeras
6. Evaluación de impacto: detección, curación y población informada
7. Reconocimiento social mediante la estrategia de Bandera blanca

Conclusiones: Adaptación del sistema de información (análisis), Plan integrado de salud en los Pueblos Indígenas, acciones específicas por región y localidad, documentar las experiencias y resultados, producción de materiales y legislación en materia de Tuberculosis.

## La tuberculosis en los Altos de Chiapas, México

Dr. Rafael Chávez Vázquez

El Estado de Chiapas tiene una población total de 684.630 de habitantes consta de 18 municipios y un 80% corresponde a población indígena.

Realizan varias actividades como es mejorar la detección del caso de TB por medio de la búsqueda intra- y extrainstitucional (en las comunidades), atención intercultural por medio de la medicina tradicional, vigilancia epidemiológica con visitas domiciliarias. Se fortalece el compromiso comunitario formando comités de salud con participación de la población.

## Salud integral con énfasis en el Control de la TB en pueblos indígenas, Ecuador

Dr. Alfredo Amores

### El problema de la TB en las poblaciones indígenas

---

1. Muchos casos de TB detectados durante las acciones del Proyecto Integral de Salud, que se venía desarrollando desde 1993, no recibían una respuesta adecuada ni oportuna.
2. El manejo de la enfermedad en el hospital provincial tenía las siguientes características: el hospital era el centro de referencia de enfermos de TB de toda la provincia, y no referían a los de pacientes que por su condición “ambulatoria” a los subcentros, no había un protocolo único de intervención, pocos seguían las normas del PNT. “a mi me va bien con este esquema”, no estaba estandarizado el procedimiento para el diagnóstico de enfermos y no siempre se utilizaban baciloscopías para determinar si el paciente tenía tuberculosis, los enfermos eran tratados de manera auto administrada.
3. El manejo de la enfermedad en cuanto a las unidades operativas: ningún subcentro tenía las normas del PCT, ni conocía el esquema de tratamiento antituberculoso del MSP, no se llevaba un adecuado registro de enfermos, los tratamientos de los enfermos no estaban individualizados, no se realizaba una búsqueda activa de enfermos, seguimiento de sospechosos, ni estudio de contactos, no existía ninguna relación entre los promotores de salud y los subcentros, los tratamientos eran auto administrados, medicina x mes de tratamiento, no se llevaba ningún sistema de seguimiento de enfermos, 40% de abandonos.
4. A nivel de las familias y comunidades: se estigmatizaba al paciente y a la familia. No se puede llegar a su casa porque el PUMA esta rondando, los promotores de salud no encontraban respuesta para los pacientes que remitían con la “enfermedad de la saliva”, los pacientes vivían en constante peregrinaje, de un servicio a otro, en ambos sistemas de salud, sin encontrar respuesta a su problema de salud, existen enfermos crónicos que han perdido ya la esperanza de encontrar tratamiento, mas aun si consideran que es “chonta pala”, donde el PUMA esta comiendo su vida, cuando estaban en el tratamiento, nadie les informaba de los efectos colaterales.

El Proyecto de Control de la Tuberculosis nace como iniciativa de la Federación de organizaciones Indígenas de Sucumbíos Ecuador – FOISE. El objetivo general fue contribuir a mejorar el bienestar de las comunidades indígenas mediante el control de la TB, con participación activa de la comunidad y coordinación entre instituciones.

### Líneas de acción

---

1. Diagnostico comunitario de salud y de las personas afectadas por tuberculosis, aplicando mecanismos participativos de identificación del problema por parte de la comunidad e involucrando a los agentes y líderes comunitarios de salud.
2. Búsqueda activa de casos, exámenes clínicos para detección de enfermos y confirmación por laboratorio

3. Estudio familiar de los contactos y establecimientos de estrategias de prevención: identificación de los núcleos familiares y redes naturales de cada enfermo
4. Educación y seguimiento de los individuos enfermos y sus familias: con intervención de los equipos de salud de las instituciones involucradas, líderes y promotores comunitarios
5. Identificación de alternativas que permitan mejorar el nivel de nutrición de los enfermos y sus familias

## Lecciones aprendidas

---

- El MSP, a través de las Direcciones Provinciales de Salud, deben involucrarse desde el principio en la implementación de estos programas: su plena participación define la continuidad o no del modelo propuesto.
- La ejecución de PCT efectivos y exitosos no dependen tanto de recursos económicos adicionales, cuanto del diseño de una metodología apropiada a al contexto local y una adecuada asistencia técnica y acompañamiento al personal de salud, hasta que las estrategias, procedimientos y protocolos de atención se incorporen como parte de su trabajo cotidiano.
- Es necesario consolidar la participación de un equipo de acompañamiento de profesionales que den sustento técnico al programa de manera permanente, en la provincia cada año hay nuevos profesionales y se requiere de capacitación permanente.
- Se requiere lograr el compromiso político de las autoridades de salud para apoyar el programa de control de la tuberculosis, para garantizar la sostenibilidad del mismo en el tiempo.
- Inicialmente se planteó que los voluntarios de salud no sean fueran familiares cercanos del enfermo, sin embargo, la realidad de la situación geográfica del enfermo, en algunas comunidades indígenas, obligó a cambiar esta posición y a apoyar la formación de voluntarios- familiares; este grupo requirió de mayor motivación y seguimiento.
- Se planteó la incorporación de los yachacs en el programa, para las referencias de pacientes; esto resultó ser más una visión idílica de la coexistencia de la medicina tradicional y occidental. Lo que sí logramos fue el respeto mutuo para el desarrollo normal del programa. Si embargo en un estudio cualitativo en Loreto, se encuentra en los yachacs, en un momento determinado si refieren a los pacientes a las unidades de salud
- La estrategia de tratamiento con DOTS COMUNITARIO, es efectiva, incorporando en estrategia el enfoque cultural y la participación social comunitaria.
- La participación de voluntarios y promotores de salud encargados de llevar adelante la estrategia de terapia observada directa es indispensable en zonas dispersas y con dificultades de acceso a los servicios de salud del Estado. El éxito de esta propuesta depende de un adecuado sistema de capacitación y seguimiento.

## Trabajo en grupos

### 1) Análisis de las barreras de salud para las poblaciones indígenas

---

#### Mesa redonda (primer día)

*Moderadora:* Dra. Luz Marina Veja

Se formaron 4 grupos de trabajo, para la realización del ejercicio de definición de barreras en el acceso de salud, con identificación de las siguientes barreras: políticas, culturales, lingüística, sociales, geográfica, financiera. (Anexo I)

### 2) Recomendaciones para abordar el control de TBC en poblaciones indígenas en Latinoamérica

---

#### Mesa redonda: (segundo día)

*Moderadora:* Dra. Miriam Conejo

De la misma manera que en la mesa redonda anterior, los grupos, hicieron recomendaciones para abordar el control de TBC en poblaciones indígenas en Latinoamérica:

1. Compromiso político
2. Diagnóstico situacional
3. Aplicación de la Estrategia DOTS, abogacía
4. Participación de las comunidades
5. Debido acompañamiento de OPS/OMS
6. Monitoreo y evaluación permanente y otros posibles recomendaciones. (Anexo III)

## Conclusiones/Recomendaciones y próximos pasos hacia la Salud Integral con énfasis en el control de la tuberculosis en Pueblos Indígenas

### Barreras de acceso en salud en poblaciones indígenas

---

#### Conclusiones

- Durante las discusiones en el seminario se identificó en las poblaciones indígenas que existen una serie de barreras en salud como son geográficas, culturales, financieras, etc.
- Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y

minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

- La salud de los pueblos indígenas debe ser abordada en forma integral (intersectorial, interprogramático, interinstitucional y debe enfocar la multinacionalidad) con orientación en sus derechos.
- Es importante tener en cuenta las determinantes sociales y su influencia en la salud de las poblaciones indígenas, para promover estilos de vida saludable.
- Durante las presentaciones de experiencias de salud en poblaciones indígenas se ha mostrado que cuando la comunidad es protagonista en todos los procesos de salud (planificación, ejecución y evaluación) la experiencia es exitosa.
- Los recursos humanos de los servicios de salud, no siempre ofertan atención con calidad y calidez a la población, son mal remunerados, con poco acceso a capacitación y sensibilización sostenida, lo cual podría ser superado a través de políticas de desarrollo de recursos humanos.

## Recomendaciones

- Realizar acciones de abogacía en diferentes instancias dirigidas a movilizar recursos financieros para:
  1. facilitar la sostenibilidad de los programas dirigidos a población indígena;
  2. implementar programas de salud en donde no existen; y
  3. realizar acciones de promoción de la salud en las comunidades indígenas considerando sus recursos técnicos, terapéuticos.
- Articular con otros proveedores de salud y sectores (como de educación, medio ambiente, producción, turismo y sociedad civil) en función de mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas.
- Formular estrategias de salud diferenciadas para comunidades de acuerdo a la ubicación geográfica, cosmovisión y prácticas culturales.
- Fortalecer y desarrollar procesos multinacionales en la concertación de estrategias y actividades entre los países fronterizos que comparten comunidades indígenas.
- Identificar e implementar estrategias integrales para abordar los problemas de salud en las poblaciones indígenas, incluyendo actividades comunitarias (extramurales como es la planificación, ejecución y evaluación), creando y fortaleciendo redes plurales de salud.
- Revisar los modelos de atención en salud que existen, a fin de reorientarlos en función de la diversidad étnica, lingüística, epidemiológica y social.
- Diseñar e implementar nuevos modelos de atención donde no existan servicios de salud, que respondan a las necesidades de los pueblos indígenas y que nos permitan mejorar accesibilidad a la atención en salud.
- Realizar una línea de base de causas más frecuentes de enfermedad y muerte, que contenga variables étnicas, a fin de conocer el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas; en función de los resultados, diseñar los programas de salud integral.
- Desarrollar metodologías de investigación, para un adecuado diagnóstico de salud en las poblaciones indígenas y de su tratamiento, para ampliar los modelos explicativos del proceso de salud y enfermedad, sobre todo en aquellas poblaciones con alta movilidad (migración).
- Impulsar la formación del recurso humano, incorporando en currículos de pregrado y postgrado temas de interculturalidad, equidad, conocimientos ancestrales y otros, para lo cual

- Promover el diseño y ejecución de políticas de desarrollo del recurso humano en salud.
- Facilitar y fortalecer la recuperación de la medicina ancestral, con estrategias y mecanismos identificados con los propios indígenas.
- Publicar y dar a conocer las iniciativas e investigaciones realizadas en los pueblos indígenas a fin de sensibilizar a organizaciones internacionales y movilizar recursos financieros para dar sostenibilidad y continuidad a las acciones en salud.

## Abordaje del control de la TB en poblaciones indígenas

---

### Conclusiones

- Existe un trabajo importante en el control de la TB en poblaciones indígenas; sin embargo, las tasas de incidencia son más altas que en población general, lo cual debería orientar a que los programas sean revisados a fin de adecuarlos a las necesidades y realidades diversas de las poblaciones indígenas.

### Recomendaciones

- Realizar abogacía para concertar con las autoridades indígenas, gubernamentales (locales, regionales, nacionales e internacionales), con líderes comunitarios, organizaciones comunales, cabildos, etc., para priorizar las actividades en el control de la TB.
- Realizar diagnóstico situacional participativo, para la identificación conjunta de problemas de salud y ubicación de la importancia de la TB en poblaciones indígenas.
- Fortalecer y desarrollar los procesos de concertación entre la medicina occidental y la tradicional (comunidades indígenas).
- Garantizar la sostenibilidad financiera y administrativa de las acciones de prevención y control de la TB.
- Fortalecer el acercamiento, aceptación, entendimiento y concertación del sistema sanitario con las comunidades indígenas, para garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención y control de la tuberculosis.
- Aplicar las experiencias de otros países que permita evaluar y fortalecer el trabajo con promotores y voluntarios en la administración y adherencia del tratamiento estrictamente supervisado, en comunidades que se encuentran distantes de los servicios de salud.
- Promover estrategias para incorporar y comprometer al talento humano comunitario (promotores de salud) en las acciones para el control de la tuberculosis.
- Mantener un sistema de información en base a la comunidad, con la finalidad de dar a conocer la situación de salud y de la endemia de TB en diferentes niveles.
- Identificar y caracterizar el problema de la coinfección TB/VIH y propiciar el acceso de los pacientes con TB a la consejería, prueba voluntaria de VIH y a medidas de prevención y tratamiento de la infección VIH.
- Abordar factores determinantes de la TB, como lo es el estado nutricional, alcoholismo y viviendas con alta contaminación intradomiciliaria en comunidades indígenas.

- Realizar estudios de desparasitación en todo SR (en el proceso de diagnóstico de TB) en países que no tienen la estrategia de desparasitación sistemática con el objeto de mejorar el estado de salud de las personas.
- Vincular a los pacientes y expacientes, familiares y líderes como parte de la estrategia DOTS/TAES en la supervisión del tratamiento a las comunidades de las áreas dispersas.
- Identificar factores sociales y culturales que inciden en la adherencia al tratamiento por parte de las comunidades indígenas.

## Próximos pasos

---

- OPS incorporará dentro de la página Web de tuberculosis un espacio especial para el control de TB en poblaciones indígenas.
- OPS presentará proyectos a organismos internacionales para fortalecer el control de la TB en poblaciones indígenas.
- Ecuador, Colombia y Brasil deberán preparar publicaciones de sus experiencias exitosas en control de la TB en poblaciones indígenas. OPS se compromete a asesorar y viabilizar las mencionadas publicaciones en revistas internacionales.
- Brasil debería hacer un análisis costo-eficacia de las acciones de control de TB en poblaciones indígenas actualmente implementadas y realizar la publicación correspondiente.
- Realizar y evaluar estudios pilotos de implementación de la desparasitación en SR en poblaciones indígenas de Colombia y Ecuador.
- Incorporar en toda propuesta al Fondo Mundial el control de la TB en poblaciones indígenas.
- Fortalecer el control de TB con actividades concertadas en las zonas fronterizas.
- Documentar experiencias exitosas de grupos indígenas del Canadá.
- Estudiar la situación de poblaciones indígenas en zonas periurbanas de grandes ciudades e implementar estrategias específicas para el control de la TB.
- Realizar una próxima reunión de acuerdo a disponibilidad de fondos en dos años en México.
- Las conclusiones de la presente reunión van a ser discutidas y compartidas con los diferentes pueblos indígenas que van a servir de insumo para las próximas reuniones.

## Anexo I: Mesa redonda (primer día)

### Análisis de barreras de salud para las poblaciones indígenas

---

Moderadora: Dra. Luz Marina Vega

Elaborado por 4 grupos de trabajo

#### Grupo 1

Dr. Rene Barrientos, Bolivia; Dra. Ana Volz, Bolivia; Dr. Flavio Pereira, Bolivia; Dr Luis Fernando Calderón, Ecuador; Profesor Allan Burns, Universidad de Florida, EUA.

#### *Barreras*

- Falta de información y evidencia de la situación de salud de los indígenas en AL (¿silencio epidemiológico?)
- No existen políticas claras y enfocadas (problemas políticos).
- Interculturalidad, estigma
- No hay integración entre sectores y programas
- Recursos financieros
- Rotación y falta de continuidad en el personal de salud.
- Geográficas, socioeconómicas y ambientales

#### *Soluciones*

- Formación de redes de información, publicar experiencias y resultados.
- Fomentar las políticas gubernamentales en base a criterios técnicos, con la participación de la comunidad. Sustentables, Integradoras, Indicadores
- Integración de los enfoques de salud (énfasis relación médico-paciente).
- Fomentar la formación de RH en salud con ese perfil, así como la capacitación del personal en activo.
- Educación en salud y estrategia DOTS
- Incorporación de programas a otros con trabajo previo en pueblos indígenas, en busca de estrategias de salud integradoras
- Financiamiento para la atención de grupos indígenas en AL.
- Fomentar la formación de líderes comunitarios.

#### Grupo 2

Sr. Francisco Pérez Gómez, Bolivia; Dr. Tomas Huanta, Bolivia; Dr. Eduardo Vires, Canadá; Lic.Eladia Quispe, Peru; Dra. María Tereza Garcés, Colombia; y Dra. Miriam Nogales, Bolivia.

### *Barreras*

- Idiomáticas y lingüísticas
- Culturales
- Costumbres y usos
- Geográficas
- Actitud del personal de salud de indiferencia, rechazo, mal trato, discriminación
- Actitud de la población en general de rechazo, desconocimiento, subestimación
- Escasa disponibilidad económica de la población indígena y del personal de salud

### *Soluciones*

- Establecer cursos de aprendizaje tanto para la lengua indígena y otros con metodologías específicas. Asegurar la permanencia del personal de salud capacitado. Asegurar la continuidad de los procesos.
- Mantener informada a la población en temas de salud. Rescate de valores culturales. Respetar e integrar las costumbres que puedan ser de utilidad.
- Formación de Recurso Humano comunitario. Formación de equipos de profesionales para que brinden atención en lugares inaccesibles. Dotación de medios adecuados de transporte. Dotación de sistemas adecuados de comunicación. Proyectos de telemedicina.
- Reeducación al personal de salud. Conocimiento de derechos y deberes de los pacientes. Incorporación en la currícula universitaria y técnica de temas con componente intercultural. Crear programas de postgrado en asuntos indígenas. Educar a las nuevas generaciones a los niños en la riqueza ancestral. Difusión de mensajes.
- Aseguramiento del personal de salud.

### **Grupo 3**

Dr. Rafael Chavez, México; Enrique Echeagaray, Bolivia; Dra. Mirtha del Granado, OPS/OMS;  
Dr. Oswaldo Videira, Perú; Dra. Margarita Sáez, Chile; Dr. Alfredo Amores, Ecuador.

### *Barreras*

- *Servicios de Salud:* Personal de salud, mal trato, sin capacitación en el modelo integral comunitario e intercultural, no conoce cultura local, no habla la lengua indígena, no conoce los itinerarios de tratamiento y a los agentes de salud indígena
- *Temporalidad:* Horarios inadecuados
- *Geográfica:* Aislamiento, dispersión, baja accesibilidad a los Servicios
- *Económica:* Costos de desplazamiento, Abandono de familia, cuidado de animales
- *Ideología:* Paradigma predominante biomédico
- *Posición social:* Estatus diferenciado
- *Religión*
- *Violencia política*
- *Modelos de salud*

### *Soluciones*

- Contar con una Política de Recursos Humanos
- *Desarrollar programas de capacitación en servicio:* Modelo integral comunitario e intercultural, calidad de la atención, pertenencia cultural e Interculturalidad.
- Adecuación de horarios
- Servicios proactivos que van a la comunidad, modelos de atención itinerante, conocer los recursos de salud de la comunidad (agentes de salud indígena). Establecer redes de cooperación y coordinación, contar con facilitadores y promotores.
- Casas de alojamiento para familia que acompaña, casas de la gestante
- Paradigma holístico, integralidad, comunitario, interculturalidad y intersectorial
- Participación de los comunidades en todas etapas planificación, seguimiento y evaluación de los procesos.
- Mecanismos de control social, organización de la comunidad, consejos de participación
- Modelos de salud, salud familiar y comunitaria

### **Grupo 4**

Sr. Julio Quete, Bolivia; Dra. Miriam Conejo, Ecuador; Dra. María Rebollo, OPS/OMS; Dr. Luis Calderon, Ecuador; Sr. Hugo Rivera, OPS/OMS; y Dra. María Consuelo Garzón, OPS/OMS.

### *Barreras*

- *Cultural, racismo:* Temor al maltrato (no respeto al pudor, y a ciertas categorías relacionadas con la moral). Costumbres y prácticas sociales (mal de la calle) y religiosas
- *Lengua:* Desconocimiento
- *Social:* Deficiente participación de las organizaciones y control social
- *Geográfica/demográfica:* Dispersión y falta de conocimiento e identificación de la población. Altos niveles de migración interna y externa.
- *Económica:* Distribución, inequitativa de recursos regulares asignados, pobreza, desempleo.
- *Red de servicios*

### *Soluciones*

- Investigar cosmovisión y modelos explicativos (concepciones propias para solucionar las llamadas enfermedades de filiación cultural)
- Sensibilizar, formar, informar, educar y acompañamiento a comunidades indígenas y al personal de salud.
- Traductores o facilitadores de las etnias
- Aprendizaje de los idiomas nativos
- Señalización y material adaptado a las etnias nativas
- Participación directa de las organizaciones durante la gestión y planificación
- Activación de redes publicas, privadas y comunitarias; extramuralización de la atención
- Rendición de cuentas/ transparencia en la gestión, veeduría ciudadana y gratuidad de la oferta de los servicios
- Inadecuación cultural en la oferta de la red de servicios, infraestructura y personal, coberturas bajas, modelo de salud, solución y adecuación cultural articulando a la medicina tradicional con la académica..

## Anexo II: Mesa redonda (segundo día)

### Propuestas abordaje control de la TB en poblaciones indígenas

---

Moderadora: Dra. Miriam Conejo

Elaborado por los 4 grupos de trabajo

#### Grupo I

- Alianzas estratégicas con todos los actores oficiales o no oficiales de la comunidad.
- Fortalecimiento y coordinación del MSP, para asegurar la sostenibilidad de los programas, una vez que se hayan terminado los financiamientos externos.
- Coordinación inter programática entre los Programas de Salud Indígena y Tuberculosis, trabajo conjunto, y nombrar puntos focales responsables en cada uno de los programas.
- Promotores Comunitarios nombrados por la comunidad, con una remuneración económica, que reconozca su trabajo, y además también se les brinde capacitación permanente.
- Abordaje de la salud en forma integral, y en coordinación con otros programas.
- Difusión en medios de comunicación en lenguas propias, y de acuerdo a su propia realidad cultural, creación de instrumentos de comunicación para capacitación a la comunidad en prevención de TB.
- Buen sistema de información y registro.
- Buen sistema de referencia y contrarreferencia.
- Fortalecer la capacidad de análisis epidemiológico.
- Formar redes de apoyo y coordinación entre los promotores de las comunidades.
- Monitoreo y Evaluación permanente de la actividad de los promotores.
- Informar a la comunidad siempre, de todo lo que se este haciendo dentro de los programas.

#### Grupo II

- Abogacía con autoridades indígenas y gubernamentales: locales, regionales y nacional multisectorial, líderes comunitarios, organizaciones comunales, Cabildos.
- Diagnostico situacional participativo: Identificación conjunta de necesidades y prioridades.
- Establecer una línea de base, identificación y convocatoria de organizaciones,
- Elaboración de planes y propuestas conjuntas.
- Implementación de las actividades aprobadas, con la participación activa del Estado y de la Comunidad
- Evaluaciones periódicas con la participación de todos los actores involucrados.

#### Grupo III

- Rol del Estado
- Regulación y vigilancia epidemiológica. Formulación y evaluación de las políticas sectoriales
- Garantizar la cobertura y gratuidad del Programa Nacional: Financiar

- Rol de OPS
- Asistencia técnica
- Favorecer reuniones entre países para compartir experiencias y monitorear los compromisos adquiridos en la reunión anterior.
- Adaptar las normas a la realidad local, sin perder el fundamento científico del tratamiento.
- Considerar el concepto de salud-enfermedad de los pueblos indígenas.
- Protagonismo y participación de las organizaciones de la comunidad en los procesos de planificación, monitoreo y evaluación.
- Transparencia del uso de los recursos financieros por parte de quien los maneje, servicios estatales, comunidad
- Trabajar con pacientes recuperados de TB de la misma comunidad
- Trabajar con voluntarios para el caso de TB
- Contar con promotores de salud de la comunidad
- Contar con una red expertos para formar facilitadores interculturales
- Formular estrategias pertinentes para comunidades indígenas rurales y urbanas.
- Mantener un sistema de información con base en la comunidad para casos nuevos y en tratamiento.
- Documentar las lecciones aprendidas. Compartir experiencias.

#### Grupo IV

- Priorizar en el país la tuberculosis como problema de salud pública en las comunidades indígenas a fin de asegurar sostenibilidad técnica, administrativa y financiera.
- Visualizar la problemática: investigar, sistematizar y publicar los resultados de la situación de la tuberculosis en las poblaciones indígenas.
- Implementación de la estrategia DOTS con un enfoque familiar, comunitario intercultural con abordaje integrado en el ámbito local
- Coordinación intersectorial e interinstitucional para el abordaje sinérgico y complementario desde una perspectiva holística (abordando los determinantes sociales y de la salud).
- Tener en cuenta las percepciones, familiares y comunitarias tanto de la enfermedad como de la estrategia, tratamiento y formas de comunicación, promoción y educación.
- Sensibilizar a los recursos humanos de atención directa, administrativo y comunitario en relación a la estrategia, previamente, culturalmente adaptada.
- Incluir a los sistemas médicos tradicionales y sus recursos humanos en el diseño, ejecución y evaluación de la estrategia.

## Anexo III: Agenda

### Martes 23 de octubre de 2007

---

8:00 - 8:30	Registro de participantes
8:30 - 9:00	Acto de Inauguración
9:00 - 9:20	Panorama Global de la salud indígena en América Latina Lic. Hugo Rivera
9:20 - 9:40	Políticas de atención integral a poblaciones indígenas Dr. René Barrientos, Jefe Nacional Epidemiología, Bolivia
9:40 - 10:10	Perspectiva de los pueblos indígenas en los procesos de cumplimiento de los ODM: Dra. Luz Marina Vega
10:10 - 10:30	Discusión
	<i>10:30 - 11:00                      Refrigerio</i>
11:00	<b>Mesa redonda:</b> Análisis de barreras de salud para las poblaciones Indígenas. <i>Moderador:</i> Dra. Luz Marina Vega
11:00 - 11:30	<b>Chile</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas.</li></ul>
11:30 - 12:00	<b>Ecuador</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas.</li></ul>
12:00 - 12:30	<b>Perú</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas.</li></ul>
	<i>12:30 - 14:00                      Almuerzo</i>
14:00 - 14:30	<b>Bolivia</b> Estrategias de abordaje a las barreras de salud de las poblaciones indígenas.
14:30 - 15:00	Discusión
15:00 - 16:30	<i>Continuación de la Mesa Redonda:</i> Análisis de barreras de salud para las poblaciones Indígenas. <i>Moderadora:</i> Dra. Luz Marina Vega

### Trabajo de Grupos

- ✓ Identificación de barreras de salud en poblaciones indígenas
- ✓ Posibles soluciones a su abordaje

16:30 - 1700                      *Refrigerio*

17:00 - 17:30	Presentación de Grupos de Trabajo. <i>Moderadora:</i> Luz Marina Vega
	Conclusiones y recomendaciones
17:30	Ceremonia indígena de bienvenida

## Miércoles 24 de octubre

---

8:30 – 8:45	El control de la TB en las poblaciones indígenas de América Latina: Dra. Mirtha del Granado
8:45 - 9:15	Las enfermedades desatendidas en las poblaciones indígenas de América Latina: las tendencias observadas en una revisión de la literatura: Dr. Carlos Rojas
9:15 – 9:30	Las enfermedades desatendidas y sus asociaciones con Tuberculosis en America Latina: Dra. María Rebollo
9:30 - 10 00	Experiencias de aplicación de un enfoque intercultural para atención en salud en poblaciones mayas: Dr. Allan Burns
10:00 - 10:20	Presentación de la experiencia de la eliminación de la Oncocercosis en poblaciones indígenas: Dra. Alba Lucia Morales
	10:20 - 10:45 <i>Refrigerio</i>
10:45 - 1100	Discusión
11:00	<b>Mesa redonda:</b> Modelos de atención integral con énfasis en TB y en zonas con población indígena. <i>Moderadora:</i> Dra. Miriam Conejo
11:00 - 11 30	<b>Brasil</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje integral con énfasis en TB en poblaciones indígenas.</li></ul>
11:30 – 12:00	<b>Colombia</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje integral con énfasis en TB en poblaciones indígenas.</li></ul>
12:00 – 12:30	<b>México</b> <ul style="list-style-type: none"><li>✓ Políticas nacionales de Salud a favor de poblaciones</li><li>✓ Estrategias de abordaje integral con énfasis en TB en poblaciones indígenas.</li></ul>
12:30 -12: 45	Discusión
	12:45 – 14:30 <i>Almuerzo</i>

14:30 – 16:00	<b>Continuación de la Mesa Redonda:</b> Modelos de atención integral con énfasis en TB y en zonas con población indígena. <i>Moderadora:</i> Dra. Miriam Conejo <b>Trabajo de Grupos:</b> Cómo debe abordarse el control de la TB en poblaciones indígenas de America Latina. Principales recomendaciones.
16:00 - 1630	Presentación de grupos de trabajo. <i>Moderadora:</i> Dra. Miriam Conejo <i>16:30 - 17:00                      Refrigerio</i>
17:00 - 1730	Conclusiones y recomendaciones de la reunión
17:30	Clausura

## Anexo IV: Guía para las Presentaciones

Un representante por cada una de las experiencias seleccionadas realizará una presentación enfatizando en los siguientes puntos:

1. Zona de localización del proyecto/programa.
2. Porcentaje de población indígena.
3. Número de pueblos indígenas (nombres).
4. Diez primeras causas de mortalidad y morbilidad en general y por edad, sexo y pertenencia étnica. Incidencia de TB.
5. Factores que facilitan y factores que obstaculizan la prestación de servicios accesibles y culturalmente apropiados con énfasis en el abordaje de la TB.
6. Abordaje de las barreras geográficas, económicas, sociales, culturales, organizacionales con énfasis en el abordaje de la TB.
7. Indicadores de monitoreo y evaluación de la calidad técnica y de la calidad desde la perspectiva del usuario.
8. Características del equipo de salud (número de médicos, enfermeras, dentistas, sociólogos, antropólogos, indígenas y no indígenas, terapeutas indígenas).
9. Sistema de referencia y contrarreferencia entre los diferentes niveles de complejidad de la red de servicios.
10. Sistema de referencia y contrarreferencia entre el sistema de salud oficial/convencional y el sistema de salud indígena.
11. Actividades intersectoriales e interinstitucionales.
12. Número de años de experiencia.
13. Recomendaciones para el desarrollo de modelos de atención integrales culturalmente apropiados.

## Anexo V: Lista de países y participantes

### BOLIVIA

Dra. Miriam Nogales  
Responsable a.i.  
Programa Nacional de Control de la Tuberculosis  
Ministerio de Salud y Deportes  
c. Capitán Ravelo No. 2199  
Teléfono: (+591-2) 244 2403  
Email: [tuberculosis@sns.gov.bo](mailto:tuberculosis@sns.gov.bo)  
[miriolanr@yahoo.es](mailto:miriolanr@yahoo.es)

Dr. Renè Barrientos  
Jefe de Epidemiología  
Ministerio de Salud y Deportes La Paz  
c. Capitán Ravelo No. 2199  
Teléfono: (+591-2) 244 2098  
Email: [rbarrientos@sns.gov.bo](mailto:rbarrientos@sns.gov.bo)

Dr. Tomás Huanca  
Director CBIDSI San Borja, Beni  
Teléfono: (+591-3) 895 4283  
Email: [tomashi@brandeis.edu](mailto:tomashi@brandeis.edu)

Sr. Julio Quete  
Secretario de Salud CIDOB Santa Cruz  
Av. Cunavi, Barrio San Juan, Villa I de Mayo  
Teléfono: (+591-7) 399 0113  
Email: [julio@cidob-bo.org](mailto:julio@cidob-bo.org)

Dra. Ana Volz  
Responsable Programa Tuberculosis Cochabamba  
Av. Aniceto Arce esq. Pasteur  
Teléfono: (+591-4) 453 3834  
Email: [avolzgalvez@gmail.com](mailto:avolzgalvez@gmail.com)  
[tuberculosiscbba@gmail.com](mailto:tuberculosiscbba@gmail.com)

Dr. Enrique Echegaray  
Hospital Alfonso Gumucio Montero, Santa Cruz  
Calle Oruro 160  
Teléfono: (+591-7) 068 0819, (+591-33) 922 6785  
Email: [echegare@yahoo.com.ar](mailto:echegare@yahoo.com.ar)

### BRASIL

Dr. Flavio Pereira Nunes  
Médico Coordinador General Salud Indígena  
Fundación Nacional de Salud  
Ministerio de Salud  
Teléfono: (+55-61) 3314-6503  
Email: [Flavio.nunes@lunasa.gov.br](mailto:Flavio.nunes@lunasa.gov.br)

### CANADÁ

Dr. Eduardo Vides  
Capacity Health Manager  
Metis National Council  
350 Sparles Suite 201  
Canada K1R7S8  
Teléfono: (+1-613) 232 3216  
Email: [le\\_vides@yahoo.ca](mailto:le_vides@yahoo.ca)  
[eduardov@metisnation.ca](mailto:eduardov@metisnation.ca)

### CHILE

Dra. Margarita Saez  
Encargada Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas  
Ministerio de Salud  
Mac Yver 459 of. 727  
Teléfono: (+56-2) 574 0755  
Email: [msaez@minsal.gov.cl](mailto:msaez@minsal.gov.cl)

Dra. Zulema Torres  
Enfermera Programa Tuberculosis  
Ministerio de Salud  
Mac Yver 541  
Teléfono: (+56-2) 630 0470  
Email: [2torres@minsal.cl](mailto:2torres@minsal.cl)

## COLOMBIA

Dra. Maria Teresa Garces  
Coordinadora Tuberculosis  
Secretario Salud del CESOR  
Tosu 18 No. 19-65  
Teléfono: (+57-1) 58032  
Email: [epicesar@hotmail.com](mailto:epicesar@hotmail.com)

## ECUADOR

Dr. Alfredo Amores  
Director de Salud  
Dirección Provincial de Salud Orellana  
José Rivas — Loreto  
Teléfono: (+593-9) 948 2232  
Email: [alfredoamores@andinonet.net](mailto:alfredoamores@andinonet.net)

Dra. Clara Freile  
Responsable Programa Control de la Tuberculosis  
Ministerio de Salud Pública  
Juan Larrea y Riotrio, Edif. Acuña, piso 3  
Teléfono: (+593-2) 255 8537  
Email: [clara.freile@care.org.ec](mailto:clara.freile@care.org.ec)  
[clarafreile@hotmail.com](mailto:clarafreile@hotmail.com)

Dr. Luis Fernando Calderón  
Director Provincial de Salud Pichincha  
Ministerio de Salud Pública  
Mejía 525  
Teléfono: (+593-2) 893 6763  
Email: [auniguito@yahoo.com](mailto:auniguito@yahoo.com)

Dra. Myriam del Rocío Conejo  
Coordinadora local  
Alli Causai / Dirección Provincial de Salud  
Teléfono: 260 4156  
Email: [conejomyriam@yahoo.es](mailto:conejomyriam@yahoo.es)

Dra. Luz Marina Vega  
Asesora Consejo Intersectorial de Salud  
Municipio de Cotacachi  
9 de Octubre 11-19 y Pedro Moncayo  
Teléfono: 9944765  
Email: [alcamari65@yahoo.es](mailto:alcamari65@yahoo.es)

## ESTADOS UNIDOS

Dr. Allan Burns  
Profesor  
Universidad de Florida  
P.O. Box 117300 U.F.  
Gainesville, FL 32611  
Teléfono: (+1-352) 392 2230  
Email: [afburns@ufl.edu](mailto:afburns@ufl.edu)

## MÉXICO

Dr. Héctor Tellez  
Jefe del Departamento de Tuberculosis  
Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y  
Control de Enfermedades  
Ben Franklin 132  
Teléfono: (+55-2) 6146433  
Email: [departamento-tb@yahoo.com.mx](mailto:departamento-tb@yahoo.com.mx)

Dr. Rafael Chávez  
Médico Responsable del Programa TB  
Instituto de Salud en Chiapas  
Av. Insurgentes No. 26  
Teléfono: (+55-5) 6788962  
Email: [chavez691@hotmail.com](mailto:chavez691@hotmail.com)

Dr. Francisco Perez  
Técnico Salud Comunitario  
Secretaria de Salud  
Av. Insurgentes No. 26  
Teléfono: (+55-2) 678 8962

#### PARAGUAY

Dra. Ana Magdalena Hurtado  
Profesora  
Arizona State University  
Fundación Moisés Bertoni  
Teléfono: (+1-505) 507 0957  
Email: [amhurtado@unm.edu](mailto:amhurtado@unm.edu)

Sra. Margarita Mbywangi  
Cacique  
Caninoleju, Paraguay

#### PERÚ

Dra. Eladia Quispe  
Equipo Técnico Programa Tuberculosis  
Ministerio de Salud  
Av. Salaverry s/n Jesús María  
Teléfono: (+51-1) 315 6600  
Email: [equispe@minsa.gov.pe](mailto:equispe@minsa.gov.pe)

Dr. Oswaldo Videira  
Coordinador Regional TB — DIRESA  
Ministerio de Salud  
Av. Salaverry s/n Jesús María  
Teléfono: (+51-1) 315 6600  
Email: [mdvideira@yahoo.es](mailto:mdvideira@yahoo.es)

Unión Internacional contra la Tuberculosis y las  
Enfermedades Respiratorias (La Unión)

MSP Edith Alarcón  
Consultora para América Latina y El Caribe  
Teléfono: (+51-19) 826 3799  
Email: [earcon@iuatld.org](mailto:earcon@iuatld.org)

#### OPS/OMS Washington

Dra. Mirtha Del Granado  
Asesora Regional Programa Control de la Tuberculosis  
525 23<sup>rd</sup> St. Virginia Avenue  
Teléfono: (+1-202) 974 3000  
Email: [delgrana@paho.org](mailto:delgrana@paho.org)

Dra. Maria Consuelo Garzón  
Residente  
525 23<sup>rd</sup> St. Virginia Avenue  
Teléfono: (+1-202) 974 3722  
Email: [garzonma@paho.org](mailto:garzonma@paho.org)

Dra. Maria Rebollo  
Enfermedades Desatendidas  
525 23<sup>rd</sup> St. Virginia Avenue  
Teléfono: (+1-202) 974 3000  
Email: [rebolloom@paho.org](mailto:rebolloom@paho.org)

#### OPS/OMS Bolivia

Dr. Marco Fidel Suárez  
Consultor en Enfermedades Transmisibles y  
Factores de Riesgo  
Av. Victor Sanjines No. 2678  
Edificio Barcelona, Piso 6  
Teléfono: (+591-2)-241 2465  
Email: [msuarez@bol.ops-oms.org](mailto:msuarez@bol.ops-oms.org)

Lic. Hugo Rivera  
Profesional Nacional en Recursos Humanos e  
Interculturalidad  
OPS/OMS La Paz  
Av. Victor Sanjines No. 2678  
Edificio Barcelona, Piso 6  
Teléfono: (+591-2) 241 2465  
Email: [hrivera@bol.ops-oms.org](mailto:hrivera@bol.ops-oms.org)