

# TB

Lineamientos para  
la prevención  
y el control de la

## tuberculosis en los pueblos indígenas

de la Región  
de las Américas

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas





# T B

Lineamientos para  
la prevención  
y el control de la

# tuberculosis en los pueblos indígenas

de la Región  
de las Américas

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



Washington, D.C., 2021

© Organización Panamericana de la Salud, 2021

ISBN: 978-92-75-32276-5

eISBN: 978-92-75-32277-2

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).



Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Forma de cita propuesta:** *Lineamientos para la prevención y el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región de las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, véase [www.publications.paho.org](http://www.publications.paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# Índice

Agradecimientos .....	v
Siglas .....	vi
Introducción .....	1
<b>CAPÍTULO 1</b>	
<b>ESTRATEGIA FIN DE LA TB, POLÍTICA SOBRE ETNICIDAD Y SALUD Y SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REGIÓN .....</b>	<b>3</b>
1.1 Estrategia Fin de la TB .....	4
1.2 Política sobre etnicidad y salud.....	5
1.3 Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región .....	5
<b>CAPÍTULO 2</b>	
<b>LINEAMIENTOS GENERALES .....</b>	<b>8</b>
2.1 Lineamiento general 1.....	9
2.2. Lineamiento general 2 .....	10
<b>CAPÍTULO 3</b>	
<b>LINEAMIENTOS PARA IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA FIN DE LA TB Y LA POLÍTICA DE SALUD Y ETNICIDAD CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS.....</b>	<b>12</b>
<b>PILAR 1. ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE.....</b>	<b>13</b>
<i>Componente 1. Diagnóstico, acceso universal a pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y detección sistemática en grupos de alto riesgo .....</i>	<i>13</i>
<i>Componente 2. Tratamiento de las personas con tuberculosis y con tuberculosis farmacorresistente, con apoyo centrado en el paciente.....</i>	<i>17</i>
<i>Componente 3. Actividades de colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades.....</i>	<i>19</i>
<i>Componente 4. Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis .....</i>	<i>21</i>
<b>PILAR 2. POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO .....</b>	<b>23</b>
<i>Componente 1. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención .....</i>	<i>23</i>
<i>Componente 2. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado.....</i>	<i>24</i>
<i>Componente 3. Política de cobertura universal de salud y marcos regulatorios para la notificación de los casos, los registros vitales, la calidad y el uso racional de los medicamentos y el control de infecciones .....</i>	<i>25</i>
<i>Componente 4. Protección social, reducción de la pobreza y acciones sobre otros determinantes de la tuberculosis .....</i>	<i>26</i>

<b>PILAR 3. INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INTENSIFICADAS</b> .....	28
<i>Componente 1. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias</i> .....	28
<i>Componente 2. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto de la Estrategia Fin de la TB y para promover las innovaciones</i> .....	29
<b>Referencias</b> .....	30
<b>Anexo. Resumen de la Política sobre etnicidad y salud de la Región</b> .....	35
<b>Cuadros y figuras</b>	
Cuadro 1. Casos de tuberculosis notificados en los pueblos indígenas de 12 países de la Región de las Américas con información disponible, 2012-2016.....	7
Cuadro 2. Riesgo relativo de tuberculosis en los pueblos indígenas de 6 países de la Región de las Américas con información disponible, 2016 .....	7
Cuadro 3. Comorbilidades y factores de riesgo de la tuberculosis en algunos pueblos indígenas de la Región de las Américas, 2001-2008 .....	21
Figura 1. Pilares, principios y componentes de la Estrategia Fin de la TB.....	4
Figura 2. Aspectos claves de la <i>Política sobre etnicidad y salud</i> que hay que tomar en cuenta para implementar los presentes lineamientos.....	5
Figura 3. Incidencia de la tuberculosis en la población general y en la población indígena en 6 países de la Región de las Américas con información disponible, 2016.....	6
Figura 4. Cosmovisión del pueblo emberá chamí en el municipio de Florencia (Caquetá, Colombia).....	11
Figura 5. Ruta intercultural de atención de la tuberculosis del pueblo misak en Cauca (Colombia).....	11

# Agradecimientos

El presente documento fue elaborado por Norman Gil, y la edición y revisión final estuvo a cargo de Rafael López Olarte y Pedro Avedillo Jiménez, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Expresamos nuestra gratitud por los aportes realizados al documento a Edith Alarcón, Susana Gómez, Luis Gutiérrez Alberoni, José Milton Guzmán, Ernesto Montoro, Sandra del Pino y Bernardino Vitoy de la OPS, y a los miembros del Grupo Asesor Técnico de Tuberculosis de la OPS: Denise Arakaki-Sanchez, Magnolia Arango, Fabiola Arias, Lucía Barrera, Cesar Bonilla, Ken Castro, Rolando Cedillos, Rosmira Izquierdo, Rafael Laniado, Celia Martínez y Mónica Thorman.

Asimismo, deseamos extender nuestro agradecimiento a Claudia Patricia Henríquez Iguarán, Danielle Dell'Orti y Marli Souza Rocha. Igualmente, y de manera especial, a los participantes en la Reunión Regional de Tuberculosis y Pueblos Indígenas en las Américas, celebrada en Bogotá (Colombia) en julio del 2019: Sarita Aguirre, Manuel Gerónimo Asencio, Yadira Maribel Barrios Gramajo, Evelyn Cardoza, Gina Carrioni Denyer, Lucas Felipe Carvalho Oliveira, Yanira

Chita de Orellana, Oscar Andrés Cruz, Martha Cuarán, Freddy Ergueta Irrazabal, Melissa Gailann Phipplips, Ingrid García, Martha Angélica García Avilés, Rosmira Izquierdo, Irma Janglall, Marcia Lucía Lacayo Fox, Marlene Larocque, Ana Loyda López Herrera, Danielle Dell'Orti, Abuela Blanca Nieves Ospina, Martí Alfaro Quevedo Pinos, Elvin Ramírez, Julia Rosa María Ríos Vidal, Francisco Sánchez, Julián Trujillo, José Fernando Valderrama, Eduardo Vides y Wendy Wobeser.

La OPS reconoce a los pueblos indígenas como población vulnerable a la tuberculosis y agradece la participación activa y el trabajo conjunto de sus representantes a lo largo de los últimos años. Su interés y su compromiso han motivado la elaboración de estos lineamientos.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Oficina de Desarrollo Sostenible Regional del Departamento para América Latina y el Caribe de la Agencia de Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), mediante la subvención AID-OAA-IO-16-00.003. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de los autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID.

# Siglas

<b>ACS</b>	Agentes comunitarios de salud
<b>DOTS</b>	Nombre de la estrategia recomendada internacionalmente hasta el 2005
<b>ILTB</b>	Infección latente por tuberculosis
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>ONG</b>	Organización no gubernamental
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>OSC</b>	Organizaciones de la sociedad civil
<b>PNT</b>	Programa nacional de tuberculosis
<b>PSD</b>	Prueba de sensibilidad a drogas
<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>TB-DR</b>	Tuberculosis farmacorresistente
<b>TB-MDR</b>	Tuberculosis multirresistente
<b>TB/VIH</b>	Coinfección por tuberculosis y por el virus de la inmunodeficiencia humana
<b>TDO</b>	Tratamiento directamente observado
<b>TOV</b>	Tratamiento observado por video
<b>VIH</b>	Virus de la inmunodeficiencia humana



# Introducción

A diferencia de lo que se creyó durante mucho tiempo, la tuberculosis (TB) está presente en la Región de las Américas desde antes de la colonización, tal y como demuestran numerosos hallazgos arqueológicos (1, 2). Sin embargo, fue durante el proceso de asentamiento de los europeos cuando alcanzó niveles epidémicos, al transmitirse rápidamente entre poblaciones indígenas. Otros factores contribuyeron a propagarla, como la marginación social y la inseguridad alimentaria, además de otras infecciones, como la sífilis (3).

Como en el resto del mundo, en la Región la TB es un problema de salud pública, en especial entre los pueblos indígenas, cuyas tasas de incidencia superan en gran medida a las de la población general (4). Con vistas a controlar la infección en estas poblaciones identificadas como especialmente vulnerables, es necesario responder a sus diversas necesidades desde una perspectiva intercultural, es decir, aplicar un abordaje holístico —desde un plano de igualdad y respeto mutuo— que considere el valor de las prácticas culturales de cada pueblo, incluidos sus modos de vida, sus sistemas de valores, sus tradiciones y sus cosmovisiones.

Ciertamente, se ha avanzado en el reconocimiento de la necesidad de un abordaje intercultural de los servicios de salud. Pero aún persisten obstáculos basados en la discriminación, el racismo y la exclusión que se ejercen sobre las poblaciones indígenas, los afrodescendientes, los romaníes y otros grupos étnicos, en algunos casos porque no se les reconoce ni se valora su cultura (5).

Por todo ello, para ayudar a implementar la Estrategia Fin de la TB con un enfoque intercultural que esté en consonancia con las líneas prioritarias de su actual *Política sobre etnicidad y salud*, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado los presentes lineamientos, que también deben servir para el desarrollo operativo de la estrategia en los pueblos indígenas de la Región. Por tanto, el presente documento resultará útil sobre todo a los actores siguientes:

- Autoridades nacionales, subnacionales y locales del sector de la salud.
- Jefes de programas nacionales y subnacionales de TB y sus equipos técnicos que trabajen con pueblos indígenas.
- Responsables de asuntos indígenas y étnicos en los ministerios de salud u otros.
- Líderes de asociaciones u organizaciones indígenas

nacionales y subnacionales vinculados con la salud.

- Personal de salud del nivel local que atienda a poblaciones indígenas.
- Grupos de pacientes y antiguos pacientes de TB en zonas indígenas.
- Sociedad civil organizada y organizaciones no gubernamentales que trabajen o vayan a trabajar en favor de la población indígena.
- Investigadores, docentes y potenciales donantes.

El liderazgo del proceso de implementación de estos lineamientos debe ser de los programas nacionales de tuberculosis de cada país, junto con los responsables de asuntos indígenas y étnicos de los ministerios de salud, así como con las entidades gubernamentales relacionadas con el tema, en estrecha coordinación con los niveles subnacionales.

Es importante destacar que este documento recoge la experiencia acumulada de la OPS y las buenas prácticas de algunos de sus Estados Miembros en los últimos años. Asimismo, se incorporan las discusiones y las experiencias compartidas en las reuniones regionales celebradas sobre el tema, haciendo hincapié en la innovación y la inclusión social. Este enfoque requiere cambiar de manera apremiante y con rapidez los paradigmas tradicionales. Es decir, es necesario partir de las acciones específicas que reducen gradualmente la incidencia de la TB para fomentar una acción multisectorial más intensa, que ha demostrado ser más eficaz para disminuir la epidemia con rapidez.

En este documento se pone de manifiesto la convergencia entre los pilares y los principios de la Estrategia Fin de la TB con la actual *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS. Además, se presentan los indicadores epidemiológicos de TB en los pueblos indígenas de algunos de los países que cuentan con datos en la actualidad y los lineamientos para el abordaje de la TB en estas poblaciones.

Los lineamientos se dividen en dos grupos. El primero es el de los **lineamientos generales para el abordaje intercultural de la TB**, que se deben elaborar a partir de una visión general de los conceptos que cada pueblo indígena tiene sobre la salud y la enfermedad, así como de sus creencias y prácticas frente a la TB. El segundo grupo es el de los **lineamientos para la implementación de la Estrategia Fin de la TB** y su interacción con la *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS.

Cada lineamiento se desarrolla a partir de la conceptualización de los aspectos técnicos más relevantes, los pasos que hay que seguir para implementarlos en el marco de la Estrategia Fin de la TB y la *Política sobre etnicidad y salud*,

y una descripción breve de una o varias buenas prácticas recogidas en la bibliografía en este campo o de ejercicios programáticos llevados a la práctica principalmente en los países de las Américas.

### ASPECTOS CLAVES PARA ABORDAR LA TUBERCULOSIS EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REGIÓN

- Priorizar un sistema de prevención y control de la tuberculosis (TB) para los pueblos indígenas a nivel regional, nacional y subnacional que sea sostenible a largo plazo.
- Reconocer de manera efectiva y decidida la existencia y la validez de los sistemas de salud tradicionales, a sus representantes y la práctica habitual de la medicina tradicional. Además, impulsar los mecanismos necesarios para favorecer la interrelación y la complementariedad entre ambos sistemas de salud.
- Disponer de información demográfica actualizada sobre los pueblos indígenas y sobre su situación respecto a enfermedades transmisibles como la TB.
- Investigar y reconocer los conocimientos, las actitudes y las prácticas que los pueblos indígenas tienen sobre la salud, sobre todo los relacionados con la TB y con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), como parte esencial del abordaje de la enfermedad en los grupos étnicos altamente vulnerables y que se consideran poblaciones clave que requieren intervenciones diferenciadas y concertadas.
- Abordar las necesidades y los puntos de vista de los grupos más vulnerables de las sociedades indígenas, teniendo en cuenta las brechas asociadas al género y la discriminación interétnica, sin olvidar a las personas con discapacidad, a los niños, niñas y adolescentes, y a los ancianos (6).
- Planear, elaborar y desarrollar procesos interculturales entre las autoridades indígenas y las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, incluido el sector privado. Los recursos humanos que participen en dichos procesos deben recibir una formación que garantice un abordaje intercultural, interprogramático y multisectorial a la hora de priorizar las actividades de prevención y control de la TB en los pueblos indígenas, en el marco del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.
- Abordar factores determinantes de la TB como la pobreza extrema, la desnutrición, el alcoholismo, la farmacodependencia, el hacinamiento y la calidad de la vivienda, la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual, el consumo de tabaco, la diabetes y otros que pudieran estar asociados a prácticas culturales, usos o costumbres de ciertos pueblos indígenas.
- Fortalecer el trabajo y la integración de la sociedad civil, los afectados y sus familias en los procesos interculturales que tienen la finalidad de acercar las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento de la TB a las comunidades indígenas.
- Desarrollar acciones para controlar la TB, que contemplen todas las diversidades socioculturales, geográficas, históricas y políticas.

The background of the entire page is a complex, repeating geometric pattern. It consists of various shapes like triangles, squares, and lines, some filled with light blue and others with light grey, creating a textured, tribal-like aesthetic. The pattern is most prominent in the top and bottom sections of the page.

## CAPÍTULO 1

# ESTRATEGIA FIN DE LA TB, *POLÍTICA* *SOBRE ETNICIDAD Y SALUD* Y SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LA REGIÓN

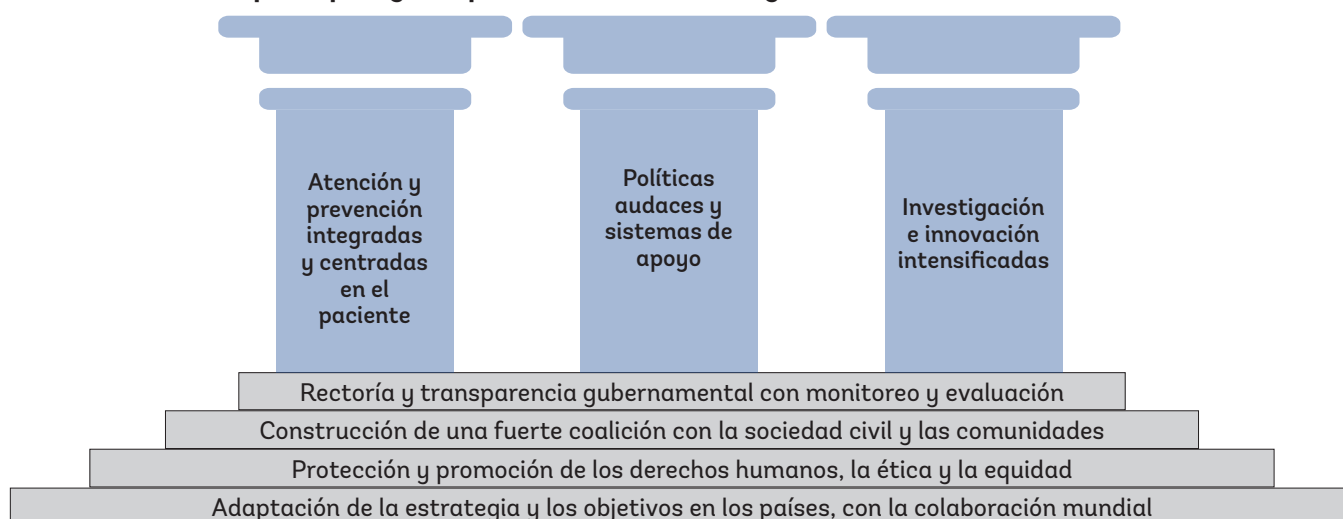
## 1.1 Estrategia Fin de la TB

Desde 1993, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la epidemia de TB como emergencia de salud pública mundial, se han realizado avances y alcanzado logros. Aun así, esta enfermedad continúa siendo un grave problema de salud pública en todo el mundo. Con objeto de poner fin a la epidemia en el año 2035, en el 2014 se adoptó la Estrategia Fin de la TB (figura 1) durante la 67.ª Asamblea Mundial de la Salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) incorporó la Estrategia Fin de la TB en su *Plan de acción para la*

*prevención y el control de la tuberculosis para el 2016-2019 (7)*, que contemplaba: “[...] brindar una atención adecuada a las características culturales específicas de las poblaciones indígenas, afrodescendientes y otros grupos minoritarios”. La implementación de la Estrategia Fin de la TB se vio reforzada por la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre TB en el 2018, al comprometer a los Estados Miembros a acelerar sus esfuerzos para poner fin a esta enfermedad (8). Esta declaración reconoce el impacto y la carga de la TB en poblaciones vulnerables como los pueblos indígenas y llama a su priorización.

**Figura 1** Pilares, principios y componentes de la Estrategia Fin de la TB



### Pilares y componentes

#### 1. Atención y prevención integrada de la tuberculosis centrada en el paciente

- 1.1. Diagnóstico, acceso universal a pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y detección sistemática en grupos de alto riesgo
- 1.2. Tratamiento de las personas con tuberculosis y con tuberculosis farmacorresistente con apoyo centrado en el paciente
- 1.3. Actividades de colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades
- 1.4. Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis

#### 2. Políticas audaces y sistemas de apoyo

- 2.1. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención
- 2.2. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado
- 2.3. Política de cobertura universal de salud y marcos regulatorios para la notificación de los casos, los registros vitales, la calidad y el uso racional de los medicamentos y el control de infecciones
- 2.4. Protección social, reducción de la pobreza y las acciones sobre otros determinantes de la tuberculosis

#### 3. Investigación e innovación intensificada

- 3.1. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias
- 3.2. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto de la Estrategia Fin de la TB y para promover las innovaciones

## 1.2 Política sobre etnicidad y salud

Desde la década de 1990, la OPS ha aprobado lineamientos y apoyado diversas intervenciones que incorporan un abordaje intercultural de la salud de los pueblos indígenas (9, 10, 11). En el año 2017, con motivo de la 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana y la 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la *Política sobre etnicidad y salud* (5) (figura 2) en la que se afirma:

“La situación de invisibilidad y exclusión que enfrentan estas poblaciones representa un reto para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud, como las referentes al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, la tuberculosis, la malaria y la salud mental, entre otras”.

Con la aprobación de la *Política sobre etnicidad y salud*, la Región de las Américas se convirtió en la primera región de la OMS en reconocer la importancia de adoptar un enfoque intercultural para abordar las inequidades en la salud.

La convergencia entre los componentes de los pilares de la

Estrategia Fin de la TB y las líneas prioritarias de la nueva *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS representan una oportunidad para definir algunos lineamientos y orientaciones técnicas en la materia. Esto permite el abordaje intercultural de la epidemia en uno de los grupos poblacionales de mayor vulnerabilidad, que presenta unas tasas altas de incidencia en la Región (4) y que padece mayores inequidades en materia de salud (12).

## 1.3 Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región

De acuerdo con los datos disponibles de censos y estimaciones, la población indígena de las Américas era de aproximadamente 44,8 millones de habitantes en el año 2010, distribuidos entre 826 pueblos indígenas. Esta información incluye datos publicados de los siguientes 17 países: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Además, se ha descrito que, en el 2009, la Región contaba con al menos 24 pueblos indígenas en países no hispanohablantes: 11 en Suriname, 9 en Guyana, 3 en Belice y 1 en Dominica (13).

**Figura 2** Aspectos claves de la *Política sobre etnicidad y salud* que hay que tomar en cuenta para implementar los presentes lineamientos



A pesar de que los datos disponibles sobre la situación de salud en los pueblos indígenas aún son insuficientes y fragmentados, permiten constatar que en el perfil epidemiológico de este grupo étnico persisten altas tasas de incidencia y mortalidad debido a enfermedades transmisibles como la TB, junto a enfermedades no transmisibles como la diabetes asociada a la malnutrición y la obesidad (14).

Una revisión sistemática de la bibliografía en este campo concluyó que varios países de la Región registran en algunos de sus pueblos indígenas incidencias de TB que llegan a ser hasta 75 veces más altas que en la población general. Es el caso de las registradas en el pueblo ache de Paraguay. Otras, como las de los pueblos amazónicos brasileños, a menudo exceden los 1000 casos por cada 100 000 habitantes. Destaca particularmente la incidencia entre los yanomami, que es 37 veces más alta que en la población no indígena (4).

Durante el año 2018, la OPS realizó un ejercicio de recopilación de información sobre la TB en la población indígena de los países de América Latina y el Caribe. En el proceso se logró identificar a 12 países (Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Guyana, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela [República Bolivariana de]) que han

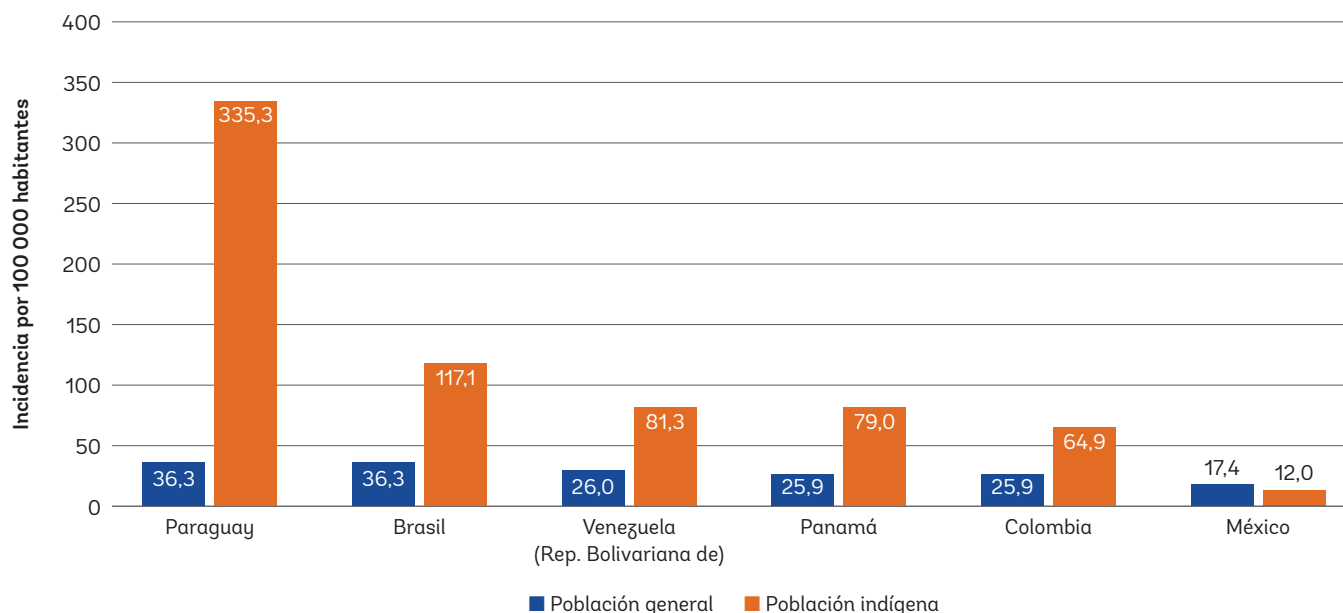
incorporado la variable de grupo étnico o pueblo indígena a sus instrumentos de recopilación de datos del programa nacional de tuberculosis (PNT) o de vigilancia de la TB y que contaban con información disponible. Otros países, como Honduras, han implementado la variable, pero no cuentan con la información. Guatemala la incorporó a finales del 2016, por tanto cuenta con datos del 2017, y Ecuador la incorporó en su sistema de información en el 2018.

Cuando se comparan las incidencias de TB en los pueblos indígenas de algunos países<sup>1</sup> con las de la población general, con frecuencia se observan grandes diferencias entre ellas. La del grupo étnico supera a la general entre 2 y 10 veces (figura 3).

A pesar de que México ha registrado el mayor número de casos por año durante el período descrito (cuadro 1), es el único país donde la incidencia es menor en los pueblos indígenas que en la población general (figura 3).

La probabilidad de que una persona que se identifica como indígena en Paraguay padezca TB es nueve veces mayor que en personas no indígenas. En países como Brasil, Colombia, Panamá y Venezuela (República Bolivariana de) es de 2 a 3 veces más (cuadro 2).

**Figura 3** Incidencia de la tuberculosis en la población general y en la población indígena en 6 países de la Región de las Américas con información disponible, 2016



**Fuente:** información facilitada por los programas nacionales de tuberculosis a través de las representaciones de la OPS en los países, 2018.

<sup>1</sup> En la construcción de este y otros indicadores se presentan dificultades en muchos países debido a que no se cuenta con denominadores poblacionales que sean oficiales.

**Cuadro 1** Casos de tuberculosis notificados en los pueblos indígenas de 12 países de la Región de las Américas con información disponible, 2012-2016

País	2012	2013	2014	2015	2016	Total
México	1572	1505	1566	1567	1469	7679
Brasil	824	879	804	933	865	4305
Colombia	641	703	735	689	832	3600
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	716	619	557	571	681	3144
Paraguay	520	418	375	337	427	2077
Panamá	s. d.	s. d.	s. d.	253	391	644
Chile	94	65	63	90	113	425
Perú	s. d.	s. d.	s. d.	243	165	408
Guyana	s. d.	s. d.	s. d.	83	71	154
Belice	17	22	17	15	19	90
Costa Rica	13	8	18	8	10	57
Suriname	10	11	12	12	6	51
<b>Total anual</b>	<b>4355</b>	<b>4165</b>	<b>4094</b>	<b>4735</b>	<b>5016</b>	<b>22 634</b>

s. d.: sin datos.

Fuente: información facilitada por los programas nacionales de tuberculosis a través de las representaciones de la OPS en los países, 2018.

**Cuadro 2** Riesgo relativo de tuberculosis en los pueblos indígenas de 6 países de la Región de las Américas con información disponible, 2016

País	Población indígena (%)	Número de nuevos casos de TB notificados	Número de nuevos casos de TB notificados en poblaciones indígenas	TB en poblaciones indígenas (%)	Incidencia de la TB	Incidencia de la TB en los pueblos indígenas	Riesgo relativo
Paraguay	1,9	2438	427	17,5	36,3	335,3	9,3
Brasil	0,4	75 444	865	1,1	36,3	117,1	3,2
Venezuela (Rep. Bolivariana de)	2,7	8197	681	8,3	26	81,3	3,1
Panamá	1,0	12 581	391	3,1	25,9	79	3,1
Colombia	2,4	12 581	761	6,7	25,9	64,9	2,5
México	9,6	22 193	1469	6,6	17,4	12	0,7

Fuente: información facilitada por los programas nacionales de tuberculosis a través de las representaciones de la OPS en los países, 2018.



## CAPÍTULO 2



# LINEAMIENTOS GENERALES



El objetivo de los lineamientos es facilitar a los pueblos indígenas analizar, definir y reconocer las realidades y las cosmovisiones que los caracterizan.



## 2.1 Lineamiento general 1



**Analizar el comportamiento de la tuberculosis y de los sistemas y servicios de salud en los pueblos indígenas**

Para implementar y fortalecer la Estrategia Fin de la TB en los pueblos indígenas hay que realizar dos análisis. El primero es epidemiológico y se realiza a partir de datos nacionales y subnacionales disponibles que ayuden a comprender la distribución de la carga de la enfermedad y a identificar las áreas geográficas, subpoblaciones o sectores con mayor carga de TB. También se analizan los sistemas y los servicios de salud, tanto el occidental como el tradicional, a todos los niveles, que ayuden a comprender los recorridos realizados por los pacientes, la disponibilidad de servicios necesarios a lo largo de su trayectoria y las barreras socioculturales, económicas y geográficas que enfrentan las personas con TB desde antes de la aparición de los síntomas hasta después de completar su tratamiento.

Comparar el análisis epidemiológico y el de los servicios de salud permitirá identificar las acciones necesarias y priorizar las intervenciones que faciliten la implementación y el fortalecimiento de la estrategia con adaptación intercultural de la atención, buscando mejores condiciones operacionales y usando los resultados para asignar y reasignar los recursos disponibles o movilizar nuevos recursos (15).

Para este y los demás lineamientos de este documento se requerirá la conformación de un equipo multidisciplinario e intersectorial que ayude a analizar el comportamiento de la TB, y de los sistemas y servicios de salud en los pueblos indígenas. También se requerirá la implementación de acciones para la adecuada búsqueda, detección, tratamiento y seguimiento de la TB, así como de las acciones interprogramáticas e intersectoriales que esto demanda. Se sugiere que este equipo cuente con el siguiente personal:

- Personal de salud, del que al menos uno es indispensable que trabaje en el PNT del nivel nacional o subnacional, así como profesionales de las ciencias sociales y humanas con habilidades y competencias en salud intercultural o que se estén formando para adquirirlas, y priorizando a los de origen indígena.

- Integrantes del grupo de asuntos indígenas o étnicos del ministerio de salud o subnacional.
- Integrantes del área de servicios de salud del ministerio de salud o subnacional.
- Organizaciones nacionales o subnacionales que representen a los pueblos indígenas.
- Sociedad civil de pueblos indígenas o que cuenten con experiencia de trabajo con ellos.
- Representantes de la medicina tradicional y líderes indígenas.
- Miembros del ámbito académico y de organizaciones no gubernamentales (ONG).

La lista anterior no es exhaustiva y debe adaptarse a la realidad de cada uno de los países. La implementación de este lineamiento contribuirá a cerrar la brecha existente en la producción, la gestión integral y el análisis de información desglosada por origen étnico y datos, tanto cualitativos como cuantitativos, sobre la salud de los pueblos indígenas.

### Pasos para implementar el lineamiento general 1

- Conformar un equipo de trabajo intersectorial y multidisciplinario.
- Recopilar la información existente sobre la epidemiología, los sistemas y los servicios de salud occidental y tradicional a partir de fuentes primarias y secundarias (16) principalmente.
- Discutir y analizar en tres grupos específicos de trabajo (comportamiento de la TB incluyendo comorbilidades, sistemas de salud y servicios de salud) la información recopilada y desagregarla por los aspectos claves (situación, logros, debilidades y oportunidades) que se identifiquen para la implementación y el fortalecimiento de la estrategia<sup>2</sup>.
- Analizar conjuntamente los resultados de cada grupo frente a su temática específica, y elaborar un resumen gráfico de cada uno que sirva como insumo para elaborar la ruta y priorizar posibles intervenciones claves a corto, mediano y largo plazo, principalmente en zonas con recursos limitados.
- Elegir al interior del equipo un grupo coordinador para la implementación y el monitoreo de los lineamientos, garantizando la participación efectiva de líderes indígenas, y la coordinación con agentes de medicina tradicional y líderes espirituales para cada pueblo.

Un ejemplo de buena práctica es la que tuvo lugar en Ecuador, donde la Federación de Organizaciones Indígenas de Sucumbíos (FOISE) y la Red Internacional de Organizaciones de Salud (RIOS) desarrollaron un proyecto piloto que implementó la estrategia DOTS en comunidades indígenas de Sucumbíos entre 1997 y el 2003. Una de sus principales líneas de acción fue el diagnóstico comunitario de salud aplicando mecanismos participativos que involucraron a diversos actores, principalmente personas de las poblaciones indígenas (17).

<sup>2</sup> Se sugieren tres espacios separados o paralelos, según lo más conveniente logísticamente, en los que se puedan discutir las perspectivas desde la epidemiología de la TB, incluidas comorbilidades como el VIH, la desnutrición, la diabetes, la sífilis y las hepatitis víricas, entre otras, así como los sistemas y los servicios de salud desde las perspectivas occidental y tradicional.

## 2.2 Lineamiento general 2



**Reconocer los conocimientos y las prácticas sobre la tuberculosis y elaborar las rutas de atención intercultural en los pueblos indígenas**

La abogacía, el conocimiento de la epidemia y los procesos de coordinación y colaboración son tres medidas iniciales necesarias para una apropiada implementación de la Estrategia Fin de la TB. En este sentido, aplicarla en los pueblos indígenas requerirá en primera instancia defender y alcanzar un adecuado compromiso político de alto nivel, sumado a una fuerte colaboración multisectorial, y contar con los mecanismos para dirigir la adaptación y la aplicación de la estrategia. Esto implica entender y reconocer los conocimientos, actitudes y prácticas de cada pueblo sobre la TB a partir de su cosmovisión. También implica construir rutas interculturales de atención, que permitan que los representantes de la medicina tradicional, los líderes, los agentes, los promotores, el personal de salud y la comunidad se vean reflejados en un sistema integrado, y estén incorporados en ellas, puedan entenderlas, utilizarlas y difundirlas. Para esto es fundamental el establecimiento de líneas de base con información de calidad y confiable sobre cada pueblo indígena y sobre el comportamiento de la TB en cada uno de ellos.

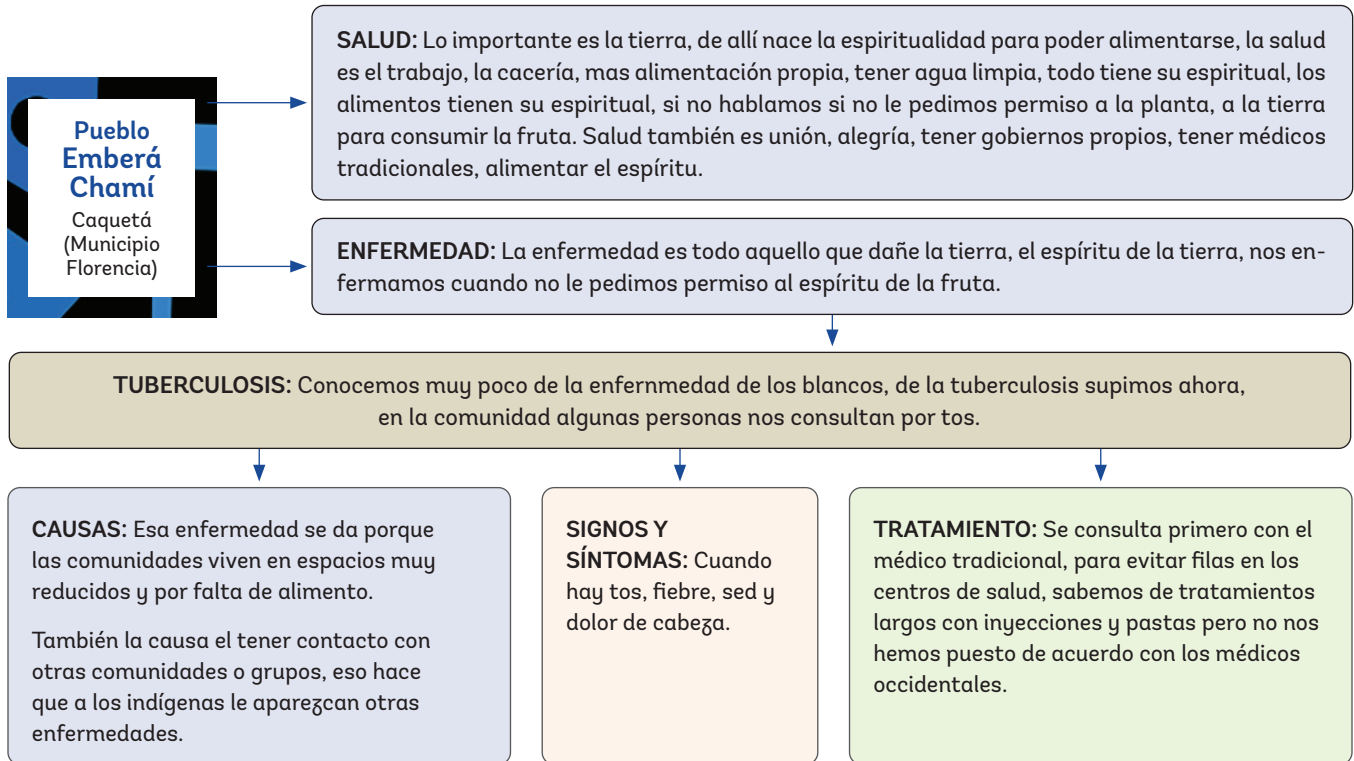
La adecuada implementación de este lineamiento trata de promover un diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud. Dichos modelos son una forma de prestar una atención centrada en las necesidades de las personas y las comunidades, articulando e integrando la medicina tradicional y los conocimientos ancestrales con los servicios de salud, además de adoptando intervenciones para el autocuidado con un abordaje intercultural.

### Pasos para implementar el lineamiento general 2

- Elaborar un directorio de actores claves (líderes indígenas y no indígenas), representantes de la medicina tradicional y la medicina occidental, ONG y otras organizaciones, donde se definan sus roles en la comunidad. Se puede iniciar su construcción a partir de información recopilada en la evaluación que se realice (lineamiento general 1).
- Realizar encuentros de diálogos de saberes con los actores claves identificados para discutir los conocimientos, las actitudes y las prácticas del pueblo indígena sobre la salud y la enfermedad, la tuberculosis, sus causas, sus signos y síntomas, su tratamiento y la adherencia al mismo.
- Elaborar un resumen gráfico de los conocimientos, actitudes y prácticas (figura 4).
- Verificar que lo consignado en el resumen gráfico con los actores participantes en las reuniones son conocimientos reconocidos por otros integrantes de los pueblos indígenas que no participaron en el proceso (validación).
- Diseñar rutas de atención para los pacientes indígenas en comunidades tradicionales o fuera de ellas, que integren a los actores y servicios de ambas medicinas, incluyendo las comorbilidades.
- Planificar incentivos en los sistemas y servicios de salud ofrecidos a la población indígena por el buen desempeño frente a las acciones de búsqueda, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de las personas que padecen TB.
- Elaborar un plan de acción con intervenciones prioritarias, bajo monitoreo y evaluación.

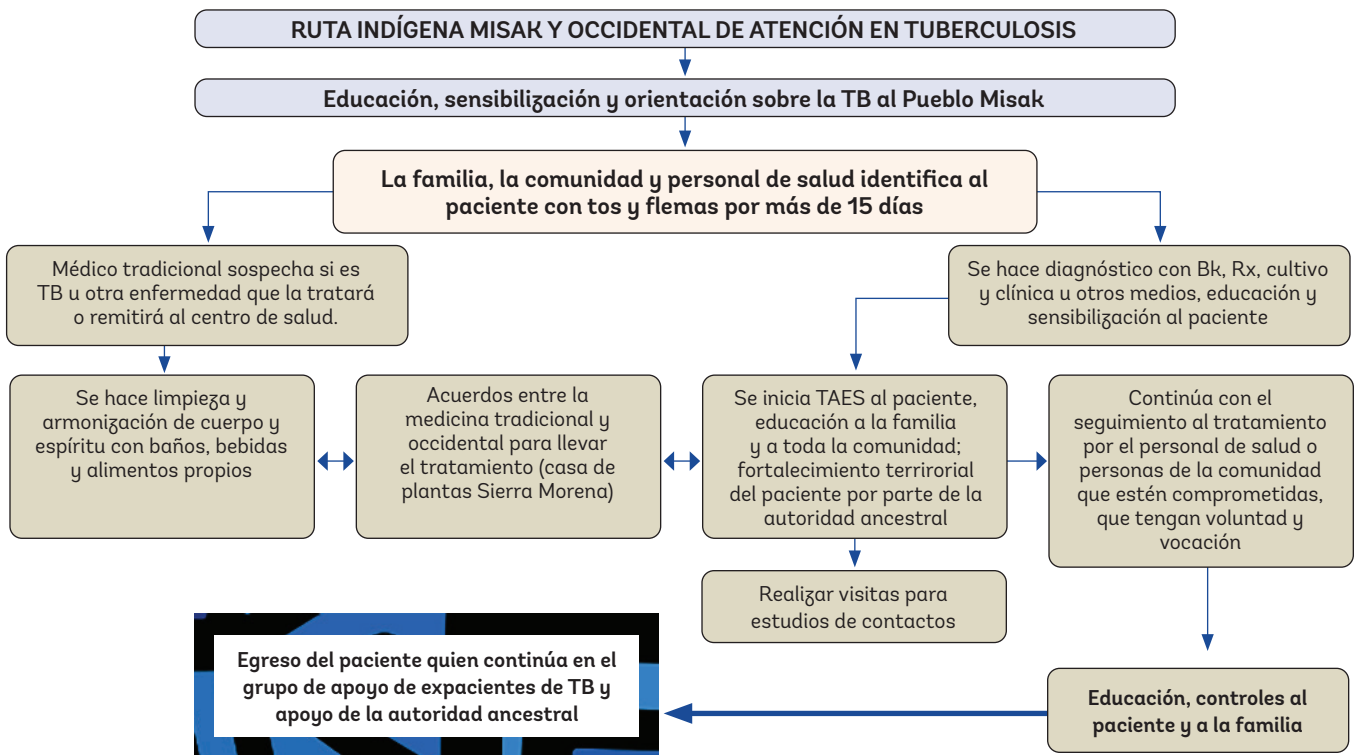
Colombia aporta un ejemplo de buena práctica. Durante el período comprendido entre el 2002 y el 2012 se desarrollaron actividades de lucha contra la TB en varias comunidades indígenas (figuras 4 y 5) y en diferentes departamentos, con el apoyo de la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional (ACDI) y la OPS. A partir de esta experiencia, el Ministerio de Salud y Protección Social se comprometió a financiar, adaptar y adoptar la estrategia Alto a la Tuberculosis en gran parte del país. Dio prioridad a 25 departamentos, 29 municipios y 20 pueblos indígenas, en los que se focalizaron algunas acciones interculturales dirigidas a identificar la cosmovisión de salud-enfermedad-TB de cada pueblo indígena y a construir la ruta de atención conjunta de la TB entre las medicinas tradicional y occidental.

**Figura 4** Cosmovisión del pueblo emberá chamí en el municipio de Florencia (Caquetá, Colombia)



Fuente: Convenio de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social 486/10, 2011.

**Figura 5** Ruta intercultural de atención de la tuberculosis del pueblo misak en Cauca (Colombia)



Fuente: Convenio de cooperación técnica entre la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social 486/10, 2011.

## CAPÍTULO 3

# LINEAMIENTOS PARA IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA FIN DE LA TB Y LA *POLÍTICA* *DE SALUD Y ETNICIDAD* CON LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS

## PILAR 1

# ATENCIÓN Y PREVENCIÓN INTEGRADAS Y CENTRADAS EN EL PACIENTE

El pilar 1 de la Estrategia Fin de la TB se desarrolló a partir de la estrategia DOTS (1994-2005) y la Estrategia Alto a la TB (2006-2015) e incluye todas las funciones esenciales de los servicios de salud. Su aplicación requiere la colaboración estrecha con todas las partes interesadas, incluidos el sector social, la sociedad civil y las comunidades. Este pilar está enfocado en dar acceso universal a la atención y la prevención de la TB, con prioridad en los grupos en situación de vulnerabilidad y de difícil acceso (18).

Para aplicar los componentes de este pilar, la OMS ha hecho una recopilación de diferentes documentos y publicaciones (19). Estos pueden adaptarse y utilizarse para implementarlos en los entornos donde se desarrolla la vida diaria de los pueblos indígenas en América Latina y el Caribe, incluidas las ciudades y las poblaciones donde han migrado personas de pueblos indígenas de toda América Latina debido a fenómenos de violencia o en busca de mejores oportunidades, entre otras causas.

El objetivo de este pilar es proporcionar diagnósticos y tratamientos de alta calidad para la TB a todos los pacientes de los pueblos indígenas, aprovechando la posible contribución de la medicina tradicional y complementaria (20), sin que los afectados ni sus familias tengan que hacer frente a costos catastróficos.

### **Componente 1. Diagnóstico, acceso universal a pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y detección sistemática en grupos del alto riesgo**

#### **Lineamiento 1.1.1**



**Fortalecer el diagnóstico rápido de la tuberculosis en los pueblos indígenas**

Ya desde el año 2011, la OMS elaboró un documento técnico que describe enfoques, direccionamientos y herramientas para la detección temprana de la TB (21), el cual es de gran ayuda para abordar de manera práctica aspectos claves de este lineamiento. El objetivo es mejorar el acceso a un diagnóstico oportuno y de calidad para todos los

integrantes de los pueblos indígenas, entre los cuales existe un alto porcentaje de población infantil y personas mayores que por lo regular no logran ser evaluados, diagnosticados y tratados a tiempo.

Inicialmente, las directrices nacionales en materia de TB deben actualizarse para incorporar algoritmos de diagnóstico que promuevan la expansión progresiva de las tecnologías respaldadas por la OMS (9), y donde esté claramente indicado su uso en poblaciones pobres y poblaciones en situación de vulnerabilidad, como podría ser el caso de los pueblos indígenas. Pruebas como la de Xpert® MTB/RIF han demostrado ser factibles, específicas y de gran ayuda para acortar el tiempo de inicio del tratamiento para TB en comunidades indígenas que viven en regiones remotas donde hay una carga alta de enfermedad (22) y en las que, además, dichas tecnologías ahorran grandes gastos al sistema de salud, ya que evitan mayores gastos en aspectos como transporte y hospitalización cuando los pacientes son trasladados desde sus lugares de origen hacia centros médicos de referencia (23). En personas con VIH, la OMS también recomienda el uso de la prueba de detección en orina del antígeno lipoarabinomano micobacterial (LF-LAM) (24).

Diagnosticar oportunamente la TB en los pueblos indígenas requiere una combinación de intervenciones basadas en el conocimiento del comportamiento de la población y su búsqueda de atención de salud, tanto en el sistema convencional de salud occidental como en su sistema propio de medicina tradicional, al que recurren con mayor frecuencia y en el que usualmente depositan mayor confianza. Es esencial que el personal de salud o comunitario que realiza el contacto inicial con los pacientes en quienes se presume la TB tenga o se esté formando para adquirir habilidades y competencias en salud intercultural y conozca bien las pruebas de diagnóstico utilizadas, los procesos administrativos requeridos y el tiempo de obtención de los resultados, o en su defecto, al menos sepa dónde o a quién referir al paciente para que sea captado e ingrese a una ruta diagnóstica. Se requiere además calcular las necesidades de servicios de diagnóstico (25), en particular de la infraestructura para la cobertura adecuada de las redes de laboratorios y el diagnóstico por medio de imágenes con rayos X (idealmente portátiles para las zonas rurales dispersas), las necesidades tecnológicas y los recursos humanos. Para ello hay que tener en cuenta el tamaño de la población a la que hay que atender, la situación epidemiológica, el algoritmo de diagnóstico que se usará para los diferentes grupos de riesgo en relación con la TB, la coinfección por la TB y el VIH (TB/VIH) o con la tuberculosis farmacorresistente (TB-DR), así como la capacidad actual de los laboratorios, en particular para realizar pruebas de sensibilidad a los medicamentos

anti-TB, referencia y contrarreferencia de muestras o pacientes, y su seguimiento (18).

Los sistemas de salud deben garantizar la recolección y el transporte de muestras a tiempo, mecanismos de referencia más eficaces entre los servicios de salud de los diferentes niveles y el uso progresivo de herramientas informáticas para acelerar la notificación de los resultados y mejorar el funcionamiento general. El diagnóstico oportuno de la tuberculosis multirresistente (TB-MDR) requiere ampliar el acceso a las pruebas de sensibilidad a los medicamentos anti-TB y gestionar su descentralización, para que las regiones de cada país cuenten con capacidad instalada para realizar pruebas moleculares como el Xpert® MTB/RIF, que permite tanto el diagnóstico rápido de la TB como la prueba de sensibilidad a drogas (PSD) para la rifampicina, medicamento esencial dentro del tratamiento de la tuberculosis sensible a los medicamentos de primera línea.

En la actualidad, se han adaptado algunos algoritmos diagnósticos que recomiendan el uso de métodos rápidos moleculares para la detección de *M. tuberculosis* y de resistencia, según lo publicado por la Iniciativa Mundial de Laboratorio (GLI) para diferentes escenarios en la Región de las Américas, acorde con las condiciones de cada país y sus poblaciones. Se recomienda implementar el algoritmo para poblaciones vulnerables sugerido por la OPS y en consonancia con el que tenga el país.

La implementación adecuada de este lineamiento fomentará la representatividad de las personas indígenas en los sistemas de salud para asegurar que la búsqueda y la detección de los casos sea culturalmente pertinente

y que el personal de salud institucional y comunitario no indígena sea capaz de entender y articularse con saberes y prácticas tradicionales identificados durante el diálogo de saberes (lineamiento general 2).

### Pasos para implementar el lineamiento 1.1.1

- Evaluar la necesidad de adquirir, asignar o reasignar equipos e insumos, así como de personal (recursos humanos locales profesionales, técnicos y de apoyo), de capacitación y estandarización en procedimientos técnicos, y de formación para adquirir habilidades y competencias en salud intercultural, además de la logística en general.
- Educar y sensibilizar sobre el diagnóstico a través de los métodos rápidos recomendados por la OMS, la radiografía de tórax y las PSD al personal de salud, socios técnicos y comunidad en general (principalmente autoridades indígenas y los médicos tradicionales). Este proceso, como todos los demás, debe estar enmarcado dentro de una consulta con los pueblos indígenas.
- Fortalecer la red diagnóstica de TB en la zona geográfica con población indígena, con puntos de atención debidamente dotados, fijos o móviles, y un sistema de recolección y transporte de muestras. Incorporar a las rutas los avances en este sentido.
- Identificar y estudiar por medio de pruebas rápidas los posibles casos de TB entre el personal de salud, representantes de la medicina tradicional y la comunidad, especialmente a los niños, las personas con TB-DR presuntiva o las personas con coinfección por TB/VIH.
- Realizar un adecuado registro de las personas diagnosticadas con TB, verificando que su información personal, incluida la variable de pueblo indígena, se indique clara y sistemáticamente.

En Nunavut (Canadá) las comunidades indígenas inuit enfrentan una mayor carga de TB que el resto de la población del país. Además, debido a su remota localización geográfica y a la escasez de personal de salud, no tienen acceso a pruebas de laboratorio para el diagnóstico de la TB. Tradicionalmente, todas las muestras debían transportarse por vía aérea al sur de Canadá para ser procesadas. Esto incrementaba el tiempo de diagnóstico y el inicio oportuno del tratamiento en las personas de este pueblo indígena. A su vez, aumentaba la probabilidad de transmisión de la enfermedad en la comunidad. Una investigación en la que se implementó el GeneXpert® en el hospital de Iqaluit, en Nunavut, mostró que la realización de pruebas Xpert® MTB/RIF en este sitio remoto no solo fue factible y precisa, sino que acortó el tiempo necesario para obtener los resultados y para iniciar el tratamiento de la TB (22).

Conocer la situación de la TB-DR en la población indígena amerita de su búsqueda e investigación. En este sentido, el Grupo de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud de Colombia publicó los resultados de un análisis de 364 aislamientos de *M. tuberculosis* provenientes de población indígena, a través de las pruebas moleculares Spoligotyping y MIRU-VNTR, con el fin de conocer su perfil genético e identificar la circulación de aislamientos clínicos iguales o diferentes. Los resultados mostraron que más de 80% de los aislamientos analizados no presentaron ningún tipo de resistencia a los medicamentos anti-TB. Sin embargo, se encontraron 16% de aislamientos con resistencia a más de un medicamento (rifampicina e isoniazida). Además, se encontraron huellas genéticas de *M. tuberculosis* que no han sido notificadas en otros lugares del mundo ni en Colombia, probablemente circulantes solo entre población indígena del país. Y por primera vez en Colombia se identificó la circulación del genotipo Beijing-like SIT 406 asociado a nivel mundial con la TB resistente. Una de las principales conclusiones de los autores es:

“La presencia de aislamientos resistentes en poblaciones vulnerables como la indígena debe constituirse en una alerta que genere y oriente la implementación de acciones programáticas que permitan controlar la TB sensible cuyo tratamiento es más corto y menos tóxico que el de la TB-DR” (26).

## Lineamiento 1.1.2



### Realizar pruebas de detección sistemática de la tuberculosis a la población indígena

Para desarrollar este lineamiento es necesario elaborar una estrategia de detección sistemática. Dependiendo de la situación, se podrá priorizar a las personas con mayor riesgo. Los contactos domiciliarios de los pacientes con TB y las personas con VIH son algunas de las personas más vulnerables, por lo que se debe descartar la TB activa y evaluar si deben iniciar el tratamiento preventivo (véase el lineamiento 1.4), como parte integral de la atención al paciente y la prevención. La búsqueda de los casos presuntivos de TB en la comunidad se hace a través de la captación y evaluación de “sintomáticos respiratorios”, que son las personas que presentan tos con una duración mayor a 15 días.

Algunas personas enfermas con TB no presentan los síntomas característicos en los estadios iniciales de la enfermedad, por lo cual, es posible que no soliciten atención lo suficientemente pronto y que no se les hagan las pruebas de diagnóstico de la TB. Otros grupos no pueden acceder a la atención de salud debido a barreras financieras, geográficas e idiomáticas, entre otras (18).

En los pueblos indígenas, un alto número de personas recurren como primera opción de consulta a la medicina tradicional y, por decisión propia o por consejo del médico tradicional (con quienes no suelen seguirse procesos interculturales serios, articulados y sostenibles), no acuden a los servicios de salud occidentales a tiempo. Los referentes de la medicina tradicional son actores claves para la detección temprana y el inicio oportuno del tratamiento, puesto que cuentan con una mayor aceptación y credibilidad en sus propios pueblos, además de ser ellos, a partir de ese primer contacto con los pacientes (a veces en etapas iniciales de la enfermedad), quienes tienen la mejor oportunidad para remitirlos hacia los servicios de salud occidentales o su punto focal en la comunidad, con el fin de activar las intervenciones institucionales de la ruta de atención intercultural, habiéndose ya iniciado las intervenciones tradicionales.

Los médicos tradicionales son personas que corren un riesgo mayor de infectarse al permanecer largos períodos con los pacientes con TB en sesiones de evaluación, diagnóstico y tratamiento (mayor exposición). Además de esto, en algunos pueblos indígenas pueden aumentar sus probabilidades de enfermar una vez están infectados, debido a sus rigurosas prácticas alimentarias y condiciones de vida, la situación de pobreza, las largas

jornadas de trabajo en el campo cultivando y cazando para vivir, y la búsqueda de las medicinas silvestres que requieren sus pacientes. En el personal de salud occidental también se incrementa el riesgo de infección, por lo cual se requiere el adecuado manejo de las medidas de control de infecciones (véase el lineamiento 2.3), acordes a su función y el entorno donde se preste la atención.

En algunos grupos de indígenas, los médicos tradicionales han reconocido sus limitaciones y, al identificar los síntomas compatibles con la TB, están dispuestos a colaborar con los PNT (27). Esto es particularmente importante y demanda una mejora y adaptación de los sistemas y servicios occidentales de salud —que suelen adolecer de una planificación y equipamientos deficientes para servir a los pueblos indígenas— tanto en puntos de atención fija como a través de servicios móviles a lugares remotos, donde se encuentran barreras adicionales para la prestación de servicios —por ejemplo, cuando el personal que brinda la atención no habla el idioma o lengua indígena (28) o no cuenta con un traductor que domine apropiadamente los dos idiomas o dialectos, o cuando su labor y experiencia no es tomada en cuenta—. Una de las barreras más importantes se presenta cuando el personal de salud no está sensibilizado o no tiene interés en los valores, tradiciones, usos y costumbres de la población indígena con la que está trabajando, o no los respeta.

Por otra parte, la detección oportuna de todas las personas con TB requiere protocolos claros y sencillos para ayudar al personal de salud y los voluntarios a identificar los casos probables de TB, reconocer los mecanismos para realizar el diagnóstico y seguimiento oportuno, llevar los sistemas de registro y notificación para el seguimiento y la evaluación, y contar con un ejercicio no solo de referencia, sino también de contrarreferencia (igual al descrito en el párrafo anterior, que active la ruta en el sentido contrario) hacia la medicina tradicional.

Mapear los grupos de mayor riesgo en estas poblaciones y una detección sistemática planeada con herramientas epidemiológicas, en el seno o al margen de la prestación de servicios de salud, occidentales y tradicionales, puede ayudar a mejorar la detección oportuna de la TB.

Se debe considerar que en los pueblos indígenas la prestación integral de los servicios en las comunidades es esencial, ya que se observan situaciones en las que las personas no acuden a los servicios de salud porque esto quizá implicará una remisión fuera de sus territorios ancestrales, y el temor de no contar con un entierro apropiado o la exploración de sus cuerpos en procesos de necropsias desempeña un papel importante en su connotación tradicional.

La TB en la población infantil se considera un *evento centinela* porque indica deficiencias en dos frentes, a saber: la interrupción de la cadena de transmisión de adultos enfermos a niños y la ausencia de terapia preventiva para evitar que los niños desarrollen TB. Su diagnóstico presenta grandes desafíos y los síntomas a menudo se pasan por alto. En consecuencia, estos diagnósticos perdidos o tardíos pueden tener un efecto catastrófico en la salud del niño y aumentar las posibilidades de muerte, ya que a menudo se consideran una población especialmente vulnerable. Por lo tanto, es imperativo que los responsables de formular políticas, la sociedad civil y los profesionales de la salud aborden definitivamente la TB en la población infantil, por ser una fuente de casos futuros y, sobre todo, porque la falta de acción en este sentido sigue cobrándose vidas (29). Los niños de muy corta edad, los que tienen infección por el VIH o los que están gravemente desnutridos presentan mayor riesgo de enfermar o morir por TB. La OMS cuenta con diversos documentos y herramientas técnicas sobre el manejo programático (30), una hoja de ruta hacia el fin de la TB en niños y adolescentes (31) y una capacitación virtual para abordar la TB en la población infantil (32).

La OMS ha formulado directrices sobre la detección sistemática<sup>3</sup> de la TB activa, junto con un instrumento operativo para ayudar a ejecutar las actividades (33). En la población indígena, además de los dos grupos recomendados por la OMS, que son los contactos y las personas con VIH, se requiere establecer, a través de la evaluación epidemiológica inicial, si se precisa realizar a todo un grupo o priorizar a quiénes presentan mayor riesgo (p. ej. médicos tradicionales, estudiantes de colegios e internados o personas mayores).

La implementación de este lineamiento requiere de la participación social y de alianzas estratégicas con

los pueblos indígenas, de modo que se asegure la representatividad tanto de las mujeres como de los hombres en el desarrollo de las acciones relacionadas en los pasos a continuación.

### Pasos para implementar el lineamiento 1.1.2

- Planificar como se realizarán logísticamente las búsquedas (activas o pasivas) y el uso adecuado de las herramientas de diagnóstico apropiadas, evitando desperdiciar recursos valiosos y que las personas en las comunidades resulten perjudicadas debido a un mal diagnóstico (falsos positivos o negativos), gastos económicos innecesarios, o un aumento del estigma y la discriminación hacia ellos o sus familias por falta de confidencialidad.
- Conformación de equipos de trabajo que cuenten con preparación (o estén preparándose), habilidades y competencias en salud intercultural, en los que idealmente participe al menos un médico tradicional con el fin de garantizar una detección oportuna en el marco de las rutas interculturales que se construyan (lineamiento general 2).
- Determinar cuáles serán las actividades para identificar a las personas que cumplan con los criterios de compatibilidad de caso de TB y canalizarlos a servicios de salud o comunitarios adaptados a las necesidades específicas de la población indígena y optimizando los recursos disponibles.
- Fortalecer la educación en salud sobre la TB dirigida a escolares, médicos tradicionales, mujeres, jóvenes y otros grupos de población clave, identificados en el análisis de la situación dentro de cada pueblo indígena durante la implementación del lineamiento general 1.
- Realizar un adecuado registro de sintomáticos respiratorios identificados y otras personas con signos y síntomas compatibles con TB (pulmonar, extrapulmonar y comorbilidades), verificando que su información personal, incluida la variable de pueblo indígena, se llene clara y sistemáticamente.

Entre el 2012 y el 2014, una buena práctica se dio en Palawan (Filipinas), donde el proyecto DetecTB implementó una estrategia innovadora de búsqueda activa de casos que, a través de una unidad móvil de atención integral, logró incrementar la detección y el éxito en el tratamiento de pacientes con TB en poblaciones en situación de vulnerabilidad, incluida la indígena. El estudio encontró que la búsqueda activa de casos de TB en la población penitenciaria, la población indígena y comunidades pobres urbanas y rurales era efectiva y que el uso combinado de la radiografía de tórax y la prueba Xpert® MTB/RIF contribuía en gran medida a una mayor detección de casos (34).

<sup>3</sup> Detección sistemática de casos es sinónimo de búsqueda activa de casos.



## Componente 2. Tratamiento de las personas con tuberculosis y con tuberculosis farmacorresistente, con apoyo centrado en el paciente

### Lineamiento 1.2



*Tratar oportunamente a todos los pacientes indígenas con tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente*

Para curar la TB y reducir la transmisión de la enfermedad, es necesario administrar a los pacientes un tratamiento eficaz lo antes posible después de conocer su diagnóstico y garantizar su adherencia. El apoyo comunitario puede conducir a resultados terapéuticos más favorables y, en poblaciones indígenas donde las dinámicas sociales aún tienen una connotación más colectiva y comunitaria, es probable que con mayor fuerza. Así pues, la adherencia al tratamiento de la TB continúa siendo fundamental para la salud individual y colectiva de cualquier comunidad, pero especialmente en las comunidades indígenas, debido a que muchas de sus dinámicas y tradiciones son de tipo congregacional.

Alguien en este tipo de entornos que esté enfermo con TB y no se trate adecuadamente la enfermedad, no solo puede transmitirla, sino que, además, puede ayudar a que se haga resistente a los medicamentos, diseminando así una TB mucho más difícil de manejar desde el punto de vista clínico y programático. El tratamiento anti-TB es de larga duración (para la TB sensible a los medicamentos y mucho más en la farmacorresistente) y requiere de un apoyo constante hacia la persona afectada con la enfermedad desde los sistemas y servicios de salud, la familia y la comunidad. Es indispensable que en las poblaciones indígenas, los médicos tradicionales —que son figuras de autoridad respetadas y representan la atención integral (física, emocional y espiritual) desde las prácticas tradicionales— estén vinculados ampliamente con el apoyo al tratamiento y la adherencia de los pacientes para que cumplan la terapia farmacológica, partiendo

desde un diálogo de saberes hasta llegar a la construcción de rutas conjuntas de atención donde se vean reflejados ellos y la medicina occidental conjuntamente (lineamiento general 2).

Por otra parte, la resistencia a los medicamentos anti-TB plantea una seria amenaza para avanzar en la lucha contra la enfermedad, mayormente en lugares remotos donde no se cuenta con capacidad para el acceso a la PSD ni para el seguimiento y monitoreo de la TB-DR, que requiere un abordaje inmediato, adecuado y responsable a través de conocimientos actualizados, herramientas diagnósticas y medicamentos de última generación.

En algunos pueblos indígenas, los estudios han mostrado que los factores principales que determinan la elección de la terapia son la percepción de la etiología, el pronóstico y la gravedad de la enfermedad (35). Por esto, conocer la interpretación de las causas y síntomas de la TB es un requisito fundamental para que los equipos de salud entiendan los pasos que siguen las personas al requerir servicios de salud y las razones que los guían (lineamiento general 2). Así pues, no solo es importante conocer las causas de retraso o abandono de la terapia, sino también la red de significados y relaciones de la TB en el conjunto de otras enfermedades biomédicas, populares o indígenas en contextos pluriculturales (36).

Este lineamiento busca ayudar a reducir la carga de la enfermedad y las muertes por TB, garantizando que todos los pacientes adultos y niños con TB y TB-DR tengan acceso al tratamiento de manera gratuita y sin ningún tipo de barreras. En caso de TB-MDR, la recomendación de la OMS es un modelo de atención descentralizado.

Este lineamiento tiene como una de sus principales acciones interculturales, el promover y apoyar activamente el acceso al manejo tradicional de los pacientes con TB, ya que, por su carácter holístico, este logra una intervención y beneficios a nivel integral, de modo que avanza en el proceso de revalorización y promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales.

## Pasos para implementar el lineamiento 1.2

- Implementar los pasos acordados dentro de la ruta (lineamiento general 2), estableciendo mecanismos para poner en práctica la atención centrada en la persona, considerando las creencias, valores, necesidades y costumbres de cada persona y de su entorno en los pueblos indígenas.
- Proveer a los pacientes y a su núcleo familiar asesoramiento y soporte social como apoyo a la adherencia, garantizando el tratamiento bajo observación directa por el personal de salud, cuando sea necesario, o preferiblemente en la comunidad (37).
- Educar y concientizar a los pacientes, a sus familiares y a la comunidad para reducir el estigma y la discriminación sobre los afectados y sus convivientes, mejorar los resultados del tratamiento y prevenir pérdidas en el seguimiento y la aparición de la TB-DR.
- Establecer acciones de veeduría por parte del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) a través del monitoreo y la supervisión para garantizar un tratamiento de calidad a los pueblos indígenas.
- Garantizar el acceso a los medicamentos anti-TB y realizar acciones de farmacovigilancia activa.
- Adaptar la infraestructura de los servicios de salud según los usos y costumbres de cada pueblo indígena para garantizar la permanencia y la aceptabilidad de los pacientes que tienen que tratarse allí y no en la comunidad. Se puede complementar dicha estancia con una oferta de actividades productivas que se adecúen a las necesidades de la población y de su tradición, como la elaboración de productos de artesanía.
- Garantizar el apoyo nutricional a los pacientes y a sus convivientes según sus usos y costumbres, además de otros incentivos culturalmente adecuados.
- Capacitar al personal de salud para manejar y supervisar el tratamiento en subpoblaciones específicas, como la infantil.

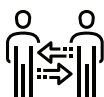
Entre el 2001 y el 2003 se adelantó la implementación de la estrategia vigente de control de TB en esos años (DOTS) en una comunidad indígena de la provincia de Cotopaxi, en Ecuador. Todas las personas diagnosticadas durante el período mencionado (44 en total) alcanzaron el éxito del tratamiento y no se registró ninguna muerte o incumplimiento en la terapia. Esto solo se pudo lograr gracias a que la implementación de la estrategia fue reforzada por un modelo que integra las estructuras sociales con la cosmovisión y las tradiciones histórico-culturales de la comunidad. Sus determinantes fundamentales fueron una visión holística del programa de TB, la aceptación por parte de la comunidad y la adaptación de la estrategia a las realidades de la vida en la comunidad (38).

En este sentido, un ejemplo de buena práctica es una evaluación sistemática que incluyó 41 estudios, con el objetivo de analizar la eficacia de las intervenciones comunitarias para el control de la TB. La evaluación concluyó que dichos estudios sugieren que las intervenciones comunitarias para el control de la TB tienen el potencial de mejorar el acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento de las comunidades rurales pobres y la población vulnerable, incluidas las mujeres y los niños (39). En uno de los estudios, el tratamiento comunitario de la TB a través de agentes comunitarios de salud no solo mejoró el acceso y la utilización del servicio, sino que también contribuyó a la capacidad de construir y mejorar los sistemas de registro e información sistemáticos de TB a través de una supervisión de apoyo regular (40). En otros dos estudios, la prestación integrada de servicios de TB, VIH y de prevención de la transmisión materno-infantil a nivel comunitario a través de agentes comunitarios de salud demostró ser factible, aceptable y eficaz (41, 42). La evaluación también determinó que algunas experiencias indican que los grupos comunitarios ayudan a cerrar las brechas entre el sistema de salud y la comunidad a través del apoyo y la coordinación.

### Componente 3. Actividades de colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades

El acceso a la atención de las comorbilidades, como la infección por el VIH y la diabetes, además de los riesgos para la salud como el consumo de tabaco, sustancias psicoactivas y alcohol, tienen serias repercusiones en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y el manejo general de la TB, además de una amplia repercusión en la salud pública.

#### Lineamiento 1.3.1



Abordar la coinfección por TB/VIH desde la interculturalidad

El VIH debilita el sistema inmunitario, lo que aumenta la probabilidad de que las personas con VIH desarrollen TB activa, al infectarse con el bacilo que causa la TB. Además de esta alta vulnerabilidad inmunitaria, el estigma, la ausencia de diagnósticos precisos en el punto de atención y la escasa integración de los servicios de TB y VIH hacen que la TB sea particularmente mortal para esta población. Otros factores como el género, la pobreza y la malnutrición se asocian con diagnósticos tardíos y con barreras para el acceso y la adherencia al tratamiento (43).

Desde el 2017, la Región cuenta con una guía actualizada de la coinfección TB/VIH. En ella se ofrecen orientaciones clínicas, sin perder de vista el enfoque de salud pública y las 12 actividades de colaboración TB/VIH que se vienen implementado en las Américas desde el año 2004 (44).

Para la cobertura y el acceso universal es esencial que, en la integración de los servicios existentes de TB y VIH se incorporen estratégicamente los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH, otros servicios de salud maternoinfantil e intervenciones comunitarias para el VIH (45).

Implementar las actividades de colaboración TB/VIH es fundamental dentro de este lineamiento y en relación con la Estrategia Fin de la TB. Requerirá fomentar la

participación social y las alianzas estratégicas con los pueblos indígenas, asegurando la representatividad tanto de las mujeres como de los hombres en el desarrollo de las políticas públicas y las acciones relacionadas con la salud.

#### Pasos para implementar el lineamiento 1.3.1

- Asegurarse de explorar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre el diagnóstico y tratamiento del VIH en el proceso de reconocimiento de la cosmovisión (lineamiento general 2).
- Garantizar que la asesoría, la prueba voluntaria y el tratamiento para el VIH queden establecidos en las rutas (lineamiento general 2) y que se cuente con los insumos y la aprobación comunitaria para su efectiva aplicación en las comunidades.
- Promover la integración de los servicios existentes de TB y VIH, donde se cuente con personal profesional, técnico y de apoyo de los pueblos indígenas.
- Garantizar un tratamiento adecuado y oportuno para la TB y el VIH, con monitoreo y evaluación de reacciones adversas a través de un sistema apropiado de farmacovigilancia.
- Realizar el tamizaje de TB en personas con VIH y ofrecer tratamiento preventivo de TB en las personas con VIH en las que se descarte la TB activa.
- Capacitar<sup>4</sup> de forma continuada a médicos, enfermeras, personal de laboratorio, especialistas y miembros de la comunidad sobre la salud intercultural, signos, síntomas, algoritmos diagnósticos, uso e interpretación de pruebas y resultados, y tratamientos para la TB y el VIH.
- Garantizar que todo el conjunto de las actividades de colaboración TB/VIH en los pueblos indígenas continúen implementándose y sean registradas.
- Adelantar evaluaciones epidemiológicas y del sistema y de los servicios de salud para entender la carga y los desafíos en la prestación de servicios y la integración TB/VIH (seguimiento y monitoreo de la implementación del lineamiento general 1).
- Realizar un registro adecuado de las actividades de colaboración TB/VIH verificando que la información personal y demográfica, incluida la variable de pueblo indígena, se llene y analice clara y sistemáticamente.

En Papua (Indonesia) existe una clínica especializada en enfermedades de transmisión sexual, VIH/sida, TB y malaria. Los servicios de salud son prestados en su mayoría por personal indígena capacitado, lo que desde el comienzo significó que las personas del grupo étnico acudieran con mayor confianza y tranquilidad, ya que al conocer la cultura y hablar el idioma local, la oferta tendría una mejor adaptación al contexto. Antes de que la clínica abriera, algunas personas de la población indígena querían realizarse pruebas como la del VIH, pero el miedo les había impedido ir al hospital u otros sitios de asesoramiento y pruebas voluntarias. Este es un excelente ejemplo de cómo se pueden ofrecer servicios integrados de TB/VIH a pueblos indígenas, integrando la comunidad, la cultura y las estrategias de prevención y control de estas enfermedades (46).

<sup>4</sup> La capacitación de personal de salud, tradicional y comunitario son, junto con el monitoreo y la evaluación, aspectos transversales dentro de toda la propuesta, pero en caso de la coinfección TB/VIH (como en otros lineamientos puntuales) se destaca debido a los constantes vacíos de conocimiento, el doble estigma y discriminación que se presentan al sumar los ejercidos sobre los afectados tanto por la TB como por el VIH, sobre todo dentro del personal de salud occidental.

## Lineamiento 1.3.2



### Abordar las comorbilidades de la tuberculosis en las poblaciones indígenas

Además de la infección por el VIH, hay otras comorbilidades y riesgos para la salud asociados con la TB que son importantes y que requieren un tratamiento integrado. Estos incluyen la desnutrición, la diabetes, el consumo excesivo de alcohol y sustancias psicoactivas, el consumo de tabaco, la silicosis, los problemas de salud mental, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades no transmisibles.

Estos problemas de salud constituyen factores de riesgo para la TB y pueden complicar el manejo clínico del paciente, y algunos de ellos deben considerarse diagnósticos diferenciales. Las comorbilidades y las conductas pertinentes con respecto a la salud deben evaluarse sistemáticamente y controlarse para mejorar el tratamiento anti-TB y los resultados generales en materia de salud (18).

Para implementar este lineamiento es clave reconocer los conocimientos ancestrales y aprovechar el potencial de la medicina tradicional para contribuir al acceso universal a la salud y a la cobertura universal de salud, incluida la articulación o la integración de servicios en los sistemas nacionales de salud y la adopción de intervenciones para el autocuidado con un abordaje intercultural. Es importante establecer la situación de las comorbilidades y riesgos que requieran ser abordados, como el estado nutricional del pueblo indígena o de un segmento de esa población, por ejemplo de los niños o los ancianos; o el consumo de

sustancias psicoactivas —como el yagé (47)— o de alcohol, entre otros, que en el contexto mágico-religioso indígena forman parte de su cosmogonía.

### Pasos para implementar el lineamiento 1.3.2

- Asegurarse de que la situación de las comorbilidades y de los riesgos presentes en la población indígena se incluya en la evaluación inicial (lineamiento general 1).
- Garantizar que la asesoría, las pruebas de tamizaje y el tratamiento de las comorbilidades identificadas en el paso anterior queden establecidas en las rutas (lineamiento general 2) y que se cuente con los insumos y la aprobación comunitaria para implementarlos en las comunidades.
- Todas las personas con TB y desnutrición deben recibir tratamiento nutricional teniendo presentes las recomendaciones de la OMS (48) y analizando asertivamente las condiciones y los recursos disponibles en el contexto de las poblaciones indígenas.
- Garantizar que todos los pacientes con TB reciben asesoría para el tamizaje y el tratamiento de la diabetes como se ofrece en el marco colaborativo para la atención y el control de la TB y la diabetes (49).
- Tamizar a las personas afectadas con TB para detectar los trastornos debidos al consumo de alcohol y de otras drogas, así como los problemas de salud mental.
- Promover estilos de vida saludable, teniendo en cuenta que hábitos como el consumo de tabaco son un factor de riesgo de TB importante y frecuente, sobre todo en el contexto de los pueblos indígenas, pues en muchos de ellos adquiere un carácter fuertemente tradicional.
- Impartir educación continuada al personal de salud y a las comunidades sobre la diabetes, el consumo de alcohol, la desnutrición, el consumo de tabaco, la salud mental y las adicciones a sustancias psicoactivas, entre otras, que deben ser coordinadas de forma interprogramática.

Identificar la situación de las comorbilidades y de los factores de riesgo asociados a la TB en los pueblos indígenas de la Región es un paso clave para avanzar hacia el fin de la TB dentro del grupo étnico. En el informe de la III Reunión regional “Éxitos y desafíos en el control de la TB en los pueblos indígenas” celebrada en Panamá en el 2010, se planteó una breve revisión de la situación que en aquel entonces presentaban algunos pueblos indígenas en países de América frente a la diabetes y el consumo de alcohol y tabaco (50) (cuadro 3).

**Cuadro 3** Comorbilidades y factores de riesgo de la tuberculosis en algunos pueblos indígenas de la Región de las Américas, 2001-2008

Diabetes			
País	Pueblo indígena	Prevalencia (%)	Autores y año
Brasil	Xavantes	1,5	Botelho JP et al., 2001
Chile	Mapuches	5,7 ♀	Carrasco E et al., 2004
		14,3 ♂	
	Aymaras	8,5 ♀	
		2,4 ♂	
Estados Unidos de América	Montana, Wyoming	17,3 ♀	Moore KR et al., 2003
		12,0 ♂	
Guatemala	Tz'utujil, cachiquel, quiché	7,00	Guzmán Z et al., 2002
Paraguay	Guaraníes	5,40	Benítez E et al., 2003
Consumo de alcohol			
Brasil	Tevena	17,60	Souza J y Aguilar J., 2001
	Kaingang de la cuenca del río Tibagi	40,10 ♂	Coímbra CEA Jr., 2003
Estados Unidos de América	Siete tribus de Bemidji, Oklahoma, Portland, Nashville y de Phoenix	2-30 ♀	Koss MP et al., 2003
		1-56 ♂	
	Sesenta y tres reservas	48,80	CDC Weekly Report, noviembre de 2003
Nicaragua	Capaopera	45 ♂	OPS, 2005
		11 ♀	
Consumo de tabaco			
Canadá	Oji-Cree	82,0	Retnakaran R et al., 2005
Estados Unidos	Nativos de Alaska	18,8	Morton DJ, 2008
	Sesenta y tres reservas	56,5	CDC Weekly Report, noviembre de 2003

Fuente: Informe de la III Reunión Regional "Éxitos y desafíos en el control de la TB en los pueblos indígenas". Ciudad de Panamá (Panamá), 2 y 3 de marzo del 2010.

### Componente 4. Tratamiento preventivo de las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis

#### Lineamiento 1.4



Prevenir la tuberculosis en los pueblos indígenas

Detectar y curar de forma precoz los casos de TB infecciosos en las comunidades son medidas de prevención de alto impacto. Además, existen dos importantes estrategias para prevenir futuros casos de TB: el tratamiento de la infección latente por tuberculosis (ILT) y la administración de la vacuna del bacilo de Calmette-Guérin (BCG).

La ILTB es un estado de respuesta inmunitaria persistente a antígenos de *M. tuberculosis* adquiridos con anterioridad, que no se acompaña de manifestaciones clínicas de TB activa. Se calcula que una tercera parte de la población mundial está infectada por *M. tuberculosis*, que estas personas con ILTB comprobada tienen un riesgo de enfermar a lo largo de la vida de 5% a 10% (que aumenta en los casos de coinfección por VIH), y que la mayoría de los que enfermen lo harán en los primeros cinco años tras la infección inicial. El riesgo de enfermar depende de varios factores. El más importante es el estado inmunitario del huésped (51). Las principales poblaciones a las que se indica el tratamiento de la ILTB, incluso sin requerir la prueba de la tuberculina, son personas con VIH y niños menores de 5 años que son contactos domiciliarios de un

caso con TB activa, ya que su riesgo de enfermar, presentar complicaciones y morir es mayor. Además, a los niños mayores de 5 años, los adolescentes y los adultos que son contactos de personas con TB pulmonar se recomienda administrar pruebas y tratamiento de la ILTB de forma sistemática. La OMS cuenta con directrices específicas que ofrecen orientación sobre cómo identificar y priorizar a los grupos de población en riesgo que se beneficiarían del diagnóstico y tratamiento de la ILTB, y recomienda estrategias diagnósticas y terapéuticas (51-52).

Hasta que se disponga de vacunas nuevas y mejores, la vacuna BCG debe formar parte del esquema de vacunación infantil (53). Esta vacuna ha demostrado prevenir formas graves de TB, como la meningitis tuberculosa y la TB miliar, que están asociadas con una elevada mortalidad en los menores de 1 año y los niños pequeños. Hay que mantener la vacunación con BCG poco después del nacimiento en todos los niños, salvo en los que tengan el VIH y vivan en entornos con una prevalencia alta de la TB (18), tomando en cuenta las últimas recomendaciones de la OMS (54). En la actualidad se investiga el desarrollo de vacunas verdaderamente eficaces contra la TB, que prevengan la enfermedad tanto en las personas ya infectadas con el bacilo que la causa como en las que no han contraído la infección.

En los pueblos indígenas no solo deben tomarse en cuenta los factores que afectan el deterioro o el efecto de las vacunas, como un almacenamiento deficiente o la falta de una respuesta inmunitaria adecuada de los niños y las niñas por malnutrición, respectivamente. Hay otros factores importantes que cuentan, como la disponibilidad de vacunas, los horarios de atención en los centros de salud, la accesibilidad, la identificación de los usuarios, las políticas de administración de vacunas, los costos directos e indirectos, y la naturaleza de las relaciones entre el personal de salud y la comunidad, además de las

oportunidades perdidas para administrar la vacuna BCG a los recién nacidos en organismos institucionales (un buen número de partos se atienden a través de parteras y otros actores en las comunidades indígenas). Estos otros factores deben estudiarse a través de la etnografía en las comunidades y los pueblos indígenas donde la vacunación o sus coberturas útiles no alcanzan niveles óptimos (55).

#### Pasos para implementar el lineamiento 1.4

- Detectar de forma precoz y tratar de manera oportuna todos los casos de TB en la comunidad.
- Educar al personal de salud acerca de la TB, evitando la desinformación, el estigma y la discriminación.
- Asegurarse de que las rutas construidas (lineamiento general 2) incorporan la búsqueda, la detección y el tratamiento de la ILTB y la vacunación, en las que se involucre tanto al personal como a las intervenciones de la medicina occidental y tradicional.
- Garantizar que los servicios de salud que ofrecen servicio de parto institucional administren la vacunación con BCG en todos los recién nacidos indígenas.
- Fortalecer la vacunación extramural, identificando en ella a contactos domiciliarios menores de 5 años que puedan beneficiarse del tratamiento para la ILTB.
- Capacitar al personal para ampliar la ejecución de las actividades en relación con el tratamiento de la ILTB, en particular en las personas con VIH y los contactos domiciliarios menores de 5 años, así como la vacunación con BCG, incluido el personal de salud y los voluntarios de la comunidad.
- Implementar estrategias que permitan identificar claramente a los niños y niñas que han sido vacunados, ya que la preservación de los registros personales de vacunación en la población indígena en ocasiones es difícil por sus dinámicas, costumbres o entornos.
- Garantizar un adecuado registro de la vacunación con BCG y del tratamiento de la ILTB, además de la identificación de efectos adversos en los pacientes, si se llegan a presentar.

Un estudio basado en la población sobre los determinantes de las tendencias de la TB en seis poblaciones indígenas de Estados Unidos de América, Canadá y Groenlandia de 1960 al 2014 concluyó que la vacunación con BCG en los niños y la detección y el tratamiento de la ILTB se asociaron con disminuciones significativas de las tasas de notificación de TB en estas poblaciones. Además, en el mismo estudio sugieren que estas intervenciones deberían reforzarse en las poblaciones aún afectadas por la TB, al tiempo que se abordan las persistentes disparidades socioeconómicas y de salud (56).

## PILAR 2

# POLÍTICAS AUDACES Y SISTEMAS DE APOYO

El segundo pilar de la Estrategia Fin de la TB requiere la incorporación de acciones estratégicas no solo del sector de la salud; también es necesaria la incorporación de otros sectores para transformar y fortalecer las políticas y los sistemas que apoyen la atención y la prevención de la TB en los pueblos indígenas de las Américas.

Se requiere un enfoque multidisciplinario y multisectorial, por lo que no solo se involucran los ministerios de salud y el PNT. También deben implicarse el ministerio del interior (o el que lidere los temas de etnicidad y pueblos indígenas) y ministerios como los de finanzas, justicia, trabajo, bienestar social, vivienda, minería y agricultura, entre otros, además de los socios no gubernamentales y la sociedad civil.

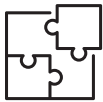
En este sentido, la *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS invita a realizar intervenciones eficaces con un enfoque

intercultural que conllevan las siguientes propuestas: a) determinar los vacíos existentes en las políticas nacionales en relación con las recomendaciones internacionales; b) proponer marcos de política, sobre la base del derecho al goce del grado máximo de salud, que favorezcan y promuevan la equidad, la interculturalidad y el acceso a servicios de salud de calidad, teniendo en cuenta el contexto nacional; c) impulsar la revisión, la adecuación y la implementación eficaz de las políticas existentes de acuerdo con un enfoque intercultural, y d) promover y facilitar la participación plena de los pueblos indígenas y los miembros de otros grupos étnicos, según sea aplicable al contexto nacional, en la salud y el bienestar (5). Además, la política hace hincapié en que:

“El proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas, el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad y la igualdad de género”.

### Componente 1. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención

#### Lineamiento 2.1



Realizar una planeación estratégica con enfoque intercultural

Para el adecuado desarrollo de este pilar es indispensable que en la actualización periódica del plan estratégico del PNT en los países con población indígena se priorice la problemática de la TB en esta población. También es indispensable que en dicha priorización y planteamiento puedan participar los representantes de los pueblos indígenas.

Este lineamiento busca impulsar acciones de política que sean eficaces llevando a cabo intervenciones sustantivas en las que se reconozca y se implemente un abordaje intercultural en el contexto de los determinantes sociales de la salud. El proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas,

el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad y la igualdad de género.

#### Pasos para implementar el lineamiento 2.1

- Garantizar que el plan estratégico nacional sea ambicioso e integral e incorpore presupuesto, ejecución, monitoreo y evaluación, investigación y asistencia técnica con un enfoque diferencial en las poblaciones indígenas y otras poblaciones vulnerables.
- Integrar la Estrategia Fin de la TB en la política de salud de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos del país.
- Evaluar periódicamente la planificación, el presupuesto y la gestión, con la participación de organizaciones indígenas nacionales o locales, ONG, la sociedad civil, personas afectadas y las demás partes interesadas.
- Incorporar la medicina tradicional y complementaria como parte fundamental en la atención de la TB.
- Elaborar con los pueblos indígenas material didáctico dirigido a pacientes, familias y comunidades afectadas, que sea culturalmente pertinente y que esté disponible con versiones adaptadas a la lengua o dialecto indígena, si aún lo utiliza.
- Definir sistemas de referencia, contrarreferencia y soporte para los pacientes y sus familias que habiten o no en los territorios indígenas tradicionales y sean remitidos a servicios de salud en lugares diferentes al de residencia.

En el Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en Paraguay 2016-2020, el país consideró a los pueblos indígenas como población de alto riesgo y prioritaria. El PNT de Paraguay ha realizado estudios de prevalencia de TB, actividades de capacitación a promotores de salud con enfoque intercultural, abogacía con líderes indígenas y ONG indigenistas, coordinación con los servicios de salud y consejos locales de salud. Para todo ello ha contado con apoyo intersectorial y de algunos cooperantes internacionales. El Plan describe acciones específicas para el fortalecimiento del diagnóstico y el tratamiento de la TB en poblaciones indígenas (57).

## Componente 2. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los prestadores de servicios de salud de los sectores público y privado

### Lineamiento 2.2



Fortalecer la participación comunitaria, incluida la de las asociaciones públicas y privadas

Uno de los cuatro principios de la Estrategia Fin de la TB es crear una fuerte coalición con las comunidades, las ONG y otras OSC. Para la elaboración y desarrollo de este componente, el enfoque ENGAGE-TB (58, 59, 60) contiene orientaciones formuladas por la OMS para integrar las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC. Algunas comunidades y OSC desempeñan un papel significativo en la educación, la promoción y la prestación de apoyo a las personas y a los proveedores para que ofrezcan una atención de la TB centrada en el paciente y recopilen información de primera mano en las comunidades con vistas a fortalecer ampliamente los sistemas de monitoreo y evaluación.

La participación del sector privado y empresarial es esencial en aspectos diversos de la atención y la prevención de la TB, en particular en los programas destinados a las familias y las comunidades en las que desarrollan su actividad productiva o que forman parte de sus programas de responsabilidad social empresarial. Estos programas cobran relevancia, ya que varias empresas privadas desempeñan su labor en algunos territorios ancestrales de los pueblos indígenas de América, y es una oportunidad

para que la población indígena sea beneficiaria de estrategias que fortalezcan la prevención y el control de enfermedades como la TB, el VIH y la diabetes, entre otras.

### Pasos para implementar el lineamiento 2.2

- Identificar actores comunitarios con liderazgo que ayuden a recopilar información en las comunidades para hacer seguimiento continuo de las necesidades y de los retos programáticos, y apoyen la implementación de las actividades prioritarias de la Estrategia Fin de la TB en los pueblos indígenas. Conformar con ellos una red de apoyo comunitario para la TB.
- Reconocer a las OSC, los agentes comunitarios de salud (ACS) y los voluntarios comunitarios como actores comunitarios con liderazgo.
- Coordinar con las comunidades, los servicios de salud y los PNT para su articulación y determinar las tareas de las OSC, los ACS y los voluntarios comunitarios.
- Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación sistemáticos en los pueblos indígenas con apoyo de OSC, ACS y voluntarios comunitarios para medir los procesos y resultados e informar a todas las partes interesadas. Se requieren indicadores que midan el trabajo de los actores comunitarios en todas las actividades de apoyo al programa de TB.
- Desarrollar material de comunicación basado en el ejercicio habitual en las comunidades llevado a cabo por personal de salud occidental o tradicional, integrantes de OSC, ACS y voluntarios de la comunidad.
- Movilizar el apoyo del sector privado empresarial con la ayuda de los actores comunitarios para ampliar las acciones de los PNT en la población indígena en sus territorios o allí donde lo requieran.
- Promover la participación de las comunidades y la sociedad civil para demandar una atención de calidad de la TB por parte de todos los proveedores de atención públicos y privados.

Durante los años 2005 y 2006, la Confederación de Pueblos Indígenas (CIDOB) del Estado Plurinacional de Bolivia ejecutó un proyecto de control de la TB, centrado en las poblaciones indígenas de Santa Cruz. Su objetivo era mejorar la oferta de atención de salud (TB) a través de un modelo adecuado a la realidad de 11 pueblos indígenas de tierras bajas que permitiera aumentar la detección de casos con TB y garantizar la curación de estos a través de una estrategia de tratamiento directamente observado (TDO) basado en la comunidad. Algunos de los logros más relevantes de esta experiencia fueron, a saber, el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios, la detección y la curación de pacientes; el posicionamiento del CIDOB como aliado estratégico del PNT del país; la formación de 105 promotores de salud indígenas; la sensibilización de las autoridades indígenas nacionales, regionales y comunales; la adecuada ejecución presupuestaria; la capacitación del personal de centros y puestos de salud, directores y docentes de núcleos escolares; la elaboración de un manual de procedimientos de TB para promotores de la salud indígenas; y el diseño, la elaboración, la difusión y la entrega de material educativo con contenido intercultural (61).



### Componente 3. Política de cobertura universal de salud y marcos regulatorios para la notificación de los casos, los registros vitales, la calidad y el uso racional de los medicamentos y el control de infecciones

En la Región de las Américas, el compromiso de la OPS y sus Estados Miembros es el de continuar avanzando hacia la universalización de la salud —más aún si se trata de la población indígena—, y entendiendo esta básicamente como la situación en que todas las personas pueden utilizar los servicios de salud de buena calidad que necesitan sin pasar aprietos económicos para pagarlos. Debemos hacer todo lo posible para lograr el objetivo de la salud universal (cobertura universal de salud y acceso universal a la salud), e incluso con mayor empeño si trabajamos con y para las poblaciones más vulnerables. Se requieren políticas estatales claras para el financiamiento de la atención de salud y el acceso a servicios de salud de calidad, acompañadas de marcos normativos transversales que reglamenten la producción, la calidad y el uso de medios de diagnóstico y medicamentos para la TB; la notificación obligatoria de los casos de TB; la mejora del registro de las muertes por TB en estadísticas vitales, y medidas integrales de control de infecciones.

#### Lineamiento 2.3



Mejorar la notificación de casos y el control de la infección de tuberculosis

La subnotificación de casos dificulta la vigilancia de la TB, la investigación de los contactos, la respuesta frente a un incremento inesperado de casos, la estimación y uso de medicamentos, y el control de infecciones. Muchos de los casos de TB no notificados son atendidos por prestadores de salud privados o por ONG no vinculadas con los PNT. Por otra parte, la implementación en la Región de las variables de etnicidad y pueblos indígenas específicamente en los sistemas de vigilancia o programáticos de la TB ha sido muy lenta, y la débil notificación de la mortalidad a través del sistema de estadísticas vitales de muchos países de la Región dificulta conocer la repercusión en número de muertes<sup>5</sup> y la letalidad<sup>6</sup> en algunos países, sobre todo en las poblaciones vulnerables.

Mientras los países, los ministerios y los PNT avanzan en el proceso de fortalecer los sistemas de información, algunas alternativas y opciones descritas en la bibliografía en la

materia y en ejercicios programáticos pueden dar una idea de cómo contribuir a este fortalecimiento desde las comunidades, el ámbito académico, las ONG, las OSC, y otras organizaciones y socios estratégicos.

El lineamiento actual está dirigido a mejorar el proceso de producción de datos cuantitativos y cualitativos y de producir información de buena calidad sobre la salud de esta población, desglosados por estratificadores relevantes como el sexo, la edad y el lugar de residencia. El apoyo comunitario es muy importante, pero debe funcionar bajo un sistema de monitoreo y evaluación con instrumentos y herramientas sencillos, armonizados con el PNT. Además, no deben acarrear costos económicos adicionales para los usuarios. La telefonía móvil es barata y está ampliamente disponible en casi todo el mundo, incluso en los entornos con recursos escasos (62). Los avisos por mensaje de texto (SMS) pueden ser muy útiles para notificar la identificación de posibles casos de TB en la comunidad. Pero también pueden indicar a los pacientes cuándo deben tomar su medicación o recordarles las citas en el centro o puesto de salud. Las bases de datos de pacientes administradas en aplicaciones móviles por ACS y voluntarios comunitarios pueden compartirse con los centros de salud para validar y verificar los datos de notificación y seguimiento, por ejemplo los relacionados con la derivación de casos desde y hacia la comunidad (59).

Interrumpir la transmisión de *M. tuberculosis* es fundamental para poner fin a la epidemia mundial de TB. Por tanto, se requiere implementar intervenciones para identificar rápidamente los casos infecciosos (pulmonares bacilíferos) e impedir la transmisión de persona a persona mediante la reducción de la concentración de partículas infecciosas en el aire y el tiempo de exposición de las personas sanas. Estos principios son la base de la prevención y el control de infecciones transmitidas por vía aérea, como la TB (63).

Las principales medidas para la prevención y el control de infecciones en instituciones prestadoras de servicios de salud son de tres tipos: 1) de control administrativo y gerencial, 2) de control ambiental y 3) de protección respiratoria. A nivel comunitario y especialmente en los hogares, la medida más eficiente para prevenir el contagio es maximizar la ventilación natural (mantener ventanas abiertas el mayor tiempo posible), siempre y cuando las condiciones climáticas lo permitan, además de poner en práctica la etiqueta de la tos y la higiene respiratoria (64).

<sup>5</sup> Es uno de los tres indicadores de alto nivel de la Estrategia Fin de la TB.

<sup>6</sup> Es uno de los diez indicadores prioritarios definidos por la Estrategia Fin de la TB.

## Pasos para implementar el lineamiento 2.3

- Garantizar que se implementa la variable de pueblos indígenas en todos los registros de salud y otros sectores, que sirva de apoyo para la vigilancia en salud pública, los programas, las estrategias y en la prestación de servicios de salud.
- Avanzar en la identificación y el registro de todas las personas de origen indígena, especialmente de los recién nacidos y de los niños pequeños, para lograr cerrar las brechas relacionadas con la cobertura universal de salud y de acceso universal a la salud.
- Evaluar si el uso de la autopsia verbal (65), que ha sido útil para mejorar la información de mortalidad en otros eventos de interés para la salud pública, puede ser eficaz en el caso de la mortalidad por TB en poblaciones indígenas, en la que existe subnotificación de muertes asociadas a la TB.
- Desarrollar procesos para que en las comunidades indígenas se fortalezcan las medidas de control de las infecciones transmitidas por vía aérea en las instituciones prestadoras de servicios de salud (66) y se eduque y se realicen trabajos interculturales dirigidos a concientizar y establecer acuerdos frente a los hábitos, usos y costumbres que pueden estar aumentando las probabilidades de transmisión comunitaria de la TB en los hogares y en los lugares de atención de la medicina tradicional o sitios de congregación.
- Adecuar e integrar los sistemas de información para mejorar la calidad de la vigilancia de la tuberculosis.

En el perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del servicio de salud de la provincia del BíoBío, en Chile, que se publicó en enero del 2011, se describe una metodología elaborada por dos investigadoras que, conociendo las dinámicas internas de este pueblo indígena, aprovecharon tres aspectos coyunturales de los registros existentes en esa fecha (que no incluían la variable de identificación étnica) para definir operacionalmente la pertenencia indígena de los casos de morbilidad y mortalidad. Estos criterios fueron la presencia de apellidos indígenas, la presencia de apellidos hispanos históricamente asociados a territorios tradicionales indígenas y la acreditación de la calidad indígena en los registros de la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) (67).

### Componente 4. Protección social, reducción de la pobreza y las acciones sobre otros determinantes de la tuberculosis

#### Lineamiento 2.4



*Incluir a las personas indígenas afectadas por la tuberculosis y a sus familias en programas de protección social y abogar por la adaptación cultural de esos programas*

Entre todos los componentes de la Estrategia Fin de la TB, este es quizá uno de los que se debe fortalecer con mayor urgencia en los pueblos indígenas de la Región. Pero también es uno de los que requerirá un mayor esfuerzo inter y multisectorial para avanzar hacia las metas propuestas.

La protección social abarca una variedad de políticas y medidas que deben promover el ejercicio de los derechos económicos, sociales y culturales en el mercado laboral, la alimentación, la salud, las pensiones y el cuidado. También debe aspirarse a niveles dignos de ingreso (68). El reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas

en la Región ha ido abriendo importantes espacios para la superación de la vulnerabilidad y los rezagos impuestos por el proceso histórico de privación de sus medios de vida. Esto incluye el creciente reconocimiento de sus derechos territoriales, sus sistemas de conocimiento y diversos instrumentos de salvaguarda de sus derechos sociales, económicos y culturales. Sin embargo, estos aún están lejos de formar un panorama homogéneo en la Región y, mucho menos, de su deseable vigencia en la práctica (69).

Bajo esta definición, la búsqueda de la protección social de los pueblos indígenas debería propender a mejorar aspectos esenciales que formen parte de su cosmovisión, su ordenamiento y su forma integral de percibir el mundo y su participación dentro de él, más allá de limitarse a proveer paquetes de alimentos estandarizados, subsidios y otro tipo de ayudas que en sí mismas no resuelven las problemáticas coyunturales dentro del grupo étnico. Este lineamiento busca, entre otras cosas, revalorizar y promover los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales a través de los mecanismos de transmisión propios de la cultura indígena para así adaptar la protección social destinada a estas poblaciones.

## Pasos para implementar el lineamiento 2.4

- Empoderar a las organizaciones de los pueblos indígenas garantizando que la voz de las mujeres, los jóvenes, los pacientes y los expacientes de TB esté representada en espacios nacionales, regionales y locales, con el fin de participar en el diseño y la implementación de programas de protección social, con el objetivo de garantizar que atiendan mejor sus necesidades (incluidas las de los afectados por la TB y sus familias) y que respondan a la realidad en la que viven (70).
- Fortalecer la capacidad de gestión y administración de recursos públicos de los pueblos y comunidades indígenas, especialmente en los ámbitos jurisdiccionales autónomos ya reconocidos (autonomías indígenas, entidades territoriales indígenas, comarcas, etc.), así como su articulación con los planes de desarrollo municipales y las posibilidades de movilización de recursos de otras fuentes (71).
- Impulsar la producción, la preservación y el fortalecimiento de la agrobiodiversidad propia de los sistemas alimentarios de cada pueblo y de los sistemas productivos para elevar los resultados nutricionales de la población indígena gracias a la mejora del acceso de las familias pobres a más y mejores alimentos (72).
- Elaborar el directorio de la oferta de programas de protección social para grupos étnicos y establecer el mecanismo que permita a los afectados por la TB en los pueblos indígenas acceder a estos programas de protección social existentes.
- Promover el acceso de las poblaciones indígenas a subsidios de transporte, transferencias condicionales de efectivo u otras medidas de protección social (70), algunas de las cuales, en estudios recientes, se comportaron como principales predictores en la prevención de la TB (73). Al priorizar en estas iniciativas a los pacientes con TB y sus familias pueden solventarse algunos de los costos catastróficos que trae consigo la enfermedad.
- Planificar y destinar recursos suficientes para atender los desafíos de salud vinculados a la alimentación, especialmente la desnutrición, y adecuar los servicios de seguridad social a las necesidades de las poblaciones indígenas rurales y urbanas vulnerables (71).
- Hacer efectivo el derecho humano a la alimentación, ejerciendo su autodeterminación para que las comunidades y las familias indígenas consuman los alimentos que deseen, produzcan y a los que estén acostumbrados, sin que les sean suministrados paquetes estandarizados que no se adecúan a sus dietas tradicionales.

El Programa Bolsa Familia (PBF) de Brasil es el principal programa de transferencia de efectivo. Introducido en el 2004, el PBF cubre actualmente todos los municipios brasileños y beneficia a casi 14 millones de familias. El estado de Mato Grosso do Sul alberga la segunda población indígena más numerosa y las tasas de incidencia de TB más altas entre los indígenas del país. Entre marzo del 2011 y diciembre del 2012 se llevó a cabo un estudio de casos y controles en cuatro municipios del estado para evaluar el efecto del PBF y de otros factores predictivos de la TB activa en la población indígena de alto riesgo. Los resultados mostraron que estar dentro del PBF (OR = 0,5; intervalo de confianza de 95%, 0,3-0,6) y la vacunación con BCG (OR = 0,5; intervalo de confianza de 95%, 0,3-0,9) fueron factores protectores contra la TB. Este resultado está en línea con la Estrategia Fin de la TB, que identifica la protección social, el alivio de la pobreza y la orientación de otros determinantes de la TB como acciones clave (74).

## **PILAR 3** INVESTIGACIÓN E INNOVACIÓN INTENSIFICADAS

Para acabar con la epidemia de TB se necesitan nuevas y mejores herramientas para detectar, tratar o prevenir la enfermedad, además de optimizar el uso de los que están disponibles actualmente. Es urgente que la innovación y la investigación consigan ambas cosas, y esto requerirá intensificar la inversión nacional, además de la creación de un entorno favorable durante la generación actual y futura de científicos (18).

### **Componente 1. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevas herramientas, intervenciones y estrategias**

#### **Lineamiento 3.1**



**Implementar nuevas herramientas y estrategias para la TB en los pueblos indígenas**

En las directrices para el tratamiento de la tuberculosis sensible a los medicamentos y el cuidado del paciente, la OMS ha recomendado desde hace algunos años el tratamiento directamente observado (TDO) en la comunidad o en el hogar, preferentemente al TDO en establecimientos de salud. A pesar de esto, aún en muchos entornos donde residen poblaciones vulnerables no se cuenta con este enfoque alternativo, que ha demostrado tasas más altas de éxito del tratamiento y un número mayor de pacientes con negativización del esputo durante los primeros dos meses de poliquimioterapia, entre otros (37). En el mundo existen diversas experiencias de atención de TB de carácter comunitario, no solo de TDO, sino de innumerables actividades de apoyo para prevenir, buscar, diagnosticar y dar apoyo al tratamiento de los afectados por la TB y sus comorbilidades (75).

Adicionalmente, varios enfoques de salud digital presentan el potencial de ser validados e implementados en poblaciones indígenas a partir de unas necesidades y condiciones específicas, como la distribución geográfica de la población, los niveles de descentralización y modelos de atención, y los subgrupos de pacientes que pueda

tener el programa (nivel de adherencia, capacidad de uso de telefonía convencional o inteligente, etc.). Algunas intervenciones, como los recordatorios con SMS y el tratamiento observado por video (TOV) para apoyar la adherencia del paciente, son tecnologías digitales sobre las que se han realizado estudios entre los pacientes con TB y que están bien posicionadas para brindar apoyo diario al tratamiento de la TB a gran escala (76). La función de video en los teléfonos inteligentes tiene el potencial de ahorrar recursos cuando se usa para observar el tratamiento y ayudar a los pacientes. El TOV es más factible a medida que los teléfonos con acceso a internet dominan cada vez más los mercados de telefonía móvil en entornos ricos y pobres.

Involucrar a la comunidad en los grandes retos que implica implementar la Estrategia Fin de la TB en la población indígena de las Américas y utilizar los recursos tecnológicos disponibles con los que se cuenta es una oportunidad que debe ser tomada en cuenta, debido a la dispersión geográfica en zonas rurales, al tiempo y los recursos que implica desplazarse a servicios de salud diariamente, a la comodidad de combinar las actividades diarias con el tratamiento en el hogar o la comunidad, y a la reducción del estigma y la discriminación, entre otros.

#### **Pasos para implementar el lineamiento 3.1**

- Conformar grupos de agentes comunitarios en salud o de voluntarios en las diferentes zonas geográficas donde la población indígena presenta mayor afectación por la TB, y proporcionarles capacitación continuada sobre los aspectos de la Estrategia Fin de la TB que hay que fortalecer.
- Evaluar las opciones de conectividad disponibles en estas zonas geográficas para definir las alternativas tecnológicas que pueden implementarse (un gran número de personas indígenas viven en zonas urbanas donde la conectividad es mayor que en las zonas rurales).
- Definir las condiciones mínimas que requiere la persona afectada por la TB para poder ingresar a una alternativa de apoyo al tratamiento, o de seguimiento de este, a través del TOV o de otro tipo que utilice equipos de telefonía móvil como SMS, computadores o tabletas.
- Implementar un sistema de monitoreo y evaluación que ayude a mantener organizados los archivos digitales o físicos de seguimiento a las alternativas que sean implementadas (registros comunitarios, SMS, TOV, entre otros) y a través del cual se pueda realizar un seguimiento y evaluación de estas.

En Estados Unidos de América y México se realizaron una serie de estudios a través de programas de TB para evaluar la viabilidad, la aceptabilidad y las percepciones de los pacientes frente a la TOV para el monitoreo de la adherencia al tratamiento anti-TB. Dentro de estos estudios, en el 2016, 378 pacientes con TB estadounidenses y 30 pacientes mexicanos utilizaron el TOV durante un promedio de 5,5 meses. Los principales resultados obtenidos fueron que la mayoría de los pacientes informaron que preferían el TOV al TDO puesto que es “muy fácil de usar”, más confidencial que el TDO, y lo recomendarían a otros pacientes con TB. El personal del programa de TB informó que el TOV era factible, requirió menos tiempo por paciente y costó menos que el TDO. En estos aspectos, no se observaron diferencias entre las zonas urbanas y rurales de Estados Unidos de América y México (76).

## Componente 2. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto de la Estrategia Fin de la TB y para promover las innovaciones

### Lineamiento 3.2



**Desarrollar la investigación operativa sobre la tuberculosis en el contexto de las poblaciones indígenas**

Comprender mejor la dinámica cambiante actual de la epidemia de TB requiere investigaciones operativas a fin de diseñar, refinar, ejecutar y ampliar no solo la respuesta a esta enfermedad, sino también los instrumentos para abordar mejor todos los factores relacionados con su prevención y control. En este sentido, la OMS, la Alianza Alto a la TB y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria elaboraron un documento específico para ayudar a dar claridad a las prioridades que la investigación operativa debe abordar con miras a mejorar el cuidado y el control de la TB (77). En la actualidad, los países de la Región de las Américas están constituyendo redes nacionales de investigación operativa y fijando sus propias prioridades.

Para implementar este lineamiento es relevante promover la investigación y generar conocimientos sobre la diversidad de los conceptos de la salud, las enfermedades propias de los pueblos indígenas, y los saberes y los conocimientos

tradicionales con objeto de contribuir desde la investigación al diálogo de saberes y, en general, al enriquecimiento de los procesos interculturales.

### Pasos para implementar el lineamiento 3.2

- Crear o fortalecer una red nacional de investigación sobre la TB como medida esencial encaminada a coordinar y usar los recursos que existan para investigar e incluir estudios operativos dirigidos a pueblos indígenas, en los que las prioridades de las investigaciones se basen en una comprensión profunda de la epidemia actual de TB y un inventario de capacidades. Se requiere la participación de instituciones de carácter étnico y miembros de grupos étnicos, y la búsqueda de cofinanciación desde organizaciones indígenas.
- Fortalecer y promover la formación de investigadores de los pueblos indígenas que puedan no solo participar, sino dirigir iniciativas de investigación sobre la TB con miradas más integrales que incorporen los conocimientos, usos y costumbres tradicionales.
- Involucrar a los representantes de la medicina tradicional, a los afectados y a las comunidades en el proceso de concertación y ejecución de investigaciones operacionales sobre la TB y otras enfermedades transmisibles en los pueblos indígenas.
- Identificar las principales dificultades y brechas en el tamizaje y el tratamiento de la ILTB, la mortalidad evitable, la adherencia al tratamiento, el abordaje intercultural y otros, para usarlos como un insumo clave en el diseño y la ejecución de investigaciones operativas, con el fin de mejorar el desempeño de los programas de TB en los pueblos indígenas.

La Iniciativa de Formación Estructurada en Investigación Operativa (SORT IT, por su sigla en inglés) es una alianza mundial liderada por el Programa Especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR, por su sigla en inglés) de la OMS. El TDR colabora estrechamente con los ministerios de salud, las oficinas regionales y en los países de la OMS, los donantes y organismos técnicos como la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y las Enfermedades Respiratorias (La Unión) y Médicos Sin Fronteras (MSF). Por medio de esta alianza, SORT IT brinda apoyo a los países para realizar investigaciones operativas en torno a sus propias prioridades, formar capacidad adecuada y sostenible en investigación operativa en los programas de salud pública y promover medidas de salud pública basadas en evidencia. SORT IT ha apoyado investigaciones operativas relacionadas con la TB en grupos vulnerables como la población penitenciaria e indígena de El Salvador y México, respectivamente (78).

## Referencias

1. Gomez i Prat J, de Souza SM. Prehistoric tuberculosis in America: adding comments to a literature review. *Mem Inst Oswaldo Cruz*. 2003;98(Suppl1):151-9. Disponible en <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.562.6430&rep=rep1&type=pdf>.
2. Sotomayor H, Burgos J, Arango M. Demostración de tuberculosis en una momia prehispánica colombiana por la ribotipificación del ADN de *Mycobacterium tuberculosis*. *Biomédica*. 2004 Junio;24(Suppl1):18-26. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-41572004000500004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-41572004000500004&lng=en).
3. Bos KI, Harkins KM, Herbig A, Coscolla M, Weber N et al. Pre-Columbian mycobacterial genomes reveal seals as a source of New World human tuberculosis. *Nature* 2014; 514:494-497. doi:10.1038/nature13591.
4. Tollefson D, Bloss E, Fanning A, Redd JT, Barker K, McCray E. Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013 Sep;17(9):1139-50. doi: 10.5588/ijtld.12.0385.
5. Organización Panamericana de la Salud. Política sobre etnicidad y salud [Internet]. 29.ª Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017 (documento CSP29/7, Rev. 1). Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=42014-csp29-7-s-014&Itemid=270&lang=es).
6. Freire, German Nicolas; Schwartz Orellana, Steven Daniel; Zumaeta Aurazo, Melissa; Costa, Damasceno Costa; Lundvall, Jonna Maria; Viveros Mendoza, Martha Celmira; et al. 2015. Indigenous Latin America in the twenty-first century: the first decade: Latinoamérica indígena en el siglo XXI: primera década (Spanish). Washington, D.C.: Banco Mundial. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/541651467999959129/Latinoam%C3%A9rica-ind%C3%ADgena-en-el-siglo-XXI-primera-d%C3%A9cada>.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Tuberculosis [Internet]. 54.ª Consejo Directivo de la OPS, 67.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 28 septiembre al 2 octubre del 2015. Washington, D.C.: OPS; 2015 (documento CD54/11, rev. 1)]. Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=31244&Itemid=270&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=31244&Itemid=270&lang=es).
8. Organización de las Naciones Unidas. Declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis. Asamblea General de las Naciones Unidas, 26 de septiembre de 2018, Nueva York. Naciones Unidas: Nueva York; 2018. Disponible en: <https://undocs.org/es/A/73/L.4>.
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción sobre la salud en todas las políticas [Internet]. 53.ª Consejo Directivo de la OPS, 66.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Washington, D.C.: OPS; 2014 (documento CD53/10, rev. 1). Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=26798&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=26798&Itemid=270&lang=en).
10. Organización Panamericana de la Salud, Salud de los pueblos indígenas [Internet]. 37.ª Consejo Directivo de la OPS, 45.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 27 de septiembre al 1 de octubre de 1993. Washington, D.C.: OPS; 1993 (documento CD37/20). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/7015/15688.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
11. Organización Panamericana de la Salud. Salud de los pueblos indígenas [Internet]. 40.ª Consejo Directivo de la OPS, 49.ª sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 22 al 26 de septiembre del 1997. Washington, D.C.: OPS; 1997 (resolución CD40.R6). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1629/CD40.R6sp.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.
12. Del Popolo F (ed.). Los pueblos indígenas en América (Abya Yala): desafíos para la igualdad en la diversidad. Libros de la CEPAL, n.º 151 (LC/PUB.2017/26). Santiago de Chile: CEPAL, 2017. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/1/S1600364\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43187/1/S1600364_es.pdf).
13. Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+, edición del 2017. Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34322>.
14. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas en América Latina: avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos (LC/L.3902), Santiago de Chile: CEPAL; 2014. Disponible en: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/37222/S1420521_es.pdf).
15. Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia Fin de la TB: Aspectos esenciales. Washington, D.C.: OMS; 2015. Disponible en: [https://www.who.int/tb/publications/2015/end\\_tb\\_essential\\_spanish\\_web.pdf?ua=1](https://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf?ua=1).
16. Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME), Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Guía de la Biblioteca Virtual en Salud 2011. Tipología de las

fuentes de información. Disponible en: <http://guiabvs2011.bvsalud.org/es/operacion-de-la-bvs/redes-de-contenidos/tipologia-de-las-fuentes-de-informacion/>.

17. Alarcón E. Sistematización de la experiencia y diseño de la propuesta metodológica de DOTS comunitario en el Ecuador. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (La Unión). Disponible en: <https://www.care.org.ec/wp-content/uploads/2014/04/DOTS-Comunitario-en-Ecuador-Proyecto-TB-20071.pdf>.

18. Organización Mundial de la Salud. Aplicación de la estrategia fin de la TB: aspectos esenciales. Ginebra: OMS; 2016. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/2015/end\\_tb\\_essential\\_spanish\\_web.pdf](http://www.who.int/tb/publications/2015/end_tb_essential_spanish_web.pdf).

19. Organización Mundial de la Salud. Compendium of WHO guidelines and associated standards: ensuring optimum delivery of the cascade of care for patients with tuberculosis. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272644/9789241514101-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf?sequence=1).

21. Organización Mundial de la Salud. Early detection of TB—An overview of approaches, guidelines and tools. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70824/WHO\\_HTM\\_STB\\_PSI\\_2011.21\\_eng.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70824/WHO_HTM_STB_PSI_2011.21_eng.pdf?sequence=1).

22. Alvarez GG, Van Dyk DD, Desjardins M, Yasseen AS III, Aaron SD, Cameron DW, et al. The feasibility, accuracy and impact of Xpert1MTB/RIF testing in a remote Aboriginal community in Canada. *Chest*. 2015; 2015 Mar 19. doi: 10.1378/chest.14-2948.

23. Oxlade O, Sugarman J, Alvarez GG, Pai M, Schwartzman K. Xpert1MTB/RIF for the Diagnosis of Tuberculosis in a Remote Arctic Setting: Impact on Cost and Time to Treatment Initiation. *PLoS ONE*. 2016 Mar; 11(3): e0150119. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0150119.

24. Organización Mundial de la Salud. Lateral flow urine lipoarabinomannan assay (LF-LAM) for the diagnosis of active tuberculosis in people living with HIV: policy update 2019. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329479/9789241550604-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>.

25. Organización Mundial de la Salud. OneHealth Tool: supporting integrated strategic health planning, costing and health impact analysis. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: <http://www.who.int/choice/onehealthtool/>

[OneHealth\\_Tool\\_Supporting\\_integrated\\_strategic\\_health\\_planning.pdf?ua=1](http://www.who.int/choice/onehealthtool/OneHealth_Tool_Supporting_integrated_strategic_health_planning.pdf?ua=1).

26. Puerto Gama D, Erazo Márquez L, Llerena Polo C, Zabaleta A, Mercedes Puerto G. Tuberculosis en población indígena de Colombia. *Innovación y Ciencia*. 2017; XXIV(2). Disponible en: [https://innovacionyciencia.com/articulos\\_cientificos/tuberculosisins](https://innovacionyciencia.com/articulos_cientificos/tuberculosisins).

27. Viney KA, Johnson P, Tagaro M, Fanai S, Linh NN, Kelly P et al. Traditional healers and the potential for collaboration with the national tuberculosis programme in Vanuatu: results from a mixed methods study. *BMC Public Health* 2014 14:393. doi:10.1186/1471-2458-14-393.

28. Global Plan to End TB and key populations. Key Populations Brief. Indigenous Peoples. Ginebra: Stop TB Partnership; 2017. Disponible en: [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/6\\_27-UNOPS-KPB-Indigenous-Print.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/6_27-UNOPS-KPB-Indigenous-Print.pdf).

29. Global Plan to End TB and key populations. Key Populations Brief. Children. Ginebra: Stop TB Partnership; 2017. Disponible en: [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_Children\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_Children_ENG_WEB.pdf).

30. Organización Mundial de la Salud. Guidance for National TB Programmes on the Management of TB in Children, 2.a ed. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112360/1/9789241548748\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112360/1/9789241548748_eng.pdf).

31. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta para poner fin a la tuberculosis en niños y adolescentes, 2.ª ed. Washington, D.C.: OMS; 2020. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52187>.

32. Organización Mundial de la Salud. Childhood TB Training. Facilitator manual. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: [http://www.who.int/tb/challenges/Child\\_TB\\_Training\\_toolkit\\_web.pdf](http://www.who.int/tb/challenges/Child_TB_Training_toolkit_web.pdf).

33. Organización Mundial de la Salud. Systematic Screening for active TB: Principles and recommendations. Ginebra: OMS, 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/84971/1/9789241548601_eng.pdf?ua=1&ua=1).

34. Morishita F, Garfin AMCG, Lew W, Oh KH, Yadav R-P, Reston JC et al. (2017) Bringing state-of-the-art diagnostics to vulnerable populations: The use of a mobile screening unit in active case finding for tuberculosis in Palawan, the Philippines. *PLoS ONE*. 2017; 12(2):e0171310. doi: 10.1371/journal.pone.0171310.

35. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2006, vol. 13, n.o 1, 113-128. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3861/386137982007.pdf>.

36. Buchillet D. Situação da Tuberculose entre as Populações Indígenas no Brasil. Problemática e Perspectivas. Documento produzido para o Centro de Monitoramento da Tuberculose/ COSAI/FUNASA, 2000. doi: 10.13140/RG.2.2.11251.32803.
37. Organización Mundial de la Salud. Guidelines for treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care (2017 update). Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: [https://www.who.int/tb/publications/2017/dstb\\_guidance\\_2017/en/](https://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/).
38. Romero-Sandoval N, Flores-Carrera O, Molina M A, Jácome M, Navarro A, Martín M. DOTS strategy and community participation: an experience in the Ecuadorian Andes. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009;13:1569-1571. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19919780>.
39. Arshad A, Salam R A, Lassi Z S, Das J K, Naqvi I, Bhutta Z A. Community based interventions for the prevention and control of tuberculosis. *Infect Dis Poverty* 2014; 3:27. DOI: doi.org/10.1186/2049-9957-3-27.
40. Yassin MA, Datiko DG, Tulloch O, Markos P, Aschalew M, Shargie EB, et al. (2013) Innovative Community-Based Approaches Doubled Tuberculosis Case Notification and Improve Treatment Outcome in Southern Ethiopia. *PLoS ONE* 8(5): e63174. DOI: doi.org/10.1371/journal.pone.0063174.
41. Uwimana J, Zarowsky C, Hausler H, Jackson D. Training community care workers to provide comprehensive TB/HIV/PMTCT integrated care in KwaZulu-Natal: lessons learnt. *Trop Med Int Health.* 2012, 17(4):488-496. DOI: doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02951.x.
42. Uwimana J, Zarowsky C, Hausler H, Swanevelder S, Tabana H, Jackson D. Community-based intervention to enhance provision of integrated TB-HIV and PMTCT services in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013, 17(10 Suppl 1):48-55. DOI: doi.org/10.5588/ijtld.13.0173.
43. Global Plan to End TB and key populations. Key Populations Brief. People Living With HIV. Ginebra: Stop TB Partnership; 2017. Disponible en: [http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief\\_PLHIV\\_ENG\\_WEB.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/KPBrief_PLHIV_ENG_WEB.pdf).
44. Organización Panamericana de la Salud. Coinfección TB/VIH. Guía Clínica Regional. Actualización 2017. Washington, D.C.: OPS; 2017. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34855>.
45. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77764/1/9789241504843_eng.pdf).
46. Minority Rights Group International. State of the world's minorities and indigenous peoples 2013: events of 2012. Londres: Minority Rights Group International; 2013. Disponible en: <http://minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-1293-State-of-the-Worlds-Minorities-and-Indigenous-Peoples-2013.pdf>.
47. Mendoza, A., Reyes Romero, J., Gutierrez Mendoza, G., & Posada, I. (2015) Significados del consumo de sustancias psicoactivas en indígenas estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia. *Universitas Psychologica*, 14(3). DOI: doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.mpssc.
48. Organización Mundial de la Salud. Nutritional care and support for patients with tuberculosis: Guideline. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94836/9789241506410\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94836/9789241506410_eng.pdf?sequence=1).
49. Organización Mundial de la Salud, International Union Against TB Lung Disease. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44698/9789241502252\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44698/9789241502252_eng.pdf?sequence=1).
50. Organización Panamericana de la Salud. III Reunión regional "Éxitos y desafíos en el control de la TB en pueblos indígenas". Ciudad de Panamá, 2 y 3 de marzo, 2010. Washington, D. C.: OPS; 2010. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/tb-indigenas-III-Reunion-Regional-Exitos-desafios.pdf>.
51. Organización Mundial de la Salud. WHO Consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment. Ginebra: OMS; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-consolidated-guidelines-on-tuberculosis-module-1-prevention-tuberculosis-preventive-treatment>.
52. Organización Mundial de la Salud. WHO Operational handbook on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331525/9789240002906-eng.pdf>.
53. Organización Mundial de la Salud. WHO Informal Consultation on Standardization and Evaluation of BCG Vaccines. Ginebra: OMS; 2009. Disponible en: [http://www.who.int/biologicals/publications/meetings/areas/vaccines/bcg/BCG\\_meeting\\_report\\_2009v7\\_FOR\\_WEB\\_10JUNE.pdf?ua=1](http://www.who.int/biologicals/publications/meetings/areas/vaccines/bcg/BCG_meeting_report_2009v7_FOR_WEB_10JUNE.pdf?ua=1).
54. Organización Mundial de la Salud. Weekly epidemiological record, 23 de febrero de 2018, n.º 8, 2018, 93(73-76). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260306/WER9308.pdf?sequence=1>.



55. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Fondo de Población de Naciones Unidas, Organización Panamericana de la Salud. Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural. Documento de proyecto, CEPAL/UNFPA/OPS, Santiago de Chile. Disponible en: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/41579/LCW.347Oct\\_2010.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/41579/LCW.347Oct_2010.pdf).
56. Dehghani K, Lan Z, Li P, Michelsen SW, Waites S, Benedetti A, Lejeune P, et al. (2018) Determinants of tuberculosis trends in six Indigenous populations of the USA, Canada, and Greenland from 1960 to 2014: a population-based study. (2018) *The Lancet Public Health*, 3 (3), pp. e133-e142. DOI: doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30002-1.
57. Plan Estratégico de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en Paraguay 2016-2020. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2016. Disponible en: [http://vigisalud.gov.py/webdgvsv/views/paginas/webtb/docs/plan\\_estrategico\\_nacional\\_tb.pdf](http://vigisalud.gov.py/webdgvsv/views/paginas/webtb/docs/plan_estrategico_nacional_tb.pdf).
58. Getahun H, Joseph T, Tomaskovic L, Raviglione M, Organización Mundial de la Salud. Engage-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: orientaciones operacionales. Ginebra: OMS; 2012. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77749/9789243504506\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77749/9789243504506_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
59. Organización Mundial de la Salud. Engage-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: manual de aplicación. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144510/9789243506548\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/144510/9789243506548_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
60. Organización Mundial de la Salud. ENGAGE-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil: manual de capacitación: programa y guía del moderador. Ginebra: OMS; 2014. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145001/9789243507095\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145001/9789243507095_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
61. Organización Panamericana de la Salud. Reunión Regional sobre control de la TB en las grandes ciudades: Desafíos y abordajes. Ciudad de Buenos Aires, Argentina, 14 al 16 de septiembre del 2011. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Informe-Grandes-Ciudades-OPS-marzo-2012.pdf>.
62. Rebecca Braun, Caricia Catalani, Julian Wimbush, Dennis Israelski. Community Health Workers and Mobile Technology: A Systematic Review of the Literature. *PLoS One*. 2013 Jun 12;8(6):e65772.
63. Organización Mundial de la Salud. WHO guidelines on tuberculosis infection prevention and control, 2019 update. Ginebra: OMS; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/tb/publications/2019/guidelines-tuberculosis-infection-prevention-2019/en/>.
64. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la implementación del control de infecciones de tuberculosis en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2014. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/6081/lineamientos%20tuberculosis%202014.pdf>.
65. Soleman N, Chandramohan D, Shibuya K. Verbal autopsy: current practices and challenges / Nadia Soleman, Daniel Chandramohan and Kenji Shibuya. *Bulletin of the World Health Organization: the International Journal of Public Health* 2006; 84(3) : 239-245. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/73553>.
66. Organización Panamericana de la Salud. Lineamientos para la implementación del control de infecciones de tuberculosis en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2014.
67. Oyarce Pisani AM, Pedrero Sanhueza MM. Perfil epidemiológico de la población mapuche residente en el área de cobertura del Servicio de Salud Provincia del Bío-Bío. Concepción: Servicio de Salud Bío-Bío, 2011. Disponible en: <http://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Edicion%20Perfil%20Epidemiol%C3%B3gico%20B%C3%A1sico%20de%20B%C3%ADo%20B%C3%ADo.pdf>.
68. Comisión Económica para América Latina y el Caribe [www.cepal.org]. Santiago de Chile: CEPAL; s. f. Temas: Protección social. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/proteccion-social>.
69. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Pueblos indígenas y seguridad alimentaria en América Latina y el Caribe. Roma: FAO; s. f. Disponible en: <http://www.fao.org/americas/prioridades/pueblos-indigenas/es/>.
70. Naciones Unidas. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Social protection for indigenous peoples and ethnic minorities: Overcoming discrimination and geographic isolation. *Social Development Brief #7*. Noviembre del 2018. Nueva York: Naciones Unidas; 2018. Disponible en: [https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/11/SD-Brief\\_7\\_Indigenous\\_and\\_ethnic\\_minorities-.pdf](https://www.un.org/development/desa/dspd/wp-content/uploads/sites/22/2018/11/SD-Brief_7_Indigenous_and_ethnic_minorities-.pdf).

71. Organización para las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Los pueblos indígenas y las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe: Una visión regional. Resultados y recomendaciones del Proyecto regional TCP/RLA/3403. Santiago de Chile: FAO; 2015. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i4828s.pdf>.

72. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Las transformaciones rurales. Nota informativa #6. La protección social y la nutrición. Roma: FAO; 2016. Disponible en: <http://www.fao.org/3/a-i5416s.pdf>.

73. Basta PC, de Sousa Viana PV. Determinants of tuberculosis in Indigenous people worldwide. Lancet Glob Health 2019;7:e6-7. Disponible en: [www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930525-4](http://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2818%2930525-4).

74. Malacarne J, Kolte IV Freitas LP et al. Factors associated with TB in an indigenous population in Brazil: the effect of a cash transfer program. Rev Inst Med Trop S Paulo. 2018; 60:e63 DOI: [dx.doi.org/10.1590/S1678-9946201860063](https://doi.org/10.1590/S1678-9946201860063).

75. Organización Mundial de la Salud. Baseline assessment of community based TB services in 8 WHO ENGAGE-TB priority countries. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/tb/publications/2018/Baseline-assessment-community-TB-services/en/>.

76. Organización Mundial de la Salud. Handbook for the use of digital technologies to support tuberculosis medication adherence. Ginebra: OMS; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259832/9789241513456-eng.pdf;jsessionid=B151E23646B047FADB7AD4D7308182D8?sequence=1>.

77. Organización Mundial de la Salud, Stop TB Partnership, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Priorities in operational research to improve tuberculosis care and control. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en: <http://www.who.int/iris/handle/10665/44662>.

78. Becerra-Posada F, Espinal MA, Reeder J. Operational research to strengthen tuberculosis control in the Americas. Rev Panam Salud Publica. 2016;39(1):1-2. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28194/v39n1a1-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y&ua=1>.

**Todos los documentos se consultaron entre el 18 de abril del 2018 y el 9 de junio del 2020.**

## Anexo. Resumen de la *Política sobre etnicidad y salud* de la Región

### Líneas y acciones prioritarias de la *Política sobre etnicidad y salud*

#### 1. Generación de evidencia

Promover la producción, la gestión integral y el análisis de información desglosada por origen étnico y datos (tanto cualitativos como cuantitativos) sobre la salud de los pueblos indígenas, así como sus determinantes, teniendo en cuenta los derechos humanos y el enfoque de género para la toma de decisiones sobre políticas públicas intersectoriales en materia de salud. **Información y análisis.**

Promover la investigación para generar conocimientos sobre la diversidad de los conceptos de la salud, las enfermedades propias de estos grupos, y los saberes y conocimientos tradicionales. **Investigación**

Mejorar el proceso de producción de datos cuantitativos y cualitativos y de información de buena calidad sobre la salud de esta población, desglosados por estratificadores relevantes, como el sexo, la edad y el lugar de residencia.

#### **Información**

Participación de las comunidades involucradas y sus integrantes en la recopilación y el uso de datos, asegurando la representatividad tanto de las mujeres como de los hombres, son vitales para garantizar la calidad de los datos en los registros administrativos y de estadísticas vitales, y para la adecuada toma de decisiones que permitan responder a las necesidades y las características particulares de los miembros de estas poblaciones. Además, los datos desglosados y de calidad permitirán incorporar a los grupos étnicos a los sistemas de monitoreo y evaluación. **Análisis**

#### 2. Impulso de la formulación de políticas

Impulsar acciones de política que sean efectivas llevando a cabo intervenciones sustantivas en las que se reconozca e implemente un abordaje intercultural en el contexto de los determinantes sociales de la salud. El proceso de formulación, implementación, seguimiento y evaluación de las políticas públicas debe asegurar la participación de las poblaciones involucradas, el respeto de los derechos humanos, la interculturalidad y la igualdad de género. **Impulso a políticas públicas - Agendas nacionales**

#### 3. Participación social y alianzas estratégicas

Fomentar la participación social y las alianzas estratégicas con los pueblos indígenas, asegurando la representatividad tanto de las mujeres como de los hombres en el desarrollo de las políticas públicas y las acciones relacionadas con la salud. **Participación y control social - Alianzas estratégicas**

#### 4. Reconocimiento de los conocimientos ancestrales y de la medicina tradicional y complementaria

Potenciar el diálogo de saberes que facilite el desarrollo y el fortalecimiento de modelos interculturales de salud como una forma de lograr la atención centrada en las necesidades de las personas y las comunidades. Reconocimiento de los conocimientos ancestrales para aprovechar el potencial de la medicina tradicional para contribuir al acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, incluida la articulación o la integración de servicios en los sistemas nacionales de salud y la adopción de intervenciones para el autocuidado con un abordaje intercultural. **Diálogo de saberes para modelos interculturales**

Revalorización y promoción de los conocimientos, las prácticas y las expresiones culturales tradicionales a través de los mecanismos de transmisión propios de cada cultura. **Diálogo de saberes para modelos interculturales**

#### 5. Desarrollo de las capacidades a todos los niveles

Capacitar al personal de salud institucional y comunitario como facilitador intercultural y generador de condiciones para el diálogo de saberes. **Capacidades institucionales y comunitarias**

Fomentar la representatividad en los sistemas de salud de las personas indígenas, para asegurar que la atención de salud sea culturalmente pertinente. **Capacidades institucionales y comunitarias**

Impulsar la inclusión de la interculturalidad en el diseño del currículo de las carreras técnicas y profesionales del ámbito de la salud. **Capacidades institucionales y comunitarias**

La tuberculosis sigue representando un problema grave de salud pública en la Región de las Américas, y más aún en el caso de los pueblos indígenas, en los que registra una incidencia muy superior a la de la población general.

Para el control de la tuberculosis en estos pueblos es necesario responder a sus necesidades diversas desde una perspectiva intercultural, que permita la aplicación de un abordaje holístico —desde un plano de igualdad y respeto mutuo— y considere el valor de sus prácticas culturales. En la Región de las Américas se ha avanzado en el reconocimiento de la necesidad de integrar la interculturalidad en los servicios de salud, pero persisten obstáculos basados en la discriminación, el racismo y la exclusión que se ejercen sobre las poblaciones indígenas y otros grupos étnicos. Para responder a esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha elaborado estos lineamientos que, a partir de un enfoque intercultural que está en consonancia con las líneas prioritarias de la actual *Política sobre etnicidad y salud* de la OPS y su desarrollo práctico en los pueblos indígenas de la Región, constituyen un instrumento de ayuda para implementar la Estrategia Fin de la TB.

Esta publicación integra la experiencia acumulada de la OPS y las buenas prácticas desarrolladas por sus Estados Miembros en los últimos años, incluidas las discusiones y experiencias compartidas en las reuniones regionales celebradas sobre el tema, y pone el acento en la innovación y la inclusión social. Esto requiere cambiar con urgencia los paradigmas tradicionales, partiendo de las acciones específicas que reducen gradualmente la incidencia de la TB para dirigirnos hacia acciones multisectoriales de eficacia demostrada en la contención rápida de la epidemia.

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, D.C., 20037  
Estados Unidos de América

[www.paho.org](http://www.paho.org)



9 789275 322765 >