



## Consejo Económico y Social

Distr. general  
7 de febrero de 2019  
Español  
Original: francés

### Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas

#### 18º período de sesiones

Nueva York, 22 de abril a 3 de mayo de 2019

Tema 14 del programa provisional\*

**Labor futura del Foro Permanente, incluidas las cuestiones examinadas por el Consejo Económico y Social y nuevas cuestiones**

### Estudio sobre la tuberculosis y los pueblos indígenas\*\*

#### Nota de la Secretaría

El Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, en su 17º período de sesiones, designó a Mariam Wallet Aboubakrine, miembro del Foro, para que llevara a cabo un estudio sobre la tuberculosis y los pueblos indígenas, que debía presentar al Foro en su 18º período de sesiones (véase [E/2018/43–E/C.19/2018/11](#), párr. 115).

\* [E/C.19/2019/1](#).

\*\* Las contribuciones de varias personas y organizaciones han sido cruciales para la realización de este estudio. Quisiera dar las gracias a Zoé Boirin-Fargues por su participación en todas las etapas de este proyecto y a Myrna Cunningham y Sandra Del Pino por proporcionarme datos sobre la región de América Latina y el Caribe. También estoy agradecida a Zaira Taveira y sus colegas del Ministerio de Salud del Brasil por la documentación proporcionada. Aprecio el apoyo ofrecido por mis colegas del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas en la selección de este tema.



## I. Introducción

1. Sobre la base de los últimos censos, los pueblos indígenas representan alrededor de 360 millones de personas en todo el mundo<sup>1</sup>. Suelen vivir en territorios aislados, lo que limita su acceso a servicios básicos, como la educación, la salud y la infraestructura vial. Los problemas planteados por los obstáculos físicos naturales se ven agravados por otras cuestiones, como el estallido de numerosos conflictos, los efectos del cambio climático y otros desastres naturales. Además, la colonización ha marcado la historia de los pueblos indígenas y ha dejado un legado negativo para las comunidades indígenas.

2. Por ejemplo, en el África Occidental Francesa, la descolonización ha dado lugar a la fragmentación del territorio de los tuaregs en los Estados independientes de Argelia, Burkina Faso, Libia, Malí y el Níger. Así, se han impuesto al pueblo tuareg fronteras artificiales y nuevas visiones y limitaciones que ponen en peligro toda su organización. En cuanto a la organización política el país tuareg se caracteriza por ser una comunidad cultural que crea vínculos con su identidad a través del lenguaje y las estructuras familiares, sociales y políticas<sup>2</sup>. Los tuaregs se organizaban en tribus. Varias tribus constituían una confederación encabezada por un jefe, el *amenokal*, que era responsable de su protección frente a todas las amenazas. En la actualidad, los tuaregs se identifican como minorías étnicas en Estados que aplican políticas de desarrollo que no siempre tienen en cuenta su modo de vida, lo que los coloca en una situación extremadamente precaria que se ve agravada por la sequía y los conflictos recurrentes. El conflicto más reciente, que se remonta a 2012, es de carácter prolongado y complejo y ha provocado indicadores de desarrollo alarmantemente bajos, incluidos los indicadores de salud. Según la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, la tasa de malnutrición en el campamento de refugiados de Mbera, integrado al 99 % por tuaregs de Malí, era del 11,98 %<sup>3</sup>.

3. Lamentablemente, otras comunidades indígenas también presentan tasas de malnutrición alarmantes. Por ejemplo, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, en 2014 y 2015, el 61 % de los niños indígenas de Guatemala sufrían malnutrición<sup>4</sup>. Del mismo modo, el 70 % de los inuits de Nunavut viven en un estado de inseguridad alimentaria, que supone una tasa seis veces superior a la media nacional<sup>5</sup>. En este sentido, como se describe más adelante, la malnutrición es uno de los factores que contribuyen a la aparición de la tuberculosis. En general, los pueblos indígenas presentan los peores indicadores de salud<sup>6</sup>.

### ¿Qué es la tuberculosis?

4. La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una cuarta parte de la población mundial tiene tuberculosis latente (no transmisible).

<sup>1</sup> Harry Patrinos y Gillette Hall, “Indigenous Peoples, Poverty and Development”, proyecto de manuscrito (Banco Mundial, abril de 2010).

<sup>2</sup> Talkalit Walet Aboubacrine, *Femme touarègue face aux inégalités du système éducatif moderne. Comment concilier la coutume, les réalités d’un mode de vie pastoral et la scolarisation des filles?* (Éditions universitaires européennes, 2014), pág. 20.

<sup>3</sup> [www.unhcr.org/publications/fundraising/539809f6b/unhcr-global-report-2013-mauritania.html](http://www.unhcr.org/publications/fundraising/539809f6b/unhcr-global-report-2013-mauritania.html).

<sup>4</sup> [www.fao.org/news/story/es/item/1164422/icode/](http://www.fao.org/news/story/es/item/1164422/icode/).

<sup>5</sup> [www.itk.ca/nuluaq-mapping-project/inuit-food-insecurity-canada-background/](http://www.itk.ca/nuluaq-mapping-project/inuit-food-insecurity-canada-background/).

<sup>6</sup> Marina Smelyanskaya, “Key Populations Brief: Indigenous Peoples” (Asociación Mundial Alto a la Tuberculosis, 2017), pág. 5; “The right to health and indigenous peoples”, Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, consejo núm. 9 (2016), párr. 3. Organización Mundial de la Salud, “Health of Indigenous Peoples”, nota descriptiva núm. 326, octubre de 2007.

Existe un 5 % de riesgo de que la tuberculosis latente se desarrolle en tuberculosis activa. Los síntomas de tuberculosis activa son tos, fiebre, sudores nocturnos y pérdida de peso<sup>7</sup>.

5. En los casos de tuberculosis activa, el tratamiento consiste en una combinación de cuatro medicamentos que se administra durante seis meses. La eficacia del tratamiento depende del apoyo que se preste a los pacientes. En los casos de tuberculosis multirresistente, dos de los medicamentos no son efectivos y se requieren otras opciones de tratamiento más costosas y a más largo plazo (que duran dos años). Este tratamiento es, por lo tanto, más restrictivo. Por último, no hay todavía ningún tratamiento disponible para la tuberculosis ultrarresistente.

6. Según la OMS, África, Asia, América Central y del Sur, Europa Central y Oriental y determinados países de la Unión Europea<sup>8</sup> son zonas en las que la tuberculosis tiene un efecto considerable<sup>9</sup>. Como se señala más adelante, determinados factores que están particularmente presentes en los pueblos indígenas inciden en el desarrollo de la enfermedad.

### **¿Por qué realizar un estudio sobre la tuberculosis y los pueblos indígenas?**

7. Durante casi cuatro decenios, las reivindicaciones de los pueblos indígenas han trascendido los niveles nacional y regional para alcanzar los foros internacionales, incluidas las Naciones Unidas, e influir en ellos. Sin embargo, se ha prestado poca atención a las cuestiones de salud de los pueblos indígenas, y los estudios ocasionales sobre el tema se han centrado en la salud mental y la salud materno-infantil. La tuberculosis no ha sido objeto de un análisis exhaustivo, pese a que la enfermedad puede prevenirse y sigue afectando de manera desproporcionada a las comunidades indígenas.

8. Por consiguiente, el presente estudio tiene por objeto evaluar la enfermedad entre los pueblos indígenas, poner de relieve la urgente necesidad de adoptar medidas para invertir la tendencia actual y determinar las cuestiones que deben tenerse en cuenta para la eliminación de la tuberculosis antes de 2030, que es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015<sup>10</sup>. El lema de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible es “no dejar a nadie atrás”<sup>11</sup>, lo cual incluye a los pueblos indígenas. Los pueblos indígenas también se mencionan claramente en la Declaración de Moscú para Poner Fin a la Tuberculosis<sup>12</sup>, así como en el compromiso enunciado en el párrafo 17 de la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis, que se celebró en septiembre de 2018<sup>13</sup>.

9. El estudio se basa en diversos informes, documentos científicos y testimonios que hemos consultado. No pretende ser exhaustivo, sino más bien servir de llamada de advertencia y elevar la conciencia necesaria para producir medidas concretas.

10. El informe comienza exponiendo el derecho a la salud de los pueblos indígenas y las obligaciones del Estado derivadas de ello. A continuación figura un resumen,

<sup>7</sup> [www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis).

<sup>8</sup> Bulgaria, Estonia, Hungría, Letonia, Lituania, Polonia, Portugal y Rumania.

<sup>9</sup> Asia (26 %) y África (26 %) son los continentes más afectados. En 2015, la tuberculosis se encontraba entre las diez principales causas de muerte en todo el mundo, por delante del VIH y la malaria. En 2016, el 65 % de los nuevos casos se registraron en la India, Indonesia, China, Filipinas, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica ([www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis)).

<sup>10</sup> Véase la resolución 70/1 de la Asamblea General.

<sup>11</sup> *Ibid.*

<sup>12</sup> [www.who.int/tb/features\\_archive/Spanish\\_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/features_archive/Spanish_MoscowDeclarationtoEndTB.pdf?ua=1).

<sup>13</sup> Resolución 73/3 de la Asamblea General.

sobre la base de los datos disponibles, de la prevalencia de la tuberculosis en diversas regiones socioculturales indígenas y los factores que contribuyen a esa prevalencia.

11. Se hace referencia específica a la situación de los pueblos indígenas en el Canadá, ya que es un país desarrollado donde la tasa de tuberculosis de los pueblos indígenas es la más alta en comparación con las tasas de los pueblos no indígenas. También se examina la situación del pueblo tribal/adivasi de la India, ya que ese país tiene la tasa de tuberculosis más alta del mundo.

12. El estudio concluye con varias recomendaciones que podrían orientar los esfuerzos de las partes interesadas para erradicar la tuberculosis en las comunidades indígenas. No se puede cumplir la fecha límite de 2030 para alcanzar el objetivo establecido por la comunidad internacional de poner fin a esta epidemia y no dejar a nadie atrás sin tener en cuenta a estas comunidades.

## II. El derecho a la salud de los pueblos indígenas, un derecho por aplicar

### A. El derecho a la salud

13. El derecho a la salud está consagrado en varios textos internacionales<sup>14</sup>, en particular el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que, en su artículo 12, establece “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”<sup>15</sup>.

#### ¿Cuáles son los componentes del derecho a la salud?

14. En su observación general núm. 14 sobre el derecho a la salud, aprobada en 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales pone de relieve la estrecha relación existente entre el derecho a la salud y otros derechos humanos. El Comité afirma que el derecho a la salud abarca los “principales factores determinantes de la salud”, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva<sup>16</sup>.

15. El derecho a la salud comprende “el derecho a controlar su salud y su cuerpo [...] y el derecho a no padecer [...] tratamientos y experimentos médicos no consentidos” y el derecho “relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud”<sup>17</sup>.

<sup>14</sup> El derecho a la salud se reconoció por primera vez en la Constitución de la OMS en 1946. Se reafirmó en la Declaración de Alma-Ata, de 1978, y la Declaración Mundial de la Salud, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1998. Se reconoce expresamente en el artículo 25 1) de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el artículo 12 1) del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y algunos instrumentos regionales, como la Carta Social Europea de 1961, en su versión modificada, y la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1986.

<sup>15</sup> Resolución 2200 (XXI) de la Asamblea General.

<sup>16</sup> E/2001/22, anexo IV, párrs. 3, 4 y 11.

<sup>17</sup> *Ibid.*, párr. 8.

### ¿Cómo se define el “más alto nivel posible de salud”?

16. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce que la definición del “más alto nivel posible de salud” tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas de la persona como los recursos del Estado<sup>18</sup>.

17. La evaluación de la aplicación del derecho a la salud requiere analizar si los establecimientos, bienes y servicios de salud cumplen los siguientes cuatro criterios interrelacionados: disponibilidad; accesibilidad, que incluye la accesibilidad física, especialmente de “los grupos vulnerables o marginados, como las minorías étnicas y poblaciones indígenas” y la accesibilidad financiera en particular de “los grupos socialmente desfavorecidos”; aceptabilidad; y calidad (son apropiados y de buena calidad)<sup>19</sup>.

### ¿Cuáles son las obligaciones de los Estados en virtud de este derecho?

18. El Comité subraya, en varios casos, la obligación de los Estados de respetar los principios de la no discriminación y la participación del pueblo<sup>20</sup>.

19. En el marco del artículo 12 del Pacto, los Estados deben “garantizar la atención de la salud, en particular estableciendo programas de inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, y velar por el acceso igual de todos a los factores determinantes básicos de la salud, como alimentos nutritivos sanos y agua potable, servicios básicos de saneamiento y vivienda y condiciones de vida adecuadas”; y están obligados a “promover el derecho a la salud”, en particular “vel[ando] por que los servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista cultural y el personal sanitario sea formado de manera que reconozca y responda a las necesidades concretas de los grupos vulnerables o marginados”<sup>21</sup>.

20. Los Estados tienen la obligación de hacer realidad de forma progresiva los derechos recogidos en el Pacto. Sin embargo, la obligación de garantizar el respeto del principio de la no discriminación y la obligación de adoptar medidas para la plena aplicación del artículo 12 son de efecto inmediato<sup>22</sup>.

## B. ¿Cómo se interpreta el derecho a la salud de los pueblos indígenas?

21. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales considera que los pueblos indígenas tienen derecho “a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud”. Estos servicios de salud deben ser “apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales”. Para garantizar que los pueblos indígenas disfruten del más alto nivel posible de salud, los Estados “deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios” y deben proteger las plantas medicinales, los animales y los minerales necesarios para los pueblos indígenas<sup>23</sup>.

22. El Comité recalca también que la salud de las personas, en el contexto de las comunidades indígenas, tiene una “dimensión colectiva”, y que las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, “con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura

<sup>18</sup> *Ibid.*, párr. 9.

<sup>19</sup> *Ibid.*, párr. 12.

<sup>20</sup> *Ibid.*, párrs. 11, 54 y 57.

<sup>21</sup> *Ibid.*, párrs. 36 y 37.

<sup>22</sup> *Ibid.*, párrs. 30 a 32.

<sup>23</sup> *Ibid.*, párr. 27.

de su relación simbiótica con la tierra”, ejercen un efecto perjudicial sobre la salud de esas poblaciones<sup>24</sup>.

23. El artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas consagra el derecho a la salud de los pueblos indígenas. Al igual que en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ese derecho se basa en el principio de no discriminación y tiene por objetivo lograr el más alto nivel posible de salud. El artículo 24 establece que:

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

2. Las personas indígenas tienen igual derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente que este derecho se haga plenamente efectivo.

24. El artículo 21 1) de la Declaración consagra el derecho de los pueblos indígenas, sobre la base del principio de la no discriminación, “al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en [...] la salud”.

25. Además, en virtud del artículo 23, el derecho de los pueblos indígenas “a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud [...] que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones” es parte integrante de su derecho al desarrollo.

26. En este sentido, en 2016 el Mecanismo de Expertos sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas formuló un consejo específico sobre el derecho a la salud, poniendo de relieve los vínculos existentes entre ese derecho y los derechos fundamentales de los pueblos indígenas a la libre determinación, el desarrollo, la cultura, la tierra, los territorios y los recursos, el idioma y el entorno natural<sup>25</sup>.

27. El Mecanismo de Expertos explica que la colonización y la discriminación, que continúan victimizando a los pueblos indígenas, han impedido la plena efectividad de su derecho a la salud<sup>26</sup>. En la siguiente sección se ilustra esta situación en el contexto específico de la tuberculosis.

### **III. La tuberculosis entre los pueblos indígenas, una situación alarmante**

28. Es un hecho ampliamente reconocido, incluso teniendo en cuenta la falta de datos exhaustivos, que la tuberculosis afecta a los pueblos indígenas de manera desproporcionada. Se debe prestar especial atención a una serie de factores que contribuyen a esta desigualdad a la hora de determinar respuestas efectivas para erradicar la enfermedad.

---

<sup>24</sup> *Ibid.*

<sup>25</sup> “The right to health and indigenous peoples”, Mecanismo de Expertos, consejo núm. 9 (2016), párr. 3.

<sup>26</sup> *Ibid.*, párr. 2.

## A. Falta de datos, análisis y evaluación

29. La falta de datos pertinentes, no solo respecto de la salud de los pueblos indígenas, sino también en cuanto a sus condiciones económicas y sociales, es el primer problema. Esto se ha denunciado en muchas ocasiones, tanto en las Naciones Unidas<sup>27</sup> como a nivel nacional<sup>28</sup>.

30. La falta de datos desglosados por origen étnico, junto con la exclusión sistémica de los pueblos indígenas de los procesos de adopción de decisiones que les afectan, dificulta la comprensión de las cuestiones relativas a su salud y la elaboración de políticas apropiadas y eficaces. Esta situación se ve agravada por la falta de análisis y evaluación de los programas y servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas<sup>29</sup>.

31. En lo que respecta a la tuberculosis específicamente, son muy pocos los datos disponibles<sup>30</sup>, en particular sobre los pueblos indígenas en Asia Meridional, China, África y la ex Unión Soviética<sup>31</sup>.

## B. Una enfermedad que afecta principalmente a los pueblos indígenas

32. Los datos disponibles sobre la tuberculosis entre los pueblos indígenas muestran una situación alarmante que requiere mayores esfuerzos al respecto<sup>32</sup>.

33. En América del Norte, en 2010 las tasas de incidencia de la tuberculosis de los dos grupos de comunidades indígenas de los Estados Unidos eran 6,8 y 22,9 veces superiores a la del resto de la población<sup>33</sup>. Como se indica más adelante, la disparidad entre la población indígena y no indígena es aún mayor en el Canadá. La historia colonial y los factores socioeconómicos relativos a los retos planteados por la lejanía de determinadas comunidades explican, pero no justifican, estas disparidades.

34. En la región de América Latina y el Caribe, 15 miembros de la Organización Panamericana de la Salud han incorporado datos sobre el origen étnico en sus informes de los casos de tuberculosis<sup>34</sup>. Las comunidades indígenas se ven más afectadas por la enfermedad que el resto de la población. La prevalencia de la

<sup>27</sup> Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, pág. 2; Mecanismo de Expertos, consejo núm. 9, párr. 8; Naciones Unidas, *State of the World’s Indigenous Peoples: Indigenous Peoples’ Access to Health Services*, pág. 3; Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Organización Mundial de la Salud (OMS), “Informe de la reunión regional de jefes de programas nacionales de control de la tuberculosis”, São Paulo (Brasil), 7 a 10 agosto de 2012.

<sup>28</sup> Canadá ([www.nccah-cnsa.ca/docs/context/FS-PaucityMetisHealth-MetisCentre-FR.pdf](http://www.nccah-cnsa.ca/docs/context/FS-PaucityMetisHealth-MetisCentre-FR.pdf)); India, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia y Ministerio de Asuntos Tribales, “Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future”, Informe del Comité de Expertos sobre la Salud Tribal, resumen y recomendaciones (2018).

<sup>29</sup> Stefania Errico, “The rights of indigenous peoples in Asia” (Ginebra, Organización Internacional del Trabajo, 2017), pág. 6.

<sup>30</sup> Smelyanskaya, “Key Populations Brief”.

<sup>31</sup> *Ibid.*, pág. 7. D. Tollefson y otros, “Burden of tuberculosis in indigenous peoples globally: a systematic review”, *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, vol. 17, núm. 9 (septiembre de 2018).

<sup>32</sup> Véase, en particular, Smelyanskaya, “Key Populations Brief”.

<sup>33</sup> Véase Tollefson, “Burden of tuberculosis”, pág. 1.142; Bruce Chandler, “Alaska’s ongoing journey with tuberculosis”, *State of Alaska Epidemiology Bulletin*, vol. 19, núm. 1 (abril de 2017), pág. 3.

<sup>34</sup> Belice, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Guyana, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela (República Bolivariana de). Honduras no dispone de información; Guatemala solo tiene datos desde 2017; y el Ecuador acaba de incorporar esta variable. OPS-OMS, *Situación de la tuberculosis en los pueblos indígenas de la Región* (Washington D. C., 2018).

tuberculosis entre los guaraníes del Estado Plurinacional de Bolivia, por ejemplo, es de 5 a 8 veces superior a la del resto de la población<sup>35</sup>.

35. En el Paraguay, la tasa de incidencia es de 427 por cada 100.000 habitantes en las comunidades indígenas, frente a 36,3 por cada 100.000 habitantes en el resto de la población. El desplazamiento de las comunidades desde sus territorios ancestrales y sus elevadas tasas de diabetes, malnutrición y alcoholismo hacen que los pueblos indígenas sean particularmente vulnerables a la enfermedad<sup>36</sup>.

36. Los datos disponibles sobre la Federación de Rusia<sup>37</sup> y otros países de la región circumpolar<sup>38</sup> también ponen de manifiesto la prevalencia de la tuberculosis entre los pueblos indígenas. La tasa de tuberculosis de los inuits de Groenlandia es 14,2 veces superior a la del resto de la población<sup>39</sup>.

37. En la región del Pacífico, la estrategia para la región del Pacífico Occidental de la OMS no clasifica a los pueblos indígenas entre los grupos que se encuentran en situación de riesgo o vulnerabilidad<sup>40</sup>. En Nueva Zelanda, la mayor proporción de nuevos casos de tuberculosis de 2015 se registró entre los maoríes (3,2 por cada 100.000 habitantes), una tasa cinco veces mayor que la del resto de la población<sup>41</sup>. En Australia, en 2014 la tasa de tuberculosis entre los aborígenes y los isleños del estrecho de Torres fue seis veces superior a la tasa de la población no indígena<sup>42</sup>. La tasa de tuberculosis entre los aborígenes de Australia es inferior a la tasa de los maoríes y los isleños del Pacífico de Nueva Zelanda, pero sigue siendo superior a la tasa de los grupos no indígenas<sup>43</sup>. El programa nacional de Fiji no menciona específicamente a los pueblos indígenas, pero subraya la importancia de la participación de los curanderos en la detección de casos de tuberculosis<sup>44</sup>.

38. No se pueden encontrar datos sobre la tuberculosis entre los pueblos indígenas en los países que conforman la región de Asia Sudoriental<sup>45</sup> y la región de África<sup>46</sup>.

<sup>35</sup> Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FILAC), *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples of Latin America and the Caribbean* (2018), pág. 4.

<sup>36</sup> *Ibid.*, págs. 4 y 6.

<sup>37</sup> Tatiana E. Burtseva y otros, "The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 73, núm. 1 (octubre de 2014), pág. 11.

<sup>38</sup> Leena Soinen, "The health of the Finnish Sami in light of mortality and cancer pattern", disertación académica, Universidad de Helsinki, 2015, págs. 93 a 95; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines for Sámi Health Research and Research on Sámi Human Biological Material* (Karasjok, Noruega), pág. 24; Karen Bjorn-Mortensen y otros, "Erythema nodosum and the risk of tuberculosis in a high incidence setting", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (octubre de 2016).

<sup>39</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 6.

<sup>40</sup> OMS, *Regional Strategy to Stop Tuberculosis in the Western Pacific 2011–2015* (Ginebra, 2011).

<sup>41</sup> Institute of Environmental Science and Research Limited, *Tuberculosis in New Zealand: Annual Report 2015* (Porirua (Nueva Zelanda), 2018).

<sup>42</sup> Cindy Toms y otros, "Tuberculosis notifications in Australia, 2014", *Communicable Diseases Intelligence*, vol. 41, núm. 3 (septiembre de 2017).

<sup>43</sup> Tollefson, "Burden of tuberculosis".

<sup>44</sup> Fiji, Ministerio de Salud y Servicios Médicos, *Fiji TB Manual*, 4ª edición, 2017.

<sup>45</sup> Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Timor-Leste. La mitad de los casos de tuberculosis se han registrado en los países de esta región (en la India e Indonesia, que representan el 37 % de los casos), así como el 35 % de los casos de tuberculosis multirresistente, aunque la población de estos países representa solo el 26 % de la población mundial ([www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582343](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5582343)). Sin embargo, se estima que un tercio de las personas que tienen tuberculosis pasan desapercibidas o reciben tratamiento al margen de los programas nacionales ([www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-073874/en/](http://www.who.int/bulletin/volumes/88/3/09-073874/en/)).

<sup>46</sup> Solo existen estudios aislados sobre determinados grupos indígenas. Por ejemplo, en un estudio se descubrió que el primer laboratorio dedicado a diagnosticar la enfermedad en los

En África, la falta de información puede explicarse en parte por la escasez de servicios de salud en las zonas habitadas por pueblos indígenas, lo que también da fe de la marginación y la exclusión política y social de que son objeto los pueblos indígenas en esta región<sup>47</sup>.

39. Observamos con preocupación que varios estudios, en particular en Groenlandia, el Canadá, Australia y la región de América Latina, muestran que los jóvenes indígenas son los que más sufren la tuberculosis<sup>48</sup>.

40. El VIH también es un factor de riesgo importante para la aparición de la tuberculosis. En el estudio realizado por la Asociación Mundial Alto a la Tuberculosis en 2017 se demuestra que las mujeres indígenas, que están más expuestas al VIH, son más propensas a contraer tuberculosis. Ello se debe a la discriminación sistemática que experimentan como mujeres y como personas indígenas, así como a la falta de conocimientos sobre el VIH y ciertas prácticas culturales, como la poligamia y el matrimonio infantil<sup>49</sup>. En los países desarrollados, los hombres indígenas están más expuestos al VIH que los hombres no indígenas debido a su excesiva representación en los entornos penitenciarios<sup>50</sup>.

### C. La tuberculosis entre los pueblos indígenas: factores clave

#### Hacer frente a los factores socioeconómicos que propician la enfermedad

41. En todas las regiones, la elevada tasa de tuberculosis entre los pueblos indígenas está intrínsecamente vinculada a las situaciones socioeconómicas específicas de esos pueblos<sup>51</sup>.

42. Los factores socioeconómicos<sup>52</sup> que propician la aparición de la enfermedad son inseparables de los factores que constituyen un obstáculo para su prevención y tratamiento. Se trata de la pobreza<sup>53</sup> y la falta de recursos y educación<sup>54</sup>, que también

---

entornos ganaderos del Chad había revelado una prevalencia del 4,5 % de tuberculosis humana (A. Montavon y otros, "Health of mobile pastoralists in the Sahel – assessment of 15 years of research and development", *Tropical Medicine and International Health*, vol. 18, núm. 9 (septiembre de 2013)). En una reunión interna de la organización Action Damien, celebrada del 22 al 25 de agosto de 2018 en Kinshasa, Jacques Gumbaluka destacó la falta de datos sobre la tuberculosis entre las personas indígenas del Alto Uelé en la República Democrática del Congo. Reveló que en 2016, de una muestra de 13 personas consideradas indígenas en esa región, el 78 % de los pacientes había completado el tratamiento, en comparación con una tasa media del 81,3 % en el conjunto de la población.

<sup>47</sup> Grupo Internacional de Trabajo sobre Asuntos Indígenas y Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Indigenous Peoples in Africa: the forgotten peoples? The African Commission's work on indigenous peoples in Africa* (Copenhague, 2006).

<sup>48</sup> Lena Faust y otros, "Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities: a systematic review of screening strategies among high-risk groups in low-incidence countries", *BMC Public Health*, vol. 18, núm. 1 (agosto de 2018), pág. 2; Noni MacDonald y otros, "Tuberculosis in Nunavut: a century of failure", *CMAJ*, vol. 183, núm. 7 (abril de 2011), pág. 741.

<sup>49</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 15.

<sup>50</sup> *Ibid.*

<sup>51</sup> Burtseva, "The health of populations living in the indigenous minority settlements of northern Yakutia", pág. 11. En Noruega: Soile Hämäläinen y otros, "Sami yoik, Sami history, Sami health: a narrative review", *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 77, núm. 1 (2018), pág. 3.

<sup>52</sup> La OMS define los determinantes sociales de la salud como las circunstancias en que nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen las personas (Canadá, *Canadian Tuberculosis Standards*, 7ª edición, capítulo 14, pág. 379).

<sup>53</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 11.

<sup>54</sup> Esto puede deberse al aislamiento geográfico, la estigmatización y la discriminación y las barreras lingüísticas y culturales (Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 12).

influyen en la falta de profesionales de la salud indígenas y el hacinamiento. La inseguridad alimentaria y la malnutrición, en particular motivadas por los efectos del cambio climático y los daños ambientales; enfermedades como la diabetes, la obesidad y otras dolencias crónicas; y el tabaco, el alcohol y la toxicomanía, también aumentan el riesgo de brotes de tuberculosis<sup>55</sup>. Además, el vagabundeo, la falta de hogar, los problemas de salud mental y la estigmatización de las personas que viven con la enfermedad complican la detección y la vigilancia del tratamiento<sup>56</sup>.

43. Por lo tanto, la erradicación de la tuberculosis entre las comunidades indígenas debe incluir medidas que afronten estos factores específicos<sup>57</sup>.

### **Restablecimiento de la confianza: alianzas y adaptación cultural**

44. Varios estudios realizados en diversos países hacen hincapié en que la falta de confianza de las comunidades indígenas en los sistemas de salud dificulta la prevención y el tratamiento de la tuberculosis. Esta falta de confianza es resultado de prácticas traumáticas y discriminatorias de carácter histórico, como la esterilización forzada y la experimentación científica, las diferencias culturales o lingüísticas que limitan el entendimiento mutuo, la desigualdad en la distribución de los servicios de salud, e incluso, en ocasiones, la hostilidad de los profesionales sanitarios<sup>58</sup>.

45. Esta situación se ve agravada por la discriminación sistemática que experimentan las comunidades indígenas, que se manifiesta en una falta de acceso a la información y en malos tratos. Estos efectos son doblemente perjudiciales en el caso de la tuberculosis, donde la supervisión del tratamiento es fundamental para la recuperación<sup>59</sup>.

46. Ninguna medida puede ser eficaz si no se realizan esfuerzos para restablecer la confianza de las comunidades indígenas en los sistemas de salud. Con ese fin, los Estados deben incluir a los pueblos indígenas como asociados en el diseño y la ejecución de los programas de salud, incorporando las perspectivas indígenas en materia de salud<sup>60</sup>, y capacitar a los trabajadores sanitarios para que conozcan el contexto histórico, sean sensibles a los problemas experimentados por las comunidades indígenas y presten cuidados apropiados desde el punto de vista cultural. La participación de las comunidades y la definición de estrategias de salud interculturales han demostrado ser prácticas eficaces<sup>61</sup>.

### **Prevención y tratamiento para las comunidades aisladas y nómadas**

47. El aislamiento de las comunidades indígenas plantea desafíos singulares a la hora de supervisar el tratamiento, garantizar el acceso a servicios de salud de calidad, capacitar a personal cualificado y proporcionar recursos suficientes<sup>62</sup>. Los casos del Canadá y la India, que se describen a continuación, son ejemplos ilustrativos.

48. Además, las comunidades nómadas también requieren una respuesta apropiada a fin de garantizar su acceso a los servicios de salud y que estos servicios se adapten a sus necesidades y estilos de vida. El caso de los ganaderos nómadas de África ofrece

<sup>55</sup> Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", págs. 4 a 6.

<sup>56</sup> *Ibid.*, págs. 5 a 6.

<sup>57</sup> De conformidad con el enfoque adoptado por la OMS.

<sup>58</sup> India, "Tribal Health in India", pág. 5; Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 15; Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, pág. 21.

<sup>59</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 15.

<sup>60</sup> *Ibid.*, pág. 17. Sámediggi, *Proposal for Ethical Guidelines*, pág. 26; FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, pág. 7.

<sup>61</sup> FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, pág. 8.

<sup>62</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 12; Chandler, "Alaska's ongoing journey with tuberculosis", págs. 5 a 6. Véase también el ejemplo del Canadá más adelante.

un buen ejemplo de ello. La proximidad a los animales y los efectos del medio ambiente (polvo, aire seco y caliente y alto nivel de humedad) también debe abordarse<sup>63</sup>.

49. Se ha demostrado que la descentralización de la detección y el tratamiento de la enfermedad mejora la accesibilidad de los servicios<sup>64</sup>. Se han adoptado algunas iniciativas en este sentido, como la construcción de viviendas temporales junto a los centros de salud para que los familiares puedan acompañar a los pacientes<sup>65</sup>.

### **Fortalecimiento de la cooperación entre los Estados**

50. No existe un único sistema de vigilancia de la tuberculosis a nivel internacional<sup>66</sup>, aunque la supervisión de la enfermedad es esencial para su prevención y control<sup>67</sup>. En algunos contextos, la cooperación entre Estados, por consiguiente, parece necesaria.

#### *El ejemplo de la región circumpolar*

51. La región circumpolar se caracteriza por un entorno difícil y una pequeña población dispersa en grandes zonas que dependen de la pesca y la caza. La falta de infraestructura y tratamiento adecuado de las aguas residuales, de suministro de agua y de sistemas de atención sanitaria complican la prevención y el tratamiento de la tuberculosis. A esto se suman los numerosos factores socioeconómicos que ya se han descrito anteriormente, en particular la pobreza y la malnutrición<sup>68</sup>. Estos últimos se ven agravados por los efectos del cambio climático y los cambios económicos ocasionados por el aumento de los desplazamientos de población del Sur al Norte (a raíz del turismo y la industria petrolera y minera)<sup>69</sup>.

52. En los años setenta, la “cooperación circumpolar” facilitó la realización de estudios sobre la salud de los pueblos indígenas. Además, en 1999 el Consejo Ártico creó el Grupo de Trabajo sobre el Desarrollo Sostenible y el Sistema de Vigilancia Circumpolar Internacional para las enfermedades bacterianas invasivas, una red de vigilancia de las enfermedades infecciosas en los países miembros de la región<sup>70</sup>.

53. Se creó un grupo de trabajo sobre la tuberculosis en 2006<sup>71</sup>. Su misión es mejorar la detección de la tuberculosis, analizar la evolución y los efectos de la enfermedad, aumentar la conciencia sobre la dolencia y mejorar la investigación participativa<sup>72</sup>.

<sup>63</sup> Montavon, “Health of mobile pastoralists in the Sahel”.

<sup>64</sup> FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*, pág. 8.

<sup>65</sup> Una iniciativa llevada a cabo en Kenya. En Namibia, los familiares de los pacientes reciben capacitación para que sean conscientes de la importancia del tratamiento y ayuden al paciente a que siga con él durante los largos períodos de caza, cuando es susceptible de ser interrumpido (Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, págs. 17 y 18).

<sup>66</sup> La OMS no define un enfoque estandarizado para la vigilancia de la tuberculosis, pero ofrece una lista de normas para la evaluación de los sistemas de seguimiento; Annie-Claude Bourgeois y otros, “Descriptive review of tuberculosis monitoring systems across the circumpolar regions”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 75 (abril de 2016) pág. 2.

<sup>67</sup> Alan J. Parkinson y otros, “International Circumpolar Surveillance, an Arctic network for the surveillance of infectious diseases”, *Emerging Infectious Diseases*, vol. 14, núm. 1 (2008), pág. 20.

<sup>68</sup> *Ibid.*, pág. 19. Canadá, *Canadian Tuberculosis Standards*, capítulo 14; MacDonald, “Tuberculosis in Nunavut”, pág. 741; Soininen, “The health of the Finnish Sami”, pág. 57.

<sup>69</sup> Parkinson, “International Circumpolar Surveillance”, pág. 22; Soininen, “The health of the Finnish Sami”, pág. 60.

<sup>70</sup> Groenlandia, Islandia, Alaska y las regiones septentrionales del Canadá, Noruega, Suecia, Finlandia y la Federación de Rusia.

<sup>71</sup> Bourgeois, “Descriptive review of tuberculosis surveillance systems”, pág. 3.

<sup>72</sup> Parkinson, “International Circumpolar Surveillance”, pág. 33.

54. Dado que ninguna jurisdicción, a excepción de Noruega, está reuniendo información sobre los determinantes sociales de la salud y los factores de riesgo relacionados con la tuberculosis, como el tabaquismo, los esteroides, el VIH o la diabetes, la existencia de este grupo de trabajo es un hecho positivo<sup>73</sup>. Ofrece una vía adecuada para que los diferentes Estados y territorios trabajen de consuno y de finan, en colaboración con los pueblos indígenas, respuestas adaptadas a las características específicas de la región circumpolar. Otras regiones podrían seguir su ejemplo<sup>74</sup>.

#### **D. El ejemplo del Canadá: un país con una baja incidencia de tuberculosis y la mayor disparidad entre la población indígena y no indígena**

55. El Canadá es un país desarrollado con una baja incidencia de la tuberculosis. Sin embargo, tiene una tasa mucho mayor de tuberculosis entre los pueblos indígenas que en el resto de la población<sup>75</sup>. Esta brecha alcanza su máxima expresión en Nunavut: en 2009, la tasa de incidencia de la tuberculosis era 150 veces mayor que entre la población no indígena<sup>76</sup>. La tuberculosis también afecta en gran medida a los miembros de las Primeras Naciones con condición de indígena en Manitoba y Saskatchewan, donde la tasa de incidencia es 27,4 veces mayor y 7,3 veces mayor, respectivamente<sup>77</sup>. Si bien la tasa de la tuberculosis ha disminuido en la población no indígena, aumentó del 14,7 % al 21,2 % entre la población indígena del Canadá entre 1970 y 2010<sup>78</sup>. El país también registra una tasa más elevada de la tuberculosis entre los jóvenes indígenas.

56. En las normas canadienses para la lucha contra la tuberculosis (Canadian Tuberculosis Standards) se reconoce la necesidad de mejorar la prevención de la tuberculosis en las comunidades indígenas, establecer alianzas con las comunidades y dar prioridad al rastreo de contactos. Health Canada aprobó una estrategia de control de la tuberculosis para los miembros de las Primeras Naciones que viven en reservas en 2012<sup>79</sup>. La prioridad determinada por las normas ya no es tratar casos aislados, sino mejorar las estrategias de rastreo de contactos a fin de prevenir la transmisión de la enfermedad, teniendo en cuenta al mismo tiempo las características específicas de las comunidades indígenas<sup>80</sup>.

57. Los desafíos que enfrenta el Canadá son comunes a otros países: la incapacidad de detectar la tuberculosis latente a fin de prevenir la tuberculosis activa; y el acceso limitado a los servicios, lo que tiene que ver con el aislamiento de la población en Nunavut, pero también con la falta de personal (alta rotación), la falta de

<sup>73</sup> Bourgeois, “Descriptive review of tuberculosis surveillance systems”, págs. 6 y 7.

<sup>74</sup> Cabe señalar que, en la región de Asia Sudoriental, los ministerios de salud de 11 países de la región se reunieron en Nueva Delhi en 2017. En la declaración resultante de esa reunión, los países reconocieron los factores socioeconómicos que influyen en la enfermedad y la importancia de la participación de las comunidades, en particular de aquellas en situación de riesgo. También reconocieron la importancia de desarrollar sus capacidades de manera integral y de establecer un fondo común para el intercambio de conocimientos y datos. Sin embargo, la declaración no menciona a los pueblos indígenas ([www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)30817-6.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)30817-6.pdf), <https://www.theunion.org/news-centre/news/body/Call-for-Action.pdf>).

<sup>75</sup> Smelyanskaya, “Key Populations Brief”, pág. 5.

<sup>76</sup> Tollefson, “Burden of tuberculosis”, pág. 1.142.

<sup>77</sup> *Ibid.*

<sup>78</sup> *Ibid.*

<sup>79</sup> *Ibid.*, pág. 381.

<sup>80</sup> *Ibid.*, págs. 382 y 383; Victoria J. Cook y otros, “Modern contact investigation methods for enhancing tuberculosis control in aboriginal communities”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 71, núm. 1 (mayo de 2012), pág. 1.

conocimiento entre los trabajadores sanitarios ocasionales, la escasez de servicios de diagnóstico y las barreras culturales. A esto se añade la falta de confianza de las comunidades indígenas en los servicios de salud, como hemos visto, y la movilidad de los miembros de las Primeras Naciones entre las provincias. Esto exige un nivel de comunicación entre las provincias y el establecimiento de alianzas con las comunidades<sup>81</sup>. El Canadá debe garantizar también la coordinación entre los diferentes niveles de gobierno<sup>82</sup>.

58. Varios estudios ponen de relieve la importancia de la falta de vivienda adecuada y seguridad alimentaria como factores de riesgo<sup>83</sup> y la necesidad de que el Canadá haga frente primero a los determinantes sociales de la salud de los indígenas que están intrínsecamente vinculados a la colonización, la globalización y la pérdida del idioma, la cultura y la tierra. Por lo tanto, los pueblos indígenas deben considerarse asociados plenos en la vida contemporánea y debe reconocerse su derecho a la libre determinación<sup>84</sup>.

59. Observamos que las normas determinan como eficaces las siguientes prácticas: incorporar creencias indígenas en los programas de salud, de acuerdo con los deseos de los pacientes; velar por que los conceptos del idioma se elaboren en colaboración con los pueblos indígenas; y usar métodos creativos multimedia y una educación efectiva que transmitan mensajes cognitivos, pero también mensajes afectivos de empatía, apertura, interés y respeto en relación con el paciente. A fin de mejorar la supervisión de la atención al paciente, las normas recomiendan, en particular, acercar la atención al paciente (por ejemplo, al hogar); usar incentivos (por ejemplo, alimentos) y facilitadores (por ejemplo, vales); y desarrollar mecanismos de recordatorio y seguimiento, simplificar los protocolos, reducir los tiempos de remisión y hacer un seguimiento riguroso de los pacientes migrantes. También recomiendan mejorar los servicios de salud que son emocional y culturalmente accesibles y contar con trabajadores sanitarios de las comunidades indígenas, preferiblemente de la comunidad o región, que actúen como educadores, defensores de los derechos humanos e intermediarios culturales<sup>85</sup>.

## **E. El ejemplo de la India: un país emergente con la mayor tasa de incidencia de la tuberculosis**

60. Una cuarta parte de los casos de tuberculosis del mundo se registran en la India, que tiene la tasa más elevada de tuberculosis multirresistente<sup>86</sup>. En 2016, 28 millones de personas tenían tuberculosis y 4,5 millones murieron a causa de esta enfermedad<sup>87</sup>.

61. La India elaboró un programa nacional de lucha contra la tuberculosis en 1997 y lleva aplicándolo en todo el país desde marzo de 2006. La tuberculosis es tratada por los servicios públicos, a través del Programa Nacional Revisado de Lucha contra la Tuberculosis de 2016, y también por el sector privado, que se ocupa de más de la mitad de los casos de tuberculosis. La coexistencia de los servicios público y privado plantea problemas particulares, especialmente en lo que respecta a la

<sup>81</sup> Las normas canadienses contienen un conjunto de recomendaciones (véase párr. 59).

<sup>82</sup> MacDonald, "Tuberculosis in Nunavut", pág. 741;

<sup>83</sup> Faust, "Recommendations for the screening of paediatric latent tuberculosis infection in indigenous communities", pág.1; Richard Long y otros, "Tuberculosis elimination in Canada: Truce or Victory?", *CMAJ*, vol. 187, núm. 16 (noviembre de 2015), pág. 1.192.

<sup>84</sup> *Ibid.*

<sup>85</sup> Canadá, *Canadian Tuberculosis Standards*, 7ª edición, capítulo 14.

<sup>86</sup> [www.tbfacts.org/tb-india/](http://www.tbfacts.org/tb-india/).

<sup>87</sup> *Ibid.*

recopilación de datos. Además, muchas personas no son conscientes de que se dispone de servicios de salud pública gratuitos<sup>88</sup>.

62. El nuevo Plan Estratégico Nacional 2017–2025 tiene por objeto reducir drásticamente la mortalidad y la morbilidad por tuberculosis y trabajar en pro de la eliminación de la tuberculosis antes de 2025.

63. La estrategia comprende cuatro ámbitos: la detección, el tratamiento, la prevención y la creación de capacidad. Para las personas pertenecientes a grupos de “alto riesgo”, el objetivo es prevenir el desarrollo de la tuberculosis activa entre las personas con tuberculosis latente y, por lo tanto, detectar casos de tuberculosis latente de antemano, en particular haciendo frente a los factores sociales determinantes de la enfermedad.

64. Las personas que viven en zonas tribales se encuentran entre la “población clave” destinataria del plan por su situación de alto riesgo o su condición de grupos vulnerables. A fin de dar prioridad a las intervenciones, el plan define los criterios para la selección de determinadas zonas. Las zonas con un alto grado conocido de malnutrición o tuberculosis o las zonas en que la población consume productos animales<sup>89</sup>, por ejemplo, son prioritarias<sup>90</sup>.

65. El Gobierno de la India reconoce 104 millones de indígenas distribuidos en 705 tribus (tribus desfavorecidas), lo que representa el 8,6 % de la población<sup>91</sup>. Setenta y cinco grupos tribales se clasifican como “grupos tribales/advasi especialmente vulnerables”.

66. Un informe del Gobierno de la India sobre la salud de los pueblos tribales, publicado en 2018, reconoce la falta de información sobre la salud de esos grupos<sup>92</sup>. La información disponible indica claramente, sin embargo, que su nivel de salud es muy inferior a aquel del que goza el resto de la población, y que las tribus desfavorecidas se ven afectadas de manera desproporcionada por las enfermedades transmisibles. La tasa de incidencia de la tuberculosis registrada es de 703 casos por cada 100.000 habitantes entre los pueblos indígenas, en comparación con 256 por cada 100.000 en el resto de la población. Los estudios analizados indican que solo el 11 % de los casos de tuberculosis pulmonar en las comunidades indígenas reciben tratamiento.

67. Los factores que explican esta diferencia son la falta de infraestructuras en las zonas tribales, los costos, la distancia y la falta de transporte a los centros de atención para las comunidades, así como la hostilidad de los profesionales sanitarios, la barrera del idioma, la brecha en la comprensión y la falta de confianza en un sistema que les resulta extraño.

---

<sup>88</sup> *Ibid.*

<sup>89</sup> En particular para prevenir la propagación de la tuberculosis zoonótica, un problema común de los ganaderos nómadas de Malí (entrevista con el Sr. Aboubacrine ag Ayaya, 30 de julio 2018, Agadir (Marruecos). De 1962 a 2000 trabajó como enfermero veterinario y, posteriormente, como veterinario en Malí. También fue consultor de ganado para ganaderos nómadas en Malí, Mauritania, Burkina Faso y el Chad).

<sup>90</sup> [www.tbfacts.org/tb-india-nsp/](http://www.tbfacts.org/tb-india-nsp/).

<sup>91</sup> El artículo 342 de la Constitución define “tribus desfavorecidas” como aquellas tribus o comunidades tribales o partes de o grupos dentro de comunidades tribales que el Presidente de la India especifique mediante aviso público. Según el Gobierno de la India, el 40,6 % de la población tribal vive por debajo del umbral de pobreza, frente al 20,5 % de la población no tribal; y el 10,7 % de la población tribal tiene acceso al agua corriente, en comparación con el 28,5 % de la población no tribal.

<sup>92</sup> India, Ministerio de Salud y Bienestar de la Familia y Ministerio de Asuntos Tribales, “Tribal Health in India: Bridging the Gap and a Roadmap for the Future”, Informe del Comité de Expertos sobre la Salud Tribal, resumen y recomendaciones (2018).

68. El alcance limitado de las interacciones entre los profesionales sanitarios, el sentimiento de aislamiento social y profesional, la debilidad de las políticas de recursos humanos, los deficientes entornos y condiciones de trabajo y la falta de personal de enfermería son factores que contribuyen a las diferencias entre el personal sanitario que trabaja en las zonas tribales y quienes lo hacen en el resto del país. En el informe también se señala que la calidad de la atención es deficiente debido a la falta de motivación, comprensión y respeto mutuo. La renuencia de las personas indígenas a utilizar el sistema de atención de la salud de la India refleja la falta de contenido emocional y seguridad espiritual en la atención médica moderna y la comprensión limitada del sistema de atención de la salud nacional.

69. Por último, el informe destaca la ausencia perjudicial de las comunidades indígenas en la planificación y ejecución de los programas de salud.

70. Los principios que deben guiar la política de salud indígena del Gobierno se identifican en el informe de la siguiente manera: autonomía, para garantizar que los servicios de salud se adapten a las necesidades y la cultura de los pueblos indígenas; accesibilidad de los servicios de salud; coordinación de acciones, a fin de afrontar de manera eficaz los determinantes sociales de la salud; y provisión de recursos financieros suficientes.

71. Además, debe darse prioridad al establecimiento de una estructura administrativa que permita la participación, la planificación y la administración a nivel local. La descentralización de los servicios de diagnóstico y tratamiento es una estrategia que puede encontrarse también en los programas de lucha contra la tuberculosis en América del Sur<sup>93</sup>.

72. El informe del Gobierno de la India recomienda, entre otras cosas, la mejora de la infraestructura de salud pública en las zonas tribales, velando por que los servicios sean gestionados por personas calificadas y sensibles que traten a los pueblos indígenas con respeto; la capacitación de la población local para aumentar el número de personal de atención de la salud en las zonas tribales a largo plazo; y la puesta en marcha de determinadas iniciativas para atraer a especialistas en esas esferas.

73. El informe también contiene una serie de recomendaciones para integrar la medicina tradicional tribal/adivasi en los centros de atención primaria de la salud, como la determinación de prácticas y medicinas tradicionales efectivas y la capacitación de los curanderos para ejercer en los centros de atención primaria de salud. Observamos que las prácticas tradicionales deberían precisarse en colaboración con los pueblos indígenas y respetando los derechos de las comunidades indígenas, como se reconoce en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

#### **IV. Recomendaciones**

74. A fin de lograr el objetivo de la erradicación de la tuberculosis antes de 2030 y de asegurar que los pueblos indígenas, que son especialmente vulnerables a esta enfermedad, no se queden atrás, exhortamos a los Estados, las organizaciones nacionales e internacionales y los miembros de las comunidades indígenas a que tomen en consideración las siguientes recomendaciones:

1. Los Estados Miembros deberían reunir datos desglosados que les permitan, por un lado, contar con una descripción precisa de la enfermedad entre los pueblos indígenas, a fin de hacer efectivo su derecho a la salud, tal como se define en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos,

<sup>93</sup> FILAC, *Status of Tuberculosis in Indigenous Peoples*.

Sociales y Culturales y en el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; y, por otro lado, informar en 2020 sobre los progresos realizados con respecto a los pueblos indígenas de conformidad con lo dispuesto en el párrafo 53 de la declaración política de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis, que se celebró en septiembre de 2018<sup>94</sup>.

2. Los Estados Miembros, las organizaciones internacionales, como la OMS y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, y la comunidad científica deberían desarrollar la investigación sobre la tuberculosis entre los pueblos indígenas, en colaboración con las comunidades, a fin de comprender el carácter singular de cada comunidad<sup>95</sup> y región, y determinar las respuestas apropiadas a la epidemia<sup>96</sup>.

3. De conformidad con el derecho de los pueblos indígenas a la libre determinación y al desarrollo, que se reconoce en los artículos 3 y 23 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, los Estados deben trabajar en colaboración con los pueblos indígenas en los factores socioeconómicos que propician la enfermedad<sup>97</sup>, como el VIH, el tabaquismo, el alcoholismo, la inseguridad alimentaria, la diabetes<sup>98</sup> y la crisis de la vivienda.

4. En virtud del derecho de los pueblos indígenas al consentimiento libre, previo e informado, que se reconoce en el artículo 19 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, los Estados Miembros deben elaborar y aplicar, en colaboración con los pueblos indígenas, políticas o programas de prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis a fin de asegurar que esas políticas y programas sean accesibles y culturalmente adecuados, y deben incorporar en ellos las perspectivas de los pueblos indígenas en materia de salud<sup>99</sup>, de conformidad con el artículo 24 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; y deben hacerlo respetando su derecho a mantener, controlar, proteger y desarrollar sus conocimientos, amparado por el artículo 31 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

5. Los Estados Miembros tienen a su disposición una serie de estrategias para prestar apoyo a la supervisión del tratamiento de los pacientes con tuberculosis, en especial los pertenecientes a los pueblos nómadas, que abarcan la capacitación de los miembros de la comunidad para que atiendan a los enfermos

<sup>94</sup> Resolución 73/3 de la Asamblea General.

<sup>95</sup> Por ejemplo, ningún programa puede ser eficaz a menos que se tengan en cuenta determinados elementos de la cultura tuareg que facilitan la propagación de la enfermedad: los tuaregs viven en comunidades y comen y hablan muy cerca, *takshé*. Se sienten incómodos al aislar a un miembro de su comunidad como consecuencia de su estado bacteriológico. Estos factores contribuyen a la contaminación por aire y secreciones. Con respecto a la prevención de la enfermedad, un experto recomendó la inmunización durante los períodos en que las comunidades se reúnen, es decir, en la estación cálida y en el invierno.

<sup>96</sup> Sámediggi, *Proposal for Ethical Guideline*, págs. 25 y 26; véase también OMS, *Indigenous peoples & participatory health research*, ([www.who.int/ethics/indigenous\\_peoples/en/index1.html](http://www.who.int/ethics/indigenous_peoples/en/index1.html)); Asamblea de Primeras Naciones de Quebec y Labrador, *Research protocol of the First Nations of Quebec and Labrador* (junio de 2005); Canadá, Canadian Institutes of Health Research (*CIHR Guidelines for Health Research Involving Aboriginal People* (2007)).

<sup>97</sup> Un enfoque impulsado por la OMS ([www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-09-26/secretary-generals-remarks-high-level-meeting-tuberculosis](http://www.un.org/sg/en/content/sg/statement/2018-09-26/secretary-generals-remarks-high-level-meeting-tuberculosis)).

<sup>98</sup> Maxime Cormier y otros, "Proximate determinants of tuberculosis in Indigenous peoples worldwide: a systematic review", *Lancet Global Health*, vol. 7 (enero de 2019).

<sup>99</sup> Smelyanskaya, "Key Populations Brief", pág. 10.

y permitir así que continúe su modo de vida tradicional de conformidad con el artículo 20 1) de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas; y la construcción de viviendas cerca de los centros de salud a fin de que los pacientes puedan contar con la compañía de miembros de su comunidad.

6. Los Estados Miembros tienen a su disposición una serie de estrategias para hacer frente a la falta de personal sanitario en zonas remotas, como la capacitación básica de personal a nivel local, el apoyo financiero para que los miembros de las comunidades indígenas reciban capacitación y trabajen en su comunidad, el establecimiento de clínicas móviles y el desarrollo de la telemedicina.

7. Los Estados Miembros deben velar por que se preste especial atención a la detección de la tuberculosis entre los niños y jóvenes indígenas, de conformidad con el artículo 17 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

8. Las organizaciones internacionales y los Estados deben fortalecer la colaboración regional específicamente con respecto a los pueblos indígenas, y en asociación con ellos, para establecer sistemas de vigilancia compartidos a través de los cuales se puedan difundir datos y definir estrategias efectivas para la prevención y el tratamiento de la tuberculosis.

---