



Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control



Ministerio de la Protección Social - Instituto Nacional de Salud
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Diego Palacio Betancourt
Ministro de la Protección Social

Blanca Elvira Cajigas de Acosta
Viceministra de Salud y Bienestar
Ministerio de la Protección Social

Lenis Enrique Urquijo Velásquez
Director General de Salud Pública
Ministerio de la Protección Social

Luis Eduardo Mejía Mejía
Director
Instituto Nacional de Salud

Matthew Levin
Embajador del Canadá en Colombia
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional

Pier Paolo Balladelli
Representante en Colombia
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Comité Técnico Nacional de Tuberculosis

Ernesto Moreno Naranjo
Grupo de Promoción y Prevención
Ministerio de la Protección Social

María Consuelo Garzón Torres
Claudia Llerena Polo
Grupo de Micobacterias
Subdirección Red Nacional de Laboratorios
Instituto Nacional de Salud

César A. Castiblanco Montañez
Subdirección Vigilancia y Control en Salud Pública
Instituto Nacional de Salud

Welman Ribón
Grupo de Micobacterias
Subdirección de Investigación
Instituto Nacional de Salud

Martha Idali Saboyá Díaz
Profesional Nacional
Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud

Experiencia en Colombia de la Estrategia DOTS/TAS para el manejo de la tuberculosis en pueblos indígenas ubicados en los departamentos del Amazonas, Cesar, Nariño, Guainia, Guaviare, la Guajira y Vichada.

Bogotá, D.C. Colombia, 2007

Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control

Ministerio de la Protección Social de Colombia
Instituto Nacional de Salud
Secretaría de Salud del Amazonas
Secretaría de Salud de Cesar
Instituto Departamental de Salud de Nariño
Secretaría de Salud del Guainía
Secretaría de Salud del Guaviare
Secretaría de Salud de la Guajira
Secretaría de Salud del Vichada

Esta publicación fue realizada con el apoyo financiero y técnico de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional - ACDI/CIDA y la Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS.

Recopilación, ordenamiento, análisis e interpretación de la información

Sandra Patricia Escandón Moncaleano
Comunicadora Social. Esp. Comunicación para la Salud
Eder Castro Manosalva. Bacteriólogo
Esp. Epidemiología y Gerencia de la Salud Pública

Producción de información primaria, informes consolidados y análisis situacionales

Equipos técnicos del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, Secretarías de Salud participantes en este proyecto, especialmente los coordinadores de las actividades de tuberculosis, coordinadores de los laboratorios departamentales de salud pública, equipos de salud locales, equipos técnicos de las Aseguradoras e IPS que atienden población indígena.

Recolección de información en terreno e informes de capacitaciones, informes epidemiológicos y de análisis social

Ingrid García, Norman Gil, Eder Castro Manosalva, Santiago Fadul, Edison Soto, Universidad del Norte -Grupo de Comunicación y Cultura de la Línea de Comunicación y Salud-.
Profesionales Grupo de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud: Dora Leticia Orjuela, Dailyn Angee, Graciela Mejía, Luz Mary García.
Dra. Celsa Sampson Consultora de OPS/OMS en Colombia al inicio del proyecto ACIDI/CIDA-OPS/OMS.

Fotografías

Todas las fotografías incluidas en esta publicación, corresponden a la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS en los diferentes departamentos.

Diseño, diagramación e impresión

Arao Taller Creativo

Impreso y hecho en Colombia. 2007
1ª edición 200 ejemplares

© Organización Panamericana de la Salud, 2007
Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcial sin previa autorización del autor.

Agradecimientos

A todas las personas que hicieron posible la realización de los resultados de esta iniciativa, en favor de los pueblos indígenas de Colombia, que hoy cada uno de ustedes tiene en sus manos.

Por la confianza y espontaneidad con que compartieron sus experiencias, sus conocimientos, su saber, sus sueños, sus tristezas y las angustias que viven desde el quehacer diario;

A los miembros de los diferentes pueblos indígenas que habitan en los departamentos del Amazonas, Cesar y Nariño;

A los pacientes curados y en tratamiento, y a los familiares de cada uno de ellos;

A las autoridades tradicionales, a los promotores de salud indígena, y al personal administrativo de los servicios de salud indígenas;

A todas y todos ellos, gracias por sus valiosos aportes;

De igual forma queremos agradecer:

A los funcionarios del Ministerio de la Protección Social, del Instituto Nacional de Salud y a la cooperación de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA);

A los secretarios de salud de los diferentes departamentos;

A los directores de salud pública, y a los coordinadores del Programa de Tuberculosis;

A médicos, enfermeras, bacteriólogos y auxiliares de enfermería;

Al personal administrativo de los servicios de salud públicos y privados. Al personal operativo: conductores y motoristas;

A todas y todos, gracias por su apoyo y colaboración para la elaboración de este documento, que esperamos sirva de soporte para continuar con el trabajo, que con tanto esfuerzo técnico, financiero y operativo se realiza en beneficio de los pueblos indígenas de Colombia.

Índice General

Introducción	7
Proyecto de fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Colombia 2002-2006	9
Pueblos indígenas de Colombia	13
La tuberculosis en Colombia	15
Capítulo 1.	
Tuberculosis en pueblos indígenas del departamento del Amazonas	19
a. Indicadores epidemiológicos	19
b. Indicadores de control de gestión	22
c. Indicadores de seguimiento	24
d. Implementación de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas del departamento del Amazonas	27
Capítulo 2.	
Tuberculosis en pueblos indígenas en el departamento de Cesar	37
a. Indicadores epidemiológicos	37
b. Indicadores de control de gestión	40
c. Indicadores de seguimiento	42
d. Implementación de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas del departamento de Cesar	45
Capítulo 3.	
Tuberculosis en pueblos indígenas en el departamento de Nariño	53
a. Indicadores epidemiológicos	53
b. Indicadores de control de gestión	56
c. Indicadores de seguimiento	58
d. Implementación de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas del departamento de Nariño	59

Capítulo 4.

Lecciones aprendidas durante la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en los departamentos del Amazonas, Cesar y Nariño: Logros y retos	67
--	----

Capítulo 5.

Situación para la implementación de la experiencia DOTS/TAS en los departamentos del Guainía, Guaviare, la Guajira y Vichada	75
a. Departamento de Guanía	77
b. Departamento de Guviare.....	78
c. Departamento de la Guajira	80
d. Departamento de Vichada.....	81

Acrónimos	83
------------------------	----

Referencias Bibliográficas	85
---	----

Este documento tiene como objetivo recopilar la experiencia en Colombia de la implementación de la estrategia DOTS/TAS para la prevención y el control de la tuberculosis en pueblos indígenas, brindando un aporte sobre la base de lo aprendido desde 2002 hasta 2006 en el marco del proyecto de cooperación técnica financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional – ACDI/CIDA y desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud – OPS/OMS con la participación activa del Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud, de las Secretarías de Salud de los departamentos incluidos en el proyecto, y de los beneficiarios: los pueblos indígenas de Colombia.

A lo largo del documento se encontrará información (demográfica, epidemiológica y de intervención en tuberculosis) sobre los pueblos indígenas beneficiarios de la iniciativa. Los departamentos de Amazonas y la Guajira se vincularon al proyecto en 2002, Cesar en 2004 y Nariño en 2005; la Guajira reinició en 2006 y los departamentos del Guaviare, Guainía y Vichada iniciaron en 2006, razón por la cual de éstos últimos cuatro se presenta un solo capítulo de información.

Esta información ha sido recolectada, consolidada, procesada y analizada en conjunto con los equipos técnicos de las instituciones socias en el proyecto, y representa un ejercicio de unificación de criterios y de consenso frente a la problemática de tuberculosis en los pueblos objeto y sobre lo que ha

significado adaptar la Estrategia DOTS/TAS en cada uno de los departamentos. El apoyo de profesionales y equipos de salud con experiencia en las áreas de epidemiología, laboratorio y análisis cualitativos fue fundamental para identificar las fortalezas y los retos que se presentan para cada una de las experiencias territoriales.

Este es un resumen que va dirigido a los equipos de salud departamentales y municipales de Colombia (especialmente en aquellos sitios en donde hay población indígena), pues tiene la descripción de los elementos que fueron fundamentales para el fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAS en el marco de las condiciones de cada comunidad indígena; y a los tomadores de decisiones territoriales en cuanto contiene evidencia sobre las prácticas que demuestran tener impacto en un problema de salud pública como la tuberculosis.

Más allá de la información de los indicadores epidemiológicos y de control de gestión, específicos de la prevención y control de la tuberculosis, la evidencia generada desde el abordaje social y étnico produce un valor agregado en cuanto a la aproximación a los conceptos y vivencias alrededor de procesos de salud y enfermedad y, conocimientos, aptitudes y prácticas de los pueblos indígenas como un factor facilitador que interviene en conocimiento para la adherencia al Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado, y produce aportes estructurales no solo para las intervenciones en los pueblos indígenas de Colombia sino de otros países de la región.

Esperamos que este instrumento constituya un punto de partida hacia el análisis sistemático de evidencia que permita conducir a la mejor toma de decisiones en el manejo de la tuberculosis en los pueblos indígenas y se convierta en un instrumento de cooperación horizontal para identificar buenas prácticas dentro y fuera del país.



Comunidad indígena Ticuna de San Matín de Amacayacu, Amazonas (2004)

Proyecto de fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Colombia 2002-2006

El proyecto Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles Prioritarias (PCPCD) en América del Sur, fue financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI/CIDA) en septiembre de 2002, para un período de seis años con una fecha de terminación en diciembre de 2008. La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) es la agencia ejecutora del PCPCD, que incluye cinco países, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú y Venezuela y cinco enfermedades o estrategias de intervención que son: la enfermedad de Chagas, dengue, infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) además de un componente transversal de igualdad de género.

El PCPCD obedece a las prioridades y objetivos sanitarios de ACDI/CIDA con respecto al desarrollo humano sostenible e igualdad de género, por centrarse en la reducción de la morbilidad y mortalidad de grupos vulnerables y sectores del alto riesgo de la población, como son las mujeres, los niños, la población indígena y los pobres. También está en línea con los marcos lógicos del desarrollo de programación de ACDI/CIDA en los países objeto y la estrategia para ACDI/CIDA en las Américas “cierre de brechas” que busca fortalecer recursos humanos e instituciones, particularmente dentro los servicios de salud. El proyecto también contribuye al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que forman la base para las líneas estratégicas de ambos ACDI/CIDA y OPS/OMS.

EIPPCD se elaboró con el fin de complementar y sostener las acciones de los programas nacionales de prevención y control de las enfermedades transmisibles de los países con una filosofía de llenar vacíos en programación y llegar a poblaciones más vulnerables, marginadas y geográficamente aisladas utilizando estrategias integrales mundial y regionalmente reconocidas para reducir las enfermedades transmisibles.

En Colombia, las autoridades nacionales, representantes de ACDI/CIDA y de la OPS/OMS seleccionaron la tuberculosis en la población indígena como una prioridad para la cooperación debido a que las mayores tasas de incidencia se encuentran en las regiones con mayor población indígena, que tiene una mayor vulnerabilidad para enfermarse y morir de tuberculosis.

Las acciones iniciaron en 2002 en los departamentos de Amazonas y la Guajira que tenían las tasas de incidencia más altas del país y una población indígena con múltiples necesidades básicas insatisfechas. Acorde con los resultados logrados en estos departamentos que han contribuido a llenar la brecha en la equidad asegurando que la población indígena tenga acceso al diagnóstico y tratamiento, el fuerte compromiso político del país y el apoyo de las entidades cooperantes, el proyecto fue ampliado para incluir a los departamentos de Cesar en el tercer año de implementación (2004), Nariño en el cuarto año (2005) y Guaviare, Guainía y Vichada en el quinto (2006).

Colombia ha mantenido en los últimos cinco años cifras de incidencia registradas de tuberculosis, cercanas a 25 por 100.000 habitantes, mientras que las estimaciones de OMS lo ubican alrededor de 50 por 100.000. A pesar de que no existe un dato consolidado para el país del número de casos o incidencia en comunidades indígenas, en algunos análisis específicos se han encontrado datos de incidencia superiores al promedio nacional.

Enfrentar la tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia se convierte en un reto pero también en una oportunidad para intervenir una patología en la cual el abordaje integral de los factores que la determinan en un marco sociocultural específico, permite el fortalecimiento del sistema de salud del país y propender por garantizar los derechos de las etnias minoritarias, como lo son las comunidades indígenas.

Este proyecto se ha enfocado en Colombia en generar alianzas estratégicas que incluye autoridades nacionales, territoriales, aseguradoras, instituciones prestadoras de servicios de salud, equipos de salud locales y agencias de cooperación internacional que se aproximan a las comunidades indígenas reconociendo en ellas una cosmogonía que es necesario entender e incorporar en el momento en que se pretende abordar un problema de salud, haciéndolos parte de la alianza y reconociéndolos como el socio principal.

Las acciones desarrolladas en estos años han permitido reconocer que se requiere un diálogo intercultural y un reconocimiento y legitimación de las estructuras sociales y organizacionales de cada comunidad indígena, sin cuya participación y articulación a los procesos de intervención, sería imposible alcanzar resultados óptimos en el mejoramiento de salud y de calidad de vida.

La cooperación técnica y financiera a lo largo del proyecto ha impulsado la incorporación, dentro del ejercicio de las competencias legales en el ámbito territorial, de los componentes de la estrategia DOTS/TAS, lo cual permite prever que una vez finalizado el proyecto en 2008 quedará una capacidad instalada que se evidencia a través del mejoramiento de las competencias y habilidades del talento humano (profesionales de la salud, auxiliares de enfermería y promotores de salud indígenas) no solo para seguir aplicando los criterios clínicos para atender a los pacientes con tuberculosis, sino para entender el proceso

de acercamiento y diálogo conjunto para lograr, de forma aunada con los pueblos indígenas, el control de la tuberculosis respetando las visiones de cada grupo. Además, el proyecto ha generado estrategias de diálogo a nivel de tomadores de decisiones territoriales para fortalecer el compromiso político que soporte la inclusión y sostenibilidad de las acciones.

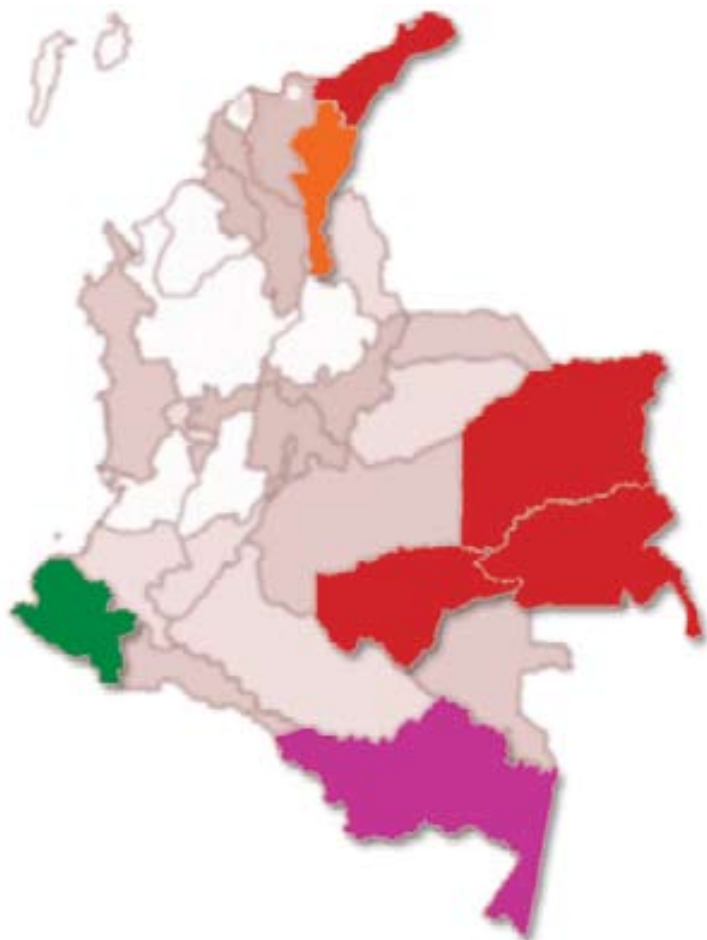
Las líneas en las cuales se han enfocado los esfuerzos conjuntos en este proyecto son:

1. Fortalecimiento de la red de prestación de servicios: Estandarización de registros de actividades de prevención, vigilancia y control de TB e implementación de acciones para mejoramiento de la captación de SR (Sello sintomático respiratorio).
2. Identificación de factores de no adherencia al tratamiento: Estudios en terreno, de convivencia con las comunidades, para identificar factores de no adherencia y generar acciones de cambio. Esto contribuyó al fortalecimiento de una red de supervisión del tratamiento antituberculoso teniendo como base el trabajo con las comunidades.
3. Producción de material para capacitación y difusión de información: Diseño y edición de material de capacitación para promotores indígenas y material con información en lenguas autóctonas de las comunidades.
4. Conformación y consolidación de redes de microscopistas: Capacitación en captación de SR, diagnóstico bacteriológico y tratamiento de TB. En algunos casos dotación de microscopios.
5. Capacitación al talento humano: Profesionales del área de la salud, auxiliares de enfermería en lineamientos nacionales contenidos en la guía de atención integral de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, diagnóstico bacteriológico y tratamiento de pacientes.
6. Mejoramiento de la capacidad de gestión del programa: Visitas de asistencia técnica y acompañamiento a cada departamento y monitoreo a municipios y redes de prestación de servicios.

Pueblos indígenas de Colombia

En el país existen 84 etnias o pueblos indígenas que cuentan con una población de 1.378.884 personas (DANE 2005) las cuales representan el 3.3% de la población nacional. La mayor parte de esta población indígena habita en el área rural (78%). Los departamentos que tienen mayor población indígena son la Guajira, Cauca, Nariño y Córdoba los cuales representan el 60% de los indígenas de Colombia. Por su parte, los departamentos con mayor proporción de población indígena dentro de su estructura demográfica son Guainía (61.5%), Vaupés (58,1%), la Guajira (42.4 %), el Amazonas (39.8 %) y Vichada (39.6%) según documento del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (Censo DANE 2005).

Mapa I. Ubicación geopolítica de los departamentos donde se implementa la Estrategia DOTS/TAS



Estos grupos poseen manifestaciones culturales variadas, relacionadas con las características lingüísticas, organización social y política, relaciones económicas y de producción, y manejo e interacción con el ambiente. Se cuenta con 64 lenguas diferentes pertenecientes a 14 familias lingüísticas; diversidad de formas de organización social basadas en relaciones de parentesco y comunitarias con multiplicidad de estructuras que determinan condiciones específicas como el tipo de alianzas, residencia, descendencia y filiación; variadas formas de gobierno con autoridades tradicionales de carácter ancestral y otras adecuadas a los procesos de interacción con la sociedad nacional: formas de producción y económicas, con mano de obra familiar y comunitaria, predominantemente destinadas a la auto subsistencia o al intercambio en pequeña escala con manejos generalmente equilibrados en cuanto al uso y apropiación de recursos naturales (Censo DANE 2005).

La población indígena se encuentra asentada en los 32 departamentos de Colombia, aunque en 25 de ellos hay una importante presencia de comunidades indígenas que habitan en su mayoría en resguardos en aproximadamente 214 municipios y en 12 corregimientos departamentales (Censo DANE 2005).

La Amazonia colombiana esta conformada por los departamentos de Amazonas, Guainía, Guaviare (departamentos que hacen parte del proyecto para el fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS) y Vaupés,

Caquetá y Putumayo que constituyen aproximadamente el 35% el territorio nacional y son áreas que en su mayoría tienen un ecosistema de bosque húmedo tropical y región selvática con diversidad de especies de flora y fauna.

El territorio amazónico tradicionalmente ha sido ocupado por pueblos indígenas, de los cuales hoy habitan allí 38 grupos (cerca del 50% de los existentes en el país) con una población estimada en algo más de 87.000 habitantes (Departamento Nacional de Planeación –DNP- 2006). Estos grupos poseen una gran riqueza cultural que se traduce, entre otros aspectos, en su conocimiento y manejo del medio selvático.

La Sierra Nevada de Santa Marta (SNSM) ubicada el norte del país, es jurisdicción de los departamentos de Magdalena, Cesar y la Guajira y también son áreas de implementación de la Estrategia DOTS/TAS; se caracteriza por tener una formación montañosa más alta del mundo, declarada como Reserva de la Biosfera por parte del programa del Hombre y la Biosfera de la UNESCO (Censo DANE 2005).

En esta región del país se encuentran los grupos Arhuaco, Kogui, Wiwa, Kankuamo y Wayúu; en estos últimos a pesar de la existencia de numerosos caseríos o rancherías tiene como característica principal la movilidad por su condición seminómada. Para estos pueblos indígenas, la SNSM tiene además del significado cultural una gran importancia a nivel nacional y regional por su gran riqueza biológica y paisajística, así mismo, cumple un papel de reguladora climática, proveedora de bienes y servicios ambientales, fuente abastecedora del agua para la región

ya que de ella depende el abastecimiento de agua potable de las capitales de los Departamentos mencionados, de otros 14 municipios adyacentes, y de zonas campesinas, agrícolas y ganaderas de la región. (Censo DANE 2005).

En lo que respecta al extremo sur del país región donde geográficamente se encuentra el departamento de Nariño, se encuentra el pueblo Awá considerado como uno de los más vulnerables del país, junto a los Ticuna del Amazonas debido a sus condiciones internas propias de los pueblos. “Pueblos que se caracterizan por tener una organización débil, además de la ubicación, aspecto que los pone en medio del conflicto que tiene el país”, comentó Luz Helena Izquierdo Torres, asesora para asuntos indígenas del Ministerio de Interior y Justicia de Colombia.

La comunidad Awá cuenta con una amplia zona selvática y terreno de montaña, donde la espesa vegetación sirve de hábitat para muchos animales de caza que son la fuente de alimentación, existen también muchos ríos y quebradas de donde se puede obtener cierta variedad de peces para el sustento de las comunidades que habitan en la zona.

(...) El país trabaja en la construcción de la Política Pública basada en cuatro ejes temáticos y concertada con los diferentes pueblos indígenas. Ejes que se refieren a territorios, identidad, socioeconómico, participación y autonomía.

(...) La única forma de mejorar es trabajar coordinadamente, intersectorialmente, muy unidos y seguir adelante.

(Testimonio, Luz Helena Izquierdo Torres, Arhuaca, asesora para asuntos indígenas del Ministerio de Interior y Justicia de Colombia)

La tuberculosis en Colombia

a. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

La tuberculosis en Colombia se presenta como un problema de salud pública. Cada año se reportan más de 11.000 casos nuevos. Las estadísticas señalan que durante el año 2001 fueron notificados 11.270 casos, con un ligero incremento en el 2002 donde se presentaron 11.600 casos; en el año 2003 fueron 11.217 casos y una incidencia de 25,6 por 100.000 habitantes. En el 2004 se reportaron 11.611 casos con una incidencia de 23,4, finalmente en el 2005 fueron notificados 10.360 casos los cuales registran una incidencia de 22,5 por 100.000 habitantes, según las proyecciones del Departamento Administrativo Nacional de Estadística –DANE- de 1993. Sin embargo, de acuerdo a los resultados del censo realizado en el 2005 la tasa de incidencia se calculó en 25,11 casos por 100.000 habitantes.¹



Comunidad indígena Ticuna de recorrido por el río Amazonas (2004)

Teniendo en cuenta la incidencia en los últimos años, se estratificaron las entidades territoriales y se encontró que el 53% están clasificadas como de riesgo muy alto (incidencias por encima del tercer cuartil) o alto riesgo (incidencia superior a la mediana nacional) y las regiones más afectadas son Orinoquia y la Amazonia (ver Mapa No. 2).

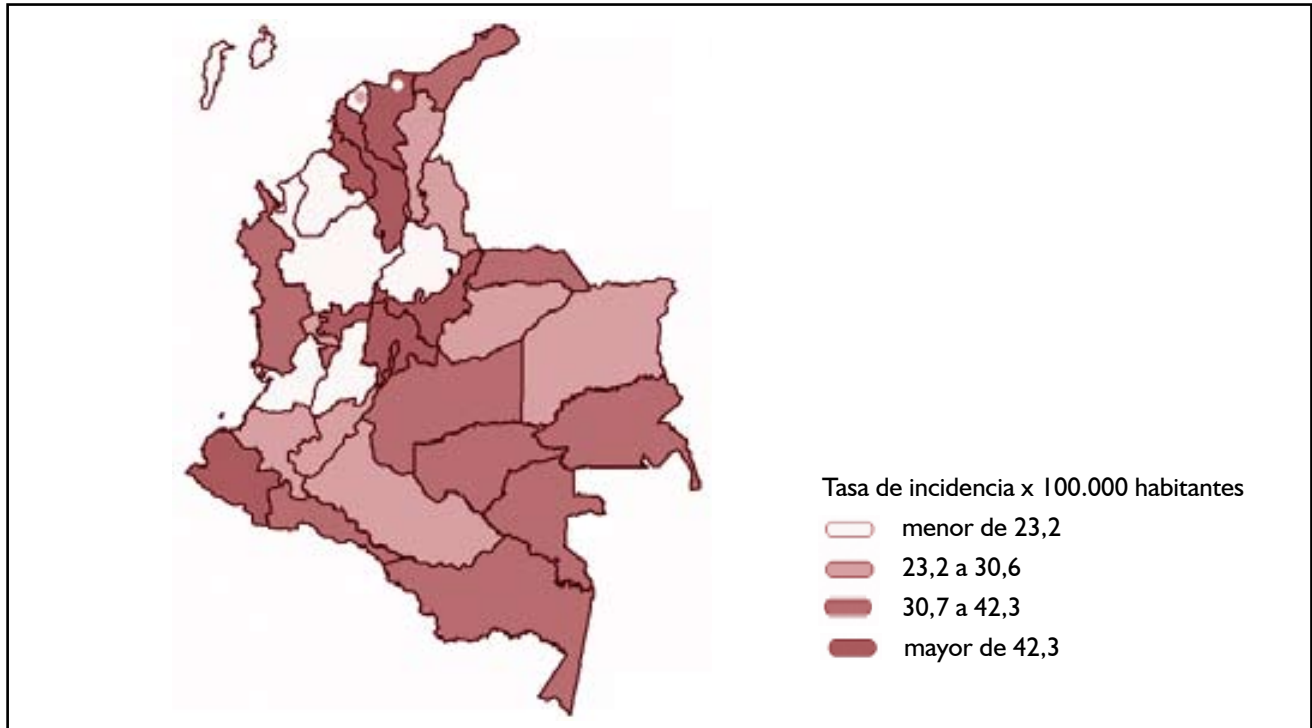
La información sobre mortalidad fue suministrada por el Grupo de Estadísticas Vitales del DANE, que incluye defunciones por causa de la enfermedad, las cuales están disponibles sólo hasta el 2002. El

porcentaje de muertes durante el período comprendido entre 1990 y 2002 por esta causa fue en promedio de 0,7% del total de las defunciones. El comportamiento de la tasa de mortalidad por grupos de edad entre 1997 y 2000 muestra que los más afectados son los mayores de 35 años, al igual que los mayores de 50 años.

En lo referente a la mortalidad por coinfección tuberculosis-VIH, el número de muertes entre los enfermos de VIH/Sida desde 1997 hasta 2001 fue en promedio de 10,8%. Es de anotar que desde 1998, a medida que han aumentando las muertes por VIH/Sida, también se ha incrementando el porcentaje de muertes por tuberculosis entre estas personas.¹

¹ Ministerio de la Protección Social. Plan estratégico para la expansión y/o fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS 2006-2015. “Colombia libre de tuberculosis”. Bogotá Ministerio de la Protección Social 2005.

Mapa 2. Clasificación de los departamentos según riesgo para tuberculosis incidencias por 100.000 habitantes. Colombia 1993-2005



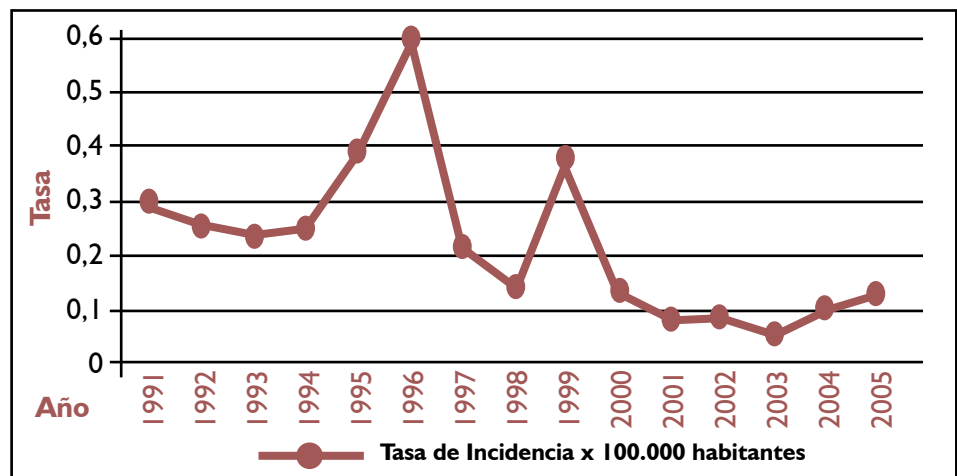
Fuente: Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis

Las coberturas de vacunación con BCG en niños y niñas menores de un año fueron; para el 2004: 93,07%² y durante el año 2005 se aplicaron 802.213 dosis de BCG para una cobertura de 87,4%.

La información con respecto a tuberculosis meníngea, muestra un comportamiento irregular dado que no estaba establecido como norma la notificación de este evento, lo que puede suponer que existe un sub registro en el reporte de estos casos (Gráfica 1).

16

Gráfica 1. Tasa de Incidencia TB meníngea. Colombia 1991 – 2005



Fuente: A 2000 MPS. Dirección general de promoción y prevención. Subdirección de prevención. Programa de Patologías Infecciosas, SIS 12. Años 2001 a 2005: SIVIGILA

2 Informe mensual de vacunación de las Secretarías de Salud Departamentales y Municipales, 2004.

Para el año 2004 los sintomáticos respiratorios (SR) examinados con baciloscopia de esputo fueron 309.630 con un porcentaje de captación de 29,8%; de los cuales 8.077 resultaron positivos para una positividad de 2,6% y una concentración de la baciloscopia de 1,7. En el mismo año se examinaron por cultivo a 16.321 personas, de las cuales 516 resultaron positivos, para un porcentaje de positividad del cultivo de 3,2%.

Dicha información de tipo epidemiológico con respecto a la situación de la tuberculosis en Colombia, generó el interés de las autoridades nacionales e internacionales quienes se dieron a la tarea de adelantar acciones de abogacía ante las autoridades sanitarias departamentales en aras de poner en marcha la estrategia DOTS/TAS en sus comunidades.

b. DESARROLLO METODOLÓGICO DEL PRESENTE DOCUMENTO

En la elaboración de este documento, sobre la experiencia en Colombia de la implementación de la estrategia DOTS/TAS para el manejo de la tuberculosis en pueblos indígenas ubicados en los departamentos del Amazonas, Cesar, Nariño, Guainía, Guaviare, la Guajira y Vichada, se tuvieron en cuenta varios aspectos: el primero de ellos consistió en elaborar un proceso de recolección de la información de tipo epidemiológico entregada por las secretarías o institutos departamentales de salud, desde el inicio de la Estrategia DOTS/TAS en cada departamento hasta noviembre de 2006.

En segunda instancia y para el caso de los tres primeros departamentos mencionados, se procedió a seleccionar informantes clave del sector salud (autoridades sanitarias, coordinadores del Programa de Tuberculosis, médicos, enfermeras, bacteriólogos, auxiliares de enfermería, promotores) gerentes de las

Administradoras del Régimen Subsidiado –ARS–, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud –IPS–, Empresas Sociales del Estado –ESE–; además pacientes curados, pacientes en tratamiento, familiares, autoridades indígenas, gobernadores indígenas, médicos tradicionales y algunos líderes de la comunidad.

Todos ellos, participantes de la estrategia con quienes se hizo un acercamiento mediante la técnica de entrevistas semi estructuradas que permitió establecer un diálogo de saberes y percepciones sobre la viabilidad o posibles barreras frente al tratamiento DOTS/TAS.

La unión de la información epidemiológica (predominio cuantitativo) y las técnicas utilizadas como entrevista semi estructurada y la observación (predominio cualitativo) fueron los soportes que permitieron hacer interpretación de la información para llegar a la construcción colectiva de las percepciones y conceptos que tienen los pueblos indígenas, desde su saber tradicional, y el sector salud desde su conocimiento occidental para asumir e implementar de manera conjunta la estrategia DOTS/TAS.





Comunidad indígena Ticuna de Tarapacá, Amazonas (2006)

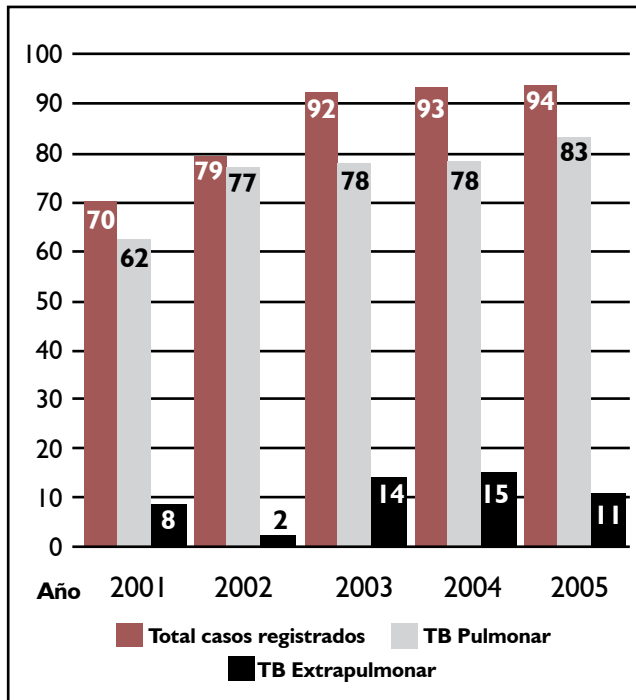
Capítulo I

Tuberculosis en pueblos indígenas del departamento del Amazonas

a. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

La tuberculosis en el departamento del Amazonas ha mostrado una tendencia de aumento según el número de casos registrados desde el año 2001. (Gráfica 2).

Gráfica 2. Casos TB todas las formas vs. TB pulmonar y extrapulmonar. Amazonas 2001-2005



Fuente: Registro Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas

La incidencia de TB en el año 2005 fue de 114 x 100.000 habitantes, observándose un ligero aumento con respecto al año 2004 (112 x 100.000 habitantes). La tasa de incidencia para tuberculosis en pacientes pulmonares con baciloscopia positiva fue de 88 x 100.000 habitantes, lo que indica también, un aumento progresivo a partir del año 2003 (Gráfica 3).

El análisis de las tasas de incidencia por corregimientos y municipios para el año 2005, mostró que La Chorrera, Puerto Nariño y Leticia registraron las mayores tasas en el departamento con 168, 167 y 142 x 100.000 habitantes, respectivamente. Seguidos, en orden descendente, por los corregimientos de Pedrera, Tarapacá, San Rafael y Puerto Santander (Tabla 1).

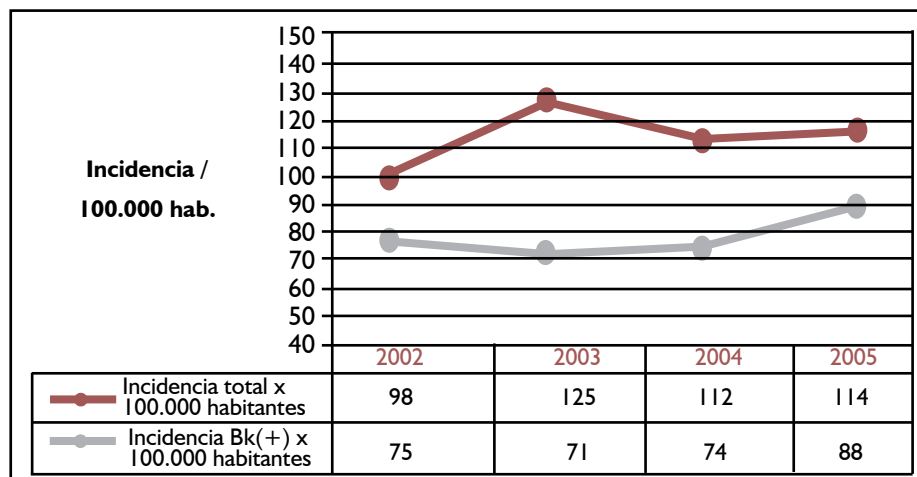
Tabla 1. Tasa de incidencia de tuberculosis en todas las formas según municipios y corregimientos. Amazonas 2005

Localidad	Tasa de incidencia total X 100.000 Habitantes
Chorrera	168
Puerto Nariño	167
Leticia	142
Pedrera	92
Tarapacá	72
San Rafael	55
Puerto Santander	32

Fuente: Registro Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas.

De acuerdo a la forma de presentación de la TB, se observó que para el año 2005, del total de casos presentados, el 88.3% (82 casos), fueron por TB pulmonar, mientras que el 11.7% (12 casos) se presentaron por TB extrapulmonar.

Gráfica 3. Tasa de incidencia de TB total vs. TB Bk (+) Amazonas 2002 - 2005

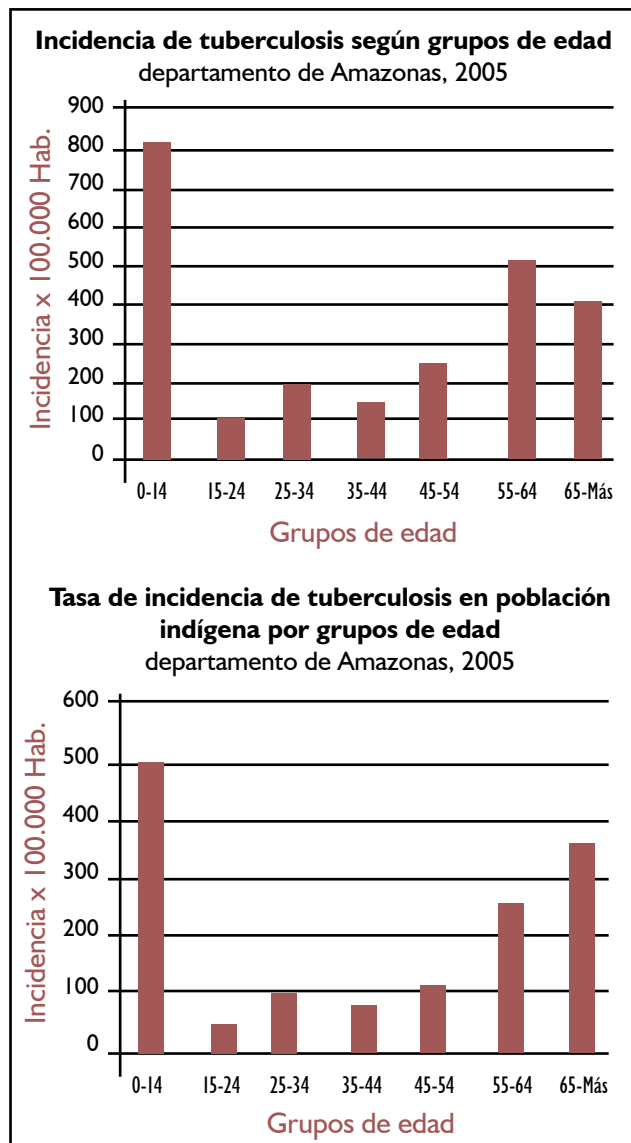


Fuente: Registro Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas



En cuanto a la distribución por grupos de edad en el mismo año, se observó que la tuberculosis tanto en población general como indígena del departamento, sigue la tendencia universal de afectar a las edades límites y más vulnerables, pues los más afectados fueron los menores de 15 años y el grupo de edad comprendido entre los 55 a 64 años y mayores de 65 años. Esto se puede explicar, probablemente, por el discreto grado de inmunodeficiencia que se puede tener en estas edades, factor que los hace más vulnerables a padecer la TB (Gráfica 4).

Gráfica 4. Comparación de la incidencia de TB en población general vs. población indígena, según grupos de edad Amazonas, 2005



Fuente: Registro Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas

Del total de los 94 casos de tuberculosis, del año 2005, el 61.7% (58 casos) se presentaron en población indígena y un 38.3% (36 casos) se presentó en el resto de razas de la región.

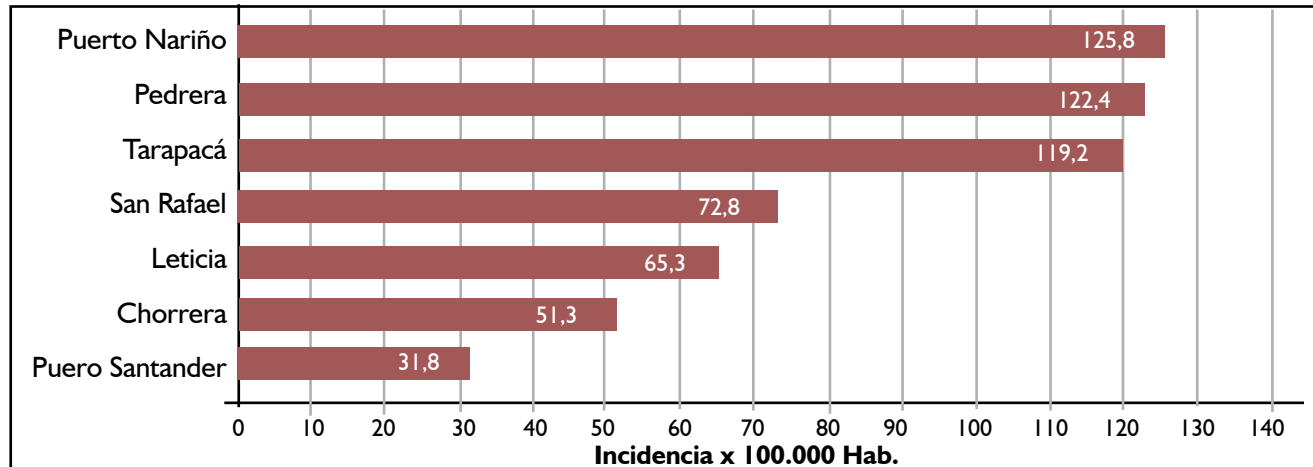
Es importante mencionar que el departamento no tiene un censo de población indígena desagregado por etnias, por lo tanto no se cuenta con tasas de incidencia por grupos étnicos, solamente se tienen tasas de incidencia de población indígena en general por municipios y corregimientos con datos obtenidos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas - DANE.

Durante el año 2005 la población indígena del municipio de Puerto Nariño fue quien tuvo la tasa de incidencia más alta de TB en todas las formas con 125.2 x 100.000 Hab, seguidas de los corregimientos de Pedrera (122.4 x 100.000 Hab.), Tarapacá (119.2 x 100.000 Hab.), San Rafael (72.8 x 100.000 Hab.) y el municipio de Leticia con 65.3 por cada 100.000 habitantes (Gráfico 5).



Promotor indígena Ticuna durante la consulta de TB en la comunidad de San Rafael, Amazonas (2006)

Gráfica 5. Incidencia de tuberculosis todas las formas en población indígena, por municipios y corregimientos. Amazonas 2005



Fuente: Registro Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas

Los grupos étnicos más afectados en el departamento son los Ticuna con el 74.1% del total de casos, seguidos por los Huitoto (12.1%), Filillay (5.2%), Macuna (3.4%); siendo los menos vulnerados por la enfermedad los Yucuna, Yaci y los Tanimuca.

Para el año 2005 la tasa de mortalidad por TB en sus diferentes formas fue de 6.2 x 100.000 Hab., cifra inferior a la registrada en el año 2004 (7.6 muertes x 100.000 Hab.).

En el 2003 se confirmó un caso de asociación TB-VIH/Sida, 4 casos en el 2004, 5 casos en 2005 y 3 casos en 2006.

Con relación a la tasa de letalidad (número de personas que estando en tratamiento fallecieron por tuberculosis), se registró disminución entre 2003 y 2005 al pasar de 9.1 muertes x 100 pacientes a 4.9 x 100 respectivamente.

En el departamento no se han realizado estudios para investigar porcentajes de coinfección TB-VIH/Sida, pero en el 2005 del total de pacientes registrados por tuberculosis en todas las formas (94 casos), el 2.1% (2 casos) tuvieron diagnóstico de VIH.

Con respecto a la cobertura de vacunación de BCG en menores de un año, desde el año 1998 no se logran coberturas útiles en el

departamento, donde se evidencian porcentajes por debajo de la meta nacional establecida en 95%. En el 2004 el departamento registró el 79.6% de coberturas de BCG y en el 2005 el 74.5%, según registros del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) Ministerio de la Protección Social. No existe información sobre notificación de casos de meningitis tuberculosa en menores de cinco años en el departamento del Amazonas, presentándose el último caso en un niño de un año de edad durante 2004 (Programa de Tuberculosis. Amazonas).

b. INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN

Indicadores de captación

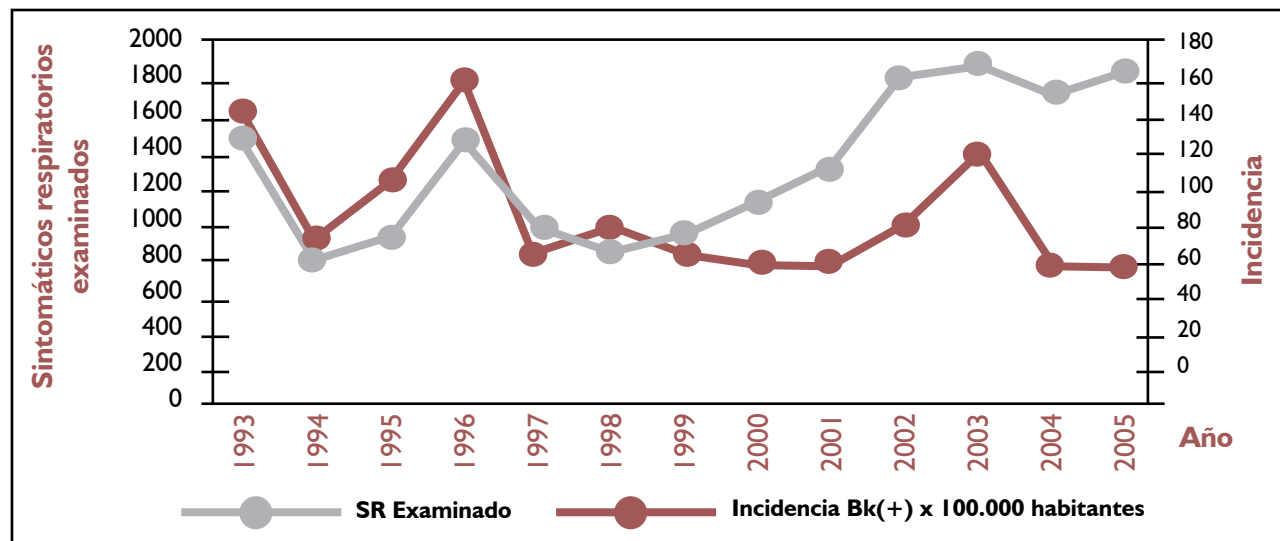
Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios

En el Amazonas entre 1993 y 1998 se observó un comportamiento similar entre el número de sintomáticos respiratorios y la incidencia de TB pulmonar, lo que indica que la búsqueda adecuada de SR afecta la incidencia haciendo que aumente; lo mismo sucedió entre el año 2001 y 2003 aunque en este último período se observó que a pesar del marcado aumento en la búsqueda de SR no hubo incremento

significativo de la incidencia. Pese a ello, entre 2004 y 2005 se reflejó lo contrario, aunque se disminuyó la búsqueda de sintomáticos respiratorios, aumentó la incidencia (Gráfico 6).

Entre los factores que podrían estar ocasionando ésta variación es posible mencionar las dificultades en la búsqueda como inadecuada clasificación, lo que significa captar a personas que no cumplen con el criterio de presentar tos y expectoración por más de quince días o en el caso contrario, captar al paciente en una fase avanzada de la enfermedad.

Gráfica 6. Incidencia de tuberculosis Bk (+) vs sintomáticos respiratorios examinados (S.R.E.) Amazonas, 1993-2005



Fuente: Registros Programa de Tuberculosis Secretaria de Salud del Amazonas

Hasta el año 2003, el departamento del Amazonas presentó porcentajes de captación inferiores al cumplimiento de las metas propuestas por el Ministerio de la Protección Social de captar el 80% de los SR. Situación que cambió a partir del año 2004 con el fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS, lo que contribuyó al mejoramiento de este porcentaje logrando obtener resultados aceptables (Tabla 2).

Positividad de la baciloscopia

El valor establecido para el país del 4% al 5% de positividad de la baciloscopia, indica que por cada 100 SR examinados es probable que 4 o 5 sean enfermos (Bk+). Se puede decir que el departamento del Amazonas en los últimos tres años ha mantenido una positividad buena con rangos entre 3% y 4%. (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de captación Programa de Tuberculosis. Amazonas 2001 – 2005

Indicadores de captación	Año				
	2001	2002	2003	2004	2005
Positividad de la baciloscopia	3,6%	3,0%	4,0%	4,0%	3,8%
Concentración de Bk por paciente	2,3	2,2	2,3	2,4	2,5
Sintomáticos respiratorios programados	2460	2427	2913	2148	2340
Sintomáticos respiratorios examinados	1304	1779	1451	1719	1843
Porcentaje de cumplimiento de captación	53%	73%	50%	80%	79%

Fuente: Registros Programa de Tuberculosis Secretaria de Salud del Amazonas

Debe aclararse que su valor está determinado por la prevalencia de la enfermedad y que se encuentra artificialmente elevado cuando hay una baja captación de sintomáticos y se ordena el examen únicamente a quien tiene un cuadro florido de la enfermedad. Cuando hay un incremento sostenido en la captación y examen de sintomáticos, el indicador se hace progresivamente menor; y su valor es menor del 4%, entonces se recomienda implementar el cultivo para mejorar el rendimiento.

Concentración de baciloscopias

La concentración de baciloscopias en general ha estado por debajo del promedio establecido de 2.5. Sin embargo, para el 2005 se observó un mejoramiento al alcanzar éste límite inferior aceptable.

Cuando el indicador de concentración de baciloscopias es menor de dos (2), señala que a pesar de estar realizando una buena actividad de captación del sintomático respiratorio, se puede perder en el examen hasta un 10% de enfermos a pesar de haber sido captados. Sólo una concentración de tres baciloscopias con técnicas de laboratorio óptimas, garantiza el diagnóstico adecuado.

c. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Análisis de Cohortes

Es importante resaltar que las IPS, municipios y corregimientos del Amazonas no realizan análisis de cohortes, actividad que es asumida en su totalidad por el Programa en la Secretaría de Salud Departamental.

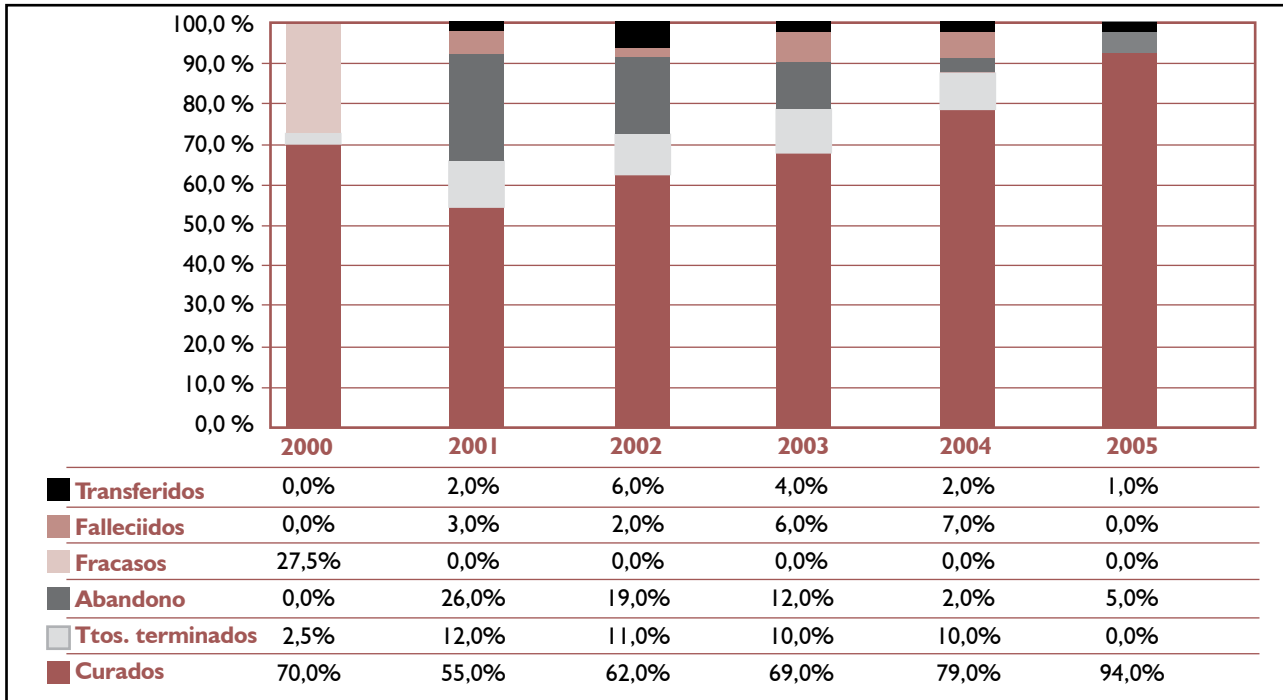


Con la información presentada en las cohortes correspondientes al período 2000-2005 se demostró el impacto que ha tenido la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en el departamento del Amazonas (Gráfica 7).

Se observó una mejoría notable en el porcentaje de curación al pasar de 70% en el 2000 al 94% en el 2005. En 2001 se obtuvo el menor porcentaje de curación (55%) a expensas de un alto porcentaje de abandonos (26%).

En cuanto al porcentaje de tratamientos terminados aunque se mantuvo alto desde el 2001, la cohorte del 2005 se destacó por no tener ningún paciente clasificado dentro de este indicador, resultando en un alto porcentaje de curación (94%), superando la meta de curar al menos el 85% de los casos nuevos de TB baciloscopia positiva.

Gráfica 7. Análisis de las Cohortes. Amazonas 2000 – 2005



Fuente: Registros Programa de Tuberculosis Secretaría de Salud del Amazonas

La disminución de fracasos, abandonos y fallecimientos da cuenta de que una vez que es captado un paciente con TB, éste logra ser tratado y curado adecuadamente, alcances para resaltar en un departamento que tiene características demográficas, sociales, culturales y económicas que le generan un esfuerzo mayor para la implementación de acciones de prevención, vigilancia y control de TB.



Comunidad indígena Ticuna de travesía por el río Cothue, Amazonas (2006)

(...) con la medicina tradicional podemos curar por decir una diarrea, una fiebre, una gripa; pero no podemos curar una tuberculosis, un cáncer, el Sida... no podemos desenvolvernos con el pensamiento de curar eso.

(Testimonio curaca de la comunidad de Macedonia-Amazonas. 2005)

A mí me dio porque mi hermano que vive aquí cerca tenía esa enfermedad y pues él no terminó casi muy bien el tratamiento y entonces yo creo que como me iba a la casa de él, allá me iba a tomar o comer algoito y entonces yo creo que ahí fue que me la pegó.

(Testimonio de paciente de 26 años. Terminó con éxito el tratamiento. 2005)



26

Promotor indígena Ticuna durante la visita domiciliar para el suministro y control de la toma de medicamento, a una paciente de TB en la comunidad de Macedonia, Amazonas (2004)

(...) ella abandonó el tratamiento porque decía que era un daño que dizque le habían hecho a ella. Era Brujería me decía ella y que no necesitaba de médico. Pues yo en mi conocimiento de eso yo sabía que la señora estaba enferma de tuberculosis.

(Testimonio promotor Ticuna de Puerto Esperanza. 2005)

“Yo sí pensé que tenía eso porque había oído que a los 15 días que no paraba una tos, es porque era algo de TB”

(Testimonio paciente de 39 años. Terminó tratamiento con éxito. 2005)

Acá he visto muchas personas que se van con el chaman y el chaman no los cura, les comienza la expectoración o el vomito y la sangre, entonces es cuando vienen donde el médico.

(Testimonio médico Director del Hospital de Puerto Nariño. 2005)

d. Implementación de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas del departamento del Amazonas

El control de la tuberculosis en el departamento del Amazonas se basa en la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS y el tratamiento ha sido directamente supervisado durante los últimos cinco años (2002-2006). Las actividades de TB estaban centralizadas en el Hospital San Rafael de Leticia, entidad encargada de atender a la mayoría de los pacientes, lo cual dificultó en un comienzo descentralizar la atención al área rural, específicamente del Programa de Tuberculosis y, más aún plantear la posibilidad de involucrar a la red de promotores indígenas que ya funcionaba en las comunidades, quienes desarrollaban acciones de promoción y prevención encaminadas a fortalecer la salud pública de los pobladores del Amazonas (Luz Mila Murcia. Coordinadora de TB en el departamento del Amazonas).

En un comienzo la tarea no fue fácil hubo quejas y problemas para desarrollar esta labor, se evidenciaron fallas en su implementación, sin embargo con el paso del tiempo estas debilidades se fueron corrigiendo a través de capacitaciones, actualizaciones y acompañamiento a la labor realizada por los promotores, para lo cual se contó desde el comienzo con el apoyo técnico y financiero de instituciones sanitarias del nivel nacional e internacional. De igual manera con la voluntad política del gobierno departamental, cumpliendo así con el primer requisito para la implementación de la Estrategia DOTS/TAS, representada específicamente en la asignación de recursos provenientes del Sistema General de Participaciones (SGP) y del Plan de Atención Básica Departamental (PAB). (Luz Mila Murcia. Coordinadora de Programa de Tuberculosis en el departamento del Amazonas)

También se aprovechó para dar origen al proyecto de la Red de Vigilancia en Salud Pública Comunitaria, donde uno de los componentes fuertes es la tuberculosis. Como antecedente se tiene el trabajo que se realizaba con la población en general, principalmente con la etnia Ticuna asentados en 44 aldeas distribuidas en 12 resguardos indígenas (M. Mosquera 2005) que cubre el trapecio Amazónico, uno de los más afectados por esta patología. Además del trabajo con la etnia de los Huitotos, de la Chorrera, que cubre parte del Putumayo.



Entonces se desarrollaron una serie de capacitaciones en los años 2002 y 2003 dirigidos a los promotores indígenas ubicados en diferentes zonas del departamento. Los primeros se realizaron en el corregimiento de San Rafael donde se organizó el primer grupo de promotores, una zona distante, entre la frontera del Perú y el departamento de Putumayo. El contenido era sencillo, pues el interés siempre ha sido dejar conceptos claros y un componente práctico. Los temas que se tratan tienen que ver con, una explicación sobre la parte clínica de la tuberculosis y se

responden preguntas como: ¿en qué consiste el diagnóstico?, ¿cómo se toman las muestras?, ¿cómo se recolectan?, ¿qué es el tratamiento estrictamente supervisado?, ¿cómo se manejan las tarjetas en las cuales se registra la información relacionada con los síntomas de los pacientes, el número de dosis suministradas y en general la evolución que se tiene durante el tiempo que dura el tratamiento. Además de algunas indicaciones sobre ¿cómo establecer comunicación con el paciente? (Auxiliar de enfermería. Programa de Tuberculosis en el departamento del Amazonas)

(...) se hacía una parte práctica del trabajo, se visitaban las casas de algunas personas y con ellos mismos se hacía el ejercicio de cómo llegar a la casa, saludar y claro, ellos tienen una gran ventaja son también indígenas y cuando llegan a una comunidad fluye la comunicación. Uno les enseña las bases pero el conocimiento lo tienen ellos y van mucho más allá de cuando uno se sienta a hablar con la mamá en la casa. En los indígenas la comunicación es muy sencilla, no se atropella con la palabra, es respetable y lo que nos interesaba era ver eso, pues de todas maneras el objetivo que era preguntar por sintomáticos respiratorios se cumplía.

(Testimonio funcionaria Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

(...) Pues la capacitación a mí me interesó mucho porque lo que uno aprende se lo lleva a la comunidad, para el bien de la comunidad. A mí me dieron la capacitación fue en el hospital y practiqué en el laboratorio. Desde la afiliación, recoger las muestras que son tres muestras y esos mecanismos. A mí eso sí me interesa mucho porque lo que uno aprende, es para el bien de la comunidad, para la búsqueda de las personas.

(Testimonio promotor de salud indígena Ticuna. Corregimiento de Nazareth. 2006)



Indígena Ticuna de la comunidad de Macedonia, Amazonas (2004)

Una vez las comunidades ingresaban al tratamiento tenían que enfrentar varias condiciones adversas como las distancias entre su asentamiento y la cabecera del corregimiento donde se ubica el grupo de salud hasta donde tenían que trasladarse para recibir el tratamiento. Factor que económicamente les resultaba adverso por el desplazamiento que implicaba todos los días para recibir el tratamiento, pues el costo de transporte es relativamente elevado y los indígenas no manejan dinero, aspectos que los llevaba al abandono en un porcentaje aproximado del 30% como lo afirma Luz Mila Murcia,

Coordinadora del Programa de Tuberculosis del Amazonas. Circunstancia que originó la necesidad de plantear una solución a la problemática para captar y mantener a los pacientes. Es entonces cuando los promotores indígenas en salud asumen la responsabilidad de buscar al sintomático en sus zonas y suministrar el tratamiento bajo la estrategia de acortado supervisado (TAS), directamente en el lugar donde habita el paciente, labor que desde la Secretaría de Salud del Amazonas y de Puerto Nariño se apoya con la contratación de los promotores indígenas. (Luz Mila Murcia, Coordinadora del Programa de Tuberculosis)

(...) Son muchos los resultados que hemos tenido con la estrategia, un paciente ya sabe que en su comunidad el promotor está capacitado, que es una persona referente para él y va a poder tomarse el tratamiento en su misma casa. Las comunidades del Amazonas viven de la chagra, de la pesca, de internarse en el monte para sacar la hoja de Carana para colocarle a la casa, hay desplazamiento de una comunidad y otra, pero llegar a una cabecera de corregimiento o hasta Leticia es muy difícil, entonces antes un paciente con tuberculosis creaba desequilibrio dentro de la familia porque la persona tenía que desplazarse y hacer grandes recorridos para tomar el tratamiento, eso significaba dejar el trabajo en la chagra y dificultades en sus actividades diarias. Situación que ya no se da porque ahora el promotor de salud va hasta la casa de ellos, les da el tratamiento a cualquier hora y ellos pueden seguir con sus actividades normales.

(Testimonio funcionaria Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

(...) Antes de la estrategia el paciente que ingresaba al tratamiento, si vivía acá en Leticia iba cada ocho días a la institución de salud. En el caso de pacientes del río o de kilómetros distantes se les daba el tratamiento en grueso y él lo tomaba en la casa, en ese momento no era supervisado se le daba el paquetico con las pastillas y volvía al mes por la otra porción del tratamiento y así sucesivamente durante los seis meses que duraba.

(Testimonio funcionaria Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

El trabajo que desarrollan los promotores en sus zonas es apoyado por auxiliares de enfermería en su mayoría provenientes también de los grupos étnicos del Amazonas quienes por lo menos, dos veces al semestre organizan brigadas de salud a los diferentes corregimientos del departamento, teniendo en cuenta que las condiciones geográficas y de distancia entre uno y otro no son las mejores. A esto se suma el difícil acceso a esta región del país por las dificultades propias del terreno, la mayoría de los traslados se hace vía fluvial, a pío o en mula según el caso.



Miembros de la comunidad Ticuna de San Martín de Amacayacu, Amazonas (2004)

Durante el tiempo que duran las correrías se realizan actividades relacionadas con la búsqueda activa de pacientes sintomáticos respiratorios y estudios de contactos para controlar el contagio. Además de las acciones de seguimiento y acompañamiento a los pacientes durante el tratamiento.

(...) La fortaleza es que somos las mismas personas las que siempre estamos llegando a las comunidades, entonces a uno lo reconocen y llegamos de manera diferente a los profesionales, nosotros nos sentamos con ellos a conversar, les recibimos lo que nos ofrecen, les contamos la manera como hacemos el trabajo, les explicamos la forma de trabajar y lo primero que hacemos al llegar es reunirnos con el curaca de la zona o el gobernador indígena, él reúne a la comunidad y le cuenta la finalidad de la visita, nosotros vamos una vez al año a muchas comunidades y es difícil llegar hasta donde viven. Paso seguido los invitamos a que aprovechen durante el tiempo que vamos a estar, la idea es que todos expectoren en medio de la consulta general que se hace y se toman las muestras que necesitamos, mientras les vamos explicando cómo se recoge.

(Testimonio auxiliar de enfermería encargada de hacer búsqueda del sintomático respiratorio. Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)



Comunidad Ticuna por el río Cothue, Amazonas (2006)

En relación con las distancias entre uno y otro corregimiento, al igual que la dificultad de acceso la misma auxiliar de enfermería anotó:

(...) Para ir a Puerto Nariño es todo un problema, hay que tomar un bote con un buen motor para poder llegar hasta allá y de ahí para llegar a otras comunidades también se complica, pues los ríos son grandes, así que para transportarse por esas comunidades hay que tener un bote, motorista y combustible. En la época del año que está seco no se puede llegar, y sólo se llega caminando, aunque la distancia sea de horas o hasta días. . .

(Testimonio auxiliar de enfermería encargada de hacer búsqueda del sintomático respiratorio. Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

La distancia ha sido uno de los factores señalados como posible riesgo para la no-adherencia del tratamiento, así lo señaló un estudio realizado en el pueblo indígena Ticuna, por investigadores de la Universidad del Norte de Barranquilla (2005). En este estudio se planteó que las distancias fluviales implican para los pacientes realizar grandes travesías diarias en canoa para poder acceder a los medicamentos. El desgaste físico que implica para ellos el traslado a remo –que puede durar entre cinco y seis horas, hace imposible para algunos movilizarse para la toma o aplicación diaria del tratamiento, dadas las condiciones de debilidad física que son características del padecimiento de la tuberculosis.

(...) Empezando que el tratamiento de tuberculosis es bastante dispendioso, no es fácil, sobre todo una persona que vive en una comunidad, es largo, hasta seis meses, entonces es difícil. Por ejemplo, una persona que vive en San Martín que normalmente en canoa demora seis horas subiendo y seis horas bajando, es muy complicado que tenga un tratamiento durante todo ese tiempo que lo requiere. Ahí está una de las dificultades, el paciente termina por abandonar el tratamiento.

(Testimonio Gerente ARS Mallamas. Estudio sobre la no adherencia el tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna.2005)

El estudio también registró como esas mismas condiciones de transporte expresadas por el gerente de la Administradora del Régimen Subsidiado –ARS– no siempre son un factor de riesgo para la no-adherencia al tratamiento. La información mostró que la mayor cantidad de pacientes que presentaron riesgo de abandono o abandonaron el tratamiento son quienes habitan en el casco urbano o están a distancias cortas de los centros de salud.

Una paciente ubicada en el corregimiento de Boyawazú (cuatro ó cinco horas por cada trayecto) de Puerto Nariño, en riesgo de abandono, manifestó que el factor era el costo-beneficio.

Costo en el sentido del esfuerzo y tiempo del paciente para llegar al puesto de salud donde le practican el control médico (cada mes). Y la relación con el hecho de que el paciente se siente sano y no ve la necesidad de ir al hospital. Factor que se puede deducir tiene más peso para el paciente que el de la distancia y el tiempo.

“Por una de las cosas que me contrataron acá, fue precisamente por esa, porque no había una persona que de pronto le siguiera esa continuidad al paciente, que de pronto el paciente estaba en el hospital pero dejaba un mes de ir, entonces no le daban importancia, no iban donde el paciente, no lo buscaban, porque no había ido por el medicamento, o sea, todas esas cosas existían, pero ya hace años vengo con la Secretaria de Salud y el año pasado tuvimos un 85% que los pacientes salieran curados”.

(Entrevista funcionaria Programa de Tuberculosis, Secretaria de Salud Departamental, Leticia, 2005. Tomado estudio sobre la no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna. 2005)

El trabajo que realizan los promotores en sus corregimientos, se puede considerar un ejemplo de movilización en busca del cambio social. Quizás por eso, para ellos la tuberculosis como enfermedad adquiere valor real, en el momento que logran ver el bacilo a través de un microscopio. Entonces, así corroboran el diagnóstico de una enfermedad que tiene tratamiento en la medicina occidental. Situación ante la cual se evidenciaron varios comportamientos que dejan preguntas pendientes por resolver. Los indígenas consideran que los síntomas de pérdida de peso, fiebre, vómito y desgano corresponden a un maleficio o a una brujería.

(...) Entonces tenemos tres puntos importantes. Uno el que sabe que le han hecho un examen para detectar la tuberculosis pero asume que es un maleficio o una brujería y definitivamente elige el tratamiento de la medicina tradicional; el segundo asume que toma medicina tradicional y el tratamiento de la occidental y el último, el que definitivamente asume estar conciente de tener tuberculosis, una enfermedad en los pulmones para lo cual toma pastillas y nota que está mejorando por lo tanto sigue el tratamiento occidental.

(Testimonio funcionaria Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

Con respecto a esta concepción de la enfermedad son varias las percepciones que tienen los Ticuna y en general los diferentes grupos étnicos del país. Algunos afirman que para ellos la enfermedad es de origen natural (enfermedad de Dios), de causas sobrenaturales (enfermedad de los espíritus) y otras, las debidas a la hechicería o brujería. Causas por las que los Ticunas buscan ayuda en el curaca considerado como la máxima autoridad de su comunidad.

Las enfermedades de Dios o llamadas también enfermedades del cuerpo no tienen ninguna explicación dentro de sus creencias sobrenaturales, son consideradas enfermedades del mundo físico, por lo tanto se pueden curar con hierbas o con medicinas del hospital.

(...) Con la medicina tradicional podemos curar una diarrea, una fiebre, una gripa pero no podemos curar una tuberculosis, un cáncer, el Sida, no podemos desenvolvemos con el pensamiento de curar eso.

(Testimonio curaca de la comunidad de Macedonia. Tomado estudio sobre la no adherencia el tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna. 2005)

Debido a la influencia de los factores culturales, los indígenas buscan principalmente ayuda en la medicina tradicional (*curaca*): se suman los factores externos relacionados con la calidad de los servicios de salud, la oportunidad para la realización del diagnóstico y entrega de resultados, las condiciones nutricionales, de vivienda y las socio-económicas de las etnias; estas son las de mayor relevancia en los pacientes que por su condición de vulnerabilidad padecen la enfermedad.

(...) Hay que tener en cuenta siempre a los curacas, hay que avisarles, tanto la Secretaría como las ARS y las IPS hemos aprendido eso. Los curacas creen en su comunidad, inclusive, si él no quiere dejarlo entrar a uno, no lo deja entrar, así de sencillo. Pero aquí son asequibles eso depende de cómo uno les cuente, en muy poquitos casos hemos visto que haya problema con la Secretaría o con las IPS. Lo cierto es que hay que pedirle permiso al curaca, avisarle, mandar oficio de que uno va a ir para que la gente esté lista, de lo contrario no los encontramos pues los niños están en el colegio y los adultos pescando.

(...) En algunas comunidades el curaca es un aliado tan fuerte que remite al centro de salud al enfermo, pues ya tiene la claridad de que su medicina y sus rezos no pueden curar esa enfermedad que les trajo el hombre, dicen algunos. Ellos han entendido que hay medicinas naturales que alivian muchas cosas, pero hay otras que no.

(Testimonios Gerente Caprecom ARS. 2006)



Niños Ticuna habitantes de la comunidad de Macedonia, Amazonas (2004)



Indígena Ticuna de la comunidad de Macedonia, Amazonas (2004)

Entre los factores externos para la no adherencia al tratamiento se contempla la mala alimentación. Uno de los estudios realizados (M. Mosquera. 2005) plantea esta razón como la segunda causa mencionada con mayor frecuencia por las personas sujeto de la investigación. La carencia o deficiente alimentación, representan una condición favorable para contraer la enfermedad, ya que ocasiona que las defensas del organismo estén bajas y que las personas puedan enfermar con mayor facilidad. Postulado que se corroboró durante el trabajo de campo realizado en la comunidad indígena que habita en el área rural y el casco urbano del municipio de Leticia.

(...) Cuando yo trabajaba me iba sin desayuno, aguantaba mucha hambre por ahí de pronto fue que me dio eso.

(Testimonio estudio sobre la no adherencia el tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna.2005)

Relación sector salud y paciente

Son muchos los factores que juegan un papel importante para la puesta en marcha y la sostenibilidad de la Estrategia DOTS/TAS en la comunidad, principalmente en las indígenas, teniendo en cuenta la experiencia a la que se hace referencia en este documento.

Quizás así como los promotores logran tener la autorización y en algunas oportunidades el apoyo de los curacas para iniciar o seguir el tratamiento de los pacientes, también se hace necesario que el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, bacteriólogos, personal administrativo, entre otros) se involucren para lograr prestar una atención en salud culturalmente competente entre la cultura mayoritaria y cultura minoritaria, teniendo en cuenta las ya enunciadas creencias que tienen los pacientes sobre la relación enfermedad-tuberculosis.

(...) A veces se excusan (ARS-IPS) o escudan más bien en que ellos no escuchan o que tienen cuestiones socio culturales diferentes y arraigadas para asumir el cambio o el tratamiento, pero lo cierto es que el prestador debe estar inmerso en la comunidad, conocer al cliente más aún si tiene una cultura diferente.

(Testimonio funcionaria Secretaría de Salud del Amazonas. 2006)

Por otra parte, los profesionales que llegan a la zona en período de servicio rural obligatorio, son capacitados en el área técnica sobre el manejo de enfermedades y los protocolos médico-clínicos a seguir; pero, por lo general no reciben entrenamiento en cuanto al enfoque intercultural que facilite la comprensión de lo que implica la interacción con grupos indígenas culturalmente distintos y con una percepción particular sobre los procesos.



Visita de Comisión Médica al puesto de salud ubicado en la comunidad de Macedonia, Amazonas (2004)

Algunos actores del sistema identifican como debilidad la falta de continuidad de los profesionales debido a que su permanencia en la zona se extiende únicamente por un período de tiempo promedio de ocho meses, lo que contribuye también a generar rupturas en los acuerdos, consensos de trabajo y procesos sociales iniciados.

(...) Existe voluntad política, más no existe personal con quien llevar a cabo la estrategia que es curación a los pacientes diagnosticados con tuberculosis. Entonces aquí se han encontrado muchas debilidades, inicialmente el desconocimiento en el manejo de los pacientes porque cuando los rurales vienen acá no saben; no sabemos, no conocemos mucho sobre la tuberculosis y esta es una zona donde la enfermedad es más frecuente. La gente que viene ha estudiado en Bogotá o en otras partes y allí piensan que la tuberculosis ya no existe que está erradicada, entonces se encuentran con pacientes y definitivamente no los saben manejar. No saben en qué consiste el tratamiento, no saben cuántos controles tienen que hacerles o cómo tienen que proceder.

(Testimonio, coordinadora Plan de Atención Básico Puerto Nariño. 2006)

Pese a esta situación, manifestada por una de las personas responsables del programa de TB, los pacientes consideran que el trato que reciben por parte del personal de salud que labora en los hospitales o clínicas ubicadas en el municipio de Leticia o Puerto Nariño es bueno, al igual que el suministro de los medicamentos y la oportunidad en las citas. En general, tanto los pacientes del casco urbano como del área rural muestran complacencia con la manera como son atendidos (Información recolectada a pacientes en tratamiento. Leticia 2006).

(...) Después de quince días esa tos no era normal y que era tuberculosis, tampoco le paré bolas pero como yo trabajo en una carnicería me encontré con Orlando Trujillo un amigo que también es carnicero y me dijo -“Pacho usted está enfermo”, entonces yo dije como que sí, me dijo- “usted tiene esto y esto”, no le paré bolas tampoco, ya después de casi mes y medio cuando me sentí bien mal me encontré con un amigo en el puerto, uno morenito... Carlos, me dijo: -“usted tiene lo que a mí me pasó vamos para la clínica que allá eso es gratis, y yo no quería ir”-. Vamos que usted está mal, entonces fui y me tocó pagar la carrera de carro, fue cuando me encontré con el señor Carbono de la Secretaria de Salud, él me preguntó ¿usted ya sabe qué es lo que tiene? Le contesté que a eso venía, me trajo un amigo porque supuestamente tengo lo que él tuvo, entonces me comentó que era grave, pero gracias a Dios y a ese señor estoy bien y le agradezco mucho.

(Testimonio paciente hospital San Rafael. 2006)

34

(...) Para mí los tratamientos son magníficos no tengo ningún problema, porque los médicos aquí en Leticia son excelentes muy buenos para tratar a las personas y en el caso de las medicinas también. Gracias a Dios cada día voy superándome más, porque a la condición como yo estaba... ya estoy súper.

(Testimonio paciente de Leticia. Barrio Porvenir. IPS SaludCoop. 2006)

(...) A los pacientes de tuberculosis nosotros mismos le sacamos la cita y los pasamos directamente; si el paciente viene con malestar ese día lo bajamos a una cita prioritaria y lo atienden enseñada.

(Testimonio Enfermera Jefe Clínica Leticia. Estudio sobre la no adherencia a el tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna.2005)

Por otra parte, el personal de salud identifica varios aspectos importantes para destacar al momento de la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS, entre ellos la rigurosidad para hacer la búsqueda activa del sintomático respiratorio, la supervisión en el suministro y toma del medicamento, el uso del sello del sintomático en las historias clínicas, el manejo de los libros de registro y el fortalecimiento a la red de laboratorios. Además de la articulación que han logrado entre las aseguradores, prestadores y la Secretaría de Salud para garantizar la prestación del servicio a los pacientes de los pueblos indígenas.

(...) En cuanto al diagnóstico rápido y oportuno con sello se ha mejorado bastante, con el sello se han conseguido bastantes pacientes aunque de pronto se escapa uno que otro que no viene a consulta pero tiene la sintomatología. La otra vez ¿cómo se llama el bacteriólogo? Carbono, trajo un paciente y dijo -doctor este es un paciente que yo lo vi por el puerto, le hicimos el Bk y le salió positivo, ese es un paso importante para buscar un poquito más al sintomático respiratorio y no esperar que llegue. Sin embargo, en el momento que llega a la institución se está haciendo todo lo posible por hacer los Bk.

(Testimonio médico Hospital San Rafael de Leticia. 2006)

(...) En este momento estamos trabajando la captación del sintomático respiratorio de manera fuerte, también hay que involucrar a las IPS, son ellas las que tienen el primer contacto con el paciente para captarlo y motivarlo a tomar todos los días el tratamiento ya sea en su domicilio o en visita por parte del promotor o auxiliar de la entidad.

(Testimonio funcionaria Secretaria de Salud. 2005)

El uso del sello de sintomático respiratorio (SR) se implementó a comienzos de 2004 como una de las estrategias que la Secretaria de Salud del Amazonas ha incorporado con el apoyo de la cooperación de OPS/OMS y ACIDI/CIDA. Esta es una estrategia institucional, es decir, que se implementó en los hospitales y clínicas del Amazonas y que consiste en colocar un sello sobre la hoja de consulta para que el profesional de la salud (médico de consulta externa o

urgencias, enfermera jefe), en el momento en que atiende a la persona recuerde preguntarle si “ha tenido tos y expectoración por quince días o más” y de acuerdo a la respuesta, marcar sobre el sello Sí o No. En caso de respuesta positiva se espera que el profesional ordene de forma inmediata la realización de baciloscopia seriada. Esta hoja con el sello de SR hace parte integral de la historia clínica de una persona, lo cual significa que de ahí en adelante quien vuelva a tener contacto institucional con el paciente sabrá su antecedente de SR. El propósito fundamental del sello de SR es facilitar la búsqueda institucional de SR independientemente del motivo de consulta de una persona.

(...) Los médicos ya están familiarizados con el sello, en urgencias y en todos los servicios. Los primeros meses fue difícil era la pelotera con ellos, entonces me tomé el trabajo de coger una carpeta y en ella me anotaban cuántos colocaron el sello, cuántos me colocaron Sí, cuántos me colocaron No.

(...) Exactamente en consulta externa ya han ido superando eso porque miran que sí coloquen el sello.

(Testimonio funcionaria Departamento de Estadística. Hospital San Rafael de Leticia. 2005)

Los aspectos descritos durante el documento como la voluntad política manifestada por el gobierno departamental, la capacidad de diagnóstico, el suministro de Tratamiento Acortado Supervisado, de medicamentos y el monitoreo que permanentemente hacen de las acciones pone de manifiesto que en el departamento del Amazonas se ha implementado la Estrategia DOTS/TAS para la prevención y el control de la tuberculosis en los pueblos indígenas que habitan en esta región del país.



Indígena Ticuna de la comunidad de San Martín de Amacayacu trabajando la palma de fique, Amazonas (2004)



Comunidad indígena Arhuaca, Nabusimake,
Sierra Nevada de Santa Marta (2006)



37

Capítulo 2

Tuberculosis en pueblos indígenas de Cesar

a. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

La incidencia de tuberculosis en el departamento del Cesar en los últimos años presentó cifras que oscilaron entre 28.3 casos por 100.000 habitantes en 1999 a 23 por 100.000 Hab., en el año 2005; con una incidencia mayor de 37.1 casos por 100.000 Hab., en el 2000 ocasionado por el incremento en los casos reportados por las comunidades indígenas del departamento, atendidas por la IPSI Dusakawi.³

³ Situación de la tuberculosis en el departamento de Cesar año 2005. Boletín de la Secretaría Departamental de Salud de Cesar. Elaborado por: Alexander Araujo Castillo, Profesional Especializado.

De acuerdo a la incidencia de TB en el departamento, en 2005 se clasificaron los municipios de acuerdo al riesgo como de muy alto riesgo, de alto riesgo, mediano riesgo y bajo riesgo como muestra el siguiente mapa:

Mapa 3. Riesgo de tuberculosis por municipio. Departamento de Cesar, 2005



Fuente: Programa de Tb Secretaria Departamental de Salud de Cesar

38

Los registros de la situación de TB en los pueblos indígenas de Cesar se tienen a partir del 1 de mayo de 1999, época en la cual entra a funcionar la IPS Dusakawi primera institución aseguradora y prestadora de servicios de salud que nace con la intención de ofrecer atención a la población indígena de los departamentos de Cesar y de la Guajira. En ese entonces, solamente existían informes de aplicación de vacunas pero la información relacionada con el perfil epidemiológico que ilustrara la morbilidad y la mortalidad de las comunidades indígenas era incipiente.

La población indígena era atendida en su mayor parte por la IPSI Dusakawi, pero a partir del año 2006 se crearon dos nuevas IPS indígenas:

Kankuamos y Wintukwa, quedando la atención distribuida de la siguiente manera:

- Dusakawi IPSI: Atienden las etnias Wiwa, Kogui, Yukpa.
- Kankuamos IPSI: Atiende la etnia Kankuama
- Wintukwa IPSI: Atiende la etnia Arhuaca e Inga.

Actualmente, y de acuerdo a la información suministrada por Dusakawi, el total de la población afiliada con que cuentan son 14.555 indígenas distribuidos así: 5127 pertenecientes a la etnia Wiwa, 3324 Koguis, 6063 Yukpas y 41 Ingas. Los Kankuamos y Arhuacos son atendidos en las nuevas IPS (Aprox. 30.000 afiliados).

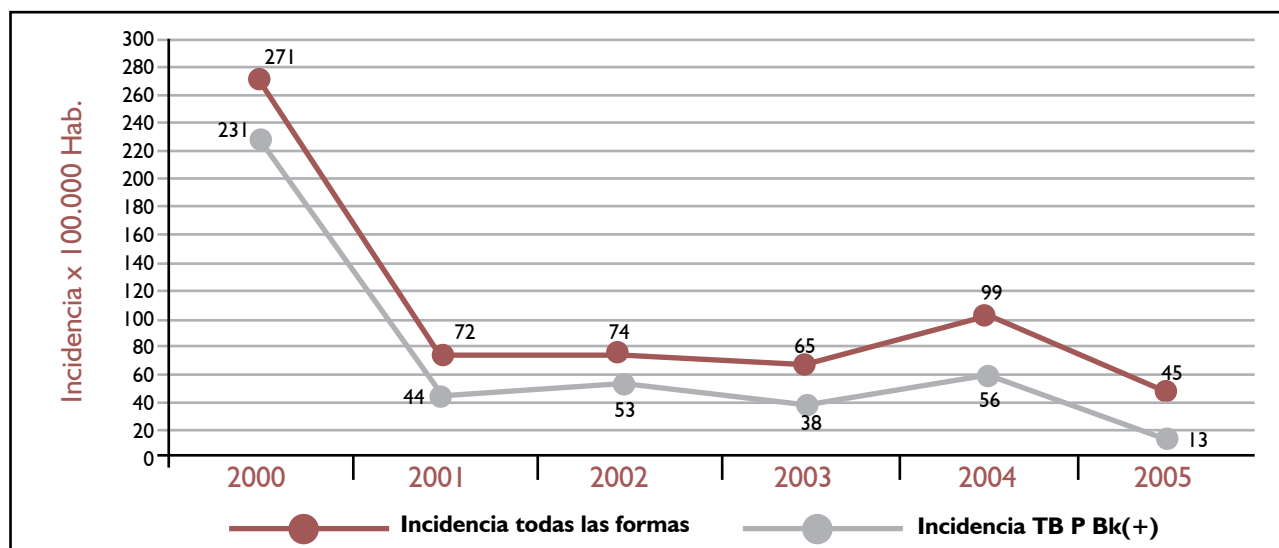
Tabla 3. Casos de tuberculosis todas las formas diagnosticadas en las diferentes etnias. Departamento de Cesar, Dusakawi IPS, 2000- 2005

Etnia	Año					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Arhuaca	80	16	23	19	26	12
Yukpa	27	10	3	3	9	6
Inga	0	1	2	1	0	1
Kankuama	2	0	1	0	1	2
Kogui	4	3	4	4	6	3
Wiwa	5	4	3	6	8	0
Total	118	34	36	33	50	24

Fuente: Registro Dusakawi IPS

La incidencia de TB en población indígena registró un aumento en el año 2000 (271 x 100.000 Hab.) debido a la búsqueda de sintomáticos respiratorios realizada por IPSI Dusakawi. Sin embargo, la incidencia cae a 72 x 100.000 Hab, en 2001. En 2002 y 2003 la incidencia fue de 74 y 65 x 100.000 Hab, respectivamente, cifra que nuevamente aumenta a 99 casos x 100.000 Hab, en 2004 para descender en 2005 a 45 x 100.000 Hab. (Gráfica 8).

Gráfica 8. Incidencia de tuberculosis todas las formas en pueblos indígenas vs. tuberculosis pulmonar. Departamento de Cesar, 2000 – 2005

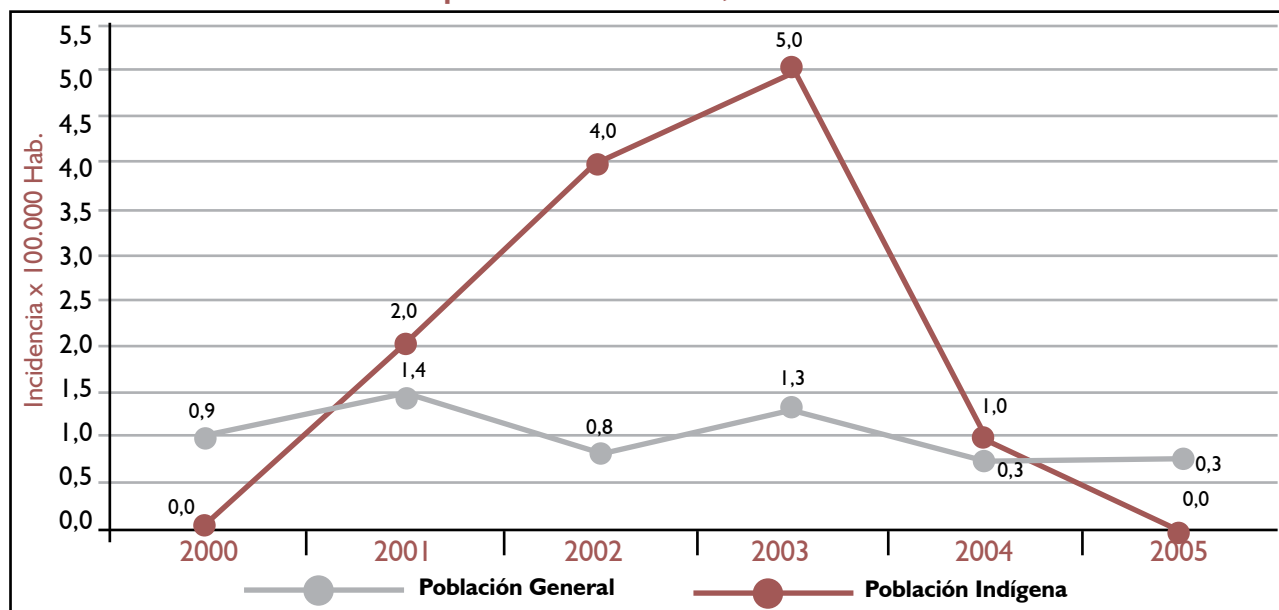


Fuente: Registro Dusakawi IPS

La tasa de mortalidad general por TB en todas las formas del departamento durante los últimos 15 años, muestra un comportamiento variable con tendencia a la disminución. Estas muertes ocurrieron durante la administración del tratamiento, por lo que no están confirmadas como muertes asociadas a tuberculosis y por lo tanto no se puede determinar la letalidad.

Al compararla con la tasa de mortalidad en población indígena, se observó una tendencia variable; entre 2000 y 2005, pues no se notificó ninguna muerte por TB en población indígena, mientras que en los otros años la tasa de mortalidad es mayor que en población general, lo que señala que la población indígena es la más afectada por esta enfermedad en el departamento de Cesar (Gráfica 9).

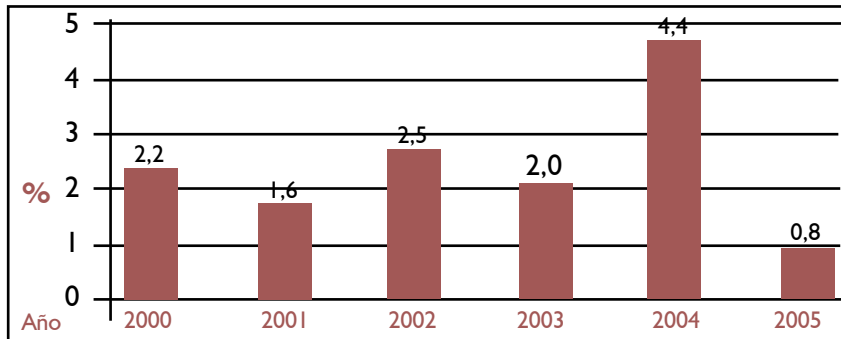
Gráfica 9. Tasa de mortalidad por tuberculosis en población general vs. población indígena. Departamento de Cesar, 2000 – 2005



Fuente: Secretaria de Salud Departamental de Cesar. Registro Dusakawi IPS. 2006

Con respecto a la coinfección TB-VIH/Sida, no se presentaron casos en la población indígena pero a nivel departamental se reportaron ocho casos con coinfección en 2000, cinco casos para 2001, ocho casos en 2002, seis casos en 2003, trece casos en 2004 y dos casos en 2005. Esto mostró una tendencia variable del porcentaje de coinfección, con un aumento en 2004 que representó el 4.4% del total de casos (Gráfica 10).

Gráfica 10. Porcentaje de coinfección TB-VIH/Sida. Cesar 2000 – 2005



Fuente: Secretaria de Salud Departamental de Cesar

En el departamento de Cesar se observó una cobertura variable de vacunación entre los años 2001 y 2003 período que reflejó un porcentaje inferior al establecido en el promedio nacional calculado en 95%. Cifra que se superó en los dos años siguientes donde se obtuvo un porcentaje de 106.9% para 2004 y 98.5% para 2005, según los registros PAI del Ministerio de la Protección Social.

Los últimos casos de meningitis tuberculosa se presentaron así: 1999 un caso en menor de quince años con una tasa de incidencia de 0.2 por cada 100.000 menores de quince años y en 2000 dos casos y una tasa de incidencia de 0.5 por cada 100.000. No hay dato de la edad exacta de los menores.

40

b. INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN

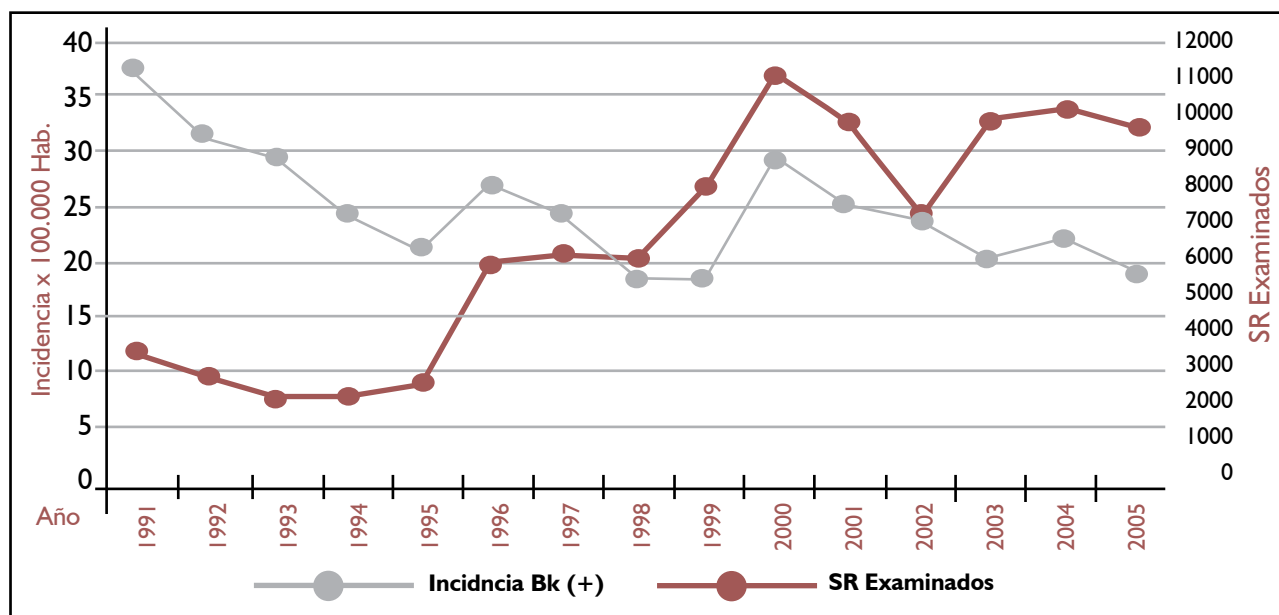
Indicadores de captación

Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios

La búsqueda de sintomáticos respiratorios se incrementó en los últimos años en el departamento. La incidencia de TB con baciloscopia positiva entre 1991 y 2005 muestra un comportamiento directamente proporcional con respecto al número de sintomáticos respiratorios captados (Gráfica 11).



Gráfica 11. Incidencia de TB Bk(+) vs sintomáticos respiratorios departamento de Cesar 1991-2005



Fuente: Secretaria de Salud Departamental de Cesar

Positividad de la baciloscopia

En la información registrada por la Secretaria de Salud Departamental, la mediana de la positividad de la baciloscopia entre los años 2000 y 2005 fue de 2,2%, valor que se encuentra por debajo de la meta nacional (4% y 5%). Esto indica que es necesario implementar el cultivo del esputo de manera rutinaria para mejorar el rendimiento de la positividad, además ofrecer asistencia técnica y evaluación externa del desempeño indirecto (EEDI) a los laboratorios y baciloscopistas. Por otra parte, debe revisarse la manera como se está haciendo la captación de sintomáticos respiratorios, pues podría ser que no se esté haciendo de manera adecuada y se estén canalizando personas para baciloscopias diagnosticas sin que sean verdaderos sintomáticos respiratorios. (Tabla 4).

Para la población indígena atendida por la IPS Dusakawi, la positividad de la baciloscopia es menor que en el departamento; para 2004 fue de 1,6% y en el 2005 fue 0.5%; mostrando también un valor inferior a la cifra nacional.

Concentración de la baciloscopia

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio en el período entre 2002 y 2005, para el departamento fue de 2.6 baciloscopias. Valor superior al límite establecido para el país de 2.5.

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio para el año 2004 en la población indígena atendida por la IPSI Dusakawi fue de 1,2 y para 2005 de 2.1, lo que puede indicar dificultades en el diagnóstico y posible pérdida de cerca del 10% de los diagnósticos positivos para TB (Tabla 4).

Tabla 4. Indicadores de captación Programa de Tuberculosis. Departamento de Cesar 2002 – 2005

Indicadores de captación	Año			
	2002	2003	2004	2005
Positividad de la baciloscopia	3,0%	2,2%	2,2%	2,0%
Concentración de Bk por paciente	2,7	2,7	2,6	2,6

Fuente: Secretaria de Salud Departamental de Cesar



Comunidad indígena Arhuaca, en capacitaciones para el manejo de la TB, Sierra Nevada de Santa Marta (2006).

c. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Análisis de Cohortes

En cuanto al análisis de cohortes, entre 2002 y 2004, el departamento no ha logrado la meta de curar al menos el 85% de los casos nuevos Bk (+), debido a un alto porcentaje de pacientes que finalizaron como tratamientos terminados y abandonos.

Tabla 5. Análisis de Cohortes del departamento de Cesar vs. Población indígena afiliada a Dusakawi IPSI. 2002 – 2004

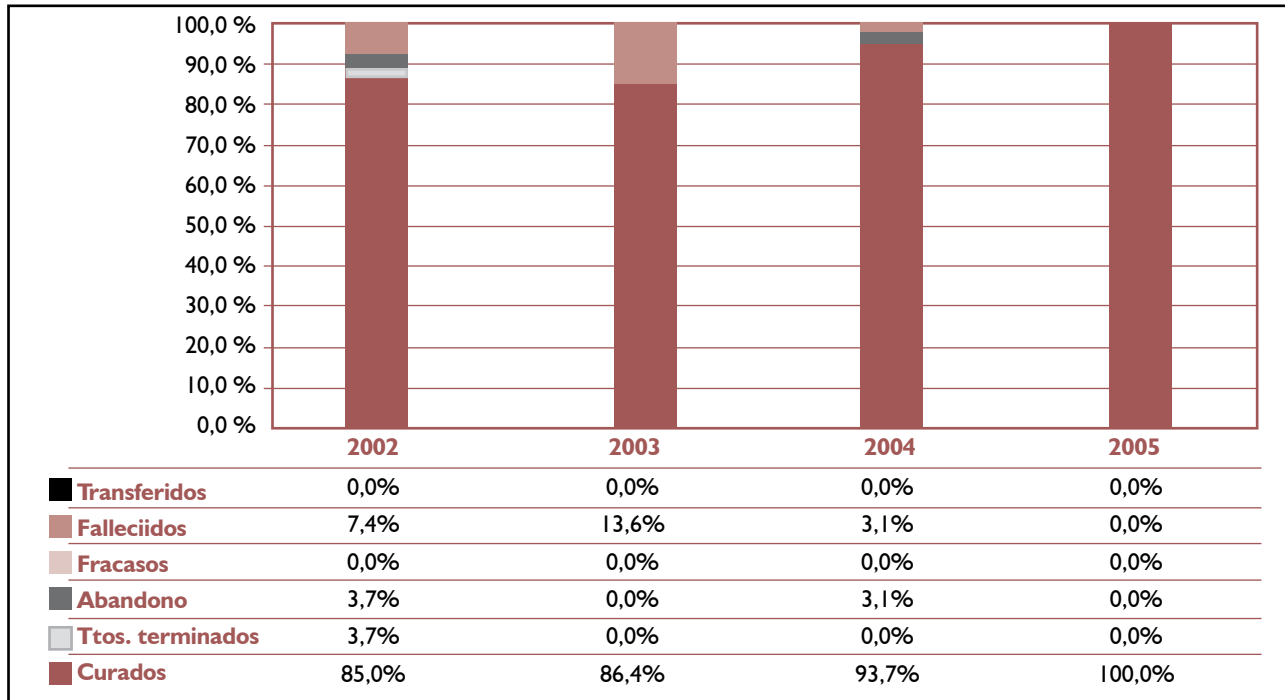
Estado final	2002		2003		2004	
	Departamento	Población Indígena	Departamento	Población Indígena	Departamento	Población Indígena
Curados	74,0%	85,0%	72,5%	86,4%	77,0%	93,7%
Ttos. terminados	6,3%	3,7%	9,8%	0,0%	7,8%	0,0%
Abandono	8,8%	3,7%	5,4%	0,0%	4,8%	3,1%
Fracasos	1,3%	0,0%	1,0%	0,0%	1,4%	0,0%
Fallecidos	3,6%	7,4%	6,4%	13,6%	7,3%	3,1%
Transferidos	6,3%	0,0%	4,9%	0,0%	1,4%	0,0%
% de negativización de la Bk al 2do. mes de Tto.	80,0%	92,3%	79,0%	77,3%	85,0%	93,7%

Fuente: IPSI Dusakawi

En la población indígena atendida por la IPS Dusakawi se observó seguimiento a los pacientes en el tratamiento que se reflejó en un porcentaje de curación superior a la meta nacional establecida en 85% (Tabla 5).

A pesar de las zonas tan dispersas en que viven los indígenas de la región, el tratamiento utilizado para la totalidad de los pacientes es Acortado Estrictamente Supervisado (TAS). Se observó también, que en los tres últimos años no hubo pacientes clasificados como tratamientos terminados, lo que indica una buena labor en el seguimiento con respecto a las Bk de esputo de control al final del tratamiento. Esta información se corrobora igualmente con la no existencia de pacientes transferidos ni fracasos y con los bajos porcentajes de abandono. En la cohorte del 2005 la curación fue 100% (Gráfica 12).

Gráfica 12. Análisis de Cohorte. Población indígena Departamento de Cesar 2002 - 2005



Fuente: IPSI Dusakawi

Se registró un elevado porcentaje de fallecidos en las cohortes (7.4% en 2002, 13.6% en 2003 y 3.1% en 2004), pero es importante recalcar que estas son muertes durante el tratamiento por cualquier causa y no demuestran la letalidad de la enfermedad.

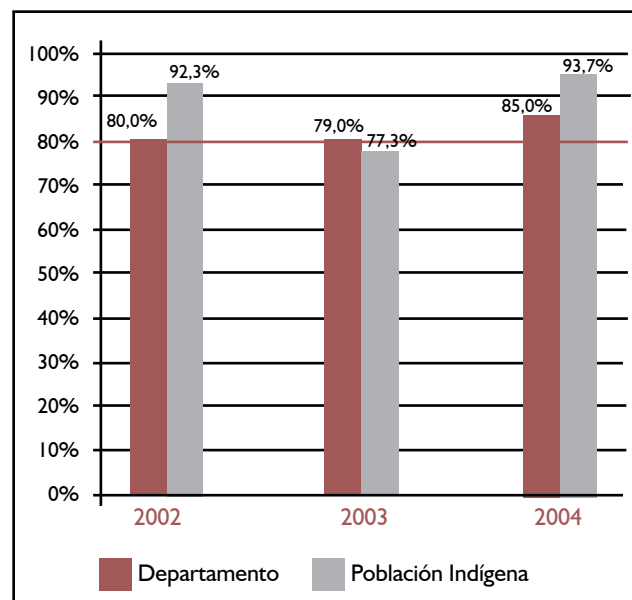
comportamiento similar pero con porcentajes más elevados del 92.3% para el 2002 y 93.7% para el 2004.

Negativización de la Bk al segundo mes de tratamiento

La negativización de la baciloscopia al segundo mes de tratamiento, permite medir la eficacia de la Estrategia DOTS/TAS al determinar el porcentaje de pacientes infecciosos que dejan de serlo y por ende la eliminación de la fuente de transmisión en la comunidad. Se acepta que el 80% de los pacientes deben pasar de positivos a negativos en sus dos primeros meses de tratamiento.

A excepción de 2003, en Cesar se observó un óptimo cumplimiento de este indicador (Gráfica 13). Con respecto a la población indígena atendida por Dusakawi, se evidenció un

Gráfica 13. Porcentaje de negativización de la baciloscopia al segundo mes de tratamiento. Departamento de Cesar vs. población indígena, 2002 - 2004



Fuente: Secretaria de Salud Departamental de Cesar. Registro Dusakawi IPS. 2006

Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control

Al comienzo se tuvieron serias dificultades en cuanto a la aceptabilidad para el tratamiento debido al tiempo tan largo de seis meses. Fue entonces cuando Dusakawi, en su bien saber y entender, se reunió con las autoridades tradicionales para comprometerlos, compromiso en el cual intervinieron todos, con el fin de que a los pacientes diagnosticados con tuberculosis se les debía suministrar el tratamiento.

(Entrevista funcionario Secretaria de Salud Cesar, 2006)

Yo no podía caminar, ni sabía lo que me hacían; me sacaron de allá y comenzaron a darme pastillas y me pusieron inyecciones. El dolor que tenía era como hipo y vomitaba y me daba sueño y cuando me despertaba me daba lo mismo entonces comenzaron a darme pastillas e inyecciones y se me paró el vomito y el hipo, ahí comencé a quedarme vivo no muy sano pero ahí empezaron a ponerme la ampolla y me daba como miedo.

(Entrevista paciente curado. Arhuaco. Nabusimake, Cesar, 2006)

Yo tenía a mí cargo 5 promotores, hicimos un barrido inmenso en Nabusimake y detectamos 23 casos. Nos reunimos y yo les propuse la estrategia, era un sacrificio y un esfuerzo muy grande, pues como te digo eran 23 casos regados por una extensión de terreno que para recorrerla, de un extremo a otro, te hechas tus tres horas tranquilamente y de las lomas de un lado al otro son otro tanto, o sea es muy grande, y el tratamiento es diario, la cosa es tesa.

(Entrevista Coordinador IPS
Dusakawi-Cesar, 2006)

Teniendo en cuenta que es una enfermedad que no fue de nosotros si no que fue traída, además de eso sabemos y entendemos que para acabar la tuberculosis tenemos que hacer pagamentos, o sea, a la madre tierra para que podamos destruir la tuberculosis, además tenemos que empalmarla con la medicina occidental, como quien dice lo interno con lo occidental, o sea tratamiento de pagamentos con tratamiento de droga.

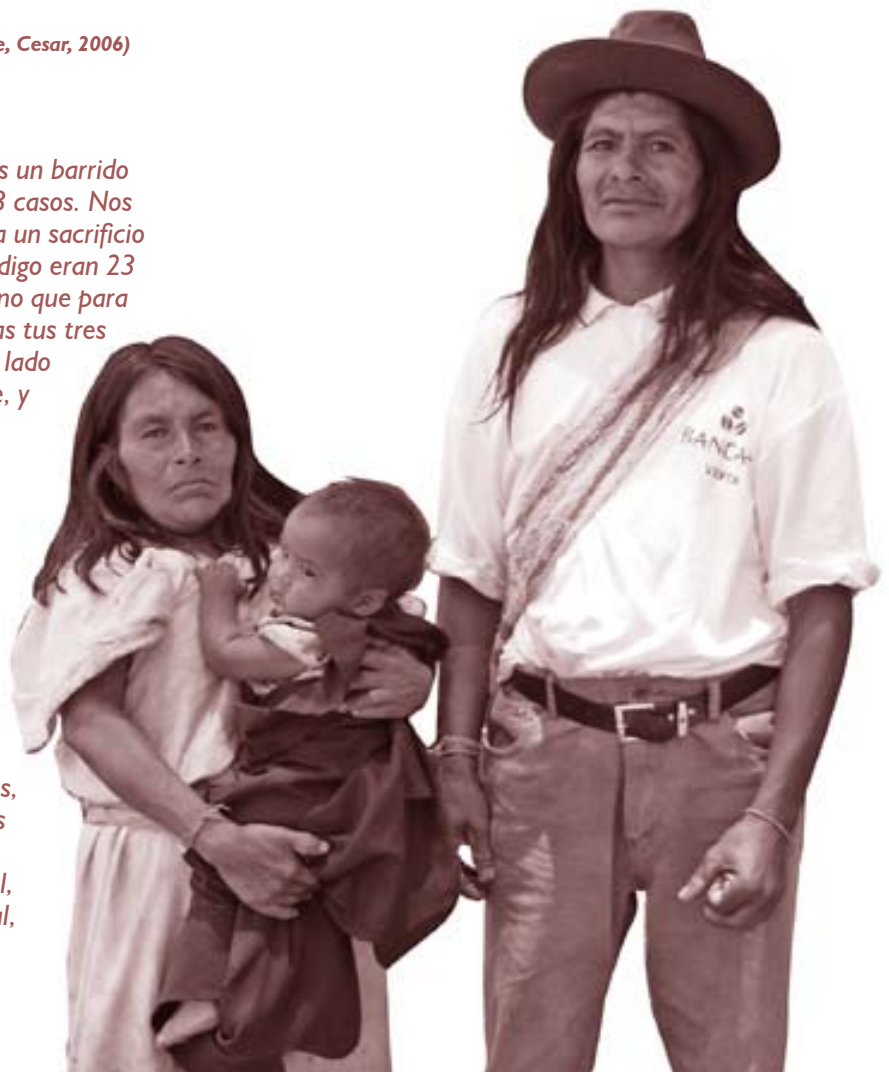
Entrevista mamo Arhuaco. Nabusimake-Cesar, 2006)

Bueno, acá entre los indígenas no es muy fácil, ellos se quejan, les da pena para dar muestras, algunos nos la traen, entonces nosotros tenemos que estar visitándolos dos o tres veces, ahí es donde nos da la gripa.

(Entrevista promotora Arhuaca. Nabusimake-Cesar, 2006)

Él tiene un grado de desnutrición alto, está malo de peso para su edad, su peso y estatura no son acordes.

(Paciente en tratamiento -Dos años de edad- Yukpa. Testimonio médica casa de paso. Valledupar. 2006)



Familia Arhuaca de Nabusimake. Paciente curado de TB, Sierra Nevada de Santa Marta (2006)

d. Implementación Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas del departamento de Cesar



Comunidad Arhuaca de Nabusimake en la Sierra Nevada de Santa Marta (2006)

La variedad de etnias, lenguas y culturas hicieron que el personal de salud del departamento de Cesar y Dusakawi propiciara una serie de encuentros para adelantar procesos de concertación con las autoridades tradicionales (ATI) y mamos, quienes lideran la parte del conocimiento tradicional donde se entrelazan lo cultural, lo espiritual (sus creencias religiosas) y los procesos en salud, con el propósito de buscar apoyo y autorización para desarrollar actividades propias del Programa de Tuberculosis. Además la posibilidad de vincular y capacitar a miembros de las comunidades, que posteriormente serían funcionarios con quienes se lograría tener mayor impacto al momento de poner en marcha la Estrategia DOTS/TAS y lograr así que el tratamiento haya sido directamente supervisado durante los últimos cinco años (2002-2006) (Alexander Araujo. Profesional Programa de Tuberculosis y Alfonso Campos, epidemiólogo Dusakawi EPS).

Anterior a esta fecha sólo se tenían informes sobre la aplicación de vacuna de Fiebre Amarilla en algunas comunidades de la zona, es decir la información epidemiológica con relación a la TB era inexistente. Obstáculo que se subsanó con la apertura de Dusakawi como

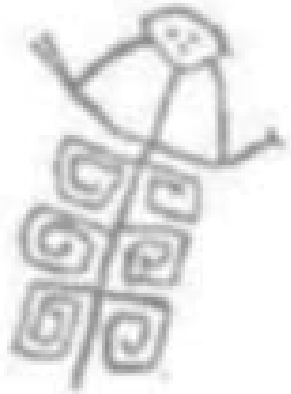
primera institución aseguradora y prestadora de servicio de salud, de carácter indígena, que nace con la intención de ofrecer atención a la población de las diferentes etnias ubicadas en los departamentos de Cesar y de la Guajira (mayo de 1999). (María Dolores Ramo Salas. Gerente IPS Dusakawi)

La mayoría de los pacientes se lograron captar a través de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, actividad desarrollada luego de adelantar un proceso de difusión por diferentes medios de comunicación: radio, teléfono y perifoneo en carros, esto en los lugares donde existía sistema vial. Los casos encontrados eran registrados en un libro que recopilaba los datos relacionados con el origen, edad y evolución del paciente. La administración del medicamento no era supervisado por funcionarios de salud, así que el paciente se convirtió en el directo responsable de su tratamiento (año 2000) y de diligenciar las tarjetas de control individual donde registraba la información a medida que tomaba las dosis de tratamiento para TB.

Poco a poco, en ciertas zonas de la Sierra Nevada de Santa Marta el promotor bilingüe fue teniendo acceso al paciente y era posible

verificar la administración del medicamento; en otros casos las distancias entre la vivienda y el puesto de salud generó el abandono del tratamiento por parte de algunos de los pacientes, otras veces las autoridades espirituales (Mamos-Tiyiwatpu) autorizaban suspender la toma del medicamento para

iniciar el trabajo tradicional. Esta circunstancia incidió en la presencia de nuevos casos (123 casos); Secretaría de Salud de Cesar año 2000 y en el abandono de otros generando con esto un fracaso en el camino recorrido por las autoridades de salud hacia la expansión de la Estrategia DOTS/TAS en el departamento.



..) Nos tocó hacer un trabajo con las autoridades, con los cabildos de las etnias, nos tocó hablar con ellos y decirles lo que estaba pasando, aunque ellos no eran la autoridad espiritual, sí ejercían control y eran la autoridad al mando... eran las personas que nos daban ayuda a convencer al Mamo de que conociera la enfermedad y el daño que le podía hacer al paciente si ordenaba interrumpir el tratamiento para meterlo a sus trabajos tradicionales, la idea era convencerlo de hacer los dos trabajos al mismo tiempo.

(Testimonio Coordinadora del Programa de Tuberculosis IPSI Dusakawi. 2006)

A partir del año 2002 se realiza un proceso de socialización y sensibilización dirigido al personal de la Secretaría de Salud de Cesar, de quienes se recibe el apoyo y la disponibilidad inmediata para fortalecer el trabajo que se venía haciendo por parte de la IPSI Dusakawi en las comunidades en el control de la TB. Además la Administración Departamental mostró desde entonces voluntad política para poner en marcha la Estrategia DOTS/TAS y su respectiva implementación en las comunidades indígenas, que permitió hacer ajustes al programa, actualizar registros, adecuar la papelería para atender en las zonas de población indígena y garantizar que aseguradoras, prestadores de servicios de salud y personal de salud unificaran los criterios para la atención de los pacientes.

Entre los principales ajustes y para contrarrestar la situación de abandono del tratamiento y el aumento de casos, las autoridades sanitarias de la región y la IPSI Dusakawi lograron contar con el apoyo de organismos de cooperación internacional para adelantar la construcción de la casa de paso (año 2004) con el propósito de concentrar allí, a los pacientes que mostraban rechazo al tratamiento. La casa que desde entonces funciona en el casco urbano de Valledupar, capital del departamento, más que un centro de atención es un lugar diseñado bajo los parámetros arquitectónicos de los diferentes pueblos indígenas afiliados a la EPS Dusakawi (Arhuacos, Koguis, Kankuamos, Wiwas, Wayúu y Yukpas). Los pacientes, a quienes los acompaña un miembro de su familia, encuentran una vivienda con las características propias de su etnia. El principal propósito de la casa de paso es garantizar al paciente, por lo menos durante la primera fase, el Tratamiento Acortado Supervisado, en un ambiente favorable durante su estancia y así evitar un cambio violento entre su lugar origen y la ciudad.

(...) La verdad es que Dusakawi ha venido haciendo el trabajo con comunidades indígenas, ha hecho un trabajo arduo, es un trabajo bastante complejo, una cosa es decirlo, pero otra cosa es vivirlo, administrarle tratamiento a personas que viven en lugares donde se tiene que ir a más de doce horas en mula o en condiciones no muy favorables para atravesar los caminos que conducen a los asentamientos indígenas.

(Testimonio funcionario Programa de Tuberculosis. Secretaría de Salud de Cesar. 2006)

Para atender a los pacientes se designaron personas encargadas de preparar los alimentos



Pueblo Indígena de la comunidad Arhuaca en Nabusimake, Sierra Nevada de Santa Marta (2006)

y de manejar la huerta casera. Además de los funcionarios de salud se cuenta con un auxiliar de enfermería que suministra y supervisa el tratamiento de los pacientes, (se prefiere que sea bilingüe y hable el dialecto propio de cada etnia); cuando se tienen inconvenientes de comunicación por el dialecto, se busca el apoyo de pacientes que entiendan la lengua en la cual se les habla. Se cuenta con un médico, quien una vez a la semana, o de acuerdo a la necesidad del caso, atiende a los pacientes. Las labores permanentes son supervisadas por funcionarios de la IPSI y de la EPS Dusakawi.

(...) El hogar de paso llamado también Casa Integral facilita la adherencia al tratamiento y la posibilidad de hospedar al paciente y sus acompañantes, permite fortalecer el vínculo entre el paciente y el tratamiento. Otro de los objetivos de este lugar es generar un entorno natural, allí cuenta con replicas de sus casas tradicionales en la Sierra Nevada, tienen huertas tradicionales donde pueden trabajar y labrar la tierra; precisamente para que ellos se sintieran productivos y no estuvieran aquí durante esos 6 meses deprimidos por falta de su familias.

(Testimonio funcionario Programa de Tuberculosis. Secretaria de Salud de Cesar. 2006)

Por otra parte y en aras de fortalecer el trabajo en el área rural y urbana para el control de la TB se inicia un proceso de capacitación por niveles: profesionales de la salud, promotores y auxiliares de enfermería, Mamos-Tiyihaptos (médicos tradicionales en el manejo de la tuberculosis) para socializar los componentes y alcances de la Estrategia DOTS/TAS, y los beneficios para los diferentes grupos étnicos del Cesar. Al mismo tiempo se logró que la ejecución de actividades de promoción, prevención, vigilancia y control de carácter colectivo contenidas en el Plan de Atención Básica (PAB) indígena departamental fueran contratadas con la IPSI Dusakawi, lo que fortaleció el programa

de TB en el departamento. Adicionalmente se conformó un grupo de bacteriólogos, lo cual permitió reforzar la lectura de baciloscopia.

(...) Dusakawi le da a uno una inducción y entonces vamos a buscar los sintomáticos respiratorios, explicando a la comunidad, a las autoridades qué es un sintomático respiratorio, que es la enfermedad y todo lo que se referente a la misma y también en charlas comunitarias se les explica a familiares en su propia casa y así, se fue envolviendo todo el mundo en el cuento del Programa y después se fue revisando el trabajo con la ayuda de las autoridades de la comunidad y con la ayuda de todos; ya ellos saben qué es un sintomático respiratorio y de pronto nos colaboraban mucho. En un principio no teníamos búsqueda activa, de pronto esperábamos a que el paciente nos llegara al puesto y nos dijera que llevaba quince días con gripa, para de pronto determinarlo como un sintomático. Eso fue cambiando a medida que pasó el tiempo, se fue perfeccionando más y fuimos encontrando muchos casos, entonces como que hubo la necesidad de capacitarnos más, buscando ayuda de un lado a otro, de pronto del que tuviera más experiencia, del que tuviera más conocimiento acerca de esto y eso mismo se fue replicando a la comunidad.

(Testimonio auxiliar de enfermería Dusakawi. Pueblo Bello-Cesar. 2006)

Con el diagnóstico de los primeros casos de tuberculosis surgieron inconvenientes relacionados con la disponibilidad inmediata y oportuna de los medicamentos. El trámite de solicitud del esquema de medicamentos a la Secretaría Municipal de Salud retardaba el inicio hasta por quince días o más después de la fecha del diagnóstico. Circunstancia que generó preocupación debido a que el paciente bacilífero ponía en riesgo a un número importante de personas de la comunidad y la cadena de transmisión no se interrumpía de manera eficaz. Por lo tanto la Secretaría de Salud del Departamento le entregó un stock de medicamentos a la IPSI Dusakawi para tratar oportunamente los casos diagnosticados.

Es así que con la contratación de bacteriólogos, promotores, auxiliares de enfermería (la mayoría provenientes de la etnia Arhuaca), enfermeras jefes, médicos, la voluntad política gubernamental (*Secretaría de Salud departamental*), vinculación del mamo, el cabildo Gobernador (máximas autoridades para ejercer y hacer cumplir las leyes en las comunidades indígenas) y el compromiso de los responsables de las acciones del programa de tuberculosis en la IPSI y EPS Dasakawi han hecho que éste adquiera la dimensión que tiene.



(...) No es lo mismo que le administre el tratamiento un bunachi (persona blanca) a que se lo administre una enfermera indígena o una auxiliar indígena que esté capacitada, entonces yo pienso que de eso también depende el éxito en la administración del tratamiento. Te voy a explicar cuales son los beneficios; te estoy diciendo en tu propia lengua, no es lo mismo de pronto a que llegue yo y te diga cuales son los beneficios en mi lengua, pero de pronto tú no me vas a entender que es lo que yo te quiero explicar, entonces yo pienso que para que haya una buena aceptación de pronto en comunidades indígenas es fundamental el diálogo entre las partes.

(Testimonio funcionario Programa de Tuberculosis. Secretaria de Salud de Cesar. 2006)

48



Paciente curada de TB de la comunidad Kankuama, habitante del municipio de Pueblo Bello-Valledupar (2006)

Paralelo al proceso de conocimiento de la enfermedad y sintomatología que tienen los miembros de las etnias, principalmente los Arhuacos, surgen también dudas al interior de sus comunidades con respecto al origen de la TB, enfermedad que algunos consideran como un castigo divino por la violación de los códigos internos o por el irrespeto a la naturaleza misma. Consideran que las enfermedades y su cronicidad se presentan al no cumplir con las costumbres tradicionales, que se manifiestan como un desequilibrio físico y/o espiritual en donde una actitud negativa por parte de las personas también puede influir. Esto condujo,

primero a la búsqueda de la medicina tradicional ante los posibles síntomas de una enfermedad y posteriormente de la medicina occidental.

(...) Entonces se optó que toda droga para los pacientes primero pasara por las manos del mamo para que hicieran el pagamento y así “supuestamente” le hace más efecto a los pacientes, a raíz de eso toda droga que se va a tomar un paciente con tuberculosis primero tiene que pasar por manos del mamo quien hace un trabajo de limpieza para que le haga más efecto al paciente y así es como se logra combinar las dos medicinas, la tradicional y la occidental.

(Testimonio Coordinadora Programa Tuberculosis. IPS Dusakawi. 2006)

(...) El paciente en un principio dijo que él era un mamo y no podía tener la enfermedad, después hablando mucho con él y concientizándolo, dijo que en su parte espiritual iba a averiguar si era verdad que tenía la enfermedad y nos tocó esperar como una semana, sin embargo teniendo la prevención de que no fuera a contagiar a otras personas y esperamos, lo llevaron a su sitio de ritual y donde él hizo su pagamento, después, regresó y nos dijo que había adivinado y que tenía la enfermedad, pero que necesitaba otra semana para averiguar si era verdad que se podía hacer ese tratamiento o si no podía en su parte espiritual, entonces nos tocó esperar otra semana para que consultara esa parte, luego regresó y nos dijo que sí, que podía hacerse el tratamiento.

(Testimonio auxiliar de enfermería. Dusakawi Pueblo Bello 2006)

Todos coinciden en afirmar que para mantener una buena salud debe trabajarse la parte espiritual de las personas a través de la ley de origen, cumpliendo con las costumbres tradicionales como la meditación y los pagamentos. Algunos piensan que una buena salud está asociada a buenos hábitos alimenticios e higiénicos, estar alejado de vicios como alcoholismo, el fumar o el mambeo exagerado (masticar la hoja de coca e impregnarla dentro de la boca con el polvo de concha de mar que llevan los hombres o tetis en su poporo). (N. Gil –OPS/OMS-. Línea base comunidad Arhuaca. 2006).

(...) Hubo pacientes mamos que se curaron, entonces esa parte fue muy importante, porque entonces ya ellos vieron eso y ellos mismos saben qué es un sintomático respiratorio y ellos mismos acuden, –yo quiero saber si tengo tuberculosis o, nos dicen –tengo un vecino que está así o asa, para que vayan a verlo.

(Testimonio Auxiliar de enfermería. Dusakawi Pueblo Bello 2006)

A los factores culturales mencionados anteriormente se suman otros externos tales como la mala alimentación que existe en las comunidades, el hacinamiento, la forma de vida, las condiciones de vivienda, las grandes distancias geográficas y las difíciles condiciones de acceso para llegar a los sitios donde están ubicados los pacientes, que obstaculizan en ocasiones adelantar acciones de búsqueda del sintomático y suministrar el tratamiento supervisado (DOTS/TAS).

(...) Yo pienso que debilidad como tal, las distancias y la dispersión de pronto de los pacientes, la dispersión geográfica de las comunidades, a parte de eso hay algunas comunidades que se movilizan mucho en toda la Sierra, eso lo veo como una gran debilidad principalmente en la etnia Yukpa donde son nómadas, donde hoy están aquí y mañana en cualquier lugar.

(Testimonio funcionario Programa Tuberculosis Secretaría de Salud del Cesar. 2006)

(...) Los pacientes que se niegan a venir a Valledupar se ubican cerca de un centro de salud, donde esté el equipo médico pendiente de ellos y se le aplica el tratamiento allá arriba porque es la única forma, se le da su alimentación, se le sigue dando su comida, pero los ubicamos cerca de donde se le pueda hacer la revisión.

(Testimonio Coordinadora Programa Tuberculosis. IPS Dusakawi. 2006)

(...) También es importante, cuando se va a hacer el tratamiento, involucrar a la familia para que mejore la parte de nutrición, a través de las huertas familiares, eso lo hicieron con los promotores y las autoridades que obligaron a tener una huerta, cada paciente debe tener su huerta para mejorar la alimentación. Cultivan generalmente frijoles, coles, zanahoria y el repollo porque la gente no sabe como cultivarlos mucho, pero a ellos también se les enseña y han aprendido. Cuando el paciente es renuente o se pierde, siempre la autoridad está ahí, se estacionan en un solo lugar hasta que entran a la primera fase ya después pueden ir a sus casas o el mismo promotor le lleva el tratamiento.

(Testimonio Enfermera Jefe. Dusakawi Pueblo Bello. 2006)

Otro factor que puede interferir para la no adherencia del tratamiento es la fuga de quienes al conocer el diagnóstico prefieren escaparse y no asumir el tratamiento, ya sea por temor a las inyecciones o por el tiempo de duración del mismo. Esta situación en la mayoría de los casos es poco factible, frente a la medida que asumen los cabildos, autoridad indígena con poderes de autoridad policial que ordena a los semaneros (persona que cumple funciones de mensajería en los pueblos indígenas de la Sierra y cuenta además, con la confianza de las autoridades indígenas), quienes no escatiman esfuerzos en sus tareas, para lograr la “captura” del paciente y “someterlo” a un encierro en cuartos acondicionados para la reclusión de infractores de la ley, en este caso negarse al tratamiento.

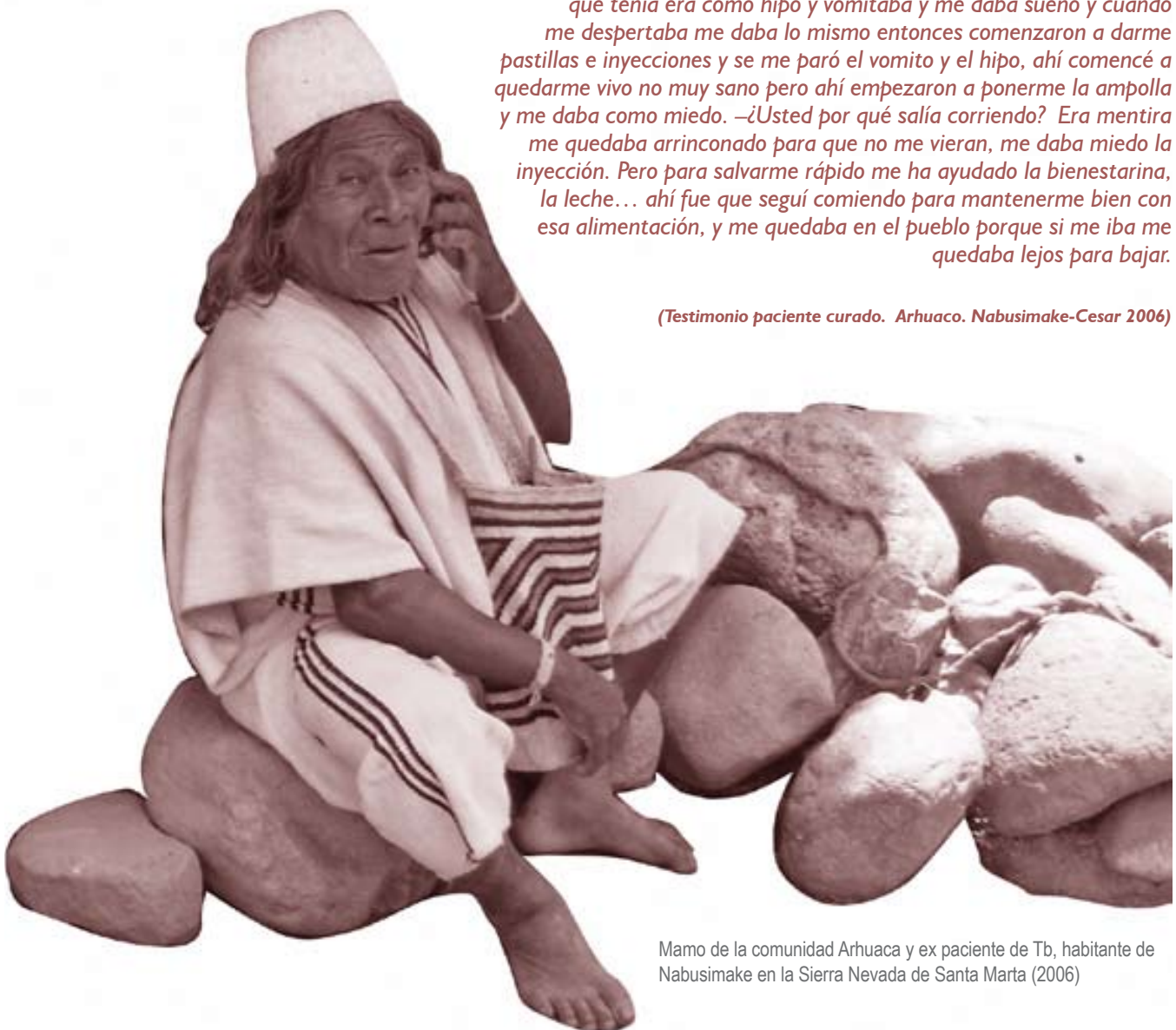
(...) Los meten a la cárcel y hay otro tipo de castigos, dependiendo de la falta, ellos ejercen su propia justicia interna.

*(Testimonio Gerente EPS Dusakawi.
Cesar 2006)*



(...) Me trajeron de la granja, no sabía a lo que me bajaron, me bajaron en chinchorro. —¿Y por qué lo bajaron en chinchorro? Porque yo no podía caminar, ni sabía lo que me hacían; me sacaron de allá y comenzaron a darme pastillas y me pusieron inyecciones. El dolor que tenía era como hipo y vomitaba y me daba sueño y cuando me despertaba me daba lo mismo entonces comenzaron a darme pastillas e inyecciones y se me paró el vomito y el hipo, ahí comencé a quedarme vivo no muy sano pero ahí empezaron a ponerme la ampolla y me daba como miedo. —¿Usted por qué salía corriendo? Era mentira me quedaba arrinconado para que no me vieran, me daba miedo la inyección. Pero para salvarme rápido me ha ayudado la bienestarina, la leche... ahí fue que seguí comiendo para mantenerme bien con esa alimentación, y me quedaba en el pueblo porque si me iba me quedaba lejos para bajar.

(Testimonio paciente curado. Arhuaco. Nabusimake-Cesar 2006)



Relación sector salud y paciente

Se puede anotar que son varios los factores culturales y otros externos que juegan un papel importante para la puesta en marcha y la sostenibilidad de la Estrategia DOTS/TAS en la comunidad, principalmente en las indígenas teniendo en cuenta la experiencia a la cual se hace referencia en este documento.

Para el caso de la relación sector salud-paciente, como lo refleja la línea de base realizada en la comunidad Arhuaca, las personas de las comunidades indígenas consideran que los equipos de salud brindan un buen servicio, circunstancia que favorece los acercamientos que por parte del sector salud se requieren para implementar con éxito la Estrategia DOTS/TAS.

(...) 52 cumplí, entonces me sentía mal, el esposo mío me decía ve al Dusakawi para que te cures, él me decía yo hago lo que sea para que te cures; ese día yo estaba mal, no me sentía en condición de nada, entonces salí y me fui al Dusakawi, me dio una gripa porque después de que dejé de tener hijos no me dio más gripa, entonces esta vez me dio una gripa en el pecho y yo tocía y tocía, me dolía la espalda y bueno entonces de tanto toser me tomaba los remedios y nada, entonces yo bajé al Dusakawi, la doctora me dio un jarabe, ese jarabe como que me destapó más pero no se me quitaba el dolor. Yo volví y bajé y le dije –doctora yo no me siento bien, ese dolor no se me quita por nada, entonces ella me dijo ve vamos a hacer unos exámenes a ver qué es lo que tiene, como me veían que yo estaba flaquita, eso era en los restos. Me hicieron tres exámenes pero salieron bien, entonces volvieron y me los hicieron y ya con esos sí, la doctora me mandó a decir que bajara con mi esposo o con un hijo, pero mi esposo no estaba, pero yo bajé con un hijo que tengo en Valledupar y ya me dijo, –bueno a usted le salió positivo....

(...) A los 8 días yo ya me sentí distinta, ya comía, ya dormía, me provocaba la comida, porque yo hay veces le decía al esposo mío, tráeme ésta cosita me la hacia y me la traía y yo ya no quería, pero a los ocho días me servían la comida y me la comía toda y ya empecé a comer y como él me traía el jugo de piña y me tomaba las pastillas con el jugo.

(...) Muy bueno, muy bien, todavía yo voy allá y para qué, allá a mí me tratan muy bien, a veces voy, cuando me siento muy mal voy allá y me mandan mis drogas, a veces me mandan vitaminas y así.

(Testimonio paciente Kankuama. Pueblo Bello- Cesar. 2006)

A lo largo de este documento sólo se ha mencionado a la IPSI Dusakawi como única entidad prestadora de servicios salud para los más de quince mil afiliados provenientes de las diferentes etnias que habitan en la Sierra. Resulta importante mencionar que a comienzos del año 2006 se crearon dos nuevas IPS indígenas para prestar servicios a sus respectivas etnias, la IPSI Kankuama y Wintukwa fundada y manejada por y para la comunidad Arhuaca de la zona.

De acuerdo a la información suministrada por Dusakawi IPSI el total de la población a la fecha de este informe, es de 14.514 afiliados distribuidos así: 5.127 pertenecientes a la etnia Wiwa, 3.324 Koguis, 6.063 Yukpas.



Mamo de la comunidad Kankuama en la casa de paso ubicada en Valledupar en compañía del promotor y traductor indígena de la comunidad Kogui, Sierra Nevada de Santa Marta (2006)

Los Kankuamos, Arhuacos e Ingas que pasaron a las nuevas IPSI suman alrededor de 30.000 afiliados.

(...) Bueno, para nosotros eso no es inconveniente, como ARS, porque esas mismas IPS fueron constituidas por los mismos resguardos de las etnias, la etnia Arhuaca constituyó su IPS, los Kankuamos constituyeron su IPS y las otras etnias se quedaron con Dusakawi IPS. Entonces ese mismo empoderamiento que hemos logrado con las etnias sobre la Tuberculosis va a seguir, porque ya eso se hizo, ahora esa IPS que ellos constituyeron, la identifican como propia, entonces hay esa colaboración con los de la IPS que les va a implementar allá cualquier programa en la zona, los promotores son de ellos mismos, son indígenas; entonces eso no va a trastornar que la sensibilización se pierda, la desconfianza de que halla otra nueva y ahora no, por ese lado no hay problema.

(Testimonio Gerente EPS Dusakawi- Cesar 2006)

Con la creación de las nuevas instituciones prestadoras de servicios de salud, son varios los retos que se enfrentan para la ejecución de acciones de prevención y control de la TB, entre ellos se podría mencionar el período

de transición que implica el ajuste administrativo de la apertura de una nueva IPSI, período en el cual podría afectarse la ejecución de acciones en la jurisdicción de cada una; sin embargo tienen como fortaleza el contar con personal de salud contratado por las nuevas IPSI que proviene de la IPSI Dusakawi y que por lo tanto tienen la formación y el entrenamiento para desarrollar las acciones propias para hacer la búsqueda del sintomático respiratorio, diagnosticar, supervisar y suministrar el tratamiento.

(...) Como plan B, tenemos que dejar en cabeza de la EPS Dusakawi la responsabilidad del Programa. Nos hemos estado reuniendo con las otras dos prestadoras de servicios Kankuama y Wintukwa precisamente dándoles lineamientos de la Estrategia DOTS/TAS, entonces se ha venido trabajando con ellos y ya hemos visto resultados en una de estas IPS, entonces pienso que si hay compromiso institucional, la idea es seguir trabajando y para dejar en cabeza de una sola persona el manejo del Programa de las tres instituciones que atienden a las comunidades indígenas.

(Testimonio funcionario Programa de Tuberculosis. Secretaria de Salud de Cesar. 2006)



Niñas y niños de la comunidad Kogüi en la Sierra Nevada de Santa Marta (2006)



Comunidad Awá en el corregimiento del Diviso,
municipio de Barbacoas en Nariño (2006)

Capítulo 3

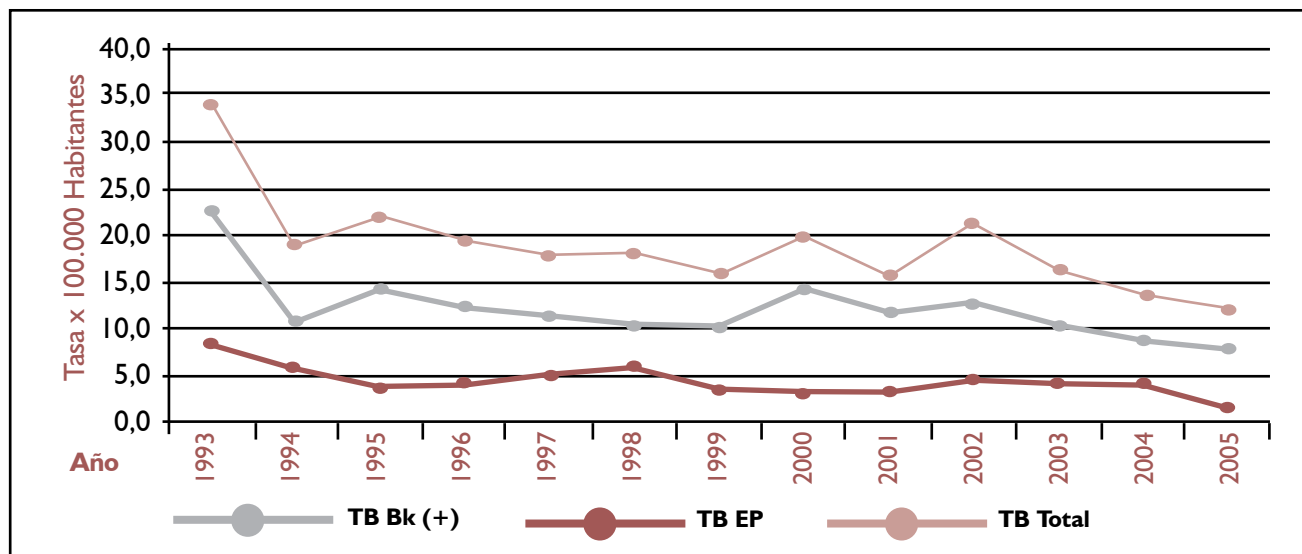
Tuberculosis en pueblos indígenas de Nariño



a. INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

El comportamiento de la tuberculosis en el departamento de Nariño ha marcado un ligero ascenso en los últimos trece años, sin embargo la mediana de la tasa de incidencia para TB de todas las formas entre 1991 y 2005 fue de 18,1 x 100.000 mil habitantes.

Gráfica 14. Incidencias de tuberculosis total y por formas, Nariño, 1993-2005



Fuente: Programa Nacional de Control de TB

La Estrategia DOTS/TAS fue implementada en el año 2002, lo que llevó a un aumento en la captación de sintomáticos respiratorios y por lo tanto aumento del número de casos positivos inicialmente. En los años posteriores en el departamento se ha registrado un descenso de la incidencia de la tuberculosis por todas las formas, pasando de 20,1 en el 2002 a 11,7 en el 2005 y para los Bk positivos pasó de 13,7 a 8,3 x 100.000 Hab respectivamente. (Gráfica 14).

Los casos reportados durante 2005 fueron en total 212. En los indígenas Awá para el mismo año, la incidencia fue de 85.5 casos por 100.000 habitantes, siendo los más afectados, situación que los ubicó por encima de los municipios con las tasas más altas de incidencia. Clasificando a esta comunidad como de alto riesgo en el departamento para tuberculosis.

Los municipios con las tasas más altas de incidencia por tuberculosis en 2005 fueron: Taminango (44,3 x 100.000 Hab.), Barbacoas (40,9) y Santacruz (40,4) (Tabla 6).

La población atendida de la etnia Awá para el 2005 fue de 15.200 habitantes, asentados en los municipios de Barbacoas, Tumaco, Ricaurte y Roberto Payán.

Tabla 6. Municipios con las más altas tasas de incidencia x 100.000 hab. Departamento de Nariño – 2005

Municipios con las más altas incidencias 2005	
Municipio	Incidencia x 100.000 Hab.
Taminango	44.3
Barbacoas	40.9
Santacruz	40.4
Policarpa	38.0
Tumaco	33.7
Tangua	30.0

Fuente: Informe 2005 – IDSN

Tabla 7. Pacientes nuevos con TB. Pueblo indígena Awá. 2004 - 2006

Año	Unipa Ips	Mun. Ricaurte	Mun. Barbacoas	Mun. Tumaco	Total pacientes Awá
2004	4	1	1	5	11
2005	11	1	3	2	17
2006	16	1	1	3	21

Fuente: Registros IPS Unipa – IDSN

El aumento de la tasa de incidencia en la población Awá en los últimos años, esta directamente relacionada con el resultado de la implementación de la Estrategia DOTS/TAS a partir del 2004 en la IPS indígena Unipa y en los municipios con población indígena, aspecto que permitió lograr una mayor captación de personas enfermas.

Los casos de TB por grupos de edad afectan más al grupo de 35 a 44 años donde se ubican el 24% de los casos, seguido del grupo de 45 a 54 con el 21% de los casos.

El 64% de los casos, que se han reportado en los últimos cuatro años en el departamento corresponden a población no afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud –SGSSS- y el restante 36% a población de régimen subsidiado y contributivo.

En el departamento la tasa de mortalidad por TB en todas sus formas registró 1.4 casos por 100.000 habitantes (Año 2005). La mortalidad según estudio de cohortes mostró

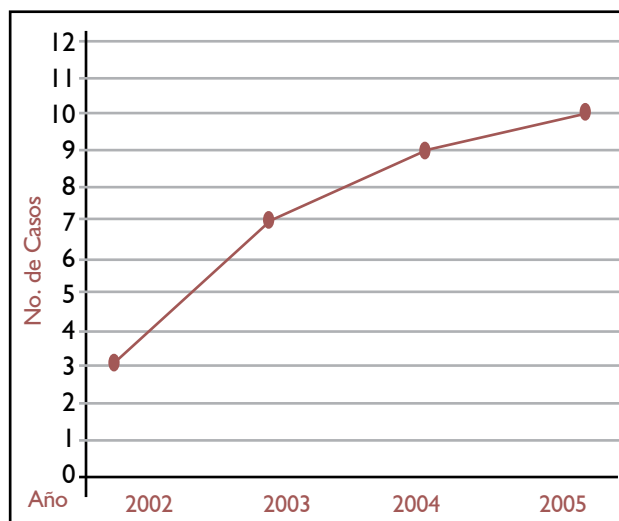
para el 2003 un 6.1% (11 casos) de muertes y 4.1% (6 casos) en 2004. Esto reflejó que la mortalidad en el 2004 según el estudio de cohorte disminuyó en referencia al año 2003 en dos puntos porcentuales.

En 2002 se reportaron tres casos con coinfección TB-VIH/Sida, en 2003 fueron siete, en 2004 se presentaron nueve casos y diez casos en 2005. Lo que muestra una tendencia al aumento en la notificación de este evento. Aproximadamente se registra el 4% de coinfección en el departamento. (Gráfica 15). En el año 2006 se notificó el primer caso confirmado de coinfección en una paciente indígena de la comunidad Awá.

Actualmente (2006 – 2007) se está realizando un estudio en el municipio de Pasto en conjunto con la Facultad de medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia para conocer el porcentaje de coinfección real y se espera canalizar en el 2007 a todos los pacientes con TB a consejería para prueba voluntaria de VIH en el departamento.



Gráfica 15. Número de casos con coinfección TB-VIH/Sida, Nariño 2002 – 2005



Fuente: Registros Programa TB – IDSN



Miembros de la comunidad Awá, habitantes de la casa de paso de la organización Unipa en el Corregimiento del Diviso, municipio de Barbacoas, Nariño (2006)

A partir de 1998 en el departamento de Nariño se obtuvo una cobertura de vacunación con BCG por debajo de la meta nacional establecida en 95%. Siendo para el 2004 del 74.6% y para el 2005 del 71.9%. La IPS Unipa, que atiende a población indígena, reportó coberturas de BCG de 35.2% para el 2005 y en los últimos 4 años no ha logrado coberturas útiles iguales o superiores al 95%.

En 2005 se registró un caso de meningitis tuberculosa en un niño menor de cinco años, y en mayores de quince años doce casos.

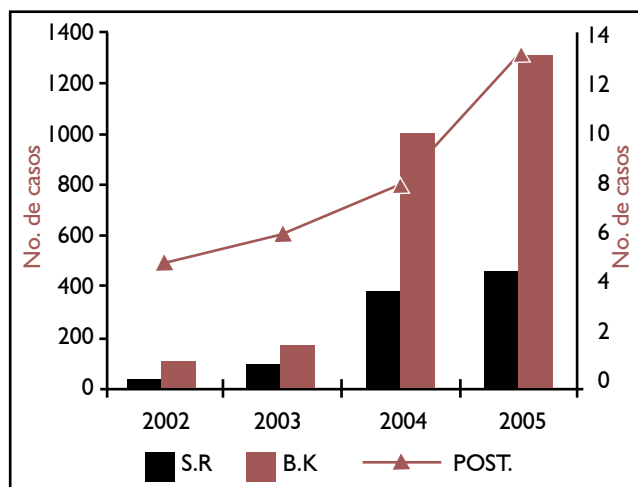
b. INDICADORES DE CONTROL DE GESTIÓN

Indicadores de captación

Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios

Para las comunidades Awá se observó un incremento marcado en la búsqueda con su consecuente aumento en la captación de pacientes Bk positivos entre 2002 y 2005. (Gráfica 16).

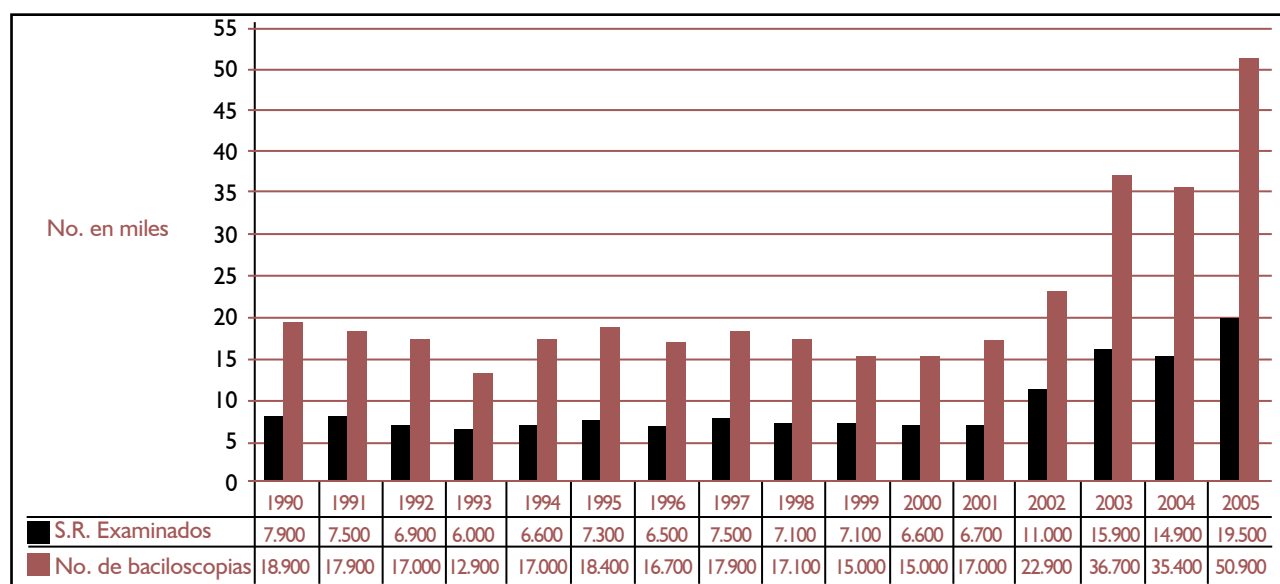
Gráfica 16. Número de SR, baciloscopias y casos Bk positivos en población Awá de Nariño 2002 – 2005



Fuente: Registros Programa TB – IDSN

El incremento en la búsqueda de sintomáticos respiratorios y baciloscopias de diagnóstico fue evidente en los años durante los cuales se ha implementado la estrategia DOTS/TAS alcanzando el valor más alto en el año 2005, de acuerdo al registro de los últimos 15 años (Gráfica 17). Esto da cuenta del compromiso del Instituto Departamental de Salud de Nariño en el transcurso de la puesta en marcha de la estrategia DOTS/TAS, al asignar personal exclusivo para el desarrollo de las actividades y apoyo a los municipios incluidos aquellos con población indígena.

Gráfica 17. Sintomáticos respiratorios examinados vs. Bk de diagnóstico realizadas, Nariño 1990 – 2005



Fuente: Informes mensuales de actividades - IDSN

Según la programación de sintomáticos respiratorios para el 2005, se alcanzó un porcentaje de cumplimiento en el departamento del 51%. Hay que tener en cuenta que la programación anual se realizó tomando el 5% del total de la consulta de mayores de quince años de primera vez y repetidas.



Auxiliar de enfermería de la IPSI Unipa responsable de la búsqueda de sintomáticos respiratorios de la comunidad Awá en los municipios de Barbacoas, Roberto Payán y Tumaco, Nariño (2006)

Positividad de la baciloscopia

De acuerdo a la información del Instituto Departamental de Salud de Nariño-IDSN, la mediana de la positividad de la baciloscopia entre 1993 y 2004 fue de 2,3%, lo cual indica que es necesario fortalecer el uso del cultivo de esputo para mejorar el rendimiento. Debe aclararse que cuando hay un incremento en la captación y examen de sintomáticos respiratorios, el indicador se hace progresivamente menor.

Para el año 2005, la positividad de la baciloscopia en la IPSI Unipa fue de 2.2 por ciento.

Concentración de la baciloscopia

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio para el departamento está alrededor de 2.4 baciloscopias. Es decir cercana a la media nacional aceptada. Para la IPSI Unipa la concentración para el año 2005 fue de 2.8 baciloscopias por sintomático.

c. INDICADORES DE SEGUIMIENTO

Análisis de Cohortes

De acuerdo a la información suministrada por el IDSN referente al estudio de cohortes de pacientes de TB, ha mejorado para el departamento la curación de pacientes, de 82.8% en el 2003, 85.3% en el 2004 y 86% en el 2005, con lo cual se logró alcanzar la meta nacional de curación trazada en al menos el 85% de los casos nuevos de tuberculosis Bk positivos.

La proporción de fallecidos disminuyó en dos puntos porcentuales, pasando de 6.1% (11 muertes) en el 2003 a 4.1% (6 muertes) en el 2004. Los abandonos se redujeron en tres puntos porcentuales, comparándolo antes de la estrategia (7% en el año 2001) y luego de la estrategia (4% en los años 2003 y 2004)

Para la población indígena Awá la cifra de curación en el 2004, año en que se implantó la estrategia DOTS/TAS, fue del 100 por ciento.

Desde el año 2004 se cuenta con una auxiliar de enfermería que viene consolidando el trabajo en el sentido de ir concientizando a los líderes de la comunidad indígena para lograr de ellos el apoyo al programa. Con eso se ha logrado la casa de paso, donde los indígenas van a recibir su tratamiento.

(Testimonio Director Programa TB. Nariño. 2006)

Los médicos tradicionales seguían con la idea de que era la pulmonía, gripa o que les llegó un mal aire, y que ya les ha de pasar, pero después los pacientes comenzaban a sentirse flaquitos. Comenzamos a hacer la búsqueda y se regó la información de que había una enfermedad que daba por tos, entonces algunos médicos tradicionales que son concientes le dicen miren ustedes tienen tuberculosis, también tiene mal aire y lo vamos a curar del mal aire.

(Testimonio auxiliar de enfermería IPSI-Unipa. El Diviso, Nariño. 2006)

Los regaño, les digo que se lo tomen para poder alentar y si no se le toma se mueren, entonces les entra miedo y se lo toman así debe ser para poderse alentar, cuando yo llego aquí me dan dos pastillas y me las mando y digo listo y me dicen como le fue Don Julio y yo les digo que bien.

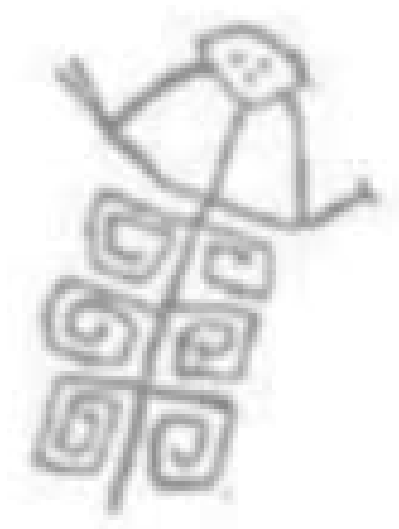
(Testimonio médico Tradicional El Diviso, Nariño. 2006)

Botaba gargajo, después botaba sangre. El médico me dijo que siguiera con el tratamiento, me siento mejor, sólo tengo mareo. A penas llevo dos semanas.

(Testimonio paciente Awá, en la Casa de Paso, El Diviso, Nariño 2006)

En estos momentos en el pueblo Awá han aumentado más los casos de tuberculosis, en algunos resguardos y en algunas comunidades; pues de todas maneras para nosotros es preocupante que en alguno de los resguardos ya ha habido casos de tuberculosis positivos, también hay pacientes que ya han recibido su tratamiento como es debido y hay otros difíciles de localizar, porque vivimos muy retirados, o los pacientes están lejos; por eso mismo hemos tenido esa dificultad. Como autoridades indígenas o como la IPS hemos hecho todo lo posible para llegar a esa comunidad o al resguardo conjuntamente con las autoridades indígenas, con los líderes de las comunidades.

(Testimonio Olibio Bisbicus, Representante Legal Unipa. Nariño, 2006)



d. Implementación Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Nariño

Paciente de TB en compañía de sus familiares, quienes se hospedan en la casa de paso de la IPSI Unipa, durante el tiempo que dura la I fase del tratamiento, Nariño (2006)



En esta zona del país se ha demostrado un alto compromiso por parte de las autoridades departamentales y municipales, frente a cómo intervenir el problema de la tuberculosis. Muestra de ello es el número de municipios que han adoptado la Estrategia DOTS/TAS; el Tratamiento ha sido directamente supervisado desde el año 2002, época en la que iniciaron cuatro municipios y a diciembre de 2006 ya se cuenta con 38 que implementan la estrategia, en los cuales se concentra el 98% de los casos de tuberculosis del departamento.

(...) Hemos ido consolidándonos como programa piloto para el resto del departamento y nos fuimos extendiendo a los municipios más grandes: Ipiales, Tumaco, Tuquerres y la Unión, posteriormente se avanzó con la estrategia a otros; con esto cubrimos el 98% del total de los municipios que reportan casos de tuberculosis, es decir el 98% de los casos del departamento hoy están cubiertos por la Estrategia DOTS/TAS.

(Testimonio Coordinador Programa de Tuberculosis . Nariño. 2006)

Y es justamente en el año 2002 cuando con la Estrategia DOTS/TAS se inicia el control de la TB en la comunidad indígena del pueblo Awá; desde entonces el Instituto Departamental de Salud de Nariño (IDSN) cuenta con el apoyo y la voluntad política de la Administración Departamental que se manifiesta principalmente, en la contratación de personal de salud para garantizar el funcionamiento de la estrategia en las zonas donde habitan los pobladores de la etnia Awá, ubicados en los municipios de Tumaco, Barbacoas, Roberto Payán y Ricaurte, compuestos por varias etnias, quienes tienen sus propias leyes y cultura, habitan en zonas muy apartadas de la carretera, aspecto que dificulta el acceso del personal de salud a todos los resguardos.

El proceso, con el paso del tiempo, se ha reforzado con capacitación a promotores de la etnia quienes se capacitan para hacer la búsqueda activa del sintomático respiratorio, toma de muestras, administración del medicamento y últimamente en la lectura de baciloscopias. Paralelo a estos procesos de formación el personal del IDSN adelanta un trabajo de abogacía con los diferentes líderes de la comunidad indígena para lograr de ellos el apoyo y vinculación a las acciones propias del Programa de Tuberculosis.

Para las autoridades de La Unidad Indígena del Pueblo Awá, Unipa, es muy importante contar con el IDSN comprometido en el control de la TB considerada por sus líderes como una de las principales causas de mortalidad en su etnia.

(...) Yo creo que nosotros como autoridades indígenas o como la IPS de todas maneras hemos hecho todo lo posible para llegar a esa comunidad o a ese resguardo conjuntamente con las autoridades indígenas, con los líderes de las comunidades, con el acompañamiento de los promotores y con el personal de salud de la IPS. También ha habido apoyo de la misma gente de la comunidad como docentes, y de todas maneras la responsabilidad es de todos nosotros para poder buscar casos de pacientes de algunas comunidades y de algunos resguardos.

(Testimonio Representante Legal Unipa-Nariño. 2006)

La IPSI de Unipa es una entidad de primer nivel que cuenta desde hace cinco años con el reconocimiento del Instituto Departamental de Salud de Nariño, como Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS; prestan servicios de promoción y prevención, atención médica y odontológica aproximadamente a 15.200 indígenas Awá. Su equipo humano está conformado por profesionales que no son indígenas y 24 promotores de salud, que pertenecen a la Organización y en su mayoría habitan en los resguardos.

(...) Se han desarrollado actividades de búsqueda de SR y educativas en la IPS Unipa y en otros centros de salud cercanos a ella y especialmente en la comunidades indígenas visitadas.

(Testimonio José Arturo García. Coordinador de Salud. Unipa. 2006)

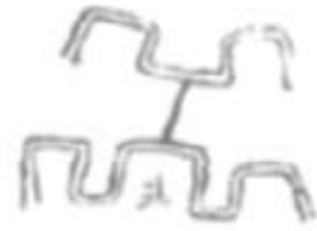
Desde el Instituto Departamental de Salud de Nariño y la IPS Unipa se trabaja coordinadamente para mantener la casa de paso Ishnu Purakinam Awá Yat ó (casa de familia Awá en recuperación), ubicada en el municipio de Barbacoas (corregimiento del Diviso). Allí se trasladan algunos de los pacientes en compañía de sus familiares para ser atendidos y recibir el Tratamiento Acortado Supervisado (TAS). Además les suministran alimentación para ellos y sus acompañantes, acción nutricional apoyada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– que provee la bienestarina (complemento alimenticio). A estas acciones se suma el apoyo que brinda el Banco de Ropa, que entrega vestuario a pacientes que no pueden suplir esta necesidad.

60

Otro aspecto fundamental que ha permitido avanzar satisfactoriamente en la implementación de la Estrategia DOTS/TAS es la obligatoriedad de incluir en los Planes Operativos Anuales (POA) y en los respectivos Planes de Atención Básica (PAB) de cada municipio el componente correspondiente a vigilancia, prevención y control de la tuberculosis como requisito de aprobación de la ejecución de acciones de promoción y prevención dirigidas a la colectividad.

(...) Vemos que los municipios hablan de la estrategia y la ponen como una meta importante en sus PAB, Planes de Atención Básica, porque además está ya reglamentada, es decir es de cumplimiento obligatorio; nosotros hemos cumplido con los puntos que se había pensado, incluso tenemos un cumplimiento sobresaliente de los indicadores que se habían planteado.

(Testimonio Directora de Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño. 2006)



Este proyecto del PAB incluye recursos que permiten desarrollar acciones de información, educación y comunicación en los lugares donde se registra presencia de sintomáticos respiratorios, visitas domiciliarias como una de las estrategias para llegar a los hogares de los pacientes que viven al área rural-urbana y garantizar el personal para que administre el tratamiento acortado supervisado en boca y capacitación del personal de salud en sus respectivas IPS, públicas o privadas, con el apoyo de funcionarios del IDSN.

Con respecto a la entrega del tratamiento para las dos fases, es el IDSN la única entidad que almacena los medicamentos y se responsabiliza de la distribución a los municipios, con el propósito de ejercer control y supervisión a los municipios y a la red de prestadores de servicios frente a la administración del mismo para los pacientes. De igual forma se realiza monitoreo a los equipos municipales frente al diagnóstico, a la supervisión estricta del tratamiento de cada paciente con TB y en general a cada uno de los componentes de la estrategia al momento de ser implementada.

(...) Pienso que existe una gran ventaja en diagnosticar pronto a los pacientes, para poder ofrecer otros meses y años más de vida, porque con la estrategia logramos curarlos, educarlos para que se prevengan y tratarlos a tiempo para evitar la cadena de transmisión, si no hubiera existido esta estrategia, quizás habría un gran número de contagiados y muertos por la tuberculosis.

(Testimonio auxiliar de enfermería responsable de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorios. Municipio de Barbacoas-El Diviso-Nariño. 2006)

(...) Bueno aquí la entidad que más afiliados tiene es Saludcoop que justo fue visitada dentro de la supervisión que tuvimos de los asesores internacionales de OPS/OMS al departamento. Visita durante la cual se registró satisfacción por el cumplimiento de los cinco componentes de la estrategia DOTS/TAS.

(Testimonio Coordinador Programa TB. Nariño. 2006)

Otro de los aspectos para destacar como parte de la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en el departamento de Nariño, se refiere a las alianzas establecidas con el sector educativo que en calidad de instituciones formadoras de recursos humanos médicos, enfermeras o auxiliares de enfermería, con base en las necesidades sentidas y evidencias de la presencia de la tuberculosis, se dieron a la tarea de conformar un grupo de estudio, el cual de manera periódica realiza discusiones en torno al tema, adelanta procesos de actualización científica y desarrolla investigaciones con

estudiantes de último semestre, quienes ya con el conocimiento y la formación en el tema, serán quienes se desempeñen como profesionales de la salud durante la prestación del año rural en las zonas de mayor incidencia de la TB. Con estos factores se logra poner a la tuberculosis en la agenda pública del sector educativo en la región.

(...) La ventaja que hoy vemos, es que mucho del personal de salud antiguo que trabaja en esos municipios nos comentan que ven la diferencia de un profesional formado en estas instituciones y un profesional formado en otras instituciones diferentes del país que llegan a la región.

(Testimonio Coordinador Programa Tuberculosis. Nariño. 2006)

Como otra de las alianzas se cuenta con el apoyo hecho a Ecuador como parte del convenio binacional para la atención a la población indígena que padece de TB en el área limítrofe, los Awá y los Emberas.

(...) Por esta razón vinieron a capacitarse aquí y les mostró lo benéfico que era el diagnóstico temprano y específico como el que manejamos nosotros. Además de mostrar como con la descentralización se puede llevar la estrategia a cualquier rincón del departamento por lejano que sea. Ellos en Ecuador tienen un método todavía anterior que no permite que se tome en otros sitios sino en donde está el laboratorio.

(Testimonio Directora de Salud Pública del Instituto Departamental de Salud de Nariño. 2006)



Equipo médico de la IPSI Unipa durante el desarrollo de trabajo de campo, Nariño (2006)

Mientras la comunidad académica y científica del departamento de Nariño discute y se prepara para ajustar sus acciones a las necesidades de salud que presenta la comunidad indígena con relación a la tuberculosis como una enfermedad de alto riesgo para sus comunidades en el territorio indígena, son varias las concepciones y creencias de índole cultural que tienen en torno a esta enfermedad, a la manera de abordarla y a la labor que desarrollan los médicos tradicionales de la comunidad Awá.

Un estudio de base comunitaria (N. Gil. OPS/OMS 2006) plantea que la primera causa a la que atribuyen la enfermedad es a la tos, a la gripe o a complicaciones de ésta. Por ejemplo, algunos de los integrantes del pueblo Awá piensan que se debe a bañarse acalorados. Cuando el síntoma persiste, algunos indígenas prefieren tratarse con remedios tradicionales, si después de un tiempo no presentan mejoría, acuden como última instancia al centro de salud.

Algunos médicos tradicionales manifiestan la dificultad de curar la tos persistente con la medicina tradicional y mucho menos, si ésta es causada por la “pulmonía” como llaman popularmente a la tuberculosis. Los Awá aseguran que es una enfermedad que le compete a la medicina institucional.

62

(..) También lo mandamos al médico cuando nosotros no aguantamos curar. Cuando comienza en una semana se cura, pero ya de 30 días lo mandamos al médico, allá le aplican inyecciones, droga... entonces ya viene la mejoría, pero en cambio si lo que da el médico no lo toman y lo guardan o lo dejan botado entonces no aguanta, si manda el médico el remedio hay que terminarlo y si termina entonces se siente bueno. A veces dice que se alentó y se va para su casa y no vuelve más entonces sigue grave hasta que se va encamando y ya toca cargarlo, hay mucho descuido de la gente. Yo les aconsejaba que se fueran al médico, me decían que los alentaré, entonces les decía váyanse porque yo no curo eso y se van.

(Testimonio médico tradicional. Alto Albi. 2006)



Auxiliar de enfermería durante la visita domiciliar a paciente de la comunidad Awá con TB en el corregimiento de la Guayacana, Nariño (2006)

(...) En principio eran reacios. Los médicos tradicionales seguían con la idea que era la pulmonía, gripe, que les llegó un mal aire, y que ya les ha de pasar, pero después los pacientes comenzaban a sentirse flaquitos. Comenzamos a hacer la búsqueda y se regó la información que había una enfermedad que daba por tos, entonces algunos médicos tradicionales que son concientes le dicen miren ustedes tienen tuberculosis también tiene mal aire y lo vamos a curar de mal aire.

(Testimonio auxiliar de enfermería responsable de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorios. Municipio de Barbacoas-El Diviso-Nariño. 2006)

Concomitante con estas concepciones tradicionales, la pérdida de peso (otro síntoma del SR), se ve entre los Awá como una enfermedad grave que debe ser atendida por las personas que trabajan en los centros de salud y hospitales. En el mismo estudio de base comunitaria (N. Gil OPS/OMS 2006) se registra cómo otros habitantes de la zona, consideran la pérdida de peso como una causa directamente relacionada con la tuberculosis, asegurando que puede ser “pulmonía”.

A estas creencias culturales se suma también la concepción de que es una enfermedad producto de la brujería. Lo que se considera como un factor de riesgo para la no adherencia al tratamiento.

(...) Durante el trabajo de campo se buscó a una paciente residente en el corregimiento de La Guayacana, quien ante la negativa de tomar el tratamiento y poco compromiso evidenciado por sus familiares, presentaba un estado avanzado y complicado de la enfermedad, por lo tanto debió ser trasladada al hospital de Tumaco, donde posteriormente falleció.

(Observación trabajo de campo. Corregimiento La Guayacana. Nariño. 2006)

(...) Precisamente al lado de mi casa vivía un médico tradicional que a veces me ayuda, una vez estaba allí un paciente y le dije usted qué hace acá, entonces me respondió que se iba a hacer curar porque tenía brujería, pero que el médico tradicional le dijo siga tomando las pastillas que eso es lo que le ayuda a hacer bien, así se recibe ayuda de esa parte. A veces enfermedades tradicionales las curan y colaboran con el tratamiento de la tuberculosis.

(Testimonio auxiliar de enfermería responsable de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorios. Municipio de Barbacoas-El Diviso-Nariño. 2006)

Durante el trabajo que hacen las personas del sector salud de concientización a los médicos tradicionales sobre los riesgos de que haya personas con tuberculosis en una comunidad, ellos ven que se trata de una enfermedad prolongada y de expectoración con sangre y saben que con la medicina tradicional no los

han podido curar, por eso se han transformado en personas que remiten pacientes a los centros de salud y hospitales para que reciban el tratamiento y para que se curen.

(...) Afortunadamente algún tipo de intervención contraria a que ellos reciban su tratamiento, no lo hemos tenido con los médicos tradicionales de la población Awá, esa ha sido una ventaja, incluso que los mismos pacientes con el apoyo de estos médicos tradicionales accedan al tratamiento acordado.

(...) Y el otro acercamiento que se ha logrado es a través de los promotores indígenas y del personal que tenemos allá, nuestra auxiliar de enfermería quien ha tenido que entrevistarse con ellos para capacitarlos y darles las herramientas necesarias para que ellos se conviertan en remisores de los pacientes con posible tuberculosis.

(Testimonio Coordinador Programa de Tuberculosis. Nariño 2006)

Por su parte, las directivas de la Organización Unipa manifiestan los esfuerzos de búsqueda de pacientes y del convencimiento de la posibilidad de cura y de tratamiento que existe para la enfermedad. Además de lo importante que es iniciar y tener el esquema completo de tratamiento, pese a las incomodidades que manifiestan algunos con respecto a las inyecciones, de lo contrario la enfermedad siempre seguirá contagiando a las familias, al resto de personas. Reconocen el esfuerzo realizado para llegar hasta donde está el paciente para que éste reciba el tratamiento adecuado, trabajo realizado por promotores de la IPSI Unipa y las auxiliares de enfermería adscritas al IDSN. En caso tal que las condiciones geográficas no favorezcan el desplazamiento del paciente o del equipo médico se les sugiere el traslado a la casa de paso del Pueblo Awá.



Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control

(...) Sí, eso me asusta un poco porque puede contaminar a la mujer, a los chiquiticos, es peligroso, pero en este tiempo no está contaminado todavía.

(Testimonio. médico tradicional. Alto Albi. Nariño. 2006)

(...) Con mi palabrería los convezco yo comienzo a decirle, mire usted tiene una enfermedad que si se trata en su casa se va a morir y va a matar a toditos los de su familia, los atemorizo en parte y, pues les doy confianza... –les digo aquí tienen su casa, van a tener alimentación todos los días, les vamos a dar su cama, su habitación, su estufa para que vivan, vamos a estar con el médico, le digo cualquier molestia que sientan por el medicamento o adicional los vamos a estar asistiendo, entonces ellos se quedan acá, toca tener modo de hablarles y de llegarles.

(Testimonio auxiliar de enfermería responsable de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorio. Municipio de Barbacoas-El Diviso-Nariño. 2006)



Reunión de médico tradicional con miembros de la comunidad Awá en la IPSI Unipa del corregimiento del Diviso, Nariño (2006)

64 A esos factores de índole cultural se suman factores externos que juegan un papel importante para la no adherencia al tratamiento y que en algunos casos se han convertido en barreras para la puesta en marcha y sostenibilidad de la Estrategia DOTS/TAS en comunidades indígenas, dentro de las cuales se puede mencionar: el bajo nivel educativo, las distancias geográficas para el acceso a los corregimientos, las difíciles condiciones económicas que tiene los Awá, la escasez de alimentos y el conflicto armado, al cual se enfrentan constantemente los habitantes de este región del país.

(...) Nosotros como Awá vivimos en la selva o en la montaña entonces es difícil el acceso y salir hacia la carretera, puesto que nosotros durante muchos años hemos vivido allá en nuestra comunidad, y lo otro es que en el área de salud por cuestión cultural nosotros somos reservados aún seguimos manteniendo la cultura propia, es muy difícil hacer entender a nuestras familias indígenas, por lo que hablamos nuestro idioma y por eso las dificultades son un poco complejas para que puedan entender qué es un área de salud, qué es una enfermedad.

(Testimonio Representante Legal Unipa. Nariño. 2006)

(...) La comunidad indígena Awá es extensa, es muy grande y tal vez en la carretera miramos gente que está bien vestida, de pronto con sus botas, con sus zapatos, pero muy adentro en las comunidades donde generalmente casi no se llega por la lejanía, hay personas que pueden estar enfermas y que no hablan español. Hay comunidades donde me queda difícil llegarle por el dialecto, se necesitan personas que los eduquen, yo pienso que el mayor pilar está en la educación y en el diagnóstico a tiempo de la enfermedad que sea haga en las comunidades.

(Testimonio auxiliar de enfermería responsable de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorios. Municipio de Barbacoas-El Diviso-Nariño. 2006)

Relación sector salud y paciente

Para el caso de la relación sector salud-paciente, como lo refleja la línea de base realizada en el pueblo indígena Awá (N. Gil 2006 OPS/OMS), al igual que los directivos IPS Unipa, coinciden en afirmar que los equipos de salud brindan un buen servicio, favoreciendo el acercamiento de los funcionarios a los pacientes, factor que facilita el trabajo para lograr la adherencia al tratamiento y el éxito al momento de implementar la Estrategia DOTS/TAS, tanto en el área urbana como rural.

(...) Los pacientes después de recibir asesoría personalizada y capacitación por parte del personal de salud de las IPS, deciden cómo les queda más fácil para tomar el tratamiento. Hay algunos que son diagnosticados y no pueden caminar por que tiene algún tipo de limitación física, entonces son atendidos directamente en sus casas por la promotora del área extramural quien está capacitada en la Estrategia DOTS/TAS. Esto se hace con el propósito de no perder al paciente.

(Testimonio enfermera jefe Programa de Tuberculosis. Nariño. 2006)

(...) Nosotros como autoridad o como comunidad hemos hecho la búsqueda o llegamos hasta allá para poder convencer al paciente, de que esa enfermedad es curable, es tratable y por lo tanto hemos hecho lo que está a nuestro alcance para convencer al paciente y así hemos logrado tener pacientes que no dejan de recibir su tratamiento, lo que nosotros siempre le recomendamos a la comunidad en general es arrancar y tener el tratamiento o su esquema completo, de lo contrario la enfermedad siempre seguirá contagiando a las familias, al resto de personas y pues nosotros hemos llegado a donde está el paciente y así hemos hecho convencer y así hemos tratado hasta que el paciente reciba su tratamiento adecuado.

(Testimonio Representante Legal UNIPA-Nariño. 2006)

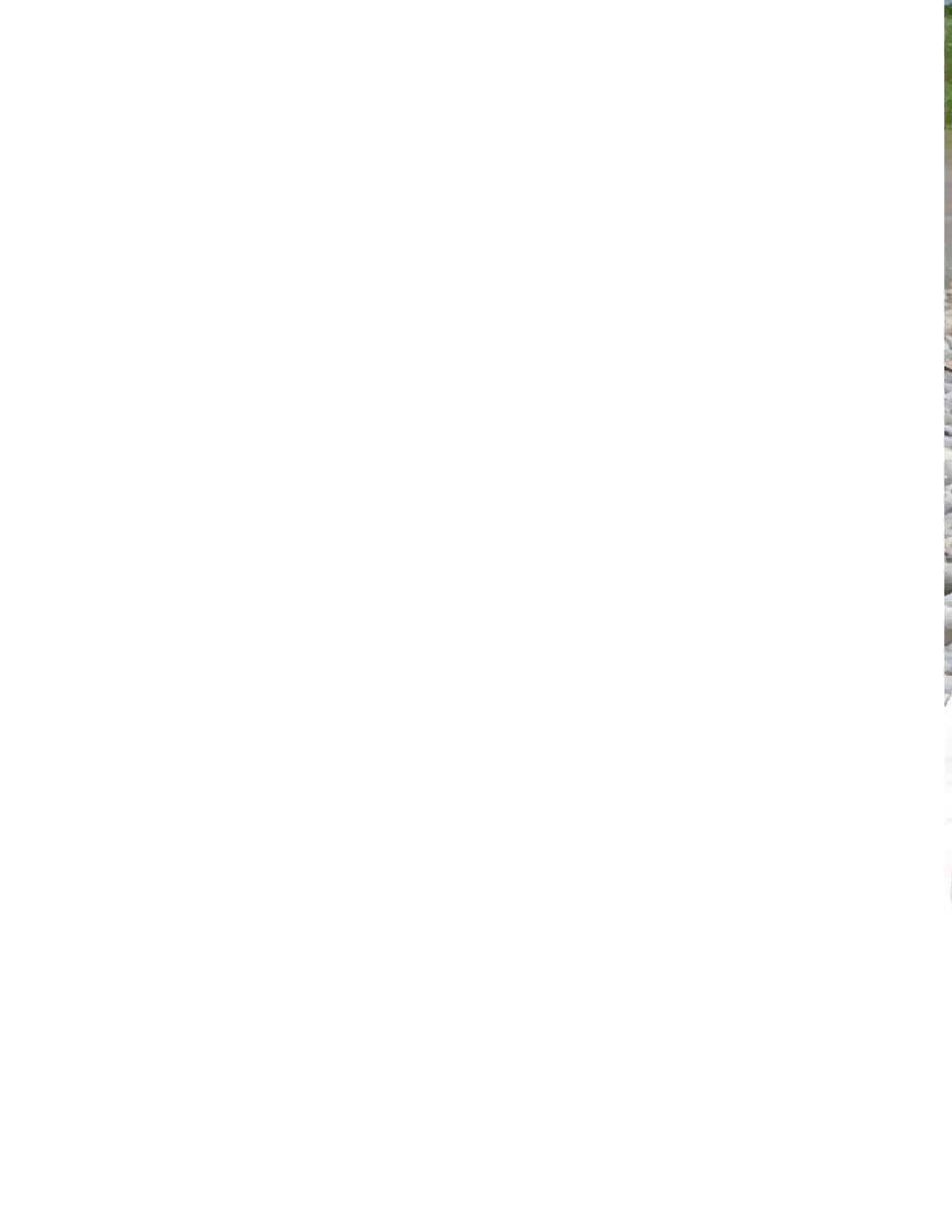
Las personas sujetos de este trabajo de sistematización de la experiencia DOTS/TAS, lo mismo que quienes hicieron parte del estudio de base comunitaria realizado a mediados del año 2006, coinciden al calificar la atención recibida en el centro de salud (Unipa - IPSI indígena) como de buena calidad, al igual que el trato en la casa de paso, a escasos metros de la IPSI donde son atendidos por el personal de salud contratado por el Instituto Departamental de Salud de Nariño o directamente por la Organización Indígena, aspecto que facilita la comunicación entre los pacientes y el personal de salud.

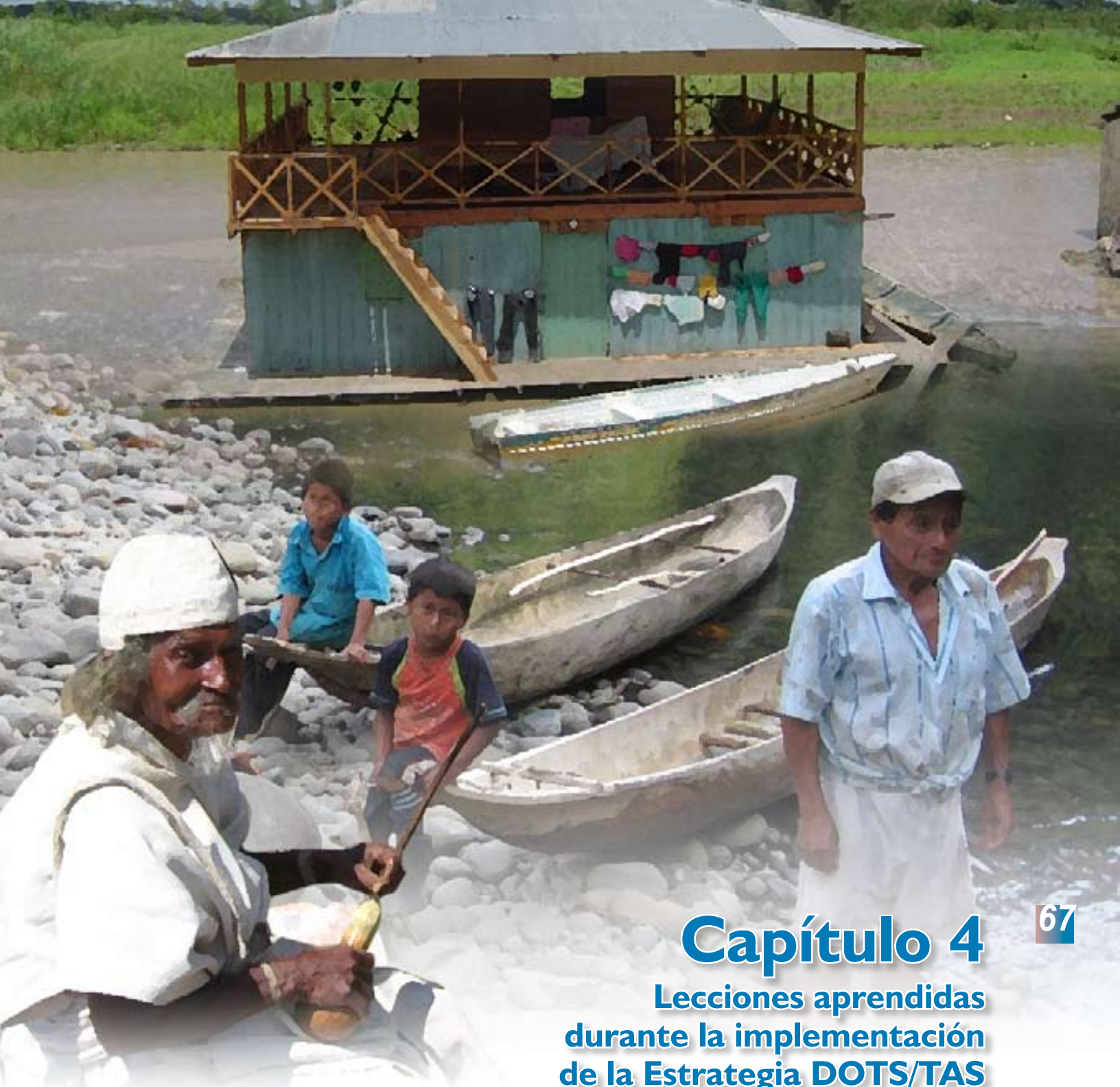
(...) Si bien, me trataban bien, eran buenos. Coladita me daban, agua panela y arroz.

(Testimonio estudio de base comunitaria 2006, paciente curado. Comunidad Cuasambi-Awá.)



Promotora de salud durante el suministro y toma del medicamento de la comunidad Awá en la casa de paso de la IPSI Unipa, Nariño (2006)





Capítulo 4

Lecciones aprendidas durante la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en los departamentos del Amazonas, Cesar y Nariño

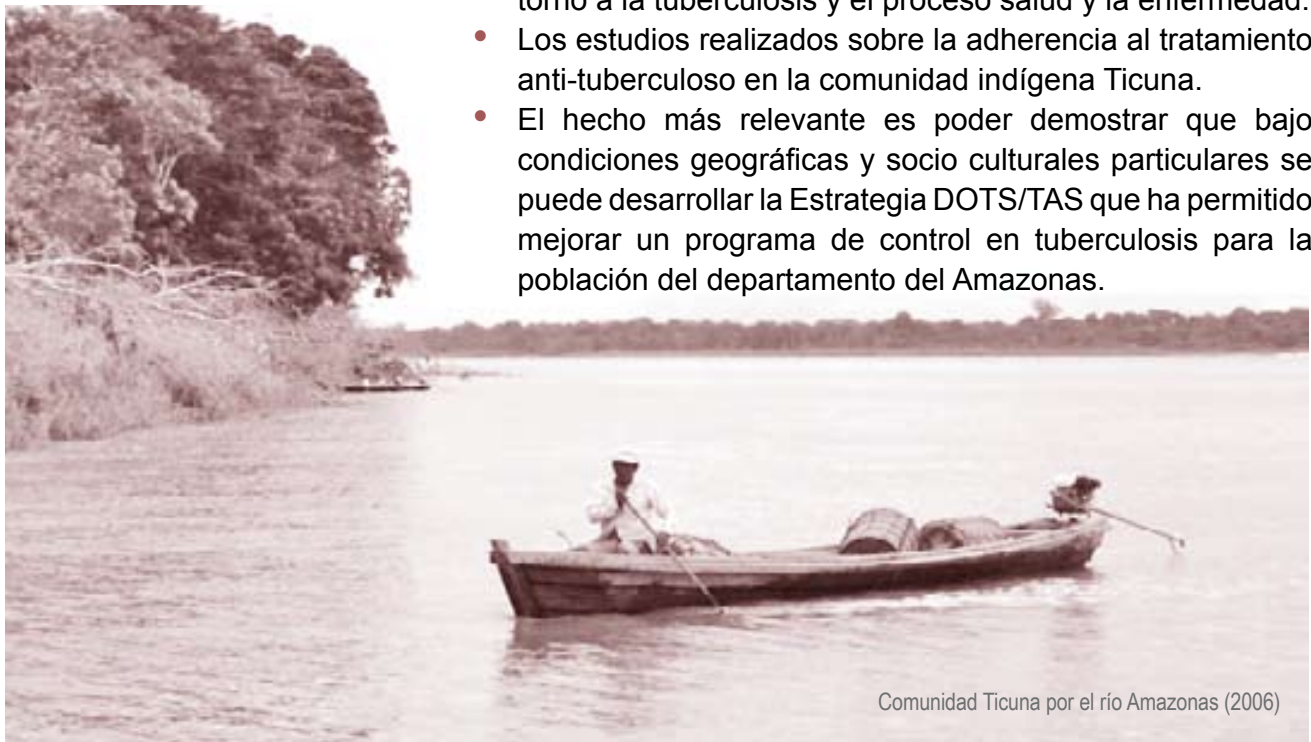
Integrantes de la comunidad Awá de Nariño; comunidad Arhuaca de Cesar y Ticunas del Amazonas, departamentos donde se implementa la Estrategia DOTS/TAS en los pueblos indígenas (2006)

Departamento del Amazonas

Logros:

- Con la implementación de la Estrategia DOTS/TAS ha mejorado el porcentaje de captación SR en los últimos dos años (2004: 80% y 2005: 79%) y elevado en un 12% los tratamientos exitosos.

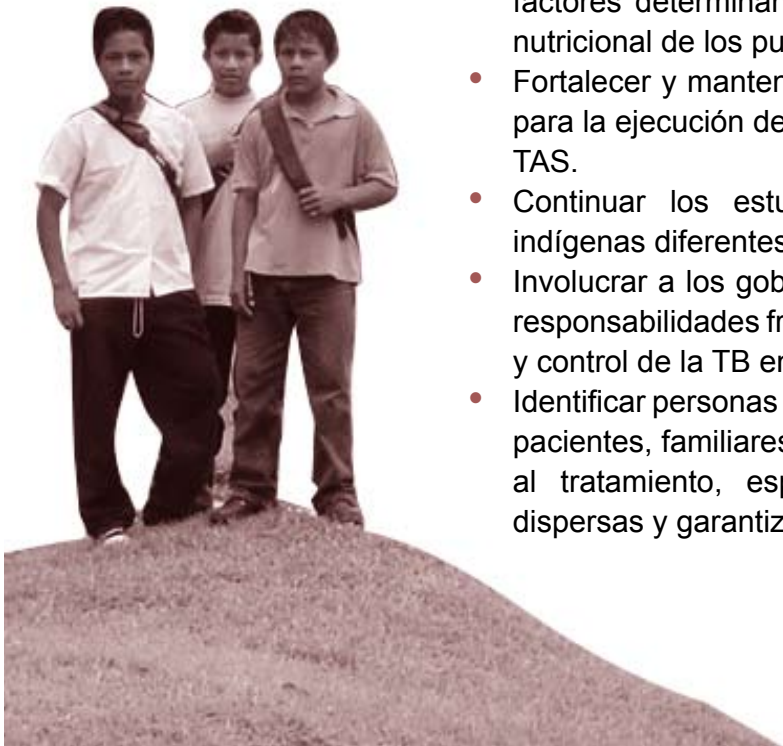
- El porcentaje de curación ha mejorado hasta lograr en los últimos dos años (2004 y 2005) porcentajes de 79% y 94%. Lo mismo que el tratamiento exitoso (2004: 89% y 2005: 94%).
- El fortalecimiento y desarrollo de los procesos de concertación entre la medicina occidental y la tradicional (suministrada por los curacas).
- La conformación y capacitación de la red de promotores indígenas en su mayoría de la etnia Ticuna en cada uno de los corregimientos del Amazonas.
- El proceso de corresponsabilidad logrado entre los diferentes actores involucrados en la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS con secretarías de salud, IPS, ARS, comunidad indígena, pacientes y el nivel nacional del programa.
- El compromiso de los funcionarios coordinadores del programa.
- La vinculación de auxiliares de enfermería provenientes de las diferentes etnias del departamento.
- La contratación, capacitación y entrenamiento que se hace a los promotores indígenas.
- La implementación del sello del sintomático respiratorio en la red de instituciones prestadoras de servicios de salud.
- La conformación de la red de vigilancia en salud pública de base comunitaria.
- Contar con una línea de base comunitaria ha permitido conocer las percepciones de la comunidad indígena en torno a la tuberculosis y el proceso salud y la enfermedad.
- Los estudios realizados sobre la adherencia al tratamiento anti-tuberculoso en la comunidad indígena Ticuna.
- El hecho más relevante es poder demostrar que bajo condiciones geográficas y socio culturales particulares se puede desarrollar la Estrategia DOTS/TAS que ha permitido mejorar un programa de control en tuberculosis para la población del departamento del Amazonas.



Comunidad Ticuna por el río Amazonas (2006)

Retos:

- Aumentar la concentración de la baciloscopia por pacientes
- Disminuir el número de muertes por TB
- Mejorar el seguimiento de los pacientes en cuanto a la baciloscopia de control al final del tratamiento para disminuir el porcentaje de los tratamientos terminados.
- Aumentar los porcentajes de vacunación de BCG para alcanzar coberturas útiles.
- Implementar acciones que faciliten la disminución de la tasa de incidencia
- Fortalecer actividades para aumentar la captación de Sintomáticos Respiratorios.
- Buscar y mantener el compromiso político (departamental y municipal) que permita y garantice la destinación de recursos económicos y técnicos en todo el departamento.
- Establecer un mecanismo de monitoreo para las actividades que ejecutan los Promotores Indígenas, que permita definir metas e indicadores de gestión y cumplimiento.
- Hacer estudios para determinar el verdadero porcentaje de sintomáticos respiratorios en el departamento, que permita hacer adecuada programación de la captación del SR ajustada a la situación real que tiene el departamento.
- Impulsar alianzas intersectoriales que permitan abordar factores determinantes de la TB, como lo es el estado nutricional de los pueblos indígenas del Amazonas.
- Fortalecer y mantener el equipo de salud departamental para la ejecución de las acciones de la Estrategia DOTS/TAS.
- Continuar los estudios cualitativos en comunidades indígenas diferentes a los Ticuna.
- Involucrar a los gobiernos locales para que asuman sus responsabilidades frente al tema de vigilancia, prevención y control de la TB en los pueblos indígenas.
- Identificar personas clave en la comunidad (pacientes, ex-pacientes, familiares, líderes) para mejorar la adherencia al tratamiento, especialmente en las zonas rurales dispersas y garantizar la estricta supervisión.



Departamento de Cesar

Logros:

- Se alcanzó una negativización por encima del estándar admitido calculado en el 80% (Guía Nacional de TB) aspecto que indica la eficacia de la Estrategia DOTS/TAS en los pueblos indígenas atendidos por la IPS Dusakawi.
- Los porcentajes de curación estimados en el 93% en los últimos cuatro años (2002-2005) por encima de la meta nacional calculado en 85%.
- Aumento en la captación de Sintomático Respiratorio en cuanto a la población indígena se refiere.
- El trabajo de abogacía adelantado con los líderes de las comunidades indígenas.
- El compromiso de los responsables del Programa de Tuberculosis.
- Las alianzas territoriales e internacionales para la construcción y adecuaciones de la casa de paso para garantizar adherencia al tratamiento.
- Las estrategias de información y comunicación implementadas para hacer difusión del Programa de Tuberculosis.
- El programa de radio semanal en el cual se tiene un espacio para informar sobre la enfermedad y hacer difusión de las actividades a desarrollar.
- La coordinación constante y permanente entre la Secretaria de Salud Departamental y la IPSI Dusakawi para hacer control y seguimiento a las actividades relacionadas con el Programa de Tuberculosis.
- La coordinación entre las nuevas IPSI (Kankuama y Wintukwa)
- Vinculación de tipo contractual de un mamo para el apoyo a las acciones de la IPSI Dusakawi.
- La aceptación, respeto y entendimiento por las tradiciones culturales de las diferentes etnias.
- La vinculación de algunos mamos a los procesos de capacitación relacionados con la tuberculosis como enfermedad y riesgo para la salud pública de sus comunidades.
- La conformación de redes de microscopistas para garantizar un diagnóstico oportuno.



Pueblo indígena de la comunidad Arhuaca en Nabusimake, Sierra Nevada de Santa Marta (2006)



Panorámica del pueblo indígena en Nabusimake (lugar sagrado de reunión de la comunidad Arhuaca) Sierra Nevada de Santa Marta (2006)

Retos:

- Garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención y control de la tuberculosis por parte de las nuevas IPSI.
- Empoderar a las secretarías de salud municipales para que ejecuten sus acciones en el marco de las responsabilidades normativas que tienen.
- Vincular a pacientes, ex – pacientes, familiares y líderes como estrategia para garantizar la supervisión del tratamiento en comunidades nómadas o dispersas en áreas rurales.
- Fortalecer el trabajo ínter programático entre el PAI y VIH/Sida.
- Identificar y caracterizar el problema de la coinfección TB/VIH y propiciar trabajo articulado para garantizar el acceso de pacientes con TB a la consejería y prueba voluntaria de VIH.
- Impulsar el uso del cultivo como método diagnóstico en los casos Bk negativo con persistencia de la sospecha de TB.
- Avanzar en estudios para identificar los factores sociales y culturales que inciden en la adherencia al tratamiento por parte de las diferentes etnias en el departamento.
- Fortalecer y mantener los acercamientos y concertaciones con los líderes de cada comunidad para garantizar la sostenibilidad de las acciones de prevención, vigilancia y control de la TB.

Departamento de Nariño

Logros:

- Reducción de la incidencia de TB por todas sus formas, pasando de 18.5/100.000 habitantes en 2000 a 11.3 en el 2005.
- Reducción de la mortalidad y letalidad entre 2000 y 2005, pasando de 0.13/10.000 a 0.03/10.000 y de 9.6% a 4%, respectivamente.
- Ampliación de la cobertura con la Estrategia DOTS/TAS, pasando de cuatro municipios en 2002 a 38 municipios en 2006. Esto ha implicado mejorar el porcentaje de curación pasando de 72.8% en 2000 a 85.4% en 2005 y reducción de los abandonos, pasando de 8.3% a 3.9% durante el mismo período.
- La organización administrativa lograda por el Programa de Tuberculosis en el Instituto Departamental de Salud de Nariño que facilita la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS y sus respectivos componentes. Esto es el resultado del compromiso político de las autoridades sanitarias de Nariño y de su equipo técnico.
- La transferencia de conocimiento de los beneficios de la estrategia a Ecuador como país fronterizo que comparte la problemática que afecta a los pobladores indígenas del área fronteriza.
- La conformación del grupo académico de estudio y discusión departamental de tuberculosis, como un espacio científico y técnico que provee información útil para la toma de decisiones.
- La supervisión, monitoreo y evaluación del personal que desarrolla acciones de la Estrategia DOTS/TAS en los municipios.
- La ínter institucionalidad para la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en la red pública y privada del departamento.
- El trabajo adelantado entre el sector técnico y el tradicional para desarrollar la Estrategia DOTS/TAS.
- Los procesos de información, educación y comunicación a través de la incorporación de campañas en lengua Awá y el uso de medios de comunicación regionales y comunitarios.
- La casa de paso para garantizar el tratamiento supervisado en boca a los pacientes que tienen dificultad de acceso por vías o problemas de orden público.
- La obligatoriedad de la inclusión de un proyecto para vigilancia, prevención y control de la Tuberculosis en los Planes de Atención Básica –PAB- de los municipios.

72



Retos:

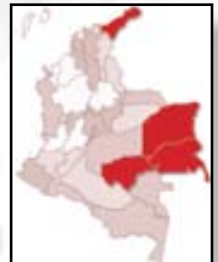
- Diseñar acciones que permitan mantener dentro del programa de TB a los pacientes en tratamiento, para evitar los porcentajes de transferencias entre una institución de salud y otra, y disminuir el abandono de quienes son incluidos en el programa.
- Aumentar la captación de sintomáticos respiratorios en los municipios con la estrategia.
- Fortalecer los procesos para que las autoridades indígenas y los municipios asuman responsabilidades y lograr la sostenibilidad de las acciones de control de TB en pueblos indígenas de Nariño, incluyendo la vinculación de personal, a cargo de los municipios e IPSI UNIPA, que ejecute las acciones respectivas.
- Ampliar al 100% de municipios del departamento la Estrategia DOTS/TAS.
- Mejorar la captación del sintomático respiratorio e implementar en forma sistemática el examen de cultivo de esputo.
- Promover estrategias para propiciar el diagnóstico oportuno de pacientes bacilíferos en aquellos sitios en donde hay dificultades de acceso a actividades de diagnóstico.
- Hacer énfasis en el control bacteriológico mediante baciloscopia de los pacientes en tratamiento a fin de verificar el estado de curado de los pacientes que salen de las diferentes cohortes.
- Fortalecer las estrategias de colaboración interprogramática con los grupos que en el departamento trabajan en PAI y VIH/Sida, con el fin de lograr coberturas útiles de vacunación con BCG en menores de un año y atender de forma integral a las personas con coinfección TB/VIH/Sida.
- Mejorar y sostener la incorporación de acciones de Información, Educación y Comunicación (IEC) a la población indígena para fomentar la búsqueda de SR y el diagnóstico oportuno.
- Lograr la permanencia y el sostenimiento de la casa de paso con la participación decidida de las autoridades Indígenas.



Coordinador de la IPSI Unipa ubicada en el corregimiento del Diviso, municipio de Barbacoas, Nariño (2006)



Integrantes de la comunidad de Nukak Maku, Sikuany, Guayaveros, Wiwas y Koguis ubicados en los departamentos de Guanía, Guaviare, Vichada y la Guajira; departamentos donde a partir de 2006 se inició el trabajo para la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de la zona (2006)



Capítulo 5

Situación de la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en los pueblos indígenas de los departamentos de Guanía, Guaviare, la Guajira y Vichada

En los departamentos de Guanía, Guaviare, la Guajira y Vichada las autoridades sanitarias y administrativas han mostrado voluntad política para la puesta en marcha de la Estrategia DOTS/TAS en los pueblos indígenas de su jurisdicción. Estos cuatro departamentos fueron vinculados al proyecto cofinanciado por ACDI/CIDA y OPS/OMS de manera paralela a mediados

del año 2006. Sin embargo, en mayor o menor grado habían implementado acciones en el marco de la Estrategia DOTS/TAS en años anteriores, pero se propuso su inclusión debido a que tienen población indígena, dificultades de acceso geográfico, alta dispersión poblacional y tasas de incidencia de tuberculosis que han aumentado en los últimos años.

En estos departamentos el Tratamiento Acortado Supervisado es administrado en su totalidad por el personal de las secretarías de salud departamentales y municipales; la vinculación de otros actores todavía es limitada. Es el caso del municipio de Inírida capital del Guainía y del departamento de la Guajira donde el compromiso de las autoridades aún se muestra incipiente.

Un factor relevante al momento de implementar la Estrategia DOTS/TAS en los cuatro departamentos es la condición geográfica que tienen, lo que hace que la población indígena que allí habita esté ubicada de manera dispersa; aspecto que dificulta la posibilidad de realizar un diagnóstico oportuno a los pacientes.

Otro factor a tener en cuenta en la implementación de la estrategia es la esfera de las características étnico - culturales de cada comunidad indígena las cuales, de no ser abordadas de forma adecuada, constituyen barreras que afectan la adherencia al tratamiento de TB. Por lo tanto, es importante desarrollar procesos de concertación con las autoridades tradicionales para facilitar los procesos de adecuación al manejo de los casos en cada uno de los cuatro departamentos.

Como una de las acciones iniciales para fortalecer la Estrategia DOTS/TAS, en el marco del proyecto ACDI/CIDA-OPS/OMS, un equipo de profesionales del nivel nacional (Instituto Nacional de Salud y OPS/OMS) se desplazó a los departamentos para adelantar capacitaciones dirigidas al personal de salud de

las IPS públicas y privadas y a los promotores indígenas.

Durante los encuentros de actualización se trataron temas relacionados con el programa de control de TB y de la Estrategia DOTS/TAS (con énfasis la búsqueda del sintomático respiratorio, el seguimiento del tratamiento suministrado a los pacientes y la supervisión estricta que se hace al momento de la toma de los medicamentos antituberculosos); además de aspectos operativos como el diligenciamiento de los registros (fichas y libros) propios del programa.

En la capacitación se trabajó con los promotores indígenas en procesos de entrenamiento para desarrollar acciones de microscopia que faciliten la realización del diagnóstico en sus sitios de trabajo. Esto con el propósito de hacer eficiente el proceso de captación de pacientes y de minimizar los obstáculos geográficos y de acceso de los pacientes al Programa de Tuberculosis.

Teniendo en cuenta lo anterior se observa que los departamentos aún se encuentran en desarrollo de la fase I de la Estrategia DOTS/TAS en la cual se da prioridad a la organización del tratamiento estrictamente supervisado en las unidades de atención primaria de la red pública (documento OPS/OMS. Gestión del Programa de Tuberculosis a nivel nacional E2).

El período de tiempo necesario para completar cada fase es variable, dependiendo de los recursos financieros, apoyo interinstitucional, organización de la infraestructura de salud, colaboración del personal de salud, participación comunitaria y, principalmente la voluntad política de otorgar prioridad a la expansión de la estrategia. A lo anterior se suma el aumento y fortalecimiento de la capacidad diagnóstica de la red para mejorar la detección de casos mediante la baciloscopia y a continuación se debe expandir las actividades de búsqueda

de sintomáticos respiratorios (documento OPS/OMS. Gestión del Programa de Tuberculosis a nivel nacional E2).

Al mismo tiempo que se fortalecen las actividades específicas del programa, es necesario trabajar de manera interinstitucional e incluso intersectorial en el desarrollo de proyectos que propendan por el mejoramiento de los determinantes como la mala nutrición que existe en la mayoría de los departamentos que hacen parte del proyecto.

El principal énfasis en los departamentos debe dirigirse a aumentar la capacidad de la red diagnóstica por baciloscopia; luego se deben expandir las actividades de búsqueda de sintomáticos respiratorios en las zonas y mejorar la detección de casos de Bk mediante técnica de laboratorio realizadas con calidad y así, suministrar tratamiento acortado supervisado, lograr la curación del mayor número de pacientes afectados por la TB y disponer de información básica para la evaluación de los avances en el control de la enfermedad.

Situación Epidemiológica

Durante el trabajo de campo realizado por el equipo de profesionales de instituciones nacionales e internacionales, se logró obtener información relacionada con la situación epidemiológica existente en los siguientes cuatro departamentos la cual se presenta a continuación:

a. DEPARTAMENTO DE GUAINÍA

La incidencia de tuberculosis en todas las formas en los últimos cinco años ha oscilado entre 56.5 casos por 100.000 habitantes en 2000 y 14.2 en 2005, observándose un aumento en 2002 (58.1 casos x 100.000 Hab.), año en el que se superó la tasa de incidencia nacional.

El 80% de la población del departamento es indígena; en los últimos seis años (2000 a 2005) entre 70% y el 80% de los casos de tuberculosis se presentaron en éste grupo poblacional.

En lo que respecta a la tasa de mortalidad por TB pulmonar, para el 2000 fue de 2.7 x 100.000 Hab., para el 2001 y 2002 fue de 5.2 y 5.1 x 100.000 Hab, respectivamente, en estos años en los que se registraron



Promotor indígena durante el proceso de capacitación para la implementación de la Estrategia DOTS/TAS, Guainía (2006)



las tasas más altas de mortalidad, para luego descender a 2.5 y 2.4 x 100.000 Hab., en los años 2003 y 2004. Estas muertes ocurrieron durante la administración del tratamiento, por lo que no están confirmadas como fallecimientos asociados a la enfermedad y por lo tanto no se puede determinar la letalidad.

Las cifras registradas en el departamento de Guainía reflejaron un comportamiento de la incidencia de TB pulmonar entre el 2000 a 2005 similar al número de sintomáticos respiratorios captados en este período. El registro para estos años de captación fue del 17.2% en 2000; 18.9% en 2001, del 20.2% en 2002, 23.2% en 2003, 49.2% en 2004 y de 17.6% en 2005. Es necesario incrementar la búsqueda de sintomáticos respiratorios en el departamento ya que en 2004, año en que fue mayor el porcentaje, no se superó el 50% de captación de SR.

La mediana de la positividad de la baciloscopia entre 2000 y 2005 fue de 4,5%. Sin embargo, se observaron valores extremos que oscilaron entre el 9.0% y 8.2% en los años 2000 y 2001, así como 3.0% en 2003 y para 2005 se registró una positividad de 2.3%.

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio para el departamento está alrededor de 2.4 baciloscopias. Cifra que se aproxima al límite aceptable para el país de 2.5.

De acuerdo al análisis de cohortes de los últimos cinco años, el departamento de Guainía tiene un porcentaje de curación bajo, siendo

para 2003 de 22.2% y para 2004 de 9.1%. En este último año el porcentaje de tratamientos terminados alcanzó el 50%.

Otro aspecto que afecta el programa es el porcentaje de abandonos, que para el año 2003 fue del 66.7%, así como de remitidos y fallecidos.

b. DEPARTAMENTO DEL GUAVIARE

La incidencia de tuberculosis en los últimos cuatro años en el departamento muestra una leve tendencia a la baja en el 2005, debido a la disminución en la búsqueda de casos. Para 2002 la tasa de incidencia fue de 23.06 x 100.000 habitantes, en el 2004 fue de 36.13 x 100.000 Hab. y 25.48 x 100.000 Hab., en el 2005.

Del total de casos, el 32.7% corresponde a población indígena, siendo el 94% tuberculosis Pulmonar. El 97.6% (37 casos) pertenecían al municipio de San José del Guaviare y el 2.4% (un caso) a Miraflores. El 74.5% de los casos fueron diagnosticados por baciloscopia.

Para la población indígena el grupo de edad más afectado son los menores de quince años, seguido por los grupos entre 15 a 24 años y 45 a 54.

La tasa de mortalidad por TB pulmonar se mantuvo constante hasta el año 2004 con 0.8 por cada 100.000 Hab., para 2005 aumentó a 2.2 x 100.000 Hab. No es posible estimar la letalidad.



Capacitación a comunidades indígenas para poner en marcha la Estrategia DOTS/TAS, Guaviare (2006)

En el departamento de Guaviare entre 2002 y 2005 se observó un comportamiento disímil entre la incidencia de TB Pulmonar y el número de SR examinados debido a la inadecuada programación y búsqueda de estas personas.

Para el año 2002 el número de SR examinados fue de 760, para el 2003 fue de 664, en 2004 de 560 casos y finalmente en el 2005 el número de examinados fue de 659 casos. Es importante mencionar que la información se presenta en números absolutos, teniendo en cuenta que no existen porcentajes de captación.

De acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud departamental, la mediana de positividad de la baciloscopia entre 2002 y 2005 fue de 4,9%, con valores extremos de 7.3% en 2004 y 3.9% en 2002.

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio en el departamento fue alrededor de 2.4 baciloscopias, cifra que se acerca al limite aceptable para el país de 2.5 y que el departamento alcanzó para el año 2005.

De acuerdo al análisis de cohortes de los últimos tres años, el departamento del Guaviare tiene un porcentaje de curación aún bajo. En el 2002 fue de 64.7%, en 2003 58.1% y para el 2004, 48.7 por ciento.

En 2002 el porcentaje de tratamientos terminados fue del 23.5%, para 2003 fue 22.6% y en 2004 se logró disminuir al 10.3%. Para 2004 el porcentaje de abandonos fue de 25.6%, cifra que demuestra la falta de adherencia al tratamiento y seguimiento del mismo.



Personal de salud durante el proceso de capacitación en municipio de Dibulla departamento de la Guajira (2006)

c. DEPARTAMENTO DE LA GUAJIRA

La mayor frecuencia de casos de tuberculosis en el departamento se observa en población indígena. Las etnias más afectadas son: Wayúu que habitan la zona norte del departamento, en los municipios de Uribia, Manaure, Maicao y los de la etnia Kogui, Arzarios y Wiwa que habitan en la zona media en el municipio de Dibulla en la Sierra Nevada de Santa Marta.⁴

En los últimos años el comportamiento de la TB marcó un ligero ascenso; la mediana de la tasa de incidencia para TB por todas las formas entre 1991 y 2004 fue de 85,3 x 100.000 Hab., clasificando a la Guajira como un departamento de muy alto riesgo.⁵

La población de mayor riesgo es la que habita en la zona media del municipio de Dibulla con una tasa de incidencia de TB calculada en 1.336,8 por cada 100.000 habitantes. La totalidad de los casos proceden del área rural dispersa de la

Sierra Nevada de Santa Marta (habitada por población indígena de las etnias Kogui, Arzarios y Wiwas) en quienes se calcula una tasa de incidencia específica de 2.646,1 por cada 100.000 Hab. (Población indígena: 9.090 Hab.)⁴

Los casos reportados para 2004 fueron 436, de éstos el 38% (166 casos) fueron reportados por el Centro de Salud de la comunidad San Antonio ubicada en la Sierra Nevada (municipio de Dibulla), habitado en su totalidad por indígenas de la etnia Kogui. Para 2005 el departamento de La Guajira reportó 513 casos de TB, de los cuales el 57% (292 casos) fueron reportados por el centro de salud de la comunidad de San Antonio de esta misma población indígena.

80

La atención en salud para la población indígena en esta zona de la Sierra Nevada la hace la IPS Gonagüindua Ette Enema y la red pública del municipio a cargo del centro de salud de San Antonio de la Sierra, donde igualmente se hace el diagnóstico de TB.

La población indígena a atender en esta zona es de aproximadamente 9.269 afiliados, por lo cual la incidencia para el 2004 fue 2.125 por 100.000 habitantes, de ellos 7.200 son indígenas de la etnia Kogui para una incidencia específica en 2004 de 2.736 por 100.000 habitantes, situación que ha persistido en los últimos años. Es de anotar que para 2005 esta circunstancia se evidenció con mayor gravedad dado que el número de casos fue de 248 para una incidencia en la zona de 2.676 por 100.000 Hab. y una incidencia específica para la etnia Kogui de 3.444 casos por 100.000 habitantes, todos reportados con baciloscopia positiva.

La tasa de mortalidad por TB pulmonar para el departamento en el 2003 fue de 4.3 x 100.000 Hab. y para 2004 de 2 x 100.000 Hab. Los municipios con mayor tasa de mortalidad en 2004

4 Perfil epidemiológico 2003. Departamento de la Guajira. Secretaría Departamental de Salud
5 García I. Día Mundial de la TB. Informe Quincenal epidemiológico nacional 2004; 9(3):41-44

fueron: Dibulla, Manaure, Riohacha y Uribia.

El porcentaje de letalidad de la tuberculosis en el departamento fue de 4.5% para 2003 y 2.3% en 2004.

El porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios para el departamento de la Guajira muestra un comportamiento similar con la incidencia de TB baciloscopia positiva durante los años 2000 a 2005. El valor inferior se registró en el 2001 con 13.1% y en el 2005 con 24 por ciento.

De acuerdo a la información suministrada por la Secretaria de Salud Departamental, la mediana de la positividad de la baciloscopia entre los años 2000 a 2004 fue de 11,9%, cifra superior a la nacional que oscila entre el 4 y 5 por ciento.

Para el municipio de Dibulla, la situación es alarmante dado que, de acuerdo a los registros de la autoridad sanitaria en el municipio, la positividad aumentó en los últimos años y tiene una mediana de 70.2%, aspecto que refleja lo tardío en la captación de casos en esta zona y la alta transmisibilidad.

La concentración de baciloscopias por pacientes sintomático respiratorio para el departamento está alrededor de 2.2 baciloscopias. Para la población indígena de la zona del municipio de Dibulla durante los últimos cinco años (2001-2005) se observó que la mediana fue de 1.0 baciloscopia por sintomático respiratorio.

En cuanto al análisis de cohortes en 2003 se encontraron los siguientes resultados: del total de casos evaluados (438 casos), el 75.3% resultaron curados, el 9.5% corresponde a tratamientos terminados, abandonaron el tratamiento un 8%, fallecidos el 4.6%, transferidos el 2.5% y fracasaron al tratamiento el 0.9 por ciento%.

Los casos de TB de la zona indígena fueron diagnosticados por baciloscopia con un porcentaje mayor al 90%. El diagnóstico se concentró en el centro de salud de San Antonio. Actualmente, se está fortaleciendo la red diagnóstica con la capacitación a promotores indígenas en diagnóstico por baciloscopia y la Secretaria Departamental de Salud realiza la Evaluación Externa de Desempeño Indirecto.



Niños de la comunidad indígena del municipio de Cumaribo, Vichada (2006)

d. DEPARTAMENTO DE VICHADA

La tuberculosis en el departamento ha tenido un comportamiento estable, con un promedio de 26 casos por año desde 1998 hasta 2004, de los cuales el más crítico fue 1999, donde se notificaron 39 casos. De acuerdo a la distribución geográfica, el municipio que más casos aporta es Cumaribo seguido por Puerto Carreño.

La TB pulmonar representa el mayor porcentaje de los casos. Llama la atención que para los años 2003 y 2004 no se notificaron casos de tuberculosis extrapulmonar.

En 2004 se presentó una mortalidad del 22%, aunque no todas las muertes ocurrieron en pacientes que ingresaron por primera vez al programa para esta vigencia.

Según la información suministrada por la Secretaria Departamental de Salud, el porcentaje de captación de SR en el departamento es bajo. De acuerdo a la programación realizada para el departamento en 2005, el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios fue del 19.4%, para el municipio de Cumaribo fue de 16.6% y Primavera el 4.1 por ciento%.

La positividad de la baciloscopia para 2001 fue del 2.5%, en 2004 y 2005 fue de 3.7% y 2.8%, cifras que se encuentran por debajo de la meta nacional (4 y 5%).

La concentración de baciloscopias por paciente sintomático respiratorio en 2004 para el departamento y el municipio de Cumaribo, fue de 1.4 baciloscopias. Valor que se encuentra muy por debajo del parámetro aceptable para el país de 2.5.

El análisis de cohortes en el período analizado (2001 a 2004) muestra un comportamiento irregular; de acuerdo a la información suministrada, el porcentaje de curación es bajo en el departamento; el más alto se presentó en 2002, 39.2% y para 2003 sólo alcanzó el 11.1%.

El porcentaje de tratamientos terminados para 2001 fue de 65.2% y para el 2002 de 52.2%. En el 2003 el porcentaje de abandonos correspondió al 18.9% y fallecidos el 22.2%.

Cerca del 25% de los pacientes que entraron a la cohorte del 2004 abandonaron el tratamiento, lo que demuestra la escasa adherencia debida quizás a las dificultades para el acceso a servicios de salud o por motivos culturales, teniendo en cuenta que la población más afectada es la indígena. De los que continuaron con el tratamiento en ese año, se registró que el 19% salieron curados, así mismo presentaron un 15% fueron transferidos hacia otros departamentos, aspecto que hace difícil conocer la situación final de dichos pacientes.

Finalmente, es importante mencionar la necesidad de establecer una red de laboratorios, que tenga la capacidad de realizar baciloscopia y con la capacidad para hacer cultivo. Además es conveniente que en el nivel periférico exista una red de baciloscopistas capacitados y centros de salud que actúen como recolectores de muestras.



Promotores indígenas del departamento de Vichada, durante el proceso de capacitación para la implementación de la Estrategia DOTS/TAS (2006)

Acrónimos

ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
BCG	Bacilo Calmette Guérin
Bk	Baciloscopia
DOTS/TAS	Directy Observed Treatment Short-course/Tratamiento Acortado Supervisado
EPS	Empresa Promotora de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
IPSI	Institución Prestadora de Servicios de Salud Indígena
RIPS	Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PAI	Plan Ampliado de Inmunizaciones
POA	Plan Operativo Anual
SR	Sintomático Respiratorio
TB	Tuberculosis
TB/VIH	Denomina la coinfección de Tuberculosis/Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIH/Sida	Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Referencias Bibliográficas

Castro Manosalva, E., “Acompañamiento y asistencia técnica al Programa de Control de Tuberculosis en población indígena en los departamentos de La Guajira y Cesar”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2006.

_____, “Acompañamiento y asistencia técnica al Programa de Control de Tuberculosis en población indígena en los departamentos del Amazonas y Nariño”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2006.

_____, “Acompañamiento y asistencia técnica al Programa de Control de Tuberculosis en población indígena en los departamentos de Guaviare y Vichada”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2006.

Dusakawi EPS., “Nuestra misión es entretejer un mundo de convivencia”. Cesar. Colombia, 2005.

García Velásquez, I., “Fortalecimiento de las Estrategias DOTS/TAS en el departamento del Amazonas”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2004.

_____, “Capacitación, asesoría y evaluación al Programa de Control de Tuberculosis en población indígena en el departamento de Cesar”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2005.

_____, “Situación y líneas de acción para la continuación de la implementación de La Estrategia DOTS/TAS en las comunidades indígenas de los departamentos de Cesar, Guajira y Nariño”. Organización Panamericana de la Salud. Colombia, 2006.

Gil, NA., “Evaluación y apoyo a La Estrategia DOTS/TAS en el municipio de Puerto Nariño-Amazonas”. Organización Panamericana de la Salud, Colombia 2005.

_____, “Seguimiento a las actividades del Programa de Control de la Tuberculosis en el Municipio de Puerto Nariño-Amazonas. Acercamiento de sensibilización e intercambio de concepciones sobre esta enfermedad en las comunidades indígenas de éste municipio”. Organización Panamericana de la Salud, Colombia 2005.

_____, “Línea de base cualitativa sobre concepciones y prácticas relacionadas con la enfermedad de la Tuberculosis en la etnia Awá del departamento de Nariño”. Organización Panamericana de la Salud. Nariño-Colombia, 2005.

_____, “Diálogo con comunidades indígenas de Puerto Nariño en torno a la Tuberculosis”. Organización Panamericana de la Salud. Amazonas-Colombia, 2005.

_____, “Acercamiento de sensibilización e intercambio de concepciones sobre la tuberculosis en la comunidad indígena Arhuaca-Cesar”. Organización Panamericana de Salud. Colombia, 2006.

Instituto Departamental de Salud de Nariño. "Informes epidemiológicos Programa de Tuberculosis". Colombia, 2003-2006.

Jaramillo, E., "Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: una perspectiva latinoamericana". Stop TB, Enfermedades Transmisibles. Organización Mundial de la Salud OMS-Ginebra, Suiza 2002.

Ministerio de la Protección Social, "Plan Estratégico Nacional". Colombia, 2006.

Mosquera Vásquez, M. García, LH. Londoño, S., "Estudio sobre no adherencia al tratamiento anti-tuberculosis en comunidades indígenas Ticuna en el departamento del Amazonas-Colombia". Universidad del Norte, 2005.

Secretaria de Salud de Cesar, "Informes epidemiológicos Programa de Tuberculosis". Colombia, 2003-2006.

Secretaria de Salud del Amazonas, "Informes epidemiológicos Programa de Tuberculosis". Colombia, 2003-2006.



El dibujo de la portada muestra algunos motivos antropomorfos del sector de la Piedra de Sasaima, en los que se observan las diversas interacciones entre los surcos y algunas áreas punteadas.

www.col.ops-oms.org/tuberculosis/indigenas

