

Jovana Alexandra Ocampo Cañas, MD, MSc, PhD(c)<sup>1</sup>  
Sandra Patricia Escandón Moncaleano, comunicadora<sup>2</sup>

Cuando nos solicitaron escribir este editorial, pensamos que nos adentraríamos en espacios que, por tradición, han sido ocupados por neumólogos, infectólogos y otras especialidades o expertos del sector de la salud que se dedican a trabajar con tuberculosis. Sin embargo, después de reflexionar por largas horas, caímos en la cuenta de que esta enfermedad es un problema de todos y, por tanto, todos debemos aportar a la solución.

Esta enfermedad, que se considera un indicador clave del índice de salud de una población y del desarrollo, evidencia las condiciones de vida de las poblaciones, sus condiciones económicas, sociales y culturales y de las serias dificultades para el acceso a los servicios de salud, entre otros.

Como ven, se trata sobre todo de una muestra relacionada con la pobreza que vive la población. La mayoría de muertes por tuberculosis son médicamente prevenibles, resultado de un complejo proceso inscrito en la estructura social influenciado por los determinantes sociales en salud.

En el ámbito global, la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública, que refiere cerca de nueve millones de casos nuevos. En Colombia se presentó una tasa de incidencia de 25,3 casos por 100.000 habitantes en 2011, en especial en Valle del Cauca, Bogotá y Antioquia, que suman un 40% de los casos nuevos del país (1).

Como ya se mencionó, las poblaciones marginadas y, en su mayoría, pobres, son las que tienen mayor riesgo de contraer la enfermedad por razones de vulnerabilidad, condición en la que se encuentran alrededor de noventa pueblos indígenas que ocupan áreas en los más variados climas distribuidos en 32 departamentos.

Frente a esta situación, podemos decir que no son las formas de vida y la ubicación de las poblaciones indígenas lo que ocasiona la tuberculosis, sino las tensiones y los conflictos que se desarrollan en torno a esos modos de vida y a los modelos de atención en salud dirigidos a estas poblaciones que, en gran medida, distan de las necesidades y particularidades propias de la cosmovisión de las comunidades indígenas, por lo que se termina generalizando intervenciones alejadas de la construcción colectiva, con un enfoque intercultural que resulta inefectivo para mejorar los modos de vida de las comunidades.

En Colombia se tiene evidencia de experiencias significativas en salud que fueron adaptadas con y para los pueblos indígenas, con el propósito de generar conocimientos para la identificación, la captación y el tratamiento oportuno de la tuberculosis; ejemplo de ello lo tenemos en el pueblo indígena arahuaco, ubicado en la Sierra Nevada de Santa Marta, donde se inició la aproximación a los conocimientos, las actitudes y prácticas sobre el significado de la enfermedad y, a partir de allí,

---

<sup>1</sup> Docente investigadora, Universidad de los Andes.

<sup>2</sup> Proyecto Tuberculosis, financiado por el Fondo Mundial.

la construcción concertada de la estrategia más adecuada para este pueblo, con lo que se obtuvo resultados favorables en la detección y el éxito del tratamiento.

Tales resultados se atribuyen a los que se planteaba en la década del setenta y del ochenta en la Carta de Ottawa: el fortalecimiento y reforzamiento de la acción y participación comunitaria que, para el caso de la tuberculosis, se denomina DOTS/TAES comunitario, lo que traducido del inglés significa Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado.

Esta estrategia está enfocada en identificar organizaciones y actores sociales de base comunitaria, con quienes se desarrollan procesos de entrenamiento para implementar acciones de apoyo a los programas territoriales de tuberculosis mediante la conformación de comités de vigilancia comunitaria articulados con la institucionalidad. Su eje central es la participación en los procesos de salud pública, por medio de la labor que realizan los promotores de salud o voluntarios entrenados para efectuar acciones de promoción, prevención, detección oportuna, tratamiento supervisado, acompañamiento y apoyo a las personas con la enfermedad por redes sociales y vigilancia comunitaria.

Durante 2012 y lo corrido de 2013, la implementación de la estrategia ha tenido resultados importantes en algunos municipios del litoral pacífico colombiano, entre los que podemos mencionar Quibdó, Cali, Tumaco y Buenaventura, además de Catrú y Santa Lucía, corregimientos indígenas habitados por el pueblo emberá.

En estas zonas—donde hoy, después de un proceso basado en la participación y el compromiso de líderes comunitarios, organizaciones de pacientes, usuarios y ligas del sistema de salud, cabildos indígenas, consejos comunitarios, autoridades tradicionales, personal del sector de la salud y grupos juveniles, entre otros—se ha logrado vincular el trabajo de estos segmentos poblacionales con la misión de las instituciones de salud para conformar comités de vigilancia comunitaria, lo que ha influido en forma positiva en las acciones propias del programa de tuberculosis.

De tal manera, el DOTS/TAES comunitario se constituye quizá en una de las mejores—por no decir en la única—estrategia de lograr la curación de los pacientes afectados por tuberculosis en estas zonas del país, en donde, debido a las condiciones mencionadas, los servicios de salud requieren de este tipo de aliados para el apoyo y el acompañamiento de los pacientes y, de ser el caso, lograr la concertación para la supervisión del tratamiento por parte de personal entrenado para tales fines.

Sin embargo, a pesar de estas importantes iniciativas, las comunidades son invisibilizadas y anuladas por las tensiones que se presentan entre los involucrados, los tomadores de decisión y los beneficiarios, enmarcadas en contextos dados por unos modelos de desarrollo. Los Gobiernos tienen que cumplir con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015; no pueden hacer a un lado las prioridades del orden nacional o compromisos de Estado que causan resistencia a la hora de tratar de homogenizar las agendas internacionales con las prioridades nacionales en salud.

Los actores externos del orden internacional tienen un interés de alcanzar las metas del milenio y buscan impactar de manera positiva en los indicadores de salud. Para el caso de la tuberculosis, se generalizan estrategias de intervención que, en su gran mayoría, desconocen la particularidad y la diferencia y, además, se concentran en grandes ciudades con el fin de lograr indicadores que evidencien cambios en los resultados de salud de la comunidad en un corto tiempo, lo cual

es necesario. Sin embargo, es importante que trabajos como los presentados en esta publicación —que buscan reconocer la diferencia y la necesidad de modelos de atención en salud propios de las particularidades de las comunidades afrocolombianas, indígenas, rom u otras— tengan respuesta positiva, más allá del pensamiento costo-efectividad de los procesos. Es un deber moral y ético llegar de manera eficaz a las poblaciones minoritarias, marginadas, en riesgo y con mayor grado de vulnerabilidad frente a eventos de salud pública, como la tuberculosis. Por eso se precisan soluciones reales. Así, cuando esto se logre, podremos afirmar que estamos trabajando para garantizar un mayor bienestar en el país.

### *Bibliografía*

1. Organización Panamericana de la Salud. Convenio 485 de cooperación técnica entre Ministerio de Salud y Protección Social y OPS/OMS. Bogotá; 2012.