



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Atención de poblaciones vulnerables con base comunitaria. El caso de la tuberculosis en Colombia, 2012-2013.

Mily Johana Ramírez Ruiz

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2015

Atención de poblaciones vulnerables con base comunitaria. El caso de la tuberculosis en Colombia, 2012-2013.

Mily Johana Ramírez Ruiz

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:

Magíster en Salud Pública

Director:

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

MD. MSc. Candidato a Doctor en Salud Pública

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina

Departamento de Salud Pública

Bogotá, Colombia

2015

A Dios y a la Virgen María, principales fuentes de amor, fortaleza e inspiración en mi vida.

A mis padres y hermanos, esos bellos ángeles que Dios me asignó para recibirme y acompañarme en el camino de la vida.

Al amor de mi vida; mi apoyo y motivación para no desistir cuando el camino parecía difícil.

A mis amadas sobrinas, quienes con su ternura y amor recargaron mis energías cuando lo necesité.

Agradecimientos

La autora expresa sus sinceros agradecimientos a:

- La Universidad Nacional, por brindar oportunidades a los profesionales que quieren continuar su camino de aprendizaje en pos de ayudar a reducir la inequidad del país.
- A directivas y docentes de la Maestría en Salud pública por el aporte a la formación de salubristas sensibles a las necesidades de la población.
- A Sara Helena Carrillo, Secretaria de la Maestría, por su maternal colaboración.
- Al Doctor Elkin Osorio, director de tesis, por su permanente apoyo en el proceso de investigación.
- A los Jurados de Tesis, Dr. Carlos Sarmiento y Dr. Ernesto Moreno, por sus valiosos y pertinentes aportes.
- A Norman Gil y David Rodríguez, profesionales de la Organización Internacional para las Migraciones, líderes del proyecto de control de TB para el Fondo Mundial; por su valioso apoyo y asesoría.
- Al equipo del proyecto por su colaboración en la concertación de los espacios de realización de entrevistas y grupos focales.
- Muy especialmente a todos los profesionales, técnicos, gestores y líderes comunitarios que trabajan arduamente para brindar a las personas más vulnerables una nueva oportunidad de vida.
- A todas las personas que de una u otra forma aportaron al desarrollo de este trabajo.

Resumen

Estudio descriptivo de los procesos de atención en salud con base comunitaria para el control de la tuberculosis en poblaciones vulnerables en Colombia. Incluye la sistematización de la experiencia del fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB en el pacífico colombiano, enfocado en la estrategia DOTS comunitario implementada en los departamentos de Chocó, Nariño, Cauca y Valle del Cauca en los años 2012-2013 dirigida a población rural dispersa, indígena, habitante de calle y población privada de la libertad. Se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales a actores clave, para su análisis se aplicó la perspectiva teórica de la Hermenéutica y el método de la Teoría Fundamentada. Se encontró que la estrategia DOTS ha sido el pilar del desarrollo de la estrategia Alto a la TB por ser un escenario importante de participación comunitaria con potencialidad para el logro de impactos medibles en la situación de salud. Aunque la estrategia es percibida positivamente por todos los actores entrevistados hay algunos componentes del DOTS que son mejor reconocidos y desarrollados que otros. Adicionalmente, las cifras encontradas en la revisión documental refuerzan los hallazgos evidenciando un importante aporte de la comunidad al logro de las metas del programa nacional de tuberculosis. Todas las experiencias revisadas, tanto a nivel mundial como nacional, mostraron resultados positivos en la implementación del DOTS comunitario.

Palabras clave: Tuberculosis, DOTS/TAES, población vulnerable, comunidad.

Abstract

Descriptive study about community-based health care process for TB control in vulnerable populations in Colombia. It includes the systematization of the experience of strengthening the Stop TB strategy in the Colombian Pacific, focused on community DOTS strategy implemented in the departments of Chocó, Nariño, Cauca and Valle del Cauca in the years 2012-2013 aimed at rural population dispersed, indigenous, street dweller and population deprived of freedom. Semi-structured interviews and focus groups with key stakeholders were made, for analysis the theoretical perspective of Hermeneutics and the method of Grounded Theory was applied. It was found that the DOTS strategy has been the development pillar of the Stop TB strategy as an important stage of community participation with potential for achieving measurable impact on the health situation. Although the strategy is perceived positively by all actors interviewed there are some components of DOTS that are better recognized and developed than others. In addition, the figures found in the literature review reinforce the findings demonstrating a significant contribution of the community to achieving the goals of the national tuberculosis program. All revised, both global and national experiences showed positive results in implementing community DOTS.

Keywords: tuberculosis, directly observed therapy, vulnerable population, community.

Contenido

Resumen	VII
Abstract	VIII
Lista de figuras	XI
Lista de tablas	XII
Lista de abreviaturas	XIII
Introducción	15
1. Justificación y planteamiento del problema	17
1.1 Situación epidemiológica de la TB en el mundo	19
1.2 Situación epidemiológica de la TB en las Américas.....	22
1.3 Situación epidemiológica de la TB en Colombia	24
1.4 Situación de la población privada de la libertad.....	27
1.5 Situación de la población indígena	28
1.6 Situación de población habitante de calle.....	29
1.7 Situación de la población rural dispersa	31
1.8 Formulación de la pregunta de investigación.....	32
2. Objetivos	35
2.1 Objetivo general	35
2.2 Objetivos específicos	35
3. Marco conceptual y teórico	37
3.1 Tuberculosis	37
3.1.1 Manifestaciones clínicas.....	38
3.1.2 Diagnóstico de la TB.....	39
3.1.3 Técnicas diagnósticas.....	39
3.1.4 Tratamiento de la tuberculosis	41
3.1.5 Criterios programáticos de casos de TB	42
3.1.6 Adherencia	44
3.1.7 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso	44
3.2 Estrategia DOTS	46
3.3 Vulnerabilidad	50
3.4 Exclusión social.....	51
3.5 Equidad en salud	52
3.6 Enfoque de Derechos.....	53
3.7 Enfoque de Determinantes sociales de la salud	55
3.8 Enfoque diferencial.....	58
3.9 Atención Primaria en Salud	58
3.10 Enfoque de desarrollo de capacidades.....	63

3.10 Atención en salud a la TB con base comunitaria en el mundo	65
4. Metodología.....	73
4.1 Objetivo 1: Descripción de procesos de atención	73
4.2 Objetivo 2: Sistematización de experiencias.....	73
4.2.1 Técnicas	75
4.2.2 Proceso de investigación	75
4.2.3 Participantes.....	77
4.2.4 Categorías de análisis	77
4.2.5 Análisis de información	78
4.3 Consideraciones éticas	78
5. Resultados y hallazgos.....	80
5.1 Descripción procesos de atención.....	80
5.1.1 Proyecto de fortalecimiento de la Estrategia DOTS/TAS en pueblos indígenas de Colombia 2002-2006	80
5.1.2 Programa de control y prevención de TB en el marco de la estrategia Alto a la Tuberculosis como parte de la atención integral al habitante de calle en el Hogar Uno Día Noche 2009- 2010	84
5.1.3 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Barranquilla.....	85
5.1.4 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Popayán ..	86
5.1.5 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Toribio.....	88
5.2 Sistematización experiencia colombiana	90
5.2.1 Descripción estrategia DOTS con base comunitaria	93
5.2.2 Factores facilitadores.....	104
5.2.3 Barreras.....	106
5.2.4 Necesidades sentidas.....	114
5.2.5 Recomendaciones	115
5.2.6 Experiencias significativas	118
6. Discusión.....	128
7. Conclusiones.....	134
Bibliografía	137
Anexos	144
A. Anexo. Criterios de priorización de la experiencia	144
B. Anexo. Identificación de actores directos e indirectos	144
C. Anexo. Consentimientos informados.....	145
D. Anexo. Preguntas orientadoras.....	147

Lista de figuras

	<u>Pág.</u>
Figura 1. Tasas de incidencia estimadas de TB, 2013	20
Figura 2. Porcentaje de casos nuevos de TB con TB-MDR 2013.....	21
Figura 3. Porcentaje de casos previamente tratados de TB con TB-MDR 2013.....	21
Figura 4. Tendencia de la incidencia de en las Américas 2013.....	22
Figura 5. Tendencia de la prevalencia de TB en las Américas 2013	23
Figura 6. Tendencia de la tasa de mortalidad por TB (excluyendo casos de coinfección TB/VIH) en las Américas	23
Figura 7. Tasa de éxito del tratamiento anti TB en las Américas	24
Figura 8. Tasa de incidencia notificada de la TB. Colombia 1970-2008.....	24
Figura 9. Proporción de población indígena del total departamental	28
Figura 10. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud Organización Mundial de la Salud -2009.....	57
Figura 11. Valores, principios y elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en APS	61
Figura 12. Niveles de capacidades: Enfoque sistémico.....	64
Figura 13. Pasos para el proceso de desarrollo de capacidades	65

Lista de tablas

	<u>Pág.</u>
Tabla 1. Cobertura proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la TB en pueblos indígenas	29
Tabla 2. Distribución de casos de TB en población general y habitantes de calle. Bogotá 2009-2010	30
Tabla 3. Medicamentos, dosis y esquemas para el tratamiento de tuberculosis sensible en adultos y niños con peso mayor o igual a 25 kg. (Programa Nacional de Tuberculosis)	42
Tabla 4. Recomendaciones para el tratamiento de tuberculosis en adultos y niños con peso mayor a 30 kg, usando dosis fija combinada –DFC.	42
Tabla 5. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la tuberculosis e intervenciones	45
Tabla 6. Actores participantes, técnica de recolección y territorio	77
Tabla 7. Aporte de la comunidad al PCT en la captación de casos nuevos de TB. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Años 2012 y 2013.	91
Tabla 8. Aporte de la comunidad a la supervisión del tratamiento en pacientes diagnosticados con TBTF. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Años 2012 y 2013	91
Tabla 9. Porcentaje de éxito del tratamiento en pacientes con TB con supervisión por comunidad vs. porcentaje global del PCT. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Año 2012 y Primer semestre de 2013.	92

Lista de abreviaturas

Abreviatura Término

<i>ACD</i>	Agencia Canadiense para el Desarrollo
<i>DOTS</i>	Directly Observed Treatment Short-course
<i>DOTS</i>	Directly Observed Treatment Short-course
<i>DSS</i>	Determinantes Sociales de la Salud
<i>EAPB</i>	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
<i>EPS</i>	Empresa Promotora de salud
<i>FM</i>	Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria
<i>INS</i>	Instituto Nacional de Salud
<i>IPS</i>	Institución prestadora de Servicios de Salud
<i>MSPS</i>	Ministerio de Salud y Protección Social
<i>OIM</i>	Organización Internacional para las Migraciones
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>OPS</i>	Organización Panamericana de la Salud
<i>PNT</i>	Programa Nacional para la prevención y el control de la tuberculosis
<i>PPL</i>	Población Privada de la Libertad
<i>SGSSS</i>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<i>SIVIGILA</i>	Sistema Nacional de Vigilancia en salud Pública
<i>SR</i>	Sintomático respiratorio
<i>TAES</i>	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
<i>TB</i>	Tuberculosis
<i>TB-MDR</i>	Tuberculosis multidrogorresistente
<i>TBTF</i>	Tuberculosis todas las formas
<i>VIH</i>	Virus de Inmunodeficiencia Humana

Introducción

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, ubicándose como la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas después del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1), y persiste como uno de los retos en Salud pública a nivel mundial ya que las tasas de morbilidad y mortalidad actuales evidencian que pese a los avances tecnológicos que permiten mejoras en el diagnóstico y tratamiento estos no siempre son asequibles a toda la población.

La situación se hace más crítica dada la situación de resistencia a los fármacos utilizados en el tratamiento. Durante el año 2013 el 3,5% de los casos nuevos registrados correspondieron a TB-MDR y dentro de los previamente tratados el 20,5% presentaban TB-MDR, por lo cual se calcula que 480.000 personas han desarrollado resistencia al tratamiento; de éstas el 9% son extremadamente resistentes. De las muertes observadas en 2013 por TB 210.000 fueron casos de TB-MDR (1) .

Aunque las cifras parecen mostrar mejoras en la situación mundial, es bien conocido que esta enfermedad tiene determinantes sociales que la hacen más prevalente en las poblaciones vulnerables, como son los pobres, desplazados, indígenas, habitantes de la calle, población privada de la libertad, entre otros; cuya situación dista de parecerse a lo que reflejan los indicadores globales (2) (3).

En el 2006, la OMS lanzó la estrategia *Alto a la TB* (4), la cual tiene como pilar fundamental la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) o DOTS por sus siglas en inglés (Directly Observed Treatment Short-course), ésta última inició su desarrollo en 1995 y tiene cinco componentes básicos: 1. Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida, 2. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, 3. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, 4. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos y 5. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.

La implementación del DOTS ha tenido algunos obstáculos importantes que no han permitido tener el impacto que se esperaba, uno de ellos es que se ha considerado desde una perspectiva instrumentalizada, como el suministro de medicamentos de manera directa al paciente una vez es diagnosticado, pero cuya adherencia puede no ser fácil de lograr por las condiciones particulares de la mayoría de ellos, tales como sus bajos (o inexistentes) ingresos económicos, la distancia del servicio de salud, su deficiente estado nutricional y los consecuentes efectos indeseables de los fármacos, la falta de redes de apoyo, entre otros (3).

Dada la anterior situación, surgió una variante o adaptación de la estrategia, denominada DOTS comunitario, la cual busca salvar estas barreras mediante acciones de abogacía, comunicación y movilización social, fundamentado en el empoderamiento comunitario; de esta manera se busca hacer más fácil para el paciente el seguimiento de su tratamiento, garantizando la supervisión del mismo, realizada ya no por el profesional en el servicio de salud, sino por un miembro de la comunidad con características de liderazgo credibilidad y reconocimiento social; sin embargo, no se cuenta con información sistematizada sobre las experiencias en el contexto colombiano.

El presente estudio describe algunas experiencias colombianas en la implementación de acciones para el control de la TB en población vulnerable en los últimos 15 años, y realizar la sistematización de la experiencia del proyecto de Fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB en cuatro departamentos del pacífico colombiano (Chocó, Nariño, Cauca y Valle del Cauca), en el cual se fortaleció el DOTS comunitario orientado a población rural dispersa, indígena, habitante de calle y población privada de la libertad, cuya primera fase se realizó en los años 2012-2013.

1. Justificación y planteamiento del problema

Se ha dicho que la capacidad de investigación en los países en vías de desarrollo sigue siendo uno de los grandes retos postergados en el mundo; sin lugar a dudas, el precio pagado por este vacío incluye la falta de comprensión adecuada de cómo se están desempeñando realmente los sistemas de salud, desconociendo lo que funciona y lo que no, y la incapacidad de proponer soluciones adecuadas e innovadoras a los problemas existentes (5). La TB hace parte de esos tópicos en salud que requieren de un mayor conocimiento en el ámbito de la salud pública, ya que si a nivel clínico se conoce en gran medida su etiología, patogenia, diagnóstico y tratamiento, la aplicación de conocimientos a nivel colectivo aún representa un desafío para el logro de su control, especialmente en las poblaciones más vulnerables.

Una muestra de estos vacíos es la situación de emergencia sanitaria global dada por el previsible aumento de los casos de TB-MDR y TB-XDR, lo cual proyecta un futuro incierto en el que los tratamientos farmacológicos serán poco efectivos en su ataque contra la enfermedad. El insuficiente compromiso político, la no adherencia al tratamiento, las deficiencias programáticas, la escasa cultura de evaluación de programas, entre otros, entranan el conjunto de causales del fracaso del control de la TB (3) (6) (7); conocer los determinantes sociales de las inequidades en salud al que se ven enfrentadas las comunidades que la padecen, así como abrir el camino a posibles soluciones para resolver las fallas, es tan necesario como socialmente justo, ante la situación de vulnerabilidad de quienes padecen esta enfermedad.

En vista de lo anterior, la OMS ha liderado el compromiso en el control de la TB, plasmando entre los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) las siguientes metas:

- Disminuir la incidencia de casos de TB en el 2015.
- Reducir la prevalencia y mortalidad por TB a la mitad en el 2015 en comparación con las existentes en 1990.

-
- Detectar y tratar en programas DOTS al menos al 70% de los casos bacilíferos incidentes.
 - Tratar con éxito al 85%, como mínimo, de los casos bacilíferos incidentes.

Para alcanzar estas metas se impulsó a nivel mundial la estrategia Alto a la TB, adoptada en el país desde el año 2006, la cual contempla seis componentes principales: 1) ampliar y mejorar el DOTS de calidad; 2) abordar la coinfección por TB/VIH, la TB-MDR y las necesidades de las poblaciones pobres y vulnerables; 3) contribuir al fortalecimiento del sistema de salud basado en la atención primaria; 4) lograr la participación de todos los proveedores de atención de salud; 5) dotar de capacidad de acción y decisión a los pacientes con TB y a las comunidades a través de la creación de alianzas, y 6) posibilitar y fomentar la investigación (8).

La estrategia misma denota que sólo se lograrán las metas del Milenio si se avanza en el control de la TB en barrios marginales y zonas dispersas, abordando la población más vulnerable, en donde se concentran los casos y donde las condiciones favorecen el desarrollo de resistencia a los medicamentos; pues es un hecho que en general los barrios marginales están asentados en zonas vulnerables a desplazamientos, inundaciones y contaminación ambiental, presentan problemas en la calidad de las viviendas y hacinamiento; tienen inadecuado acceso a servicios de agua potable, saneamiento básico y servicios de salud; violencia que genera trastornos de comportamiento; abuso de alcohol y drogas, entre otros (9). Aún más crítica es la situación de la población indígena, los habitantes de la calle y quienes están privados de la libertad, quienes han sufrido las consecuencias de la inequidad de la sociedad.

En concordancia con lo anterior, en el Plan estratégico Colombia Libre de Tuberculosis se establecieron funciones para cada uno de los actores involucrados, y se reconoció como función del MSPS diseñar e implementar estrategias para reducir las barreras que impiden el acceso de los grupos vulnerables (indígenas, privados de libertad, poblaciones marginales de grandes ciudades, personas viviendo en la calle y población desplazada) a servicios de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.

Por tal razón, se hace necesario identificar los desafíos comunes, adaptando experiencias exitosas e intervenciones costo-efectivas que algunos países ya están

implementando; ya que a pesar de que en Colombia se adelantan acciones tendientes a la vigilancia y control de la tuberculosis en todo el territorio nacional, los logros aun parecen ser insuficientes y se requiere evidencia que oriente hacia la ejecución de intervenciones más efectivas, equitativas e incluyentes para la población más vulnerable. En ese sentido, el presente trabajo de investigación busca brindar información necesaria para la toma de decisiones tendientes a avanzar en una mejor atención en salud frente a la tuberculosis, que conlleve a reducir las brechas de equidad en aquellas poblaciones vulnerables que sistemáticamente han sufrido la exclusión social de las acciones en salud.

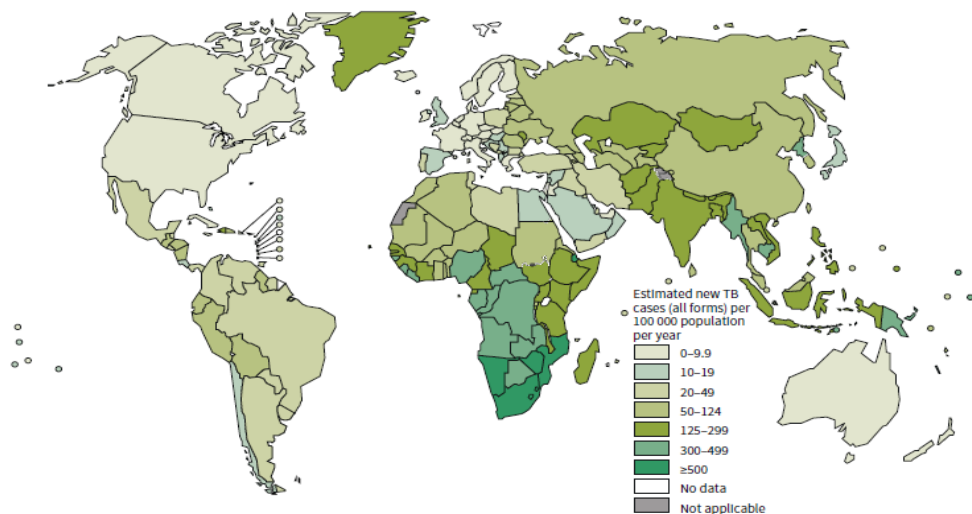
Aunque existen otros criterios de vulnerabilidad aplicables a la tuberculosis, como la inmunidad reducida individual y la resistencia producida por la desnutrición y las condiciones de trabajo subóptimas; estos han tenido un abordaje más amplio desde la prestación de servicios individuales y las estrategias para estos casos han tenido un mayor desarrollo, por tal motivo no serán objeto del presente estudio.

1.1 Situación epidemiológica de la TB en el mundo

La tuberculosis (TB) continúa siendo una de las principales causas de mortalidad en el mundo, ubicándose como la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas después del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (1). Además, continúa siendo uno de los retos en Salud pública a nivel mundial, ya que las tasas de morbilidad y mortalidad actuales evidencian que pese a los avances tecnológicos que permiten mejoras en el diagnóstico y tratamiento estos no siempre son asequibles a toda la población.

Según el Reporte Global de Control de la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud 2014, durante el 2013 9,0 millones de personas fueron diagnosticadas con TB, de los cuales el 64% fueron casos nuevos; la incidencia de la enfermedad fue de 126 por 100.000 habitantes para el año en mención y los casos prevalentes de la enfermedad se calcularon en 11 millones para ese mismo año; en ese periodo se produjeron 1,5 millones de muertes por esta enfermedad (1).

Figura 1. Tasas de incidencia estimadas de TB, 2013



Fuente: OMS. Reporte Global TB 2014

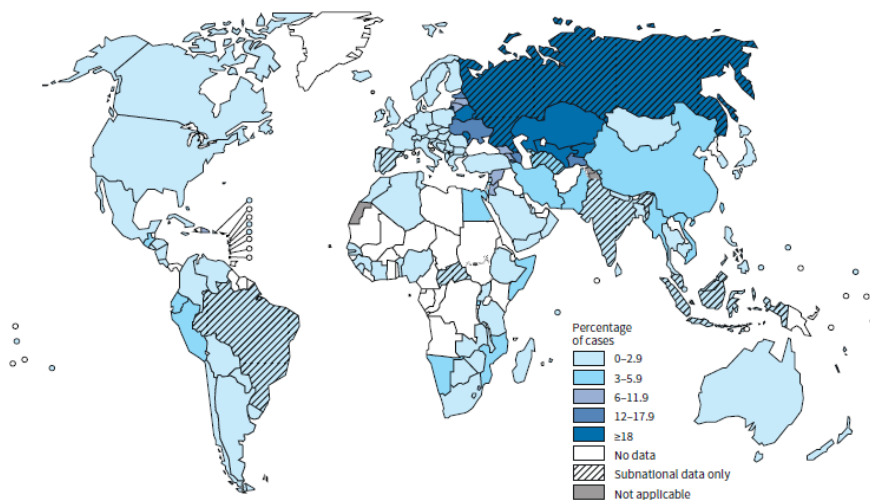
Aunque se ha observado una disminución progresiva en el número de casos, y se considera que se han salvado 37 millones de vidas entre el 2000 y el 2013 (1) gracias al adecuado diagnóstico y tratamiento; continua presentándose un importante número de muertes por esta causa, que en su mayoría son prevenibles. Aún más preocupante, es la actual situación de reemergencia de la enfermedad en países donde se consideraba casi eliminada, la aparición de casos de TB multidrogorresistente (TB-MDR) y TB extremadamente drogorresistente (TB-XDR), ligada al creciente número de personas infectadas con el VIH y al debilitamiento de los programas de control.

Las cepas de TB sensibles a medicamentos anti TB se han mantenido estables en los últimos cinco años, especialmente en población adulta mayor de 45 años; sin embargo existe un fenómeno entre la población adulta mayor de 15 años entre los cuales la TB-MDR ha venido en incremento en algunos países en los cuales las estrategias implementadas para su control y tratamiento regular no han tenido el éxito esperado, este ha sido el ejemplo del Perú que a pesar de tener uno de los mejores programas de control de TB a finales de los años 90, durante los últimos 10 años viene registrando un número creciente de casos de TB-MDR.

En el mundo durante el año 2013, el 3,5% de los casos nuevos registrados correspondieron a TB-MDR y dentro de los previamente tratados el 20,5%

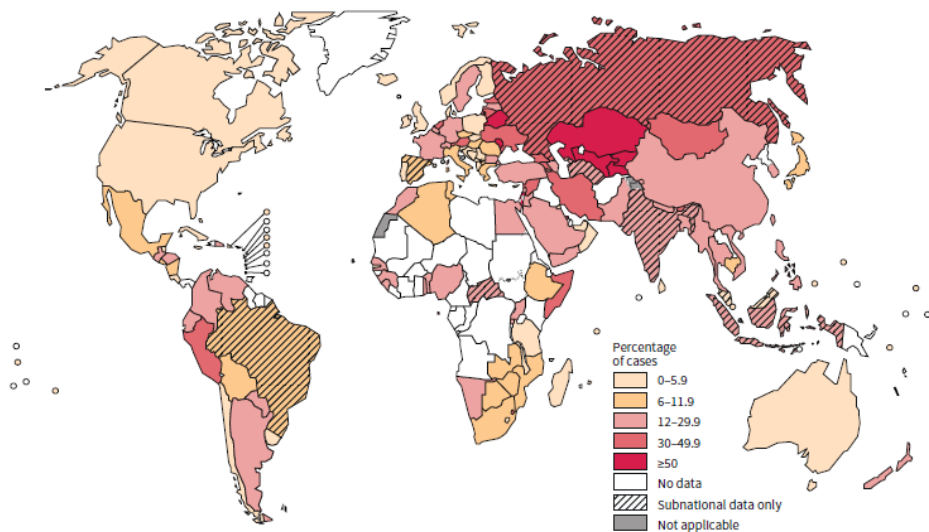
correspondieron a TB-MDR, por lo cual se calcula que 480.000 personas han desarrollado resistencia al tratamiento; de éstas, el 9% son extremadamente resistentes. De las muertes observadas en 2013 por TB, 210.000 fueron casos de TB-MDR (1) .

Figura 2. Porcentaje de casos nuevos de TB con TB-MDR 2013



Fuente: OMS. Reporte Global TB 2014

Figura 3. Porcentaje de casos previamente tratados de TB con TB-MDR 2013



Fuente: OMS. Reporte Global TB 2014

De igual manera, la comorbilidad TB-VIH en países con escasos recursos genera tasas de mortalidad importantes; en el año 2013 cerca de 1,17 millones de personas presentaron comorbilidad TB-VIH (13% de los casos de TB) y 0,4 millones fallecieron.

Según la OMS, la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento en este grupo poblacional deben darse como acciones colaborativas entre programas con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y mejorar la calidad de vida. Sin embargo a nivel mundial también se observa que solo el 46% de los pacientes con diagnóstico de TB reciben asesoría para la realización de la prueba del VIH y en el grupo de pacientes con VIH positivo el 48% recibe tratamiento antirretroviral; frente a este panorama es importante mejorar los alcances operativos de cada programa (1).

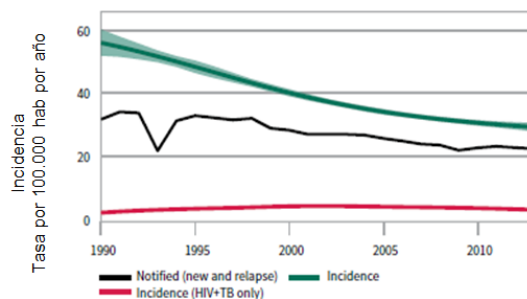
Al observar la situación por continentes, África y la región sur este de Asia registraron el 58% del total de los casos; solo en África se calcula que se presenta un cuarto del total de casos registrados en el mundo. Algunas regiones europeas no están en camino de reducir a la mitad los niveles de mortalidad para el año 2015. (1)

No más del 48% de los pacientes con TB conocieron su estado de infección con VIH, y sólo el 70% de aquellos reportados como positivos habían iniciado terapia antirretroviral. De los 300.000 pacientes estimados con TB- MDR fue detectado el 45% y su tasa de éxito del tratamiento fue de 48%.

1.2 Situación epidemiológica de la TB en las Américas

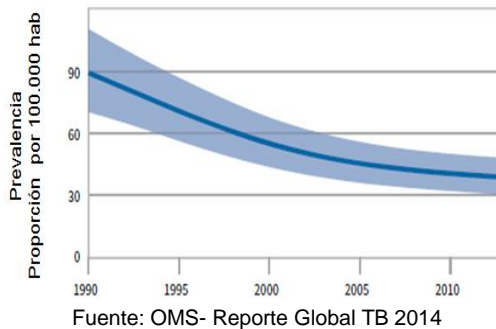
En la región de las Américas, para el 2013 se estimó un total de 280.000 casos incidentes de TB, con una tasa de 29 por 100.000; la prevalencia se calculó en 38 por 100.000, con 370.000 casos.

Figura 4. Tendencia de la incidencia de en las Américas 2013



Fuente: OMS- Reporte Global TB 2014

Figura 5. Tendencia de la prevalencia de TB en las Américas 2013



De los casos nuevos el 2,2% presentó TB-MDR y el 13% de los casos en retratamiento presentó esta condición (1). Fueron notificados 3.800 casos nuevos con TB-MDR y 3.300 casos en retratamiento con TB-MDR.

Del total de casos nuevos, 32.000 presentaban coinfección TB/VIH (3,3 por 100.000); el 69% del total de pacientes conocía su estado de infección con VIH, en ellos la proporción de coinfección TB/VIH fue de 14%; el 51% (4.434) de los pacientes VIH positivos contaban con terapia preventiva con co-trimoxazole y sólo el 65% de los pacientes con VIH habían iniciado terapia antirretroviral. A 9281 pacientes positivos para VIH se les realizó tamizaje de TB.

La mortalidad, excluyendo los casos de coinfección con VIH, se estimó en 14.000 casos con una tasa de 1,5 por 100.000; entre los casos de coinfección TB/VIH la mortalidad fue de 0.63 por 100.000, con 6.000 casos.

Figura 6. Tendencia de la tasa de mortalidad por TB (excluyendo casos de coinfección TB/VIH) en las Américas

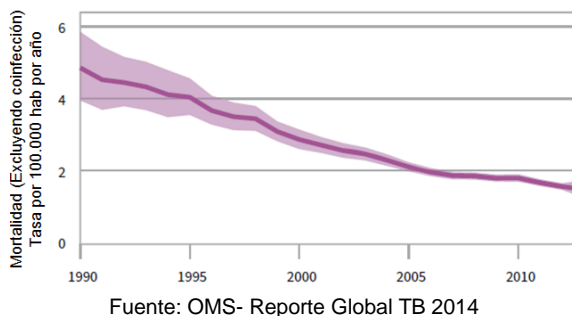
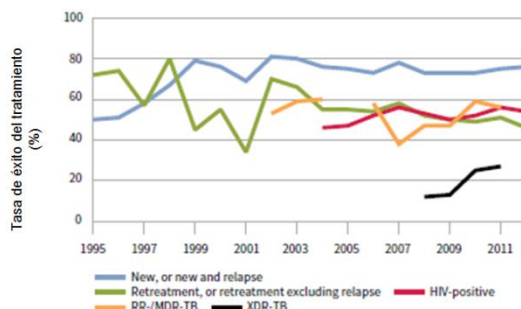


Figura 7. Tasa de éxito del tratamiento anti TB en las Américas

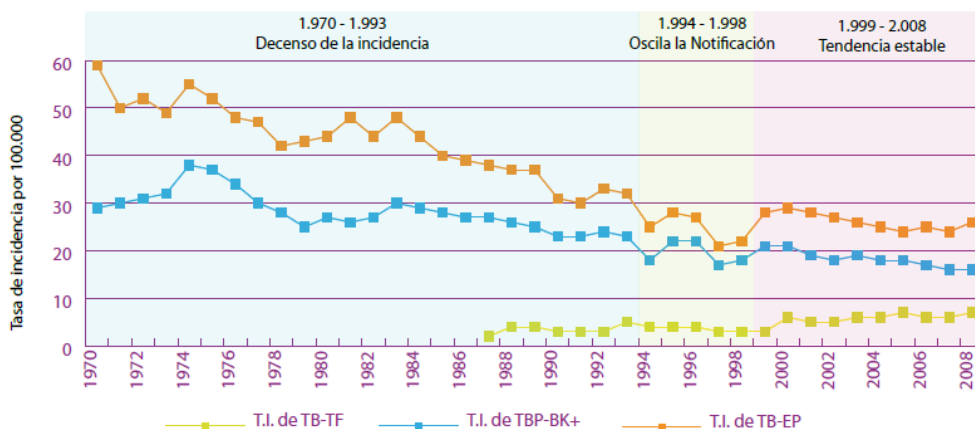


Fuente: OMS- Reporte Global TB 2014

1.3 Situación epidemiológica de la TB en Colombia

En Colombia, la tasa de incidencia notificada de TB tuvo un aparente descenso desde 1970; entre 1994 y 1998 presentó una incidencia variable y a partir de 1999 la tendencia es a mantenerse estable (10). En el mundo se vio una disminución progresiva; sin embargo, en Colombia no se observó el mismo descenso que en otros países, pues la tasa de incidencia se mantuvo entre 24 y 26 casos por 100.000 habitantes, mostrando una disminución de la brecha entre la incidencia estimada y la notificada; durante ese periodo se incluyeron los eventos de interés en salud pública, entre ellos la TB, en el Plan de Atención Básica (ahora Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas), lo que se cree mejoró la búsqueda de sintomáticos respiratorios (11).

Figura 8. Tasa de incidencia notificada de la TB. Colombia 1970-2008



Fuente: Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015

En el año 2014 fueron notificados al SIVIGILA 12.981 casos confirmados de TB en todas sus formas, el 80,5% (10.446) corresponde a TB pulmonar, el 16,4% (2132) a casos de TB extrapulmonar y el 2,9% (383) a casos de TB meníngea. El 62% de los casos corresponde al sexo masculino, con una incidencia de 34 por 100.000, la tasa de incidencia en mujeres fue de 20 por 100.000 (11).

Por otra parte, las zonas con mayores tasas de incidencia para el 2014 fueron San Andrés con 133,2 casos por 100.000 habitantes; Amazonas con 83,6; Chocó con 49,7; el Distrito de Barranquilla con 49,6; y Risaralda con 48,0 (11). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta información está sujeta a las dinámicas propias del sistema de vigilancia, y que deben ajustarse las tasas según los tamaños poblacionales. No obstante, la información acumulada de casos notificados entre 1993 y 2008 permitió identificar entidades territoriales con mayor riesgo, se encontró que el 50% tienen incidencias que las clasifican como zonas de riesgo muy alto (por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas fueron Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira (10).

En la mortalidad por TB en Colombia se observa una ligera disminución en los últimos años; pasando de 3,02 muertes por 100.000 habitantes en el 2000 a 1,96 en el 2011. Esta situación refleja diferencias a lo largo del territorio nacional, para el 2011, Amazonas, Guainía, Meta y Quindío contaban con las tasas más altas de mortalidad por esta causa (5,49; 5,13; 4,39; 3,98 muertes por 100.000 habitantes, respectivamente), en tanto que Boyacá, Nariño, Sucre y San Andrés y Providencia presentaron tasas que no sobrepasaron 1,02 por 100.000 habitantes (12). Para el 2014 la mortalidad se estima cercana a 1,5 por 100.000 según los casos notificados (729) con esta condición final en el SIVIGILA (11). Adicionalmente, el 17% del total de casos notificados presentó coinfección TB/VIH (11); sin embargo, no todos acceden a realizarse la prueba, por lo cual el porcentaje puede ser mayor.

En 2014, el 56% (7.269) de los casos notificados pertenecía al régimen subsidiado, y el 8% (1.038) no se encontraba afiliado al SGSSS; el 5,3% (687) de los casos correspondía a alguna etnia indígena, el 8,0% (1038) a afrocolombianos, el 3,1% (402) a población privada de la libertad (PPL) y el 1,1% (142) a población desplazada (11). Aunque la

proporción de casos provenientes de estos grupos poblacionales parece baja (17,5% del total), es importante tener en cuenta las tasas de incidencia específicas por grupo.

De esta manera, si se tiene en cuenta que la proporción de personas afiliadas al régimen subsidiado para noviembre de 2013 fue de 52,5% (13), el número de personas en 2014 estaría cercano a 25.022.218; por lo cual la tasa de incidencia para este grupo sería de 29 por 100.000, en tanto que para el grupo afiliado al régimen contributivo, que representa el 46,6% (22.210.198 personas aprox.), la tasa estaría en 18,7 por 100.000¹.

Respecto al desplazamiento forzado, el censo de 2005 realizado por el DANE reportó un total de 3.217.727 personas desplazadas (7,5% del total del país), la mayor proporción correspondía a personas de edades tempranas, entre 5 y 29 años. En general, el desplazamiento en Colombia se comporta de manera similar tanto para los departamentos expulsores como para los receptores; Antioquia, Nariño y Valle del Cauca fueron los departamentos donde mayor cantidad de personas eran expulsadas y recibidas en el país. Bogotá continua teniendo baja proporción de personas expulsadas y alta de personas recibidas (13).

Aunque las cifras parecen mostrar mejoras en la situación, es bien conocido que esta enfermedad tiene determinantes sociales que la hacen más prevalente en las poblaciones vulnerables, como son los pobres, desplazados, indígenas, habitantes de la calle, población privada de la libertad, entre otros; cuya situación dista de parecerse a lo que reflejan los indicadores globales (2) (3). Cada día sus condiciones se hacen más críticas, y las consecuencias de adquirir esta enfermedad van más allá del deterioro de su estado de salud física y mental, al convertirse en causa de rechazo, estigmatización y marginalización por parte de la sociedad, conllevando en muchos casos a la pérdida de la dignidad humana y de su condición de ciudadanos (14).

¹ Cálculos realizados por la autora, aplicando la misma frecuencia relativa por régimen de afiliación del 2013 a la proyección DANE para el 2014.

1.4 Situación de la población privada de la libertad

Según el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) a octubre de 2013 en el país había 120.038 personas privadas de la libertad (PPL) (15); esta misma entidad informa que la capacidad carcelaria de los establecimiento de reclusión del orden nacional (ERON) es de 75.895 internos, por lo cual se reporta un sobrecupo de 58%, es decir, una condición de hacinamiento crítico, que ha aumentado en los últimos años, puesto que en 2009 fue del 38%.

La población es en su mayoría masculina con un 92%; el 70% de ellos se encontraba ya condenado, en tanto que el 30% restante se encontraba en condición de sindicado, pero la demora en los procesos judiciales hace que su permanencia en estos centros sea indefinida. El 52% de la población está en el rango de edad comprendido entre los 30 y 54 años, el 42% en el rango de 18 a 29 años y el 6% es mayor de 54 años.

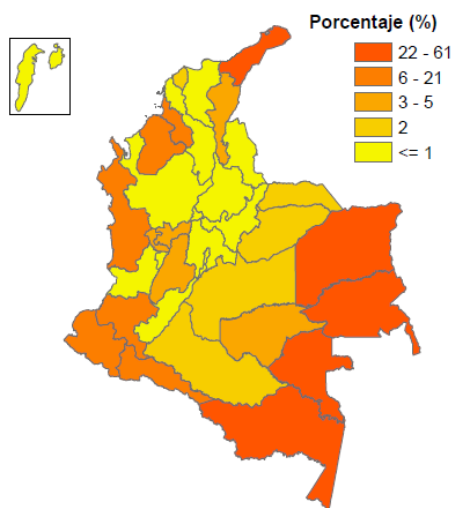
Al momento del ingreso a reclusión el 5,3% era iletrado(a), el 38,5% sólo había cursado la básica primaria y el 52,7% adelantó algún nivel de secundaria. El 45,8% realiza actividades de trabajo en el sitio de reclusión, teniendo en cuenta las exenciones establecidas en la Ley 65 de 1993, Artículo 83; el 52,4% asistió a los programas educativos en sus distintos ciclos, y el 1,8% se desempeñó como instructor dentro del establecimiento. Estas actividades se constituyen en una oportunidad para la inclusión de temas de salud, principalmente de prevención de la TB en los establecimientos carcelarios.

De acuerdo con el número de PPL reportada en 2013, y asumiendo que la cifra se hubiese mantenido similar en 2014, la tasa de incidencia de TB sería cercana a 334 casos por 100.000 (se reportaron 402 casos en 2014); toda una situación de máxima alerta teniendo en cuenta la alta probabilidad de contagio dadas las condiciones de hacinamiento y pobre estado nutricional. Es importante considerar que sin las medidas necesarias, los centros de reclusión se convierten además en un foco de contagio de la enfermedad para los familiares de los reclusos que los visitan. Las entidades territoriales con mayor proporción de casos en este grupo poblacional fue Valle del Cauca con 27,2%, seguido por Antioquia (14%) y Norte de Santander con 10,7% (11).

1.5 Situación de la población indígena

En Colombia viven al menos 87 pueblos indígenas distribuidos en 700 resguardos ubicados en 27 departamentos del país. Algunos de ellos habitan en localidades muy remotas y con menos de 100 miembros, como los taiwano, originarios del sur del departamento del Vaupés, quienes viven en los ríos Paca, Tiquié y Cananarí. Los indígenas en Colombia representan el 3,36% del total de la población colombiana es decir, 1.392.623 personas en 2005. Desde 1997 hasta 2011 se han desplazado un total de 106.562 indígenas y sólo en el 2011 se desplazaron 4.080 indígenas en Colombia. La Corte Constitucional colombiana en los Autos 004 de 2009 y 382 de 2010 declaró que existen 35 pueblos indígenas en riesgo de extinción física y cultural (16). Los departamentos con mayor proporción de población indígena son Vichada, Guainía, Vaupés, Amazonas y La Guajira (ver Figura 9).

Figura 9. Proporción de población indígena del total departamental



Fuente: DANE. Censo 2005

En la población indígena la situación respecto a la TB también es preocupante, si se tiene en cuenta que el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es de 3,36% (13) y si se asume que la proporción se mantiene igual en la proyección de población realizada para el 2014 (47,661,368 personas) (17) la estimación de población indígena sería de 1.601.422 personas, por lo cual la tasa de incidencia de TB para el 2014 según lo notificado al SIVIGILA sería 43,0 por 100.000 habitantes¹, es decir, casi

el doble que en la población general. Sin embargo, según cálculos del Mecanismo Coordinador de País (MCP), de acuerdo con lo observado en los pueblos indígenas abordados por la estrategia Alto a la Tuberculosis, la incidencia de casos para el año 2012 fue de 92 por cada 100.000 habitantes, tres veces más alta que la nacional (18).

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), en trabajo conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Canadiense para el Desarrollo (ACD), inició en el año 2002 el proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la tuberculosis en pueblos indígenas de siete departamentos y un distrito, alcanzando logros importantes en materia de detección y tratamiento con estrategias adaptadas a la cultura de los pueblos indígenas. Desde el año 2009 el MSPS ha dado continuidad aumentando la cobertura de la estrategia a más pueblos indígenas y municipios así:

Tabla 1. Cobertura proyecto de fortalecimiento de las acciones de prevención y control de la TB en pueblos indígenas

Año	No- de pueblos indígenas	No. De municipios
2009	17	15
2010	20	29
2011	28	34
2012	19	17

Fuente: Mecanismo Coordinador País Colombia. La tuberculosis en el país. 2013

Como resultado de la implementación de la estrategia, los porcentajes de curación por tratamiento fueron para el año 2011 del 85%, aumentando con relación al año 2010 que registró el 71% y del 2009 que fue del 53% de tratamientos exitosos (18).

1.6 Situación de población habitante de calle

Según el DANE, se considera habitante de calle a toda persona que no reside en una vivienda prototípica (casa, apartamento o cuarto) de manera permanente (al menos treinta días continuos) y estable (al menos sesenta días en la misma unidad de vivienda) en un momento dado; así como toda persona que reside en un lugar especial de alojamiento como recurso o estrategia para evitar, suspender o terminar con la residencia en viviendas no prototípicas.

En el censo realizado en Bogotá en 2007 (19) fueron identificadas 8385 personas en condición de habitante de calle, es decir 119 por cada 100.000² de las cuales el 86,9% (7286) correspondían al sexo masculino; la mayoría se encontraba en rango de edad de 26 a 60 años (71%).

En la ciudad de Cali, el censo realizado en el 2005 arrojó que 93.2 de cada 100.000 personas se encontraban en condición de habitante de calle, es decir aproximadamente 1976 personas; no se cuenta con información más actualizada (20).

En Medellín en el año 2009 se realizó el censo de habitantes de calle encontrando 3.381 personas en esta condición, lo cual representa una relación de 146 por cada 100.000 habitantes. El 86% correspondían al sexo masculino, y el 88% eran adultos (21).

Respecto a la situación de la TB en este grupo, no se cuenta con cifras nacionales, pero el panorama observado en Bogotá permite comprender la realidad del problema en esta población. Según el estudio se encontró la siguiente distribución de casos.

Tabla 2. Distribución de casos de TB en población general y habitantes de calle.

Bogotá 2009-2010

Año	Todos los casos	Población general	Habitantes de calle sin intervención	Habitantes de calle con intervención	% casos de Habitantes de calle	% casos habitante de calle sin intervención
2009	1136	1075	43	18	5,4%	29,5%
2010	1201	1143	38	20	4,8%	34,4%
Total	2337	2218	81	38	5,1%	31,9%

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010. Tomado de: Burbano Chapid, YR. 2012 (22).

De acuerdo con los datos de la Secretaria de Salud (22)., los casos de TB en habitantes de calle representan el 5% del total de casos identificados, lo que arrojaría una proporción de cercana a 1,4%³, lo cual teniendo en cuenta el posible subregistro, evidencia una situación crítica en este grupo poblacional.

² La población proyectada para Bogotá en 2007 fue de 7.050.228 habitantes.

³ Cálculo realizado por la autora asumiendo una población total igual al a de 2007 de 8.385 personas habitantes de calle en Bogotá

La situación de habitante de calle se origina en ambientes con grandes privaciones en todas las áreas: social, económica, cultural, entre otras; y está generalmente asociada a los vínculos que dicha población establece con el consumo de drogas, o con hechos delictivos, que generalmente están influenciados por la relación con pares envueltos en estas actividades. En un menor número de casos la situación inicia en la niñez por abandono de los padres, por graves problemas de violencia intrafamiliar o social. Algunos adultos llegan por ocasión del desplazamiento forzado (23).

1.7 Situación de la población rural dispersa

En Colombia, según las proyecciones de población, para el 2014 el 23,7% (11.302.399 personas) de la población vivía en zona rural, sin embargo una proporción desconocida reside en zonas muy apartadas de los centros poblados, con dificultades de acceso a servicios básicos, entre ellos, los servicios de salud.

La ECV de 2014 registró que sólo el 57,5% de los habitantes contaba con acceso al servicio de acueducto, y 15,7% contaba con alcantarillado; el 5,3% de ellos no contaba con acceso a ningún servicio, incluido el de energía eléctrica.

El 94,4% de los habitantes de esta zona manifiesta acceder al SGSSS, incluso el porcentaje es levemente superior al acceso reportado en la cabecera municipal (94,0%), lo cual indica que este acceso no se mide en utilización de servicio o cercanía a la IPS de atención sino al estatus de afiliación ya que la mayoría de ellos se encuentra en el régimen subsidiado (83,3%) (24).

En 2011 la proporción de personas de la zona rural con NBI fue de 53,5% y el 25,7% se encontraba en situación de miseria, en tanto que en la zona urbana la proporción se encontró en 19,7% y 5,9%, respectivamente. La situación de hacinamiento también es más prevalente en la zona rural, donde el 19,5% de la población presentó esta problemática, comparado con el 8,5% en cabecera municipal (25).

Aunque no se cuenta con cifras particulares de incidencia y prevalencia de tuberculosis en la zona rural, los análisis situaciones han evidenciado la problemática del acceso a

servicios de salud y por tanto una menor cobertura de las acciones de captación, diagnóstico y tratamiento en las comunidades que habitan las zonas más apartadas del país; convirtiéndose en clústeres de alto riesgo que a largo plazo dificultaran el logro del control de la enfermedad en el país.

1.8 Formulación de la pregunta de investigación

En el 2006, la OMS lanzó la estrategia *Alto a la TB* (4), la cual tiene como pilar fundamental la estrategia TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado) o DOTS por sus siglas en inglés (Directly Observed Treatment Short-course), ésta última inició su desarrollo en 1995 y tiene cinco componentes básicos: 1. Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida, 2. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, 3. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, 4. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos y 5. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.

Sin embargo, pese a lo completa que parece la estrategia en su diseño, la implementación ha tenido algunos obstáculos importantes que no han permitido tener el impacto que se esperaba, uno de ellos es que se ha considerado el DOTS desde una perspectiva instrumentalizada, como el suministro de medicamentos de manera directa al paciente una vez es diagnosticado, pero cuya adherencia puede no ser fácil de lograr por las condiciones particulares de la mayoría de ellos, tales como sus bajos (o inexistentes) ingresos económicos, la distancia del servicio de salud, su deficiente estado nutricional y los consecuentes efectos indeseables de los fármacos, la falta de redes de apoyo, entre otros (3), sumadas a los dilemas éticos que conlleva el limitar la libertad humana por la obligación de cumplir un tratamiento a pesar de las posibles afectaciones de su condición individual (14).

Un reflejo de las dificultades programáticas en el control de la TB es que para el 2014 el 5,4% de los casos notificados correspondió a recaídas, el 4,3% a reingreso por abandono y el 0,5% a fracasos del tratamiento (11).

Dada la anterior situación, surgió una variante o adaptación de la estrategia, denominada DOTS comunitario, la cual busca salvar estas barreras mediante acciones de abogacía, comunicación y movilización social, fundamentado en el empoderamiento comunitario; de esta manera se busca hacer más fácil para el paciente el seguimiento de su tratamiento, garantizando la supervisión del mismo, realizada ya no por el profesional en el servicio de salud, sino por un miembro de la comunidad con características de liderazgo credibilidad y reconocimiento social.

Aunque los resultados parecen ser mejores, persisten algunas condiciones completamente particulares en algunos grupos poblacionales, como la población privada de la libertad, los habitantes de la calle, la población indígena y las personas de la zona rural dispersa; que requieren adaptaciones en las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad así como modelos diferenciales de atención y rehabilitación, máxime teniendo en cuenta la actual situación de reemergencia de la TB mediada por la multidrogorresistencia que se acrecienta entre los pacientes, principalmente en los grupos mencionados anteriormente.

Por lo anterior, en varios países han establecido que las diferentes estrategias y modelos de intervención para el control de la tuberculosis deben orientarse hacia la priorización de las poblaciones más vulnerables (como las mencionadas anteriormente), la garantía de cobertura de servicios de salud con calidad para todos los habitantes, independientemente de sus características propias de etnia, nacionalidad, religión, cultura; fortaleciendo la estrategia de APS para que llegue a los sectores más necesitados y la conformación de equipos especializados en manejo de poblaciones vulnerables. Esto bajo los principios de la APS, según los cuales las sociedades están obligadas a tomar acciones para proteger a sus grupos más vulnerables (9). Los resultados de estos abordajes diferenciales no son claros, y las lecciones que pueden aprenderse de dichas experiencias son muchas, así como de las experiencias propias en nuestro país, lo cual requiere un abordaje complementario de las técnicas cuantitativas y cualitativas de análisis para ahondar en soluciones más pertinentes.

En resumen, la población vulnerable colombiana ve afectado su proceso de atención en salud por situaciones y condiciones como el difícil acceso a los servicios de salud, ya sea por la ubicación geográfica, la disponibilidad de recursos económicos, o la reducida

oferta de servicios, y por la falta de sensibilización y empoderamiento acerca de su condición, y en muchas ocasiones por su invisibilidad como grupos poblacionales. Por tal razón, se hace necesario implementar estrategias de atención a estos grupos, para reducir las brechas de equidad y brindar atención en salud de manera incluyente; sin embargo, no se cuenta con información sistematizada sobre las experiencias en el contexto colombiano; por este motivo se requiere saber **¿Cuáles son las características de los procesos de atención en salud a nivel comunitario para el control de la TB de las poblaciones vulnerables en Colombia?**

2. Objetivos

2.1 Objetivo general

Describir los procesos de atención en salud con base comunitaria para el control de la tuberculosis en poblaciones vulnerables en Colombia.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Describir experiencias colombianas de procesos de atención en salud a nivel comunitario dirigidos al control de la tuberculosis en población vulnerable, a través de fuentes secundarias, en el periodo 2000-2015.

2.2.2 Sistematizar la experiencia colombiana de intervención comunitaria realizada para el control de la tuberculosis en población vulnerable (población indígena, rural dispersa, habitante de calle y población privada de la libertad) en el período 2012-2013.

3. Marco conceptual y teórico

3.1 Tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, el cual puede afectar cualquier órgano o tejido; sin embargo, la forma más común de la enfermedad es la *pulmonar*, cuyo principal síntoma es la presencia de tos con expectoración mucoide o mucopurulenta por más de 15 días, denominándose a la persona que presente esta condición como sintomático respiratorio; esta tos puede estar acompañada por otros signos y síntomas como hemoptisis, fiebre, sudoración nocturna, malestar general, dolor torácico, astenia, anorexia y pérdida de peso (8).

Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón se denomina *tuberculosis extrapulmonar*, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La TB extrapulmonar incluye diversas manifestaciones, pronóstico y tiempo de enfermedad; se puede encontrar desde una infección de latencia o evolución lenta hasta una reactivación focal o diseminación y compromiso de múltiples órganos, lo cual hace difícil su diagnóstico por parte del clínico, quien podría no identificar el caso oportunamente (8).

La transmisión de la TB pulmonar se produce a través de la inhalación de microgotas suspendidas en el aire que contienen el bacilo, expulsadas por personas con TB pulmonar, o a través de las vías respiratorias por el esfuerzo espiratorio de toser, hablar, cantar o estornudar. La exposición cercana a un caso infeccioso de manera prolongada o repetida puede producir la infección de 15 a 20 personas durante un año. La tuberculosis extrapulmonar, con excepción de la laríngea, no es transmisible salvo en aquellas situaciones esporádicas en las que existe una fístula con secreción (8).

El período de incubación de la TB, es decir, desde el momento de la infección hasta que aparece una lesión primaria demostrable o una reacción tuberculínica significativa, es indefinido y depende de diversos factores; sin embargo, se ha estimado que de 2 a 10 semanas es el periodo promedio; aunque en algunos individuos la infección puede permanecer latente toda la vida.

La probabilidad de desarrollar la TB puede variar ampliamente y tardar varios años después de la infección. Se estima que alrededor del 10% de los infectados desarrollará la enfermedad en alguna época de su vida; dependiendo de factores de riesgo como la edad, el estado nutricional e inmunológico, que contribuyen al desarrollo de la enfermedad.

El período de transmisión dura mientras la persona expulse bacilos tuberculosos viables; algunos enfermos no tratados o tratados de manera inadecuada pueden ser bacilíferos intermitentes durante años; adicionalmente, el grado de transmisibilidad depende del número de bacilos y su virulencia, de la calidad de la ventilación e iluminación natural que se tenga en el entorno del enfermo, de las medidas de higiene respiratoria que se mantengan y, sobre todo, del inicio oportuno del tratamiento de la enfermedad, dado que esto reduce la población bacilar rápidamente (8).

3.1.1 Manifestaciones clínicas

La manifestación más común de la TB pulmonar es la tos acompañada de expectoración mucoide o mucopurulenta, a veces con presencia de hemoptisis por más de 15 días. A la persona que presenta estos síntomas se le denomina sintomático respiratorio, e indica la primera sospecha para realizar pruebas confirmatorias del diagnóstico de TB. Frecuentemente se presentan manifestaciones sistémicas como malestar general, fiebre baja al comienzo, pero más alta a medida que la enfermedad progresa, pérdida de peso, anorexia, astenia, anemia y sudoración nocturna no explicables por otra causa, dolor torácico, hemoptisis, hallazgos anormales a la auscultación pulmonar, entre otros.

La TB extrapulmonar es menos conocida dado que se presenta con menos frecuencia y afecta órganos de difícil acceso, además, por contener escasos bacilos su diagnóstico es más difícil. Los síntomas varían de acuerdo al órgano afectado.

3.1.2 Diagnóstico de la TB

La OMS recomienda las pruebas bacteriológicas para detectar los casos de TB, primero con la baciloscopia y después con el cultivo y el antibiograma. La demostración del bacilo tuberculoso es criterio suficiente para confirmar el diagnóstico e iniciar el tratamiento. La comprobación bacteriológica de la enfermedad se efectúa mediante la baciloscopia y/o el cultivo, procedimientos que se deben realizar de acuerdo a los parámetros establecidos en la Guía de Atención Integral de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar, la normatividad vigente y los lineamientos que el Laboratorio Nacional de Referencia del Instituto Nacional de Salud (INS) establece para la red nacional de laboratorios.

También puede realizarse la confirmación histopatológica, la biopsia de cualquier tejido que demuestre granulomas con necrosis de caseificación (activo) y Ziehl Neelsen (ZN) positivo es diagnóstico de TB, excepto en aquellos casos de adenitis post-vacunal (6). El criterio de histopatología se debe correlacionar con la realización del cultivo, es decir, toda biopsia debe ser cultivada. Si la biopsia presenta ZN negativo, se considera el caso como probable y debe ser confirmado o descartado mediante el cultivo. La histopatología se puede complementar con pruebas de inmunohistoquímica para micobacterias.

3.1.3 Técnicas diagnósticas

❖ *Baciloscopia*

Actualmente la técnica más rápida, sencilla y accesible para realizar el diagnóstico rápido de la TB es la tinción ácido-alcohol resistente, esta permite la detección en muestras clínicas de todos los miembros del género *Mycobacterium*, los cuales deben existir entre 5.000–10.000 bacilos/ml para que sean detectables. Un porcentaje variable (30–50%) de los casos de TB no son bacilíferos, por lo cual una baciloscopia negativa nunca descarta la enfermedad. Se recomienda la realización de un recuento del número de bacilos presente en la muestra para valorar el seguimiento del tratamiento (26).

Las técnicas de tinción más empleadas son las tinciones de Ziehl-Neelsen y la fluorescente de Auramina-Rodamina. Se ha demostrado que la especificidad de ambas

es similar. La visualización de al menos 3 bacilos ácido-alcohol resistentes por cada 300 campos de 100 aumentos debe considerarse siempre como positiva. En las presentaciones clínicas extrapulmonares, el rendimiento de la microscopia está en relación con la muestra obtenida, siendo elevada en muestras obtenidas por biopsia o exéresis de tejidos (>70–80%) y manifiestamente baja en líquidos biológicos (5–20%) (26)

❖ **Cultivo**

Se debe realizar el cultivo para micobacterias en todo paciente con sospecha de TB. Esta técnica es considerada la prueba de referencia puesto que posee mucha mayor sensibilidad que la tinción, siendo capaz de detectar entre 10–100 bacterias/ml de muestra. Adicionalmente permite aislar la micobacteria presente en la muestra, y hace posible su identificación de especie y el estudio de sensibilidad a los antibióticos.

El principal inconveniente del cultivo es la lentitud en la obtención de resultados positivos, por lo que se han empleado diversas estrategias para minimizar este tiempo, actualmente la más usada es el empleo de medios líquidos automatizados. Estos medios permiten detectar la presencia de crecimiento bacteriano entre 7–10 días antes que los medios sólidos.

La negativización del cultivo es el principal criterio de curación microbiológica. En pacientes bacilíferos y cuando por criterios clínicos se considere necesario, se obtendrán también muestras para cultivo y baciloscopia a los 15 días y al mes de inicio del tratamiento. Si la emisión de esputo desaparece a lo largo del tratamiento, no deberán indicarse cultivos de la saliva, puesto que carecen totalmente de utilidad (26).

❖ **Métodos moleculares en el diagnóstico directo**

Se basan en la amplificación de fragmentos genéticos específicos de *M. tuberculosis* directamente en las muestras clínicas. Actualmente su principal interés teórico es su potencialidad en el diagnóstico rápido de enfermedad tuberculosa con una sensibilidad superior a la baciloscopia, considerada la técnica rápida de referencia (26).

❖ **Histología**

En la enfermedad tuberculosa es posible observar lesiones características que pueden ser útiles en el diagnóstico cuando se dispone de biopsias o piezas quirúrgicas. La lesión típica de TB en los tejidos es la inflamación granulomatosa con necrosis central. Se considera un hallazgo de elevada especificidad y justifica iniciar tratamiento antituberculoso (26).

3.1.4 Tratamiento de la tuberculosis

Para el tratamiento de la TB existen fármacos de primera y segunda línea, según su potencia y tolerancia. Los de primera línea son más potentes, mejor tolerados y son la base del tratamiento en los casos nuevos de TB, en los que se espera que las cepas bacterianas no hayan tenido contacto previo con medicamentos que permitan el inicio de una resistencia bacteriana. En este grupo se encuentran: isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z), etambutol (E) y estreptomina (S) (27).

En la segunda línea están los fármacos menos eficaces, más tóxicos exceptuando las quinolonas y su costo es mayor en comparación con los de primera línea. Por esta razón sólo se emplean en esquemas de tratamiento en los que se haya comprobado de manera previa resistencia bacteriana que indique su uso. En este grupo se encuentran: fluoroquinolonas (Fq), Kanamicina (Km), Amikacina (Am), Capreomicina (Cp), Viomicina (Vm), Etionamida (Et), Cicloserina (Cs), Acido paraaminosalicílico (PAS) y la Tiacetazona (T) (27).

❖ **Esquema de tratamiento actual en Colombia**

La OMS establece cuatro categorías diagnósticas para definir tratamiento anti TB, categoría uno (I), dos (II), tres (III) y cuatro (IV). En Colombia, se consideró que no se requiere diferenciar las categorías I, II y III y, por lo tanto estas dos categorías se agrupan como categoría I.

Los esquemas de tratamiento anti TB en Colombia fueron actualizadas en el año 2015 a través de la circular normativa 007 (28) por la cual se establecen ajustes a los lineamientos existentes con el fin de fortalecer algunos aspectos operativos de los programas de prevención y control de lepra y TB. Los medicamentos son gratuitos para el paciente y se pueden administrar en la institución de salud de primer nivel de complejidad.

Tabla 3. Medicamentos, dosis y esquemas para el tratamiento de tuberculosis sensible en adultos y niños con peso mayor o igual a 25 kg. (Programa Nacional de Tuberculosis)

Medicamento	Dosis diaria (mg/kg) Rango entre paréntesis	Dosis 3/semana (mg/kg) Rango entre paréntesis	Dosis máxima/ día
Isoniazida (H)	5 (4 a 6)	10 (8 a 12)	Diaria 300 mg: 3/semanal 900 mg
Rifampicina (R)	10 (8 a 12)	10 (8 a 12)	Diaria: 600 mg3/semanal 600 mg
Pirazinamida (Z)	25 (20 a 30)	35 (30 a 40)	
Etambutol (E)	15 (15 a 20)	30 (25 a 35)	

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Circular externa 007 de 2015.

Tabla 4. Recomendaciones para el tratamiento de tuberculosis en adultos y niños con peso mayor a 30 kg, usando dosis fija combinada –DFC.

Rango de Peso en kilogramos (kg)	Número de tabletas	
	Fase intensiva Diaria: lunes a sábado (56 dosis)	Fase de continuación Tres veces por semana (56 dosis)
	RHZE* 150 mg+75 mg+ 400 mg+ 275 mg	RH 150 mg+150 mg
30 - 39	2	2
40 - 54	3	3
55 o más	4	4

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Circular externa 007 de 2015.

3.1.5 Criterios programáticos de casos de TB (28)

❖ *Definiciones de caso por ingreso al tratamiento*

Paciente nuevo: Paciente que nunca ha sido tratado por TB o que ha recibido medicamentos anti TB por menos de un mes.

Paciente previamente tratado: Paciente que ha recibido 1 mes o más de los medicamentos anti TB en el pasado. Se clasifica además por los resultados de su más reciente ciclo de tratamiento de la siguiente manera:

- **Tras recaída:** Paciente que ha sido previamente tratado por TB, fue declarado curado o tratamiento terminado al final de su último ciclo de tratamiento, y ahora es diagnosticado con un episodio recurrente de TB (ya sea una verdadera recaída o un nuevo episodio de TB causado por reinfección).
- **Tras fracaso:** Paciente previamente tratado por TB, cuyo tratamiento fracasó.
- **Recuperado tras pérdida de seguimiento:** paciente que ha sido tratado previamente por TB y declaró perdida al seguimiento al final de su tratamiento más reciente.
- **Otros pacientes previamente tratados:** son aquellos que han sido previamente tratados por TB, pero cuyo resultado después del tratamiento más reciente es desconocido o indocumentado.

❖ Criterios de egreso del tratamiento

Paciente Curado: Paciente con TB pulmonar con bacteriología confirmada al inicio del tratamiento y que tiene baciloscopia o cultivo negativo en el último mes de tratamiento.

Paciente con Tratamiento terminado: Paciente con TB que completó el tratamiento sin evidencia de fracaso, PERO sin constancia que muestre que la baciloscopia o el cultivo del último mes de tratamiento es negativo, ya sea porque las pruebas no se hicieron, o porque los resultados no estén disponibles.

Paciente en Fracaso: Paciente con TB cuya baciloscopia o cultivo de esputo es positivo en el mes 4 o posterior durante el tratamiento.

Paciente Fallecido: Paciente con TB que muere por cualquier razón antes de comenzar o durante el curso del tratamiento.

Pérdida en el seguimiento: Paciente con TB que no inició tratamiento o interrumpió el tratamiento durante 1 mes o más.

No evaluado: Paciente con TB que no se le ha asignado el resultado del tratamiento. Incluye los casos “transferidos” a otra unidad de tratamiento y también los casos cuyo resultado del tratamiento se desconoce en la unidad que reporta.

Tratamiento exitoso: La suma de curados y tratamientos terminados.

3.1.6 Adherencia

La adherencia al tratamiento para tuberculosis se define como el grado de cumplimiento del paciente en la toma de las dosis establecidas en cada fase del tratamiento. De acuerdo al esquema de tratamiento para Colombia según la circular 007 de 2015 serán 56 dosis en primera fase de lunes a sábado y 56 dosis tres veces a la semana. Aquellos pacientes que cumplen con las dosis recomendadas son adherentes; aquellos que dejan de tomar tratamiento durante 30 días o más se denominan abandono y estos se consideran como no adherentes.

3.1.7 Factores que influyen en la adherencia al tratamiento antituberculoso

Es bien conocido que el riesgo de infección y el desarrollo posterior de la enfermedad dependen de factores asociados con el bacilo (viabilidad, transmisibilidad y virulencia), el huésped (estado inmune, susceptibilidad genética, duración e intensidad de la exposición) y de la interacción bacilo-huésped (lugar de afectación, gravedad de la enfermedad). Por lo tanto, la presencia de casos de tuberculosis pulmonar no diagnosticados o no tratados, las condiciones de hacinamiento, desnutrición, inmunocompromiso de cualquier etiología (infección por VIH, uso de medicamentos inmunosupresores), diabetes, cáncer, insuficiencia renal crónica, silicosis, alcoholismo y drogadicción aumentan la probabilidad de contraer la infección y desarrollar la enfermedad. En contraposición, la vacuna BCG (bacilo de Calmette Guerin) confiere protección antes de la exposición a la infección y previene, sobre todo en el lactante y en niños menores, hasta en 80% el desarrollo de formas graves de la enfermedad como la tuberculosis meníngea y la miliar (8).

Sin embargo, para lograr el control de la enfermedad no basta con conocer sus factores causales o los determinantes sociales de la inequidad en el contagio y enfermedad, tema

sobre el cual ya se ha venido trabajando de manera sistemática; sino que debe sumarse al análisis de los factores que subyacen en la problemática de la no adherencia al tratamiento farmacológico, que se constituye en la clave para contener la enfermedad y evitar su progreso a desenlaces de discapacidad y muerte.

La OMS, en su revisión sobre la adherencia a tratamientos de largo plazo, resumió algunos de los factores más importantes agrupándolos por categorías. No obstante, esta clasificación aplica muy bien para el tratamiento supervisado en el servicio de salud, pero carece del análisis de los factores que influyen en los tratamientos de las poblaciones vulnerables que requieren estrategias extramurales de supervisión y acompañamiento dadas sus dificultades de acceso a servicios de salud institucionales.

Tabla 5. Factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento para la tuberculosis e intervenciones

Tuberculosis	Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica	Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica
Factores socioeconómicos	(-) Falta de redes de apoyo social efectivas y circunstancias de la vida inestables (12); creencias culturales y populares acerca de la enfermedad y el tratamiento (10, 17); grupo étnico, sexo y edad (13); costo elevado de la medicación; costo elevado del transporte ; implicación en la justicia criminal; implicación en el tráfico de drogas	Evaluación de las necesidades sociales, apoyo social, vivienda, vales alimentarios y medidas legales (35, 40, 41); provisión de transporte al entorno de tratamiento; asistencia de compañeros ; movilización de las organizaciones comunitarias; optimización de la cooperación entre los servicios
Factores relacionados con el sistema y el equipo de atención sanitaria	(-) Servicios de salud escasamente desarrollados; relación inadecuada entre el personal sanitario y el paciente; prestadores de asistencia sanitaria que son no adiestrados, están recargados de trabajo, son inadecuadamente supervisados • no apoyados en sus tareas (20); incapacidad para predecir qué pacientes son potencialmente no adherentes (21) (+) Buena relación entre el paciente y el médico (19); disponibilidad de especialistas; enlaces con sistemas de apoyo de pacientes; flexibilidad en el horario de atención de los centros de tratamiento	Disponibilidad pronta y continua de la información; flexibilidad en el tratamiento disponible; adiestramiento y procesos de gestión orientados a mejorar el modo en que los prestadores atienden a los pacientes con tuberculosis; manejo de las enfermedades y el tratamiento conjuntamente con los pacientes; atención multidisciplinaria; supervisión intensiva del personal (42); adiestramiento en el monitoreo de la adherencia; estrategia DOTS (32)
Factores relacionados con la enfermedad	(-) Pacientes asintomáticos; uso de drogas; estados mentales alterados causados por abuso de sustancias psicotrópicas; depresión y estrés psicológico (+) Conocimiento acerca de la tuberculosis (16)	Educación en el uso de los medicamentos (43); provisión de información acerca de la tuberculosis y sobre la necesidad de asistir para el tratamiento.
Factores relacionados con el tratamiento	(-) Régimen de tratamiento complejo; efectos adversos del tratamiento; toxicidad (18)	Educación en el uso de los medicamentos; educación en la adherencia; tratamiento adaptado a las

Tuberculosis	Factores que influyen sobre la adherencia terapéutica	Intervenciones para mejorar la adherencia terapéutica
		necesidades de los pacientes en riesgo de no adherencia; convenios (escritos o verbales) para regresar para una cita • tratamiento; monitoreo y revaloración continuos del tratamiento.
Factores relacionados con el paciente	(-) Olvido; abuso de drogas, depresión; estrés psicológico (+) Creencia en la efectividad del tratamiento (16); motivación (24)	Relación terapéutica; fijación de metas mutuas; ayudas de memoria y recordatorios; incentivos y refuerzos (44, 45); cartas de recordatorio (46), recordatorios telefónicos (47) • visitas a domicilio (48) para quienes no cumplen con la asistencia al consultorio.

TDO, tratamiento directamente observado; (+) factores con un efecto positivo sobre la adherencia terapéutica; (-) factores con un efecto negativo sobre la adherencia terapéutica.

Fuente: OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004

3.2 Estrategia DOTS

El descubrimiento de las primeras drogas anti TB se dio entre los años 1944 y 1952, periodo durante el cual se aprendió que cuando se empleaban en monoterapia con frecuencia llevaban al fracaso con aparición de resistencia bacteriana. Se comprobó en un primer estudio médico prospectivo y randomizado que la estreptomina tenía una franca actividad anti TB. Además se demostró que la asociación de estreptomina y ácido paramino salicílico (PAS), retardaba o eliminaba la aparición de resistencia bacteriana. Posteriormente se introdujo la isoniacida y para 1964 un estudio realizado por la Unión Internacional Contra la TB (UICT) demostró que el régimen triasociado (estreptomina, PAS e isoniacida) tenía una conversión bacteriológica más rápida, menos fracasos y menos recaídas.

En la década de 1960 se observó que era necesario desarrollar nuevas estrategias para facilitar y asegurar la administración del tratamiento en forma prolongada y en gran escala para lo cual el manejo debía estar fuera de los Programas Nacionales de Control de Tuberculosis.

En el 2006, la OMS lanzó la estrategia *Alto a la TB*, la cual tiene como pilar fundamental la estrategia de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado o DOTS por sus siglas en inglés (Directly Observed Treatment Short-course), ésta última inició su desarrollo en 1995 y tiene cinco componentes básicos: 1. Compromiso político para garantizar una

financiación aumentada y sostenida, 2. Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, 3. Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, 4. Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos y 5. Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto (4).

A continuación se describe cada una de estos componentes:

❖ **Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida**

Para que se puedan aplicar eficazmente el DOTS básico y la estrategia Alto a la TB es imprescindible un compromiso político claro y sostenido de los gobiernos nacionales. El compromiso político es necesario para fomentar las alianzas nacionales e internacionales, que deben estar vinculadas a los planes de acción estratégicos a largo plazo de los programas nacionales de lucha contra la TB (PNT). Incluso con una financiación suficiente, las deficiencias críticas del sector de la salud en materia de recursos humanos impedirán que se avance en muchos países de bajos y medianos ingresos.

Las alianzas locales con muchos participantes potenciales contribuirán a mejorar la atención a la TB en términos de acceso, equidad y calidad.

❖ **Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas**

Las pruebas bacteriológicas siguen siendo el método recomendado para detectar los casos de TB, primero con la baciloscopia y después con el cultivo y el antibiograma. Para asegurar el acceso a la baciloscopia de calidad garantizada es necesaria una amplia red de laboratorios bien equipados y con personal bien formado. Debe hacerse el mejor uso posible de los laboratorios públicos y privados ya existentes.

❖ **Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente**

La base del control de la TB es la organización y administración en todo el país de un tratamiento normalizado para todos los pacientes adultos y pediátricos, tengan

baciloscopia positiva o negativa, o TB extrapulmonar. Los servicios asistenciales a los pacientes con TB deben identificar y resolver los factores que pueden hacer que el paciente interrumpa o abandone el tratamiento. El tratamiento supervisado, que puede tener que incluir la observación directa del tratamiento (DOT), ayuda al paciente a tomar los medicamentos de forma regular y a completar el tratamiento, logrando así la curación y evitando la aparición de farmacorresistencia.

La supervisión debe ser adaptada al contexto y a las necesidades del paciente, y tiene por objetivo garantizar la observancia por parte tanto de los profesionales sanitarios (quienes deben prestar asistencia y apoyo adecuados) como de los pacientes (quienes deben tomar el tratamiento con regularidad). Dependiendo de las condiciones locales, la supervisión puede efectuarse en un centro de salud, en el lugar de trabajo, en la comunidad o en el domicilio del paciente, y debe ser llevada a cabo por alguien que sea aceptable para el paciente, esté formado para ello y sea supervisado por los servicios de salud. Los grupos de pacientes y los grupos de apoyo pueden ayudar a fomentar la supervisión del tratamiento.

Deben tomarse medidas adaptadas al entorno local para identificar y resolver los obstáculos físicos, financieros, sociales y culturales, así como del sistema de salud, al acceso a los servicios de tratamiento de la TB. Debe prestarse especial atención a los grupos de población más pobres y vulnerables. Entre las medidas que se pueden adoptar se encuentran la ampliación de los puntos de tratamiento en las zonas rurales y urbanas más pobres, la participación de los profesionales sanitarios que trabajan cerca del lugar de residencia del paciente, la gratuidad o amplia subvención de los servicios, la prestación de apoyo psicológico y legal, la solución de los problemas de género, la mejora de las actitudes del personal y la realización de actividades de comunicación y sensibilización.

❖ **Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos**

El suministro ininterrumpido y sostenido de medicamentos antituberculosos de calidad garantizada es fundamental para el control de la TB. Para ello es imprescindible disponer de un sistema de suministro y gestión de los medicamentos. Debe existir un sistema fiable de adquisición y distribución de todos los antituberculosos esenciales a todos los

centros sanitarios. Los antituberculosos deben ser gratuitos para todos los pacientes con TB porque muchos de ellos son pobres y pueden tener dificultades para comprarlos, y porque el tratamiento aporta beneficios a toda la sociedad (la curación evita la transmisión a otras personas).

❖ **Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto**

Es fundamental que se cree un sistema fiable de vigilancia y evaluación que establezca una comunicación periódica entre los niveles central y periférico del sistema de salud. Debe implantarse un programa de supervisión periódica para comprobar la calidad de la información obtenida y resolver los problemas de desempeño.

En la actualidad, los países desarrollados y en desarrollo tienen a su disposición información diagnóstica adicional (baciloscopia, antibiograma y pruebas de detección del VIH) que puede servir para orientar el tratamiento del paciente. Los gestores de los programas de lucha contra la TB también deben supervisar los registros e informes de los profesionales del sector público y privado que no están vinculados directamente con los PNT.

Sin embargo, pese a lo completa que parece la estrategia en su diseño, la implementación ha tenido algunos obstáculos importantes que no han permitido tener el impacto que se esperaba, uno de ellos es que se ha considerado el DOTS desde una perspectiva instrumentalizada, como el suministro de medicamentos de manera directa al paciente una vez es diagnosticado, pero cuya adherencia puede no ser fácil de lograr por las condiciones particulares de la mayoría de ellos, tales como sus bajos (o inexistentes) ingresos económicos, la distancia del servicio de salud, su deficiente estado nutricional y los consecuentes efectos indeseables de los fármacos, la falta de redes de apoyo, entre otros (3), sumadas a los dilemas éticos que conlleva el limitar la libertad humana por la obligación de cumplir un tratamiento a pesar de las posibles afectaciones de su condición individual (14).

Un reflejo de las dificultades programáticas en el control de la TB es que para el 2014 el 5,4% de los casos notificados correspondió a recaídas, el 4,3% a reingreso por abandono y el 0,5% a fracasos del tratamiento (11).

3.3 Vulnerabilidad

Como lo advierte Pizarro (29), es frecuente que en el entorno académico y gubernamental se hable constantemente de la “vulnerabilidad” y de los “grupos vulnerables”; sin embargo, en diversas ocasiones se observa una imprecisión conceptual al referirse a esos términos. Una acepción muy usada equipara la vulnerabilidad con la pobreza, relacionándola con la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico- social de carácter traumático, o con el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. Esta forma de entender la vulnerabilidad provino del análisis de riesgo frente a desastres naturales así como de los estudios anglosajones sobre los cambios en las condiciones de vida de comunidades rurales pobres ante eventos socioeconómicos traumáticos (29).

La insatisfacción analítica con los enfoques de pobreza y sus métodos de medición ha conllevado a un mayor uso de los estudios de vulnerabilidad. Mientras el enfoque de pobreza se detiene a expresar las necesidades por la insuficiencia de ingresos y califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de sus procesos causales; la vulnerabilidad considera la “*indefensión, inseguridad y exposición a riesgos, shocks y estrés*” (Chambers, 1989) provocados por situaciones socioeconómicas extremas, dando una dimensión más amplia de las condiciones de vida de los pobres, considerando los recursos y las estrategias de que disponen las familias para hacerles frente a los impactos que las afectan; además, hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social. Esta diferenciación permite tener incidencia en las políticas públicas, con tratamientos que permitan atacar la pobreza y la vulnerabilidad de forma integral (29).

Por lo anterior, valorar las iniciativas, capacidades y recursos existentes en los grupos vulnerables de la sociedad debe ser el complemento a las acciones del Estado, que no debe dejar de ejercer sus papel regulador y de protección social; de manera que las

políticas y programas públicos enfrenten los desafíos de la vulnerabilidad a partir de la complementariedad entre los recursos y estrategias existentes en las comunidades y familias y las iniciativas y recursos del estado.

Entendida de esta manera, la vulnerabilidad tiene varias dimensiones, una de ellas es la que atañe a la salud; la población vulnerable en ese aspecto, corresponde a aquella que presenta una carencia en salud o tiene una alta probabilidad de sufrirla, generalmente por inequidad en el acceso, los planes de atención y el nivel de protección de su aseguramiento en salud, así como por la utilización de tecnologías obsoletas, administraciones ineficientes e insuficiencia de recursos.

3.4 Exclusión social

La exclusión social según Tsakloglou y Papadopoulus (2001) es la *“incapacidad del individuo para participar en el funcionamiento básico político, social y económico de la sociedad en que vive”*. Esta acepción hace alusión a incapacidades, que no le son propias a las personas sino que le son impuestas. Para Behrman, Gaviria y Székely (2003) *“Es la negación del acceso igualitario a las oportunidades que determinados grupos de la sociedad imponen a otros”* (30).

Según Del Campo (2011), *“la exclusión social es un concepto multidimensional, y sus dimensiones pertenecen fundamentalmente a tres áreas: los recursos económicos, las relaciones sociales y los derechos legales. En cuanto a la dimensión económica, se señalan los ingresos insuficientes, la falta de acceso a los recursos, la inseguridad en el empleo o el desempleo. La dimensión social se refiere a la ruptura de los lazos sociales y familiares, fuente de capital social y de mecanismos de solidaridad orgánica y comunitaria, la marginación social, la alteración de los comportamientos sociales, la falta de participación en las actividades sociales y políticas y el deterioro de salud. La dimensión política se expresa en la carencia de poder, la falta de participación en las decisiones que afectan la vida cotidiana, la ausencia de participación política y escasa representatividad”* (31).

La exclusión social se hace visible cuando el pertenecer a un determinado grupo tiene un impacto en el acceso del individuo a oportunidades, y cuando se observan relaciones de autoridad/subordinación entre los diferentes grupos de la sociedad. Este es un proceso arbitrario, ya que las personas tienen poca o nula capacidad de modificar las características que conllevan a su exclusión.

Las poblaciones excluidas tienen ciertas características que las ubicaron en dicha posición de desventaja. En primer lugar, los grupos excluidos son invisibles ante las estadísticas estatales; en segundo lugar, estos grupos comparten la pobreza y la falta de oportunidades, de manera permanente; en tercer lugar, sufren de estigma y discriminación, lo que repercute en el acceso a oportunidades; y por último, sufren desventajas acumulativas; es decir que reúnen más de una de las características mencionadas (30).

Desde hace algunas décadas, la OMS y la OPS han trabajado la exclusión en salud en el terreno teórico, metodológico y estratégico, para lo cual definieron la exclusión en salud como "la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan" (32). Esto deja en evidencia que la exclusión es un fenómeno que involucra al sector de la salud ya que las personas marginadas están en una situación de mayor desventaja en cuanto a su salud. Toda propuesta para reducir las desigualdades sanitarias supone repartir de otro modo el poder entre los miembros de la sociedad y las distintas regiones del mundo (33).

En términos positivos, se debe apostar por procesos de inclusión social, en los cuales se logre el empoderamiento de personas y grupos, en particular los más vulnerables, para que participen en la sociedad y aprovechen las oportunidades, dándoles voz en las decisiones que influyen en su vida a fin de que puedan gozar de igual acceso a los mercados, los servicios y los espacios políticos, sociales y físicos (34). Este es un paso necesario para el logro de la equidad.

3.5 Equidad en salud

Según el equipo de Equidad de la OMS, partiendo de la definición de Margaret Whitehead, la equidad en salud se define como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de individuos, poblaciones o grupos que tienen distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas”. Este concepto es sí mismo distinto al de desigualdad en salud puesto que no necesariamente las desigualdades en salud son inequidades, éstas últimas tienen implícito el carácter de injusto y evitable, es decir que pueden ser prevenidas y remediadas. El origen de las inequidades en salud se relaciona con los procesos de estratificación social de una sociedad y, por lo tanto, están vinculadas con la realidad política y las relaciones de poder dentro de una sociedad (35).

La anterior definición amerita, sin embargo, un debate más profundo, como el planteado por Mario Hernández (2008) (36) sobre qué se considera justo, o incluso evitable, y cuáles son los criterios más adecuados para definirlo, mediante un proceso de construcción democrática. Asimismo, según lo propuesto por Amartya Sen, la equidad en salud no debe enfocarse sólo a la distribución de la salud y mucho menos debe ser reducida a la distribución de la asistencia sanitaria; puesto que la equidad no concierne únicamente a la salud vista aisladamente, por el contrario, la equidad en salud debe ser entendida desde un ámbito multidimensional, cuya concepción ayuda a comprender la justicia social (37).

3.6 Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos es una mirada que concibe los derechos humanos de manera integral, interdependiente y complementaria; con el fin de lograr su materialización, principalmente en la atención de grupos excluidos. Esta concreción se realiza mediante la adopción de políticas públicas con perspectiva de derechos y con amplia participación de la sociedad civil; así los derechos humanos se convierten en el referente y objetivo primordial de las políticas públicas, y éstas se constituyen en el mejor medio para su realización.

La carta de navegación de la salud pública en Colombia, el PDSP 2012-2021 (38), se apoya en el enfoque de derechos para su accionar, partiendo de la premisa de que el

derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos.

El derecho a la salud, alude al “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” lo cual lo interrelaciona con otros derechos; incluye los factores socioeconómicos que promueven la posibilidad de llevar una vida sana y los determinantes básicos de la salud (alimentación, vivienda, agua potable, entre otros).

En la estructuración de las obligaciones que lo materializan se reconocen dimensiones de sujetos y grupos de especial protección dada su vulnerabilidad. *El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas, que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud, no sólo en función de una atención de salud oportuna y apropiada sino también en el desarrollo y promoción de los principales factores determinantes de la salud, teniendo en cuenta tanto el punto de vista personal de cada ciudadano como sujeto capaz de decidir autónomamente y de acuerdo con su conciencia (38).*

Desde el punto de vista de los movimientos sociales, fundados en el ejercicio de derechos, se debe permitir el reconocimiento de la capacidad de los individuos para tomar sus decisiones y para ejercer ciudadanía, como sujetos con derecho a tener derechos.

En este sentido, el Estado Social de Derecho (Congreso de la República de Colombia, 1991) reconoce que la sociedad es un conglomerado de personas y grupos en condiciones de desigualdad real para lo cual debe crear condiciones sociales de la misma libertad para todos, es decir que la acción del Estado debe garantizarles a todos los ciudadanos condiciones de vida dignas; de allí la necesidad de apropiar los valores relacionados con los derechos fundamentales; uno de ellos, la equidad en una relación íntima con la justicia, cuyo fin es el de reducir inequidades basadas en las diferencias.

3.7 Enfoque de Determinantes sociales de la salud

En la octava sesión plenaria de la 62ª Asamblea Mundial de la Salud de 2009, se insta a los Estados miembros a luchar contra las inequidades sanitarias en los países y entre estos basados en el principio fundamental de interés nacional de «subsana las desigualdades en una generación», según corresponda, para coordinar y gestionar las acciones intersectoriales en pro de la salud con el fin de incorporar la equidad sanitaria en todas las políticas centrándose en afectar positivamente los determinantes de la salud.

Los determinantes de la salud conforman, así, un modelo que reconoce el concepto de que el riesgo epidemiológico está determinado tanto individual, histórica, como socialmente. La relación entre los determinantes de la salud y el estado de salud es, por ello, compleja e involucra a muchos niveles de la sociedad que, como se ha señalado, abarcan desde el nivel micro celular hasta el macro ambiental (OMS, 19 a 21 de octubre de 2011) (38).

A partir de las diferentes formas de comprender los DSS se han elaborado modelos a fin de mostrar los mecanismos por medio de los cuales estos influyen en los resultados sanitarios, a fin de hacer explícitos los nexos entre los distintos de determinantes y ubicar los puntos de acceso estratégicos para las medidas de política, y resultan especialmente importantes al hacer visibles las maneras en que los determinantes sociales de la salud contribuyen a generar las desigualdades de salud entre grupos en la sociedad. Algunos modelos influyentes son los propuestos por Laframboise- Lalonde (1974), Dahlgren y Whitehead (1991) (Whitehead, 1992), Diderichsen y Hallqvist (1998, posteriormente adaptado en Diderichsen, Evans y Whitehead, (2001) (Evans T, Whitehead M, Diderichsen, F, et al, 2001), Mackenbach (1994) (Kunst, 1994), y Marmot y Wilkinson (1999) (Marmot M, 1999).

De acuerdo con la Comisión de la OMS, los DSS son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud; las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar; apuntan tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud, como a las vías

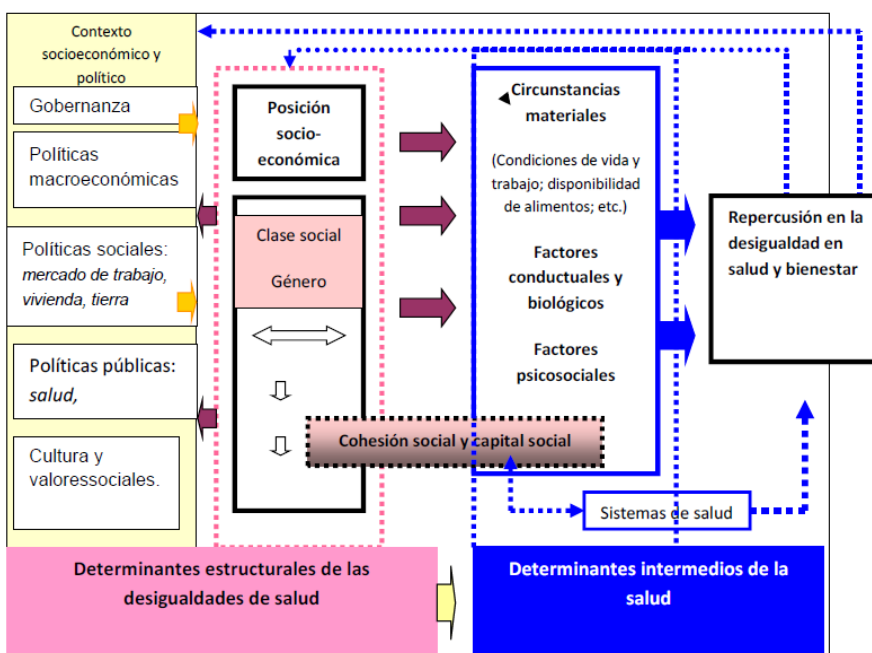
por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos sanitarios y los diferentes recursos a nivel mundial, nacional y local, lo cual depende a su vez de las políticas adoptadas.

Los determinantes sociales de la salud no son necesariamente los mismos que los determinantes sociales de la desigualdad sanitaria. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales. La Comisión en su informe final (OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud, 2009) desarrolla un aspecto específico del concepto de salud y es que la salud está estrechamente relacionada con las condiciones en las que la vida tiene lugar; en consecuencia, un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr: a) aclarar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que son más importantes abordar; d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud (38).

La propuesta de la Comisión de la OMS combina elementos de diversos modelos hasta llegar a la construcción de un modelo de determinantes sociales de la salud que revela la existencia de un contexto socio político que genera desigualdades socio económicas que responden a una estratificación referida a los niveles de ingresos, educación, género, raza o pertenencia étnica. Estos mecanismos de estratificación socioeconómica se describen como determinantes estructurales de la salud o como factores sociales determinantes de las desigualdades en torno a la salud. Las condiciones socioeconómicas se traducen luego en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado. De acuerdo con su respectiva posición social, las personas experimentan una exposición y vulnerabilidad diferenciales ante factores que ponen en riesgo la salud. El modelo muestra que la posición socioeconómica de una persona influye en su salud, pero que ese efecto no es directo. Tiene una influencia sobre la salud a través de determinantes más específicos o intermediarios que son condiciones materiales, como la situación laboral y de vivienda; circunstancias psicosociales, como los factores estresantes; y también los factores conductuales.

El modelo incorpora explícitamente el sistema sanitario considerándolo como un factor social determinante de la salud en sí mismo, cuya función de reducción de las desigualdades en salud no solo se opera brindando acceso equitativo a los servicios de salud sino también, poniendo en práctica políticas, planes y programas de salud pública que incluyen a otros sectores de política y que impactan las condiciones de vida de la población, por lo cual el promover y coordinar la política de determinantes sociales de la salud, se constituye en función clave para el sector de la salud. (Ver Figura 10) (38).

Figura 10. Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud Organización Mundial de la Salud -2009



Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

La salud se ve como sustrato de todos los demás aspectos de la capacidad o prosperidad humana. Por lo tanto, la promoción de una distribución equitativa de las oportunidades reales de salud surge como una tarea fundamental de la política pública. Al mismo tiempo, un enfoque de política amplia que incorpora los determinantes sociales no tiene ninguna repercusión real si no se traduce en intervenciones específicas y concretas que apliquen estas ideas en los territorios (38).

3.8 Enfoque diferencial

La fundamentación del enfoque diferencial supone el reconocimiento de la equidad e inclusión de los ciudadanos excluidos y privados de los derechos y libertades. De acuerdo con Baquero (2009), significa “el derecho a ejercer una ciudadanía desde la diferencia en escenarios de una democracia participativa, de inclusión igualitaria de ciudadanos y ciudadanas en la escena política, y en la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública” (38).

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, en sus contextos cultural, económico, político, de género y de etnia. Así mismo, tienen en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes como es el caso de la discapacidad y las situaciones sociales como el desplazamiento.

Partiendo del reconocimiento de la diversidad según las diversas condiciones el enfoque diferencial supone una organización de las acciones y programas que dan cuenta de la garantía de la igualdad, la equidad y la no discriminación; además, considera para la atención de las poblaciones vulnerables, la adecuación de programas y acciones por parte de la institucionalidad; esto implica la consulta previa y la concertación con los sujetos involucrados, bajo los principios del reconocimiento intercultural, lo cual exige el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades.

La asunción del enfoque diferencial también implica distinguir entre las diversidades propias de sujetos y colectivos titulares de derecho, y en ese mismo contexto, de especial protección, de las desigualdades injustas y evitables que generan inequidades que deben ser corregidas por las acciones del Estado y la sociedad en su conjunto.

3.9 Atención Primaria en Salud

Tradicionalmente, los sistemas de salud y la práctica de la medicina se orientaron al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, siendo ésta última su

elemento central. Sin embargo, esta situación fue cambiando en los últimos años y los sistemas sanitarios han enfocado sus objetivos hacia un aspecto más positivo: la salud. Más allá de tratar correctamente a la persona enferma, se trata de evitar que enferme, y más aún, de promover que logre su mayor potencial en salud, desde la perspectiva de la salud como un derecho fundamental (39).

Desde 1978, a partir de la Declaración de Alma Ata, se adoptó la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) para dar cumplimiento al objetivo de lograr “Salud para todos”, la cual se fundamenta en *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”* (40).

Sin embargo, durante su implementación se fueron suscitando cambios en el perfil epidemiológico de las poblaciones, en el conocimiento científico y sus instrumentos, y en la estrategia misma, que cada vez la posicionaron como la mejor estrategia para reducir desigualdades en salud pero que a su vez evidenciaron la necesidad de renovarla, para obtener resultados sostenibles en la salud de todos (41).

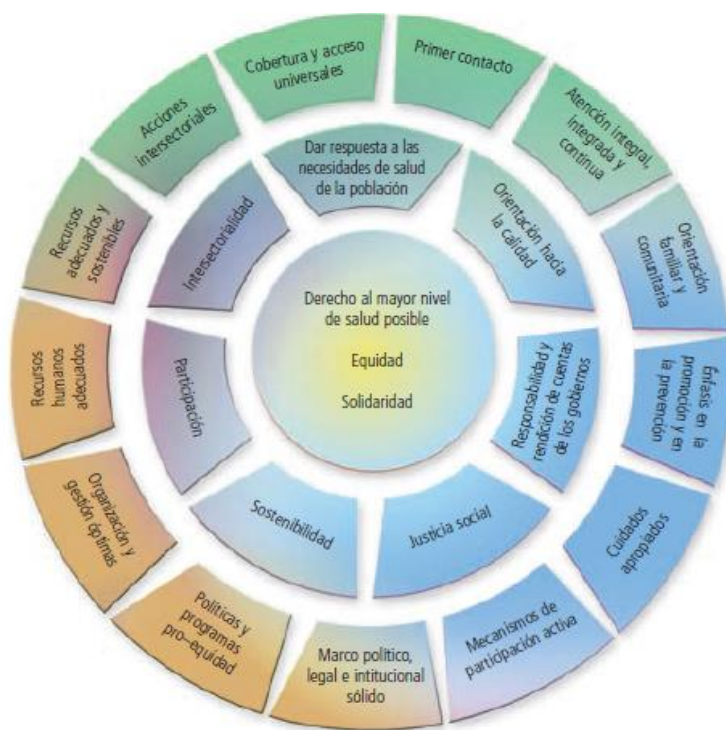
La renovación de la APS implica, por tanto, el fortalecimiento a través de la circunscripción a sus valores y principios; los primeros proveen la base moral para las políticas y programas que se formulen, estableciendo prioridades a nivel nacional y dando respuesta a las expectativas y necesidades de la población; los segundos son el puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Los valores de la estrategia son: el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad, como base fundamental. Los acompañan siete principios: intersectorialidad, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad y participación.

Los anteriores valores y principios se hacen tangibles a través de 13 elementos estructurales y funcionales importantes:

1. Cobertura y acceso universales
2. Primer contacto
3. Atención integral, integrada y continua
4. Orientación familiar y comunitaria
5. Énfasis en la promoción y en la prevención
6. Cuidados apropiados
7. Mecanismos de participación activa
8. Marco político, legal e institucional sólido
9. Políticas y programas pro-equidad
10. Organización y gestión óptimas
11. Recursos humanos adecuados
12. Recursos adecuados y sostenibles
13. Acciones intersectoriales

Figura 11. Valores, principios y elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en APS



Fuente: OPS. La renovación de la atención primaria de Salud en las Américas. 2007

La decisión de renovar y fortalecer la implementación de la APS se basa principalmente en resultados de estudios internacionales que evidencian que, en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS. La eficiencia y los costos más bajos logran un ahorro que se pueden capitalizar mejorando la cobertura de la población más pobre y facultando a los grupos vulnerables para que desempeñen un papel más importante en el diseño y el funcionamiento del sistema de salud, y eliminando los factores socio-económicos que actúan como barreras para el acceso a la atención necesaria.

La experiencia en países europeos, sugieren que los sistemas de salud basados en la APS también pueden favorecer la eficiencia y la efectividad, ya que se asegura el acceso y el primer contacto con el servicio de salud, reduce las tasas globales de hospitalización

por trastornos como angina de pecho, neumonía, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, paro cardíaco e infecciones de oídos, nariz y garganta, entre otros. Particularmente en Costa Rica, por cada cinco años transcurridos tras la reforma de la APS, la mortalidad infantil se redujo en un 13% y la de los adultos en un 4%, independientemente de las mejoras en otros determinantes de la salud. Las reformas de la APS se desarrollaron primero en las áreas más pobres (las deficiencias de acceso a los servicios esenciales disminuyeron en un 15% en los distritos donde tuvo lugar la reforma), por lo que contribuyeron a mejorar la equidad (41).

La Organización Panamericana de la Salud es enfática en afirmar que la estrategia de renovación de la APS debe incluir, además de otros aspectos, la implementación de la estrategia allí donde el proceso haya fallado, con el fin de promover el derecho a la salud, el acceso universal y la equidad en los servicios de salud; fortalecer la APS a nivel de satisfacción del usuario, mejorar la calidad y fortalecer las políticas y estructuras institucionales; y por último, incorporar la APS en una agenda de equidad y desarrollo humano, con participación comunitaria y acción intersectorial.

Un elemento clave a tener en cuenta en la estrategia de APS es la participación de la comunidad, entendida ésta como un grupo de personas que tienen algo en común, que comparten un espacio social, cultural y geográfico determinado y una serie de valores e intereses a través de redes familiares, de amistad, de trabajo, etc., sin equipararla a la unidad administrativa sanitaria, como suele hacerse (39).

Para lograr dicha participación existen diversos mecanismos, o instrumentos, que hacen las veces de puente entre la comunidad y los centros de salud. De estos mecanismos interesa principalmente su anclaje en el medio social y en el servicio de salud, la forma de articulación y organización social en su cultura, y como se manifiestan las desigualdades, así como el grado de poder del mecanismo. A continuación se presentan distintas formas de participación, de acuerdo con la experiencia de España:

1. Consejo de salud
2. Creación de grupos de apoyo
3. Participación e intervención de la red social
 - Red social interprofesional

- Red social comunitaria
- 4. Recursos individuales de la comunidad
 - Agentes comunitarios de salud
 - Personal no sanitario como informadores clave
- 5. Métodos de participación de los usuarios
 - Encuestas de satisfacción
 - Sistema de sugerencias y reclamaciones
 - Cultura de orientación al usuario
 - Máxima capacidad de elección por parte de los pacientes
- 6. Educación para la salud y la participación
- 7. Participación social y relación médico-paciente
- 8. Planes comunitarios
- 9. Marketing y relaciones públicas

3.10 Enfoque de desarrollo de capacidades

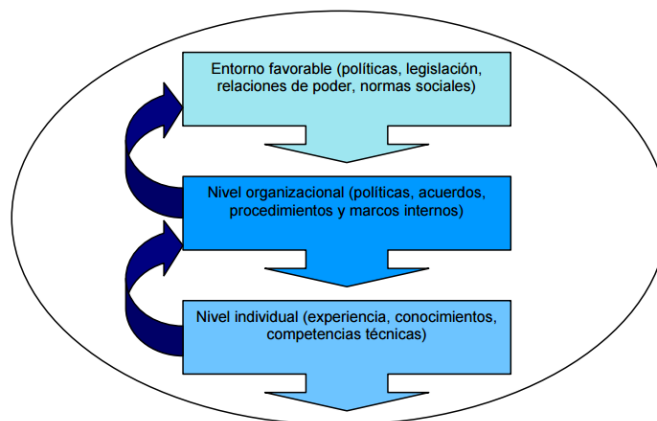
Según la definición del PNUD, el desarrollo de capacidades es el “proceso mediante el cual las personas, organizaciones y sociedades obtienen, fortalecen y mantienen las competencias necesarias para establecer y alcanzar sus propios objetivos de desarrollo a lo largo del tiempo” (42).

El PNUD utiliza el término “desarrollo” trascendiendo el concepto de construcción, ya que se debe partir de la convicción de que en todos los contextos siempre existen algunas capacidades básicas que sirven como punto de partida para luego apoyar los esfuerzos nacionales por mejorarlas y mantenerlas. *Se trata de un proceso de transformación desde el interior, basado en las prioridades, políticas y resultados deseados determinados a nivel nacional, que abarca las áreas en las que se debe introducir nuevas capacidades y, por tanto, también apoya la construcción de nuevas capacidades* Este es un proceso a largo plazo, cuyos efectos pueden no evolucionar de manera controlada y lineal (42).

Se consideran tres niveles de las capacidades, a saber:

- Entorno favorable: Hace referencia al sistema más amplio dentro del cual funcionan las personas y las organizaciones, el cual, según sea el caso, facilitará o dificultará su existencia y su desempeño. Es este el nivel que determina las “reglas de juego” para las interacciones entre las organizaciones pues incluyen las políticas, la legislación, las relaciones de poder y las normas sociales.
- Nivel organizacional: Este nivel de las capacidades comprende las políticas, acuerdos, procedimientos y marcos internos que permiten a las organizaciones funcionar y cumplir su mandato y a las personas aunar sus capacidades individuales para trabajar en conjunto en pro de sus metas y lograr un desempeño mayor que la suma de las capacidades de sus componentes.
- Nivel individual: En este nivel, capacidad significa las competencias, experiencia y conocimientos de cada persona. Algunas se adquieren a través de capacitación y educación formales y otras a través del aprendizaje en la práctica y la experiencia. Tal como se muestra en la Figura 12, los tres niveles de las capacidades interactúan entre sí y cada nivel incide en los demás a través de complejas relaciones de co-dependencia.

Figura 12. Niveles de capacidades: Enfoque sistémico



Fuente: PNUD, 2008

El proceso de desarrollo de capacidades comprende, según la experiencia del PNUD, cinco pasos: 1. Hacer que los interesados participen en el desarrollo de capacidades; 2. Diagnosticar los activos y necesidades en materia de capacidades; 3. Formular una respuesta para el desarrollo de capacidades; 4. Implementar una respuesta para el desarrollo de capacidades; 5. Evaluar el desarrollo de capacidades.

Figura 13. Pasos para el proceso de desarrollo de capacidades



Fuente: Desarrollo de capacidades. Texto básico del PNUD- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. 2009

3.10 Atención en salud a la TB con base comunitaria en el mundo

El informe de Jaramillo (43) para la OMS sobre el papel de la comunidad en la implementación del DOTS permitió comparar algunas iniciativas adelantadas de Colombia, específicamente en Barranquilla, Popayán y Toribio, con otras realizadas en Bolivia, en los estados Montero y Oruro, dando como conclusión que *“la atención comunitaria de la tuberculosis en los lugares visitados no parecía tener diferencias substanciales con la atención prestada por el Plan Nacional de Tuberculosis (PNT) en términos de detección de casos y curación, aunque un sistema más riguroso de registros hubiera permitido una mejor evaluación de la efectividad de los esfuerzos realizados. Las iniciativas comunitarias mostraron gran potencial para proveer atención en TB como parte de las actividades del PNT, los cuales podrían beneficiarse más de estas iniciativas si jugaran un papel activo, educando a la comunidad sobre los desafíos que enfrenta el control de la tuberculosis, tanto en términos técnicos como políticos.”*

En este informe se observó una mejor infraestructura de salud en Colombia en comparación con Bolivia, un proceso de reforma del sistema que se observaba positivamente, menor proporción de población en pobreza y una incidencia de TB mucho menor, sin embargo, las características de las experiencias analizadas fueron similares en cuanto a que los proyectos están insertos en una organización matriz (ONG u organización legal), la comunidad colabora en las actividades de detección de casos, adherencia al tratamiento y hay una aceptación social de los proyectos tanto por la comunidad como por el personal de salud. No obstante, en el caso de los dos países, no se contaba con registros que permitieran evaluar la efectividad de la atención.

En 2007, Edith Alarcón (44), Consultora para América Latina de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias sistematizó la experiencia de DOTS comunitario en Ecuador, en las localidades Cotopaxi, Chimborazo, Bolívar, Napo, Sucumbíos y Esmeraldas, y diseñó la propuesta metodológica; incluyó zonas rurales predominantemente agrícolas, con inaccesibilidad geográfica, económica y cultural a los servicios de salud. En los lugares estudiados se administró la terapia directamente observada a través del trabajo conjunto de las comunidades organizadas, los promotores de salud, tecnólogos en atención primaria de salud y el personal de salud de las unidades operativas. La adherencia al tratamiento mediante educación y supervisión del tratamiento por promotores de salud superó el 93% de curación. La implementación del DOTS comunitario se logró gracias a convenios entre comunidad organizada y ONG, los logros se resumen en: Inclusión de la población en el diagnóstico de sus necesidades de salud y en la elaboración de planes de atención; desarrollo de intervenciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de los casos bajo terapia directamente observada, con participación activa de la población, teniendo en cuenta las costumbres y creencias de las comunidades; evaluación de los resultados de los casos de tuberculosis tanto individual como colectivamente a través del seguimiento de los casos (médico y bacteriológico) la notificación de casos y el estudio de cohortes.

Entre los hallazgos más importantes se destacan: La organización del DOTS Comunitario en las provincias visitadas se ha realizado por iniciativa de las ONG, debido a la insuficiente cobertura de atención por parte de los servicios del Ministerio de Salud Pública y la presencia de casos de TB en la población; el tratamiento realizado por

promotores de salud y voluntarios es más efectivo, favorecen la adherencia al tratamiento, disminuyen los abandonos y los tratamientos terminados; el tiempo utilizado entre la identificación de SR en la comunidad por los promotores de salud hasta el diagnóstico con baciloscopia está entre 2 a 3 semanas y el inicio de tratamiento se realiza teniendo en cuenta quien va a dar el tratamiento y envió de medicamentos. Con relación al estigma, los entrevistados aceptan que es necesario ayudar a la persona con TB de la comunidad, para evitar el contagio; así mismo destacan la importancia de facilitarles el tratamiento supervisado y cooperar con él en su recuperación. Los promotores de salud asumieron la responsabilidad de vigilar el control de la TB en sus comunidades a través de acciones de vigilancia comunal, utilizando como herramientas el mapa parlante, realizando charlas educativas con material preparado y validado por ellos mismos, visitas domiciliarias y educación en sus comunidades.

El estudio realizado en 2007 por do Prado y col. (45) en Vitória, Estado de Espírito Santo, Brasil, con pacientes reclutados entre enero 2005 y diciembre 2006, seguidos por el tiempo de duración del tratamiento, comparó el DOTS supervisado por un guardián (familiar o cercano al paciente) (Grupo 1) con el DOTS supervisado por trabajadores comunitarios de salud (Grupo 2), arrojando que el 98% de los pacientes del grupo 1 se curó o completó el tratamiento, frente a un 83% en el grupo 2. El costo por paciente tratado en el grupo 1 fue de US\$389 y en el grupo 2 fue de US\$548; el costo por paciente curado en el grupo 1 fue de US\$398 y en el grupo 2 de US\$657.

El costo para el paciente fue mayor en el grupo 1, sin embargo si el servicio de salud decidiera asumir el costo económico del desplazamiento del paciente, la intervención seguiría siendo menos costosa que la del grupo 2. Como hallazgo se resaltó la importancia de que el paciente tenga la posibilidad de elegir la intervención que más se ajuste a sus condiciones, y que aquellos que no tengan una red de apoyo puedan optar por la estrategia basada en el servicio de salud.

Fuentes y col. En 2011 analizaron El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis (46) adelantado en Lima, Perú; Municipalidad Distrital de La Victoria, Localidad San Cosme, entre 2009 y 2011; el cual implementó un modelo de abordaje integral, complementario, sistémico y humanista, con enfoque de Determinantes Sociales de la Salud, Derecho a la salud Gobernanza y gobernabilidad y descentralización local.

La Estrategia central fue denominada DATOS (detección, análisis, tratamiento observado socialmente) y contaba con un enfoque biomédico-social. Los resultados en cuanto a incidencia política fue la articulación con sector educación, el financiamiento con presupuesto participativo, el reconocimiento internacional y la ampliación de infraestructura. En el manejo clínico se logró mayor humanización, el aumento en la identificación de sintomáticos respiratorios (de 7% a 14,3%) y la disminución del porcentaje de abandono (de 18,5% a 3,5%). En el aspecto psicosocial, los pacientes curados accedieron a empleo, más seguridad en servicios de salud, mejora en medidas ambientales y dotación del personal, capacitación para prevención de infecciones nosocomiales; en la promoción de la salud se observó mejora de entornos; en tanto que en lo referente a la gestión, se logró la inclusión del Plan TB Cero en el plan operativo institucional. Por último, la tasa de incidencia de TB en el centro de salud disminuyó de 1018 a 845 por 100.000 hab. No obstante, persistieron limitaciones en la realización de pruebas radiológicas y de laboratorio, la hegemonía del modelo biomédico en determinadas políticas, apoyo limitado en aspectos psicosociales, intersectorialidad limitada, baja participación del sector privado, limitación por restricciones económicas, ausencia de un sistema de vigilancia epidemiológica para TB basada en los DSS, así como de un sistema de información adecuado.

Soares y col. (47) analizaron información retrospectiva de pacientes atendidos entre junio de 2005 y junio de 2008 en Rocinha, área urbana Rio de Janeiro, Brasil en modalidad DOTS con participación comunitaria realizada por trabajadores comunitarios de la salud liderados por enfermeras, la cual incluyó actividades educativas, recolección de muestras en casa, monitoreo de cumplimiento de citas médicas, estudio de contactos y supervisión domiciliaria del tratamiento. La tasa de éxito aumentó de 67,6% a 83,2% y la de fracasos bajó de 17,8% a 5,5% ($p < 0,001$) en comparación con el periodo pre intervención. En casos que reiniciaron tratamiento la tasa de éxito aumentó de 53,2% a 76,4%. Pese a que hubo posibles factores de confusión/interacción no controlados, el modelo de regresión lineal fue ajustado para minimizarlos. Es de anotar que todos los diagnósticos estuvieron basados en microscopia dado que los cultivos no estaban disponibles a esa fecha.

En 2010 Kaminemi y col. (48) analizaron la estrategia DOTS para el control de la TB como un mecanismo para disminuir la pobreza a través de programas de control de

enfermedades en la India, para ello se incluyó información de la intervención en 5 Estados (Bihar, Jharkhand, Madhya Pradesh, Chhattisgarh, y Uttarakhand) y se sumó a la revisión de literatura para examinar relaciones entre pobreza y resultados del programa de TB. Entre los resultados se identificaron las siguientes acciones que se realizan como parte de la estrategia en el país: colaboración con proveedores privados, mejor acceso a servicios diagnósticos, atención basada en comunidad, DOTS realizado por activistas acreditados, ONG, médicos privados y rurales y voluntarios comunitarios; inclusión de la comunidad en acciones de promoción, comunicación y movilización social; articulación con comités de salud locales, georreferenciación de grupos vulnerables, afectados por inundación y desplazados; capacitación, asistencia nutricional, gestión del marco legal de protección contra pérdida de empleo, articulación con bienestar social, articulación de servicios públicos y privados para atención de TB; creación de instalaciones para atención de prisioneros y refugiados, plan de atención específico para tribus, apoyo de organizaciones comunitarias en toma de muestras y transporte, reembolso a pacientes que requirieron hospitalización, no cobro de rayos X para diagnóstico de TB, búsqueda de casos perdidos en zonas rurales más pobres.

A partir de los hallazgos surgieron algunas recomendaciones: realizar planeación de abajo hacia arriba para permitir respuestas según contexto, fortalecer la descentralización, incluir incentivos a la provisión de medicamentos; optimizar la información relacionada con la geografía, las distancias físicas, las diferencias urbano-rurales, y el acceso a transporte, flexibilidad en los programas que permita cobertura a los más pobres, considerar incentivos para pacientes en zonas tribales y para desempleados que viven en zonas urbanas marginales. También surgieron propuestas de indicadores a aplicar.

Maher y col. (49) analizaron la contribución de la comunidad a la atención de la TB en algunos países con alta prevalencia del África subsahariana entre 1978-1997; en resumen observaron dos formas principales de participación comunitaria, una con enfoque médico, donde media la supervisión y capacitación por parte de profesionales de la salud, y otra enfocada en servicios de salud, donde la comunidad tiene un papel más activo en aras del desarrollo de la misma comunidad. Una de las conclusiones de estas experiencias indicó que es más efectivo movilizar grupos ya existentes que crear nuevos, y que los determinantes del éxito fueron: 1) buena colaboración entre los servicios generales de salud, el programa de control de la tuberculosis y los grupos comunitarios;

2) la buena educación del paciente con TB y su familia; 3) la formación de los miembros del grupo comunitario y del personal de los servicios de salud; 4) un sistema de supervisión regular de los miembros de la comunidad por el personal del programa de control de la tuberculosis. Los principales desafíos incluyeron la identificación del liderazgo responsable de la gestión del proceso de cambio y del grupo comunitario apropiado, mantener la motivación de la comunidad, y la garantía de buena comunicación entre los diferentes elementos de la prestación de servicios.

En el 2000, Sinanovic y col. (50) evaluaron el costo y costo efectividad de una intervención basada en comunidad en Cape Town, Sudáfrica, para lo cual estudiaron pacientes nuevos o que reiniciaron tratamiento entre enero 1998 y junio 1999, comparando dos áreas, la primera (1) con atención clínica acompañada de opciones de seguimiento basado en comunidad (Guguletu) y la segunda (2) únicamente con atención clínica (Nyanga). El tratamiento en el área 1 fue más costo efectivo que en el área 2, tanto para pacientes nuevos como en retratamiento, (\$726 vs \$1201 y \$1419 vs \$2058, respectivamente); la tasa de éxito también fue superior en ambos casos (68% vs 64% y 58% vs 52%). Los resultados permitieron concluir, entre otras cosas, que la participación de la comunidad en la atención de la TB puede mejorar la accesibilidad y la rentabilidad del tratamiento de la TB en las zonas urbanas de Sudáfrica y que la expansión en el Cabo occidental Cabo y en áreas similares del país amerita seria consideración por los planificadores y los responsables políticos. Sin embargo, se recomendó cautela al analizar los incentivos financieros dados a los pacientes que terminan el tratamiento.

En Tanzania, van den Boogaard y col. (51) realizaron un estudio observacional retrospectivo de pacientes con TB registrados en 2007 en la región del Kilimanjaro y compararon el grupo 1, que recibió DOTS basado en comunidad con el grupo 2, que recibió el DOTS en centro de salud. El porcentaje de éxito del tratamiento fue de 81% en el grupo 1 y de 70% en el grupo 2 (en pacientes con tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva VIH negativos). La tasa de curación fue similar en los dos grupos (73% y 72%, respectivamente OR 1,1 IC 95% 0,8 – 1,4). Los investigadores no recomendaron la transición gradual de DOTS comunitario al tratamiento autoadministrado en entornos con insuficientes recursos para realizar el monitoreo de la adherencia al tratamiento.

También se han analizado experiencias de DOTS en habitantes de calle; Kawatsu y col. (52) documentaron una intervención que inició en 2007 en Shinjuku City, Tokio, Japón en 2010, consistente en la estrategia DOTS con un componente de articulación con ONG para el apoyo alimentario de los habitantes de calle, enfatizando en lazos de confianza entre el paciente y el profesional de la salud. En este estudio se analizaron los hallazgos según 3 necesidades emocionales: 1. Necesidad de sentirse cuidado como persona: los habitantes de la calle sintieron interés genuino hacia ellos como personas por parte de las enfermeras y no solo como pacientes, lo cual tuvo efectos positivos en sus relaciones interpersonales; 2. Necesidad de reconocimiento de sus esfuerzos: Sintieron más autoconfianza y orgullo personal. 3. Necesidad de reintegrarse a la sociedad: Su actitud y relación con la sociedad mejoró, tuvieron un sentimiento de gratitud no solo con las enfermeras sino con toda la sociedad por su recuperación, lo que les imprimió deseos de emplearse para sostenerse y retribuir a la sociedad, surgieron iniciativas para hacer voluntariado en temas de TB; algunos retomaron su vida anterior, sintieron esta como una segunda oportunidad. Una de las conclusiones del estudio es que el empoderamiento usualmente se ve como un aspecto fundamental para lograr adherencia al tratamiento, pero no como un resultado o efecto del DOTS, por tanto las intervenciones deben enfocarse en lograr este resultado. La intervención se realizó con el reconocimiento de que no sólo era necesaria la entrega de medicamentos sino también de alojamiento y alimento, lo cual pudo afectar positivamente a los participantes. Aunque el enfoque no es comunitario, sino centralizado en el servicio de salud, este estudio se incluyó en el análisis al considerarlo una experiencia relevante en este grupo en particular, sobre el cual se encontró poca literatura.

4. Metodología

4.1 Objetivo 1: Descripción de procesos de atención

Se realizó una búsqueda y revisión de fuentes secundarias sobre experiencias de implementación de la estrategia DOTS con base comunitaria dirigida a población vulnerable en el país durante los últimos 15 años, con el fin de conocer la evolución de dicha estrategia en Colombia.

Inicialmente el período de búsqueda planteado fue 2005-2015, sin embargo, ante los pocos resultados se tomó la decisión de ampliar la búsqueda desde el año 2000.

Los descriptores utilizados fueron: Tuberculosis Y (Comunidad O Comunitario).

Se revisaron bases indexadas, informes institucionales disponibles en la web e informes a través de informantes clave. Se organizó la información a través de la siguiente matriz de análisis documental:

Experiencia	Localización geográfica	Población objetivo	Descripción general de la estrategia	Barreras	Factores facilitadores	Lecciones aprendidas

4.2 Objetivo 2: Sistematización de experiencias

La sistematización se realizó desde la perspectiva teórica de la Hermenéutica, la cual permite interpretar los sentidos culturales que se construyen a partir de lo expresado por los informantes sobre un asunto determinado. De acuerdo con North (2001) y Sánchez (2001) (Citados por Ruedas, 2009), el método hermenéutico es un instrumento de adquisición de conocimiento dentro de la tradición humanística que se basa en textos. El

texto es el objeto y al mismo tiempo el punto de partida y acontecimiento porque su preocupación es la relación entre dicho texto y su escritor, su lector, su lenguaje y alguna perspectiva del mundo. La hermenéutica tiene tres momentos: comprensión, interpretación y aplicación, estos contribuyen a la comprensión de la hermenéutica más como un saber hacer que requiere de una particular finura del espíritu, que como un método disponible (53).

Se aplicó el método de la Teoría Fundamentada, en el que se realiza una reflexión continua sobre avances o situaciones problemáticas al analizar comparativamente la teoría existente con la construida durante la investigación, de manera que se genere o descubra la teoría o esquema analítico de un enfoque social a partir de textos recogidos en contextos naturales. Se intenta desarrollar interpretaciones del mundo de los sujetos en función de sus propias interpretaciones, teniendo como objeto de investigación la acción humana.

En la teoría fundamentada los significados construidos intersubjetivamente entre investigadores y participantes son fundamentales para teorizar respecto de la realidad investigada. Precisamente, el propósito es descubrir y desarrollar la teoría que se desprende del contexto investigado, y no someterse a un razonamiento deductivo apoyado en un marco teórico previo (54).

De acuerdo con Ángel (2010), lo que en este tipo de estudios se llama teoría es el establecimiento de regularidades surgidas del objeto observado, de manera que no pretende elaborar una teoría social que tenga pretensiones de universalidad, sino que pretende establecer rasgos significativos y sistemáticos en el objeto de la investigación (55). En el presente estudio se parte de la teoría sustantiva, ya que se buscan las explicaciones de los informantes sobre su forma de percibir la realidad, lejos de un proceso riguroso de abstracción, ya que el fin último es ahondar en su propia percepción para contribuir a hacer mejor, en relación con la estrategia del DOTS Comunitario en poblaciones vulnerables, en el marco del Convenio de Cooperación entre el Fondo Mundial, el Ministerio de Salud y Protección Social y la OIM.

Se partió del principio de que la integración de las iniciativas comunitarias a los programas de TB en los territorios es considerada la base del éxito y el pilar para la

sostenibilidad de la estrategia. El papel del Fondo Mundial, como principal patrocinador de este proceso de integración, junto a los aportes del Ministerio de Salud y Protección Social y el apoyo de la Organización Internacional para las Migraciones, fue analizado de manera transversal, pero la mirada estuvo centrada en el papel de la comunidad y sus mecanismos de interlocución y articulación con las instituciones.

4.2.1 Técnicas

Para la recolección de la información se realizaron entrevistas semiestructuradas y grupos focales con actores clave, con preguntas orientadoras concertadas con expertos del proyecto (D. Anexo). Se incluyeron experiencias de Nariño, Chocó y Valle del Cauca.

Se apoyó el proceso en la elaboración de un diario de campo, con el fin de identificar aspectos claves a profundizar o explorar en subsiguientes entrevistas.

4.2.2 Proceso de investigación

Para la sistematización de experiencias se cumplieron los siguientes pasos, adaptados de la Guía Práctica para la Sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica, elaborada por la FAO (56):

❖ Paso 1: Definición del objetivo

En este paso se buscó responder a las preguntas: ¿Para qué sistematizar? ¿Qué producto se quiere obtener? ¿Qué utilidad tendrá para la comunidad y para las instituciones? ¿Para quién más podría ser útil?

En ese sentido se planteó el objetivo: Describir experiencias colombianas de intervenciones comunitarias realizadas para el control de la tuberculosis en población vulnerable a través de fuentes primarias.

❖ Paso 2: El objeto de análisis

Las preguntas que guiaron la definición del objeto del análisis fueron: ¿Qué experiencia se va a sistematizar? ¿Se sistematizará toda la experiencia, o sólo un aspecto o parte de la misma? ¿Se abarcará sólo un período o una etapa determinada? ¿Con cuáles criterios seleccionaremos la experiencia y qué ponderación se le dará a cada uno de éstos?

Se delimitó la experiencia del DOTS comunitario a poblaciones vulnerables: población rural dispersa, población indígena, habitantes de la calle y población privada de la libertad, en su implementación con el Fondo Mundial, y la cooperación del MSPS y la OIM en el período 2012-2013.

Los criterios de selección de la experiencia se establecieron en conjunto con el Subdirector de Enfermedades Transmisibles del Ministerio de Salud y Protección Social, y los expertos técnicos en Tuberculosis del Convenio Fondo Mundial, MSPS y OIM; bajo criterios de relevancia, aplicabilidad, innovación y sostenibilidad, obteniendo un puntaje de 3,75 sobre 4. (Ver A. Anexo).

❖ Paso 3: El eje de sistematización

Para definir el eje de sistematización, se respondió a las preguntas: ¿Por qué se quiere sistematizar esta experiencia y no otra? ¿Cuál será el enfoque central, el hilo conductor que atraviese el análisis de toda la experiencia? ¿Qué aspectos centrales de esa experiencia nos interesa sistematizar?

Para definir el eje y dar respuesta a estas preguntas se partió de la información de contexto relacionada con los actores directos e indirectos del proceso de desarrollo, la situación de la experiencia al inicio y al momento de la investigación, el proceso de intervención programado, buscando conocer las lecciones aprendidas del mismo.

Una vez conocidos los aspectos de la experiencia anteriormente mencionados, se estableció como eje de la sistematización: **La estrategia DOTS con base comunitaria en contextos de vulnerabilidad.**

4.2.3 Participantes

Se elaboró una descripción de los actores clave (Ver B. Anexo), y a partir de allí se decidió en consulta con el equipo técnico que lidera el DOTS Comunitario en el Convenio entre Fondo Mundial, MSPS y la OIM cuáles serían incluidos. Las preguntas orientadoras por actor clave fueron revisadas por el equipo técnico. A excepción de las realizadas para el eje de DOTS en Población Privada de la Libertad⁴, todas las entrevistas y grupos focales fueron grabados y transcritos para el análisis de la información.

A continuación se listan los actores participantes y la técnica de recolección de información utilizada:

Tabla 6. Actores participantes, técnica de recolección y territorio

Técnica de recolección	Cantidad	Actores	Territorios	
Entrevistas	4	Coordinadores Programa TB	Nariño, Cali, Chocó y Quibdó	
	2	Profesionales DOTS Comunitario	Cali, Chocó	
	Total: 17	2	Gestores Comunitarios	Chocó
	4	Pacientes en tratamiento o curados	Cali y Quibdó	
	1	Profesional DOTS Habitante de Calle	Cali	
	1	Operador par	Cali	
	2	Fundación para habitante de Calle	Cali	
	1	Líder comunitario	Quibdó	
Grupos focales	2	Líderes comunitarios	Cali y Tumaco	
	Total: 3	1	Comunidad Educativa	Quibdó

Fuente: Elaboración propia

4.2.4 Categorías de análisis

Antes de iniciar el ejercicio de recolección de la información primaria, y partiendo de la revisión documental y reconocimiento con el equipo técnico, se definieron 5 categorías de análisis:

- Descripción de la estrategia
- Necesidades sentidas

⁴ No fue autorizado el ingreso de grabadora de voz ni celular.

- Barreras
- Factores facilitadores
- Experiencias significativas

Durante el ejercicio de análisis de los relatos, emergió una sexta categoría, de **recomendaciones**, dado que se quiso dar relevancia a las apreciaciones que surgieron de la mirada de los participantes del proceso.

4.2.5 Análisis de información

En la medida en que se realizaban las entrevistas y grupos focales, estos se transcribieron literalmente y se analizaron a través del software para análisis cualitativo Atlas ti; identificando las categorías preestablecidas y explorando categorías emergentes. Una vez terminado el proceso de análisis se elaboró la matriz de sistematización con las seis categorías del estudio, con las narrativas de los participantes que daban cuenta de cada una de ellas.

4.3 Consideraciones éticas

La presente investigación empleó técnicas cualitativas de recolección y análisis, como las entrevistas y grupos focales, por tanto se acogió a las normas éticas propias de la investigación cualitativa y a los principios éticos de la declaración de Helsinki para investigaciones en seres humanos. No se realizaron intervenciones directas sobre seres humanos, por lo cual se clasificó como investigación sin riesgo según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 (57) (58).

Las experiencias que se sistematizaron hacen parte del Convenio de Cooperación entre el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, (FM) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM); la investigadora fue contratada por esta última organización para realizar un proceso de sistematización de experiencias, a partir del cual se amplió el alcance, por tal razón, se contó con la asesoría permanente de funcionarios del MSPS, del FM y de la OIM sin comprometer la imparcialidad de la investigadora. La recolección

de la información se realizó con financiación del mencionado convenio. La investigadora se declara libre de conflictos de interés o cualquier tipo de presión para resaltar algún hallazgo en particular, más allá de brindar herramientas para el mejoramiento continuo de la práctica en las acciones para el control de la TB en población vulnerable.

Se elaboró un consentimiento informado para los participantes, a quienes se les expuso el objetivo de la sistematización y se les garantizó la confidencialidad en el manejo y socialización de su información. Este consentimiento se leyó y explicó a cada persona entrevistada o participante de grupos focales, indicando las condiciones de su participación y la libertad para abstenerse de responder alguna pregunta o renunciar a participar. Se explicó a los participantes que sus respuestas no tendrían ninguna repercusión en sus trabajos, para el caso de los profesionales de la salud, o en el acceso al tratamiento, para el caso de los pacientes. Se solicitó permiso por escrito para grabar el audio de las entrevistas y grupos focales (C. Anexo).

Las entrevistas fueron realizadas por la investigadora, quien no tiene ningún rol que pudiera ejercer coerción sobre los participantes, y no se ofreció ningún tipo de incentivo. Para proteger la confidencialidad de la información brindada por los participantes se codificaron los audios y transcripciones; en los análisis de información y citas se referenció el rol o la característica del actor que habla para darle contexto a su intervención, sin nombres propios.

5. Resultados y hallazgos

5.1 Descripción procesos de atención

Una vez realizada la búsqueda de experiencias de atención en tuberculosis con base comunitaria a población vulnerable en los últimos 10 años en Colombia, se encontraron 6 experiencias, reportadas en 3 documentos analíticos; la primera de ellas en siete (7) departamentos (Amazonas, La Guajira, Cesar, Nariño, Guaviare, Guainía y Vichada), enfocada a población indígena, la segunda en Bogotá orientada a habitante de calle y las últimas 4 en Barranquilla (2), Popayán y Toribio. La búsqueda inicial se realizó en el período 2005-2015, sin embargo, dados los pocos resultados se incluyeron las experiencias desde el 2000. Los aprendizajes más relevantes se presentan a continuación:

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

❖ Descripción general:

Esta experiencia se desarrolló en los departamentos de Amazonas, La Guajira (iniciaron en 2002), Cesar (2004), Nariño (2005), Guaviare, Guainía y Vichada (2006), en el marco del Programa Nacional de Tuberculosis, con orientación a la población indígena (59). Se trató de un proceso de generación de alianzas estratégicas que incluyó 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 su cosmogonía, haciéndolos parte de la alianza y reconociéndolos como el socio principal. A su vez, se generaron estrategias de diálogo a nivel de tomadores de decisiones territoriales para fortalecer el compromiso político que soportara la inclusión y sostenibilidad de las acciones.

Las actividades principales identificadas fueron: fortalecimiento de la red de prestación de servicios; identificación de factores de no adherencia al tratamiento; producción de

material para capacitación y difusión de información; conformación y consolidación de redes de microscopistas; capacitación al talento humano; mejoramiento de la capacidad de gestión del programa; diseño de la estrategia de Comunicación y movilización social (COMBI) para mejorar la captación temprana en la búsqueda de sintomáticos respiratorios y adhesión al tratamiento.

❖ **Logros:**

- En Nariño se redujo la incidencia de TB en todas sus formas, pasando de 18,5/100.000 habitantes en 2000 a 11,3 en el 2005, y se redujo 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.
- Se observó en Cesar, Amazonas y Nariño un aumento del porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios (Amazonas 2004: 80% y 2005: 79%) y el porcentaje de curación mejoró (Amazonas 2004: 79% y 2005: 94%; Cesar 2002-2005: 93%, Nariño aumentó de 72,8% en 2000 a 85,4% en 2005).
- En Amazonas el tratamiento exitoso fue de 89% en 2004 y 94% en 2005.
- En Cesar se alcanzó una negativización por encima del estándar admitido calculado en el 80%, además se redujeron los abandonos pasando de 8,3% a 3,9%.
- Se fortaleció la concertación entre la medicina occidental y la tradicional.
- Se conformó y capacitó la red de promotores indígenas.
- Se logró mayor corresponsabilidad y compromiso de los actores involucrados.
- Se vincularon auxiliares de enfermería indígenas y se contrataron y capacitaron a los promotores indígenas así como líderes comunitarios.
- Se conformó la red de vigilancia en salud pública de base comunitaria.
- Se logró el conocimiento de las percepciones de la comunidad indígena en torno a la tuberculosis y el proceso salud y la enfermedad.
- Se estudió la adherencia al tratamiento anti-tuberculoso en comunidad indígena.
- Se sellaron alianzas territoriales e internacionales para la construcción y adecuaciones de una casa de paso en Cesar y Nariño para garantizar adherencia al tratamiento.

- Fortalecimiento de estrategias de información y comunicación, con enfoque étnico, incluido un programa de radio.
- Se conformaron redes de microscopistas para garantizar un diagnóstico oportuno.
- Se conformó un grupo académico de estudio y discusión departamental de tuberculosis en Nariño.
- Inter institucionalidad para la implementación de la Estrategia DOTS/TAS en la red pública y privada del departamento.

❖ **Retos:**

- Aumentar la concentración de la baciloscopia por pacientes.
- Disminuir el número de muertes por TB.
- Mejorar el seguimiento de los pacientes y realizar la baciloscopia de control al final del tratamiento.
- Aumentar los porcentajes de vacunación de BCG para alcanzar coberturas útiles.
- 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
- 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.
- Dar continuidad a los funcionarios del programa.
- Continuar los estudios cualitativos en comunidades 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.
- Fortalecer el trabajo ínter programático con 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
- Ampliar al 100% de los municipios del departamento la Estrategia DOTS/TAS.
- Lograr la permanencia y el sostenimiento de la casa de paso con la participación decidida de las autoridades Indígenas.

❖ **Lecciones aprendidas:**

- Se requiere diseñar estrategias alternativas que permitan superar las barreras geográficas para la realización del diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado.
- 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.
- 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 hicieron 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; 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.

5.1.2 Programa de control y prevención de TB en el marco de la estrategia Alto a la Tuberculosis como parte de la atención integral al habitante de calle en el Hogar Uno Día Noche 2009- 2010

❖ Descripción general:

Esta experiencia se desarrolló en Bogotá D.C, orientada específicamente a la población habitante de calle (22). Dicho programa consistió en una alianza intersectorial entre la Secretaria Distrital de Salud (SDS) y la Secretaria de Integración Social (SDIS) de Bogotá para desarrollar la Estrategia DOTS en habitante de calle en un hogar de paso. Esta experiencia incluyó entre otras las siguientes acciones: Cobertura en el aseguramiento del habitante de calle, Disminución de barreras de acceso a servicios de atención en salud, expedición de carta de población especial, institucionalización del habitante de calle y acompañamiento psicológico y psiquiátrico. En el hogar de paso se administró y supervisó el tratamiento.

❖ Logros:

- 15 pacientes (de 38) terminaron tratamiento, la estrategia de focalizar las actividades de esta población en un lugar facilitó su administración;
- El apoyo nutricional permitió que el número de pacientes curados fueran 11 en 2009 y 7 en 2010, estos no manifestaron molestias gástricas ni efectos adversos al medicamento;
- El porcentaje general de pacientes curados fue de 30% en 2009 y 40% en 2010. Estos porcentajes duplican los reportados en el grupo de habitantes de calle no beneficiados por el proyecto (14,7% en 2009 y 17,4% en 2010).

❖ Retos:

- Superar dificultades para realización del cultivo, pruebas de VIH, y controles bacteriológicos del tratamiento a todos los pacientes, para conocer la real situación de farmacorresistencia y coinfección TB-VIH/SIDA en esta población;
- Fomentar la creación de grupos de apoyo que incluya a pacientes curados de la enfermedad, no se tienen datos de ubicación de estas personas y los que

lograron terminar el tratamiento no han vuelto o no les interesa contar su experiencia a los otros.

❖ **Lecciones aprendidas:**

- Es necesario que la SDS como autoridad distrital realice visitas de inspección y verificación del cumplimiento de procesos de vigilancia en salud pública y establezca vías para encontrar respuesta en las entidades que están faltando a su función.
- Es una buena estrategia para prevenir la enfermedad implementar un programa de alimentación en lugares estratégicos de alta concurrencia de esta población como un primer acercamiento y en una segunda etapa se vinculen a procesos productivos.
- Se deben enfatizar las actividades de educación frente al reconocimiento de enfermedades y autocuidado.
- Es necesario diseñar una intervención multidisciplinaria y bajo procesos productivos para el Habitante de calle enfermos con TB farmacodependiente, en la cual se dé la opción del consumo bajo dosis controladas de las sustancias psicoactivas durante el periodo de duración del tratamiento en un lugar con atención médica.
- En muchos casos salir de nuevo a la calle trajo consigo el abandono del tratamiento antituberculoso iniciado.

5.1.3 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Barranquilla

❖ **Descripción general:**

En Barranquilla fueron analizadas dos experiencias (43):

- Experiencia A. La Liga Antituberculosa Colombiana-Seccional Atlántico brinda apoyo material con medicamentos, un paquete mensual de alimentos para pacientes necesitados, dinero para el transporte hasta el centro de salud.

- Experiencia B. La asociación “María Rafols” realiza seguimiento a inasistentes y abandonos, apoyo con medicamentos, alimentos y transporte, visitas a domicilio para controlar adherencia al tratamiento. Esta organización lleva 10 años trabajando en la ciudad.

En ninguno de los dos casos la organización participa en provisión de tratamiento o detección de casos, tampoco llevan registros sobre sus actividades de apoyo que permitan medir su contribución.

❖ **Logros:**

Las organizaciones contribuyen a superar las barreras sociales, emocionales y económicas que presentan los pacientes para la adherencia al tratamiento.

❖ **Retos:**

- Adaptar sus formas de apoyo a la reforma del sistema de salud.
- Mejorar la calidad de los registros ya que actualmente esto impide que las ONG y el PNT realicen una evaluación formal de la efectividad de la atención prestada.

❖ **Lecciones aprendidas:**

La descentralización del sistema de prestación de servicios de salud y la baja prioridad del control de TB en la agenda local de salud pública han resultado en la pérdida o reducción de la comunicación que usualmente tenían con el personal del PNT.

5.1.4 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Popayán

❖ **Descripción general:**

Desde 1997 el Grupo de Estudio de Tuberculosis de la Universidad del Cauca facilita la expansión del DOTS mediante la promoción de actividades académicas y comunitarias en control de la TB; lo cual incluye: detección activa de sospechosos de TB, seguimiento

a inasistentes y abandonos, supervisión a domicilio del paciente, movilización para el logro de apoyo político, creación y mantenimiento de huertas para proveer apoyo material a pacientes (43).

❖ **Logros:**

- El grupo de estudio formó y capacitó 3 grupos comunitarios en detección y suministro del tratamiento, un grupo de 40 voluntarios de BRAMPO (Brigada de apoyo al municipio de Popayán), 15 presidentes de JAC, 19 inspectores de policía.
- El líder del grupo de estudio selecciona pacientes que viven en zona rural para recibir tratamiento supervisado por la comunidad. Su contribución se estimó en la detección del 5 a 10% de casos notificados, y el seguimiento a menos del 5% de pacientes.
- Se observó posicionamiento del control de la TB en la agenda política.
- Apoyo alimentario a algunos pacientes a través de 13 huertas comunitarias.

❖ **Retos:**

- Adaptar sus formas de apoyo a la reforma del sistema de salud.
- Mejorar la calidad de los registros ya que actualmente esto impide que las ONG y el PNT realicen una evaluación formal de la efectividad de la atención prestada.

❖ **Lecciones aprendidas:**

- Probablemente los proyectos originados en las bases “de abajo hacia arriba” parecen tener mayor probabilidad de ser sostenibles en el mediano plazo.
- Los PNT locales han sido receptivos a aceptar la participación comunitaria promovida tanto por la misma comunidad como por ONG, pero han limitado el papel de la comunidad a “remar” en lugar de “remar y timonear”. Esto no es sorprendente dado que el adiestramiento que los PNT dan a los voluntarios se enfoca a la prestación de servicios de salud en lugar de incluir educación sobre los aspectos gerenciales y políticos del control de la TB.

5.1.5 Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis en Toribio

❖ Descripción general:

Desde 1997 el Hospital Álvaro Ulcué promovió la participación comunitaria en la detección de casos sospechosos de TB, seguimiento de contactos de casos índice, administración del tratamiento bajo supervisión directa, movilización de autoridades para posicionar el control de la TB en la agenda de salud pública. Quienes suministran el tratamiento no son voluntarios sino seleccionados por la comunidad, y lo hacen so pena de ser discriminados por negarse a colaborar; algunos que trabajan exclusivamente en salud reciben una bonificación, los demás no reciben incentivos. La comunidad tienen una huerta detrás del hospital, trabajada por los pacientes, la nutrición, economía y salud están integradas (43).

❖ Logros:

- Los voluntarios de la comunidad supervisan menos del 5% del total de pacientes en tratamiento, y el resto de los pacientes recibe el tratamiento supervisado en las unidades de atención de salud del sistema local de salud pública.
- Se estimó que de 5 a 10% de los sospechosos de TB examinados por el PNT en 2000 fueron encontrados por los voluntarios.

❖ Retos:

- Adaptar sus formas de apoyo a la reforma del sistema de salud.
- Mejorar la calidad de los registros ya que actualmente esto impide que las ONG y el PNT realicen una evaluación formal de la efectividad de la atención prestada.

❖ Lecciones aprendidas:

La sostenibilidad está dada por un amplio proceso de movilización social comunitaria que no se basa en un líder en particular o en la disponibilidad de ciertos recursos

económicos. Esta experiencia comunitaria en TB es principalmente el resultado de valores culturales prevalentes en la comunidad.

Aunque existen notas institucionales que hablan de otras experiencias desarrolladas en el país, no se encontró documentación que las describiera claramente o que reportara sus resultados por lo cual no pudieron ser incluidas en este análisis. Tal es el ejemplo del proyecto adelantado entre el MSPS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en poblaciones vulnerables, que incluye el levantamiento de la línea de base de la situación de tuberculosis en habitante de la calle de las ciudades de Barranquilla y Cartagena; o el proyecto con población privada de la libertad financiado por Colciencias para el abordaje de la Tuberculosis a través de las Secretarías de Salud de Antioquia y Medellín en tres centros penitenciarios (Cárcel Bella Vista, Cárcel de Mujeres de Medellín y Buen Pastor de Bucaramanga) en el desarrollo de un modelo que pueda ser aplicable a otros centros en la atención de la enfermedad. Así mismo se las acciones para la implementación de la estrategia Alto a la Tuberculosis en los establecimientos penitenciarios y carcelarios de Cóbbita (Boyacá), Valledupar (Cesar), Jamundí (Valle), Ibagué (Tolima) y Santa Marta. (60)

5.2 Sistematización experiencia colombiana

La experiencia descrita en el presente estudio hace parte del convenio 363 de 2013, suscrito entre el MSPS y la OIM, como contrapartida al aporte realizado por el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, en el cual se priorizaron cuatro departamentos del pacífico colombiano, Chocó, Nariño, Valle del Cauca y Cauca. El propósito de este proyecto fue implementar la estrategia DOTS basada en comunidad y reforzar la importancia de la vacunación con BCG en zonas priorizadas de los cuatro departamentos. Puntualmente se buscó ampliar la cobertura de DOTS al nivel comunitario para superar las importantes barreras geográficas existentes en el área de influencia del proyecto y que impiden el acceso a servicios de salud y por tanto al diagnóstico y tratamiento adecuados de esta población, lo cual implicó el desarrollo de la red de agentes comunitarios, quienes se encargan de identificar al sospechoso de TB, tomar la muestra, realizar el diagnóstico y en casos necesarios hacer la inoculación del cultivo y, cuando fue necesario, supervisar estrictamente el tratamiento de TB. Los grupos que benefició este proyecto fueron la población indígena, la población privada de la libertad, los habitantes de calle y la población rural dispersa.

Un aspecto importante por el cual se decidió sistematizar esta experiencia en el país fueron los buenos resultados obtenidos y el aporte al Programa Nacional para el Control de la Tuberculosis (PCT) (61). En la Tabla 7, Tabla 8 y Tabla 9 se presentan los resultados más importantes obtenidos por el proyecto.

Tabla 7. Aporte de la comunidad al PCT en la captación de casos nuevos de TB. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Años 2012 y 2013.

Departamento	2012			2013		
	Casos nuevos BK+ Canalizados por la Comunidad	PCT nuevos BK+	Aporte	Casos nuevos BK+ Canalizados por la Comunidad	PCT nuevos BK+	Aporte
Chocó	46	202	22,8%	69	178	38,8%
Nariño	44	72	61,1%	12	44	27,3%
Valle del Cauca	11	771	1,4%	36	638	5,6%
Cauca	4	9	44,4%	3	7	42,9%
Total	105	1054	10,0%	120	867	13,8%
Meta*	100			150		
Cumplimiento	105%			80%		

Fuente: Informe resultados Proyecto Fondo Mundial, MSPS, OIM. Fase I.

*Meta planteada en el Marco de Desempeño.

La Tabla 7 describe el aporte de la comunidad a través del proyecto a la captación de casos nuevos de TB. Se observa como en el 2012 en Nariño y Cauca el aporte fue superior o cercano al 50%, y en Chocó para el 2013 aumentó hasta acercarse al 40% del total de casos reportados. En el Valle del Cauca el aporte fue menor dado el alto volumen de casos identificados por el PCT, sin embargo el número de casos detectados por la comunidad en 2013 es importante. Aunque en 2013 aumentó el número de casos identificados, el cumplimiento fue menor dado que la meta del Marco de Desempeño era superior en un 50% respecto al año anterior.

Tabla 8. Aporte de la comunidad a la supervisión del tratamiento en pacientes diagnosticados con TBTF. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Años 2012 y 2013

Departamento	2012			2013		
	Pacientes TBTF con tratamiento supervisado por la comunidad	PCT TBTF	Aporte	Pacientes TBTF con tratamiento supervisado por la comunidad	PCT TBTF	Aporte
Chocó	51	387	13%	93	288	32%
Nariño	29	109	27%	21	62	34%
Valle del Cauca	17	1487	1%	56	1156	5%
Cauca	2	19	11%	6	12	50%
Total	99	2002	5%	176	1518	12%
Meta*	105			157		
Cumplimiento	94%			112%		

Fuente: Informe resultados Proyecto Fondo Mundial, MSPS, OIM. Fase I

*Meta planteada en el Marco de Desempeño.

Las cifras reportan una participación importante de la comunidad en la supervisión del tratamiento de pacientes diagnosticados, el número fue superior en Chocó en los dos años analizados; sin embargo, en Nariño en 2012 y Cauca en 2013 la proporción respecto al total de casos diagnosticados fue la más alta. El número total de casos supervisados por la comunidad aumentó en el 2013 así como el cumplimiento de la meta del Marco de Desempeño, que pasó de 94% a 112%; por el contrario, el total de casos detectados en el PCT se redujo.

Tabla 9. Porcentaje de éxito del tratamiento en pacientes con TB con supervisión por comunidad vs. porcentaje global del PCT. Fase I Proyecto FM, MSPS, OIM. Año 2012 y Primer semestre de 2013.

Departamento	2012				Primer Semestre 2013	
	Éxito tratamiento pacientes BK+ en tratamiento supervisado por la comunidad		PCT Éxito en BK+	Aporte	Éxito tratamiento pacientes BK+ en tratamiento supervisado por la comunidad	
	No.	%			No.	%
Chocó	35/36	97%	88% (178/202)	20% (35/178)	34/37	92%
Nariño	23/24	96%	94% (68/72)	34% (23/68)	6/7	86%
Valle del Cauca	8/10	80%	78% (600/771)	1,3% (8/600)	11/14	79%
Cauca	2/2	100%	89% (8/9)	22% (2/9)	1/2	50%
Total	68/72	94%	81% (854/1054)	8% (68/854)	52/60	87%
Meta*		70%				75%

Fuente: Informe resultados Proyecto Fondo Mundial, MSPS, OIM. Fase I

*Meta planteada en el Marco de Desempeño.

El resultado más importante del proyecto está dado por el éxito del tratamiento en los pacientes diagnosticados, y en este aspecto los porcentajes fueron superiores en el grupo de pacientes que recibió tratamiento supervisado por la comunidad en el cual el 94% de los pacientes tuvieron tratamiento exitoso, frente al 81% reportado por los pacientes del PCT. En el primer semestre de 2013 el porcentaje llegaba al 87%, sin embargo al contar solo con información de 6 meses algunos pacientes no cuentan con tiempo suficiente de seguimiento para determinar su éxito, y tampoco se cuenta con la cifra del PCT para comparar.

Las anteriores cifras evidencian los resultados positivos de la estrategia DOTS con base comunitaria en la captación, supervisión y éxito del tratamiento de los pacientes en población vulnerable.

5.2.1 Descripción estrategia DOTS con base comunitaria

De acuerdo con lo reportado por los diferentes actores, el DOTS comunitario en términos generales busca abordar tres componentes principales de la prevención y el control de la TB: Captación de sintomáticos respiratorios, Diagnóstico y Tratamiento de pacientes, y seguimiento de pacientes; acompañados por un componente transversal: - Información, Educación y Comunicación (IEC). Lo anterior, fundamentado en el compromiso político acompañado por un proceso de evaluación, éstos dos últimos componentes son reconocidos básicamente por los profesionales a cargo de la gestión de la estrategia, pero no los hacen evidentes los pacientes o el personal operativo.

Se describen los componentes de la estrategia tomando como base lo realizado en población rural dispersa y población indígena, cuyos aspectos son centrales y comunes, y posteriormente se describe el proceso diferencial realizado con población habitante de calle y población privada de la libertad.

- **Captación de sintomáticos respiratorios**

Esta etapa inicial se realiza de manera individual o colectiva. La individual tiene lugar en la consulta médica, durante la atención en salud por cualquiera de los profesionales o auxiliares, o por medio de agentes y líderes comunitarios en salud, a través de unas preguntas clave: ¿ha presentado tos con expectoración por más de 15 días?, ¿ha perdido peso últimamente? ¿En las noches suda mucho? Al responder afirmativamente a estas preguntas se procede a explicar en qué consiste la tuberculosis y a solicitar la toma de la muestra para la confirmación. ***“En los escenarios donde ellos (agentes comunitarios) tienen influencia hablan del tema de tuberculosis y logran identificar personas sintomáticas respiratorias, el programa tiene un volante que permite que la persona vaya con el volante a la institución de salud y el desprendible yo lo recojo, yo hago visitas periódicamente y me dan el desprendible, yo hablo o sea la enfermera de la zona apoya el proceso para hacerle seguimiento de esas personas***

que han captado como sintomáticas respiratorias.” (Profesional programa TB Cali)
Este volante permite reconocer que el paciente ha sido identificado por la comunidad y se la da atención prioritaria.

Si la captación se hace en el servicio de salud o en zona urbana cercana, se remite a la persona sintomática al laboratorio de referencia, en donde se toma la muestra seriada. Si la captación se hace en comunidad el agente comunitario en salud (Gestor, Líder, Operador Par, Promotor) llevará los recipientes y tomará tres muestras de esputo, en lo posible cumpliendo con todas las indicaciones dadas para este procedimiento. También se realiza estudio de contactos de los enfermos, ya que allí hay alta probabilidad de que se presenten más enfermos, y de esta manera se da cumplimiento a la Circular 058 de 2009.

En zona rural dispersa o barrios marginales se trabaja con los equipos extramurales de las EPS para llevar a cabo la búsqueda activa. De igual manera, en esta etapa desempeñan un rol importante los comités de vigilancia de los barrios o veredas, quienes refuerzan las búsquedas de sintomáticos respiratorios y quienes informan y organizan a la comunidad para el éxito de la estrategia. Una experiencia importante se observó en el Barrio Niño Jesús, sector Cabi, de Quibdó, en donde se identificó una familia con cuatro casos de TB, y esto motivó a realizar una búsqueda intensificada y a informarse mejor para apoyarla.

- Diagnóstico y tratamiento de pacientes

Una vez tomadas las muestras, se envían al laboratorio para el procesamiento. Se realiza la baciloscopia, si alguna de las muestras da positiva se inicia el tratamiento, en caso de resultado negativo se realiza cultivo de confirmación. Si la baciloscopia o el cultivo dan resultado positivo se informa al paciente para que se inicie el tratamiento.

En zona rural dispersa, la estrategia contempla el papel del microscopista para diagnóstico en terreno, quien realiza los procesos de extendido, coloración y lectura de la muestra, envía al laboratorio aquellas que dan resultado negativo para la realización del cultivo y a quienes obtienen resultado positivo les inicia tratamiento inmediatamente.

“igual tomo mi muestra, la llevo, nosotros en las comunidades no tenemos

laboratorio, el laboratorio de nosotros puede ser una playa o puede ser un árbol, debajo de un árbol o una casa que esté así abierta, que solamente tenga el techo, colocamos su mesita, si no hay mesa buscamos una estrategia, algo para colocar o tendemos ahí su papel para para cubrir la parte y ahora sí colocamos toda las cosas, iniciamos a procesar las muestras, coloreamos, extendemos, fijamos... luego cuando ya todo seque en la tarde, la llevas al microscopio, no es con energía también, nos toca con luz solar, ósea con espejo del microscopio y ahí mismo”
(Agente Comunitario Chocó)

- Seguimiento de pacientes

Una vez hecho el diagnóstico se inicia el tratamiento farmacológico. Si existe un centro de salud cercano a la vivienda o al trabajo del enfermo, se le notifica a la auxiliar del programa para que inicie el tratamiento supervisado. Si el enfermo vive en una zona alejada o sus condiciones no le permiten acudir al centro de salud, se designa a una persona de la comunidad para que le suministre y supervise el tratamiento, generalmente es un líder de la comunidad, o en algunos casos, un familiar que asume el compromiso y la responsabilidad del tratamiento.

El gestor comunitario, el promotor, o la persona asignada a la zona realizan un seguimiento periódico para verificar la adherencia al tratamiento, toma medidas en caso de abandono y comunica al líder del programa. ***“Ya se va sintiendo bien, ya cesó la tos, ya va menguando un poco la tos, los síntomas, ya le dan ganas de bañar, porque hay unos que no le dan ganas de bañar, ya les da ganas de bañar, ya les da ganas de salir a ir a hablar y todo eso, entonces se les olvida (el medicamento) y entonces por eso es bueno que otra persona (lo supervise) que eso sí que uno dice persona que permanezca en la comunidad y qué sea responsable y que quiera que su comunidad esté sana porque, si se cura un paciente sabemos que la comunidad va a estar sana”*** (Agente Comunitario Chocó)

- IEC

Este componente está presente en todas las fases, su objetivo en la fase de captación de sintomáticos es acabar con los mitos y tranquilizar a la persona para que inicie las

medidas preventivas con su familia, en la fase de diagnóstico busca promover una adecuada aceptación y reconocimiento de la enfermedad y el fortalecimiento de las medidas de prevención, evitando la estigmatización del enfermo; en la etapa de tratamiento está orientada a informar sobre los efectos secundarios del mismo, a advertir las consecuencias del abandono, a incentivar su culminación y a entablar las redes de apoyo para la supervisión conjunta. ***”Que acuda al médico, que se tome el medicamento, o sea ese es uno de los consejos, que haya buena higiene, que el hábitat donde él esté este limpio, que haga un buen aseo; que haya ventilación, es más buscando que la familia sea el cómplice para que esta recuperación de este paciente sea más efectiva, brindándole confianza a él y a la familia”*** (Líderes comunitarios Tumaco)

La capacitación está dirigida también a los profesionales de la salud, especialmente a los médicos para que realicen la detección oportuna de los casos, para que rompan sus mitos acerca de la enfermedad. Se capacita al personal de la estrategia en la adecuada obtención de la muestra, en el procesamiento y lectura de la muestra en terreno, en las estrategias de búsqueda activa, definición de caso y formas de contagio de la enfermedad.

La comunidad también recibe capacitación, esto ha permitido la constitución de redes comunitarias de apoyo, comités de vigilancia comunitaria, que realizan acciones de búsqueda de sintomáticos respiratorios, construcción de redes sociales e información en salud. Los líderes han mostrado un compromiso desinteresado, a pesar de que su labor no es remunerada, la vocación de servicio es evidente y su trabajo es la base fundamental de la estrategia. ***“Porque ni los funcionarios que reciben sueldo lo hacen y yo si estoy seguro que todos nosotros lo que hemos hecho, acompañar a Maribel a pegar afiches, yo lo he hecho un sábado, un miércoles, contactamos y buscamos sintomáticos respiratorios y hacemos un trabajo oiga señora usted cuanto hace... hemos hecho una cosa buena”*** (Líder Comunitario Cali)

Sin embargo, los profesionales de la salud ven en ellos un ejemplo a seguir, y no desconocen su esfuerzo. ***“Pues yo lo que he identificado es que como que tienen una relación con su historia de vida, como una disposición de servicio desde... o sea eso hace parte de su historia, porque como que ellas siempre se pensaron en***

función del servicio y ese deseo de servir es el que se constituye en el módulo, en ser efectivas en ese servicio porque, de hecho que ellas no hablan de servir en cualquier forma si no de servir haciéndolo bien, ese servicio incluye que ellas dan de lo que tienen” (Profesional Programa TB Cali)

Si bien la respuesta no es la asignación de una remuneración económica, se observa la necesidad de contribuir a los gastos de transporte y alimentación de estos líderes, así como la entrega de incentivos no monetarios, como camisetas, viseras, prendedores, material educativo y de manera importante jornadas de capacitación e integración.

“El hambre del pueblo porque el hambre es el portador de todas las enfermedades y les dije y está hablando alguien que ha pasado hambre porque esa enfermedad yo la adquirí, porque yo tenía hemorragias, porque yo trabajaba con la comunidad, a mí me tocaban mesas de trabajo, yo si alcanzaba a llegar a la casa, me hacía un arrocito con un huevito frito y a veces no alcanzaba y uno va a las mesas de trabajo en la alcaldía y si esta de buenas le regalan un tinto y si no, no, nosotros no tenemos recursos, los trabajadores, nosotros que hacemos obra social. Aguantamos hambre, hambre. Si señor y yo les digo, el pueblo tiene hambre, necesitamos recursos...yo bajo de arriba de una loma con hambre y les dije hagamos teatro, yo les sugiero que una actividad, yo tengo fatiga, nosotros tenemos fatiga, como no desayuné”. (Líder comunitario Cali)

- DOTS en Habitante de Calle

El DOTS comunitario en habitante de calle es liderado por la Fundación Samaritanos de la Calle y los profesionales, con quienes se realizó una alianza en el marco del Convenio para la atención de esta población, que tiene como objetivo detectar los casos de tuberculosis y garantizar el acceso a tratamiento completo para su curación. Para lograrlo cuenta con varias estrategias, la detección colectiva, que se adelanta con el acompañamiento de otras fundaciones, la detección individual, realizada por el operador par, quien a su vez se encarga de recolectar las muestras para el diagnóstico, y de entregar los medicamentos y supervisar la toma diaria de tratamiento (según la fase del tratamiento).

Dado lo particular de la población habitante de calle, se hizo evidente la importancia de contar con un aliado estratégico que conozca los pormenores de trabajar con esta población y permita un adecuado abordaje de la misma; en ese sentido, la alianza con la Fundación Samaritanos de la Calle ha rendido frutos gracias a que su misión es completamente coherente con el objetivo del proyecto. ***“No pues queda perfectamente, porque pues la misión de la Fundación que es mejorar la calidad de vida de la población vulnerable y habitante de calle y pues la tuberculosis si una persona se cura de tuberculosis pues su calidad de vida va a mejorar muchísimo, el habitante de calle pues por lo general tienen muchos problemas de salud pero sí tiene tuberculosis o tienen VIH por ejemplo entonces pues es una persona que hay que tratarla de una forma especial, entonces pues si él hace el tratamiento están es mejorando esa calidad de vida”*** (Fundación Samaritanos de la Calle)

El aporte del Ministerio de Salud y de la OIM ha permitido que la Fundación desempeñe el papel que le corresponde de la mejor manera. A través del Convenio se contrató a la enfermera y al trabajador social, quienes lideran el trabajo con el habitante de Calle y se articulan con la Fundación dirigiendo a los tres operadores pares y garantizando el cumplimiento de los objetivos. Estos operadores han sido contratados a través de la Fundación dado que su dinámica de trabajo no se ajusta a los procesos administrativos de la OIM, pero si a los de la Fundación y esto a su vez ha permitido una mayor autonomía por parte de ésta última.

La enfermera es quien ejerce el liderazgo, da orden al trabajo, asigna tareas, apoya las jornadas colectivas de captación, tiene la custodia de los documentos de cada paciente, incluyendo la tarjeta individual de tratamiento, la ficha de notificación, las bitácoras individuales de seguimiento, en las cuales los operadores llevan un diario de cada paciente en donde describen detalladamente si el paciente recibe o no el medicamento, qué dificultades tuvo, qué estrategia utilizó para ayudar a que el paciente reciba el medicamento, también resguarda las copias de los exámenes de VIH, el resultado de baciloscopias y cultivos, el mapa de georreferenciación que permite la ubicación del paciente y el estudio de riesgo psicosocial, el cual es realizado por el trabajador social.

Las búsquedas activas de sintomáticos respiratorios se realizan a través de jornadas colectivas, en las cuales se articula con fundaciones como Ángeles de la Calle, Amigos

de la calle, Servidores del servidor, entre otros, se solicitan los cronogramas de las jornadas nocturnas de ayuda en las que estas fundaciones entregan alimentos preparados, generalmente de martes a jueves, y durante la jornada se realiza la identificación de los sintomáticos respiratorios.

La captación se hace bajo una definición de caso diferente, que permita una mayor sensibilidad y una menor pérdida de oportunidades de detección. Se considera sintomático respiratorio a toda persona que presente tos por más de 3 días, respecto a la pérdida de peso es difícil incluir este parámetro dado el estado de desnutrición que generalmente presentan estas personas. **“Nosotros salimos a la calle, los que yo veo muy bajos de peso, que yo los veo como encocaitos, encorvaditos, que yo los oigo tosiendo, entonces a esos me les acerco y a través de ese el otro me pregunta y entonces yo les voy diciendo, explicando los síntomas, tienen tos, les digo desde cuándo, que si sudan en la noche yo les voy haciendo todas las preguntas”** (Operador par Cali)

Con recursos municipales, a través de los centros de salud se les brinda almuerzo a estos pacientes, pero los operadores pares en ocasiones son quienes los reclaman y se los llevan. El reconocimiento del programa por parte de los ciudadanos que habitan en la calle es muy bueno, se observa empatía con los integrantes del programa. Esta empatía está dada por la escogencia del perfil, que corresponde a una persona que haya superado exitosamente su condición de habitante de calle, que quiera recibir la capacitación para el trabajo y que tenga la vocación para hacerlo.

En medio de la soledad del habitante de calle, el operador par se convierte en su familia. **“En estos días un paciente se nos embolató porque salió del hospital el fin de semana, y el fin de semana el comité no trabaja, entonces el paciente ya lo encontramos y le decía a una de las operadoras, es que yo creo que yo veía un chaleco de esos y yo la buscaba a usted, claro es muy lindo es muy chévere que los pacientes reconozcan al operador que reconozcan al proyecto y pues que quieran dejarse ayudar, la confianza y la vocación por el trabajo es vital”.** (Profesional DOTS Habitante de Calle)

Es por ello que los operadores pares han sido reconocidos como el pilar de la estrategia;

son ellos quienes encienden las alertas para que el equipo intervenga y se restablezcan los derechos, principalmente el derecho a la salud, en las personas que habitan en la calle. **“La figura de operadores par surge como el pilar del proyecto realmente porque los operadores son las personas que se encargan de poner la cara en los sitios donde están los habitantes de calle, ellos pueden acceder a las zonas de consumo acceder a las zonas donde está toda esa problemática de habitante de calle lo que es delincuencia, venta de sustancias psicoactivas, y sectores que la mayoría de las personas al menos las que no san de allá les daría miedo entrar, los profesionales hemos entrado con ellos a esas zonas siempre acompañados”**. (Profesional DOTS Habitante de Calle)

Este ha sido un trabajo reconocido por los profesionales del programa de tuberculosis en Cali, aunque todavía no se realiza una evaluación del mismo, la percepción es muy buena, ya que se ha notado un incremento en la captación, detección, e identificación de los pacientes en tratamiento. Sin embargo, llaman la atención sobre la necesidad de reforzar la estrategia, de ampliarla y darle sostenibilidad ya que han fallecido varios enfermos de TB que no fueron detectados a tiempo.

No es fácil lograr el objetivo trazado, concientizar a los pacientes es una labor difícil, ya que a pesar de las problemáticas de salud que presentan, su prioridad es el rebusque, conseguir su comida, reciclar o ganarse el dinero para pagar el cuarto, y sus dolencias de salud pasan a un segundo plano. **“La tuberculosis para ellos resulta siendo algo más, entonces concientizarlos es difícil, es totalmente diferente con el tema de VIH, porque cuando ya es VIH ellos si se alarman ellos dicen caramba, incluso ellos se cuidan piden los condones, eso es porque si consideran que es una enfermedad grave, pero la tuberculosis ellos todavía no tienen como esa conciencia de que es muy grave”**. (Fundación Samaritanos de la Calle)

No obstante, se requiere un mayor apoyo a esta población para dar respuesta a sus necesidades en salud. **“la principal problemática de esa población es la de salud, en cuanto al acceso a los servicios, porque no tienen aseguramiento en salud o no tiene el documento de identidad, tanto porque es una población muy marginada, muy excluida que no accede o no le gusta ir a utilizar los servicios, no conoce tampoco sus derechos, entonces presentan todo tipo de dolencias y todo tipo de**

problemáticas de salud, pues los habitantes de calle presenta muchas problemáticas de infecciones respiratorias, enfermedades en la piel, traumas pero ha sido pues como algo que aparece allí constante el tema de la tuberculosis”.

Profesional DOTS Habitante de Calle

Adicionalmente, como parte de sus actividades contractuales la Fundación Samaritanos de la Calle ha venido elaborando material educativo dirigido a los agentes de salud para protocolizar la atención del habitante de calle en la prevención y detección de la TB, con enfoque diferencial. De igual forma, se encuentra en proceso de adecuación de un área específica para acoger a los pacientes habitantes de calle en sus primeras semanas de tratamiento, de manera que se garantice su adherencia al mismo sin poner en riesgo a los demás beneficiarios de sus programas.

La percepción de la estrategia por parte de la Fundación es positiva, a pesar de las dificultades que deben sortearse, ya que se logra afectar positivamente un aspecto importante en la calidad de vida de los ciudadanos en situación de calle. ***“Creo que es un proyecto que lee y entiende las características del habitante de calle, que es una persona con unas condiciones totalmente particulares al resto de la población, esa movilidad, esa necesidad de estar afuera en la calle, de libertad creo que las comprende perfectamente lo que pasa es que es desgastante, es desgastante por ejemplo estos operadores que caminan todo el centro de la ciudad todo los días, en la búsqueda de ellos, pero yo siempre he dicho algo o sea, esta es una enfermedad mortal y es altamente contagiosa y hay que hacer lo que sea, para poder erradicarla, entonces creo que vale completamente la pena”*** (Fundación Samaritanos de la Calle)

Hay aspectos a mejorar, como una mejor asignación de recursos para cubrir los costos administrativos, que la Fundación no está en capacidad de solventar. De igual manera, el papel de los operadores pares en el caso de habitante de calle, no es lo suficientemente reconocido y apoyado, se capacita y se dan herramientas técnicas para el trabajo, pero no se brindan recursos adicionales que les permita fomentar la adherencia al tratamiento de los pacientes, por el contrario se presentan demoras en procesos administrativos, lo cual obstaculiza su labor.

- DOTS en población privada de la libertad (PPL)

Una de las poblaciones con mayor riesgo de adquirir y desarrollar tuberculosis en Colombia es la PPL, ya que su situación de hacinamiento, sus precarias condiciones de saneamiento básico, su a veces limitado acceso a alimentación, y su condición psicosocial, los hace más susceptibles a esta enfermedad. Por ello, la Cárcel Villa Hermosa de Cali viene desarrollando desde el año 2013 la estrategia DOTS Comunitario con la población reclusa, dando como resultado el aumento en la detección de casos, el mejoramiento de la adherencia al tratamiento y la curación de varios pacientes. Este proceso es liderado por la enfermera de Sanidad de la cárcel (ESE Centro), con Caprecom como la EAPB de los reclusos, con el apoyo fundamental del equipo de promotores de salud, el acompañamiento del programa de TB de la Secretaria de Salud de Cali, y apoyo de las acciones del Convenio entre FM-MSPS-OIM.

El programa inició con lo que se llamó Promotores de Salud, denominados formalmente como líderes de reinserción social, estrategia que está ligada a rebaja de pena por días trabajados. Se escogió inicialmente a un líder por cada patio, actualmente se trabaja con 2 o 3 líderes por patio. Los promotores de salud son reclusos que expresaron su disposición para realizar actividades de apoyo al servicio de salud de la Cárcel, este equipo fue capacitado en captación de sintomáticos respiratorios, ayuda a la organización de las fichas de consulta médica, apoya en el triaje identificando signos de alarma, notifica enfermos de hipertensión arterial y diabetes mellitus, alimenta la base de datos, reclama fórmulas de medicamentos y media por los internos para que se les permita acudir al médico.

La captación del sintomático respiratorio se hace por varios medios: a través de la consulta externa, mediante las enfermeras auxiliares cuando prestan sus servicios, como el de inyectología, por la enfermera que coordina y que realiza charlas y mediante la búsqueda activa que de manera importante realizan los promotores de salud.

Los promotores de salud entregan la lista de los identificados por patio, reciben la orden de laboratorio y llevan al recluso para la toma de muestra en sanidad. Una vez confirmado el caso se inicia el tratamiento, el cual es suministrado por la enfermera o la auxiliar, se aísla al recluso durante las primeras semanas del tratamiento, se elabora la

Tarjeta individual de tratamiento y diariamente debe acudir a sanidad a recibir el medicamento. Como incentivo para que no interrumpa su tratamiento se le brinda un refrigerio.

“Se elaboró un volante con un desprendible para los datos, yo le entrego un volante para que se instruya y en el desprendible lleno los datos de él y se lo entregó a la enfermera, se lleva a primera hora para la toma de la muestra, tomada por la auxiliar, si sale positivo se solicita que traiga su colchoneta para aislarlo mientras inicia el tratamiento. Si trata de dejar el tratamiento el promotor se lo lleva y observa que se lo tome, pero si reincide es hospitalizado, pero ellos se motivan con la colada, usted no sabe cuánto valora uno una colada aquí adentro” (Promotor de Salud Cárcel Villa Hermosa)

Los reclusos farmacodependientes no acceden a hacerse los exámenes porque saben que de salir positivos tendrán que someterse al aislamiento, lo cual les impediría el acceso a los alucinógenos, por tal razón es una población que puede esconderse y constituir un foco de contagio posteriormente.

Si el enfermo no acude por el medicamento, el promotor lo busca, indaga por qué no quiso acudir, o si no le fue permitido por el guardia, si es ese el caso la enfermera va a buscarlo y solicita al guardia que le permita al recluso ir a sanidad.

Uno de los problemas en la cárcel es la estigmatización por parte del personal del INPEC, algunos guardianes les llaman tuberculosos y les dan un trato displicente. Se ha realizado capacitación a la guardia, pero no se ha dado continuidad a ese proceso. Se presentó un caso positivo en un guardián, el cual fue trasladado. A pesar de la actitud negativa frente a la tuberculosis, los guardianes no toman medidas de bioseguridad, aun cuando realizan operativos. ***“Son más conscientes los que tienen hijos. Se necesita más sensibilización, para que sepan que es la tuberculosis y para que no pongan barreras a quienes deben ir a sanidad por el tratamiento”*** (Profesional DOTS PPL)

Respecto al servicio de salud para los reclusos, es considerado bueno en la atención del paciente con tuberculosis, la estrategia es reconocida y apropiada por cada uno, pero la respuesta para otro tipo de enfermedades no es buena, se presentan enfermedades

respiratorias, de piel, se requieren antibióticos pero no hay suministro de los mismos, solo se dispone de analgésicos básicos.

La entrega del promotor de salud es tal que lo ha llevado a informarse más acerca de la enfermedad. Habla con propiedad de que la tuberculosis no es un problema sólo de la cárcel, o de Cali, sino en Colombia y el mundo, aunque no sabe las estadísticas de la enfermedad de memoria, dice que la enfermedad ha incrementado desde 2009. Su labor no solo se enfoca en tuberculosis, sino que colabora con pacientes psiquiátricos y con otros programas. Aunque obtiene un descuento de 3 meses y 20 días por cada año que dedique a la labor de promotor, su motivación real es resocializarse. **“es más resocializante alguien que educa que el que está recogiendo basura”** (Promotor de Salud Cárcel Villa Hermosa).

Sin embargo la tarea del promotor no está exenta de contrariedades, porque se hace la búsqueda juiciosamente pero el número de médicos no permite darle respuesta a todos los sintomáticos, además por la falta de cupos en el programa para realizar el aislamiento, se presentan roces. La adherencia al tratamiento está dada no solo por el incentivo alimentario, sino porque se ha sensibilizado a los compañeros de que no se trata solo de la salud de quien fue diagnosticado sino la de todos, por eso los sintomáticos son señalados por todos, pero no para excluirlo, sino para que sea tratado rápidamente por su bien y de toda la comunidad carcelaria. **“Si no controlamos esto la visita no va a entrar, y la comida y las visitas nos toca mucho. Solicito ayuda del INPEC en el sentido que dejen salir a sanidad, porque lo convenzo (al sintomático) pero no, el celda no lo deja pasar porque esta sin afeitarse y se salta algo importante, sensibilizar a la guardia”** (Promotor de Salud Cárcel Villa Hermosa).

5.2.2 Factores facilitadores

El perfil de los líderes es fácilmente identificable, vocación de servicio e interés por el bienestar de la comunidad. **“Yo desde que existo, desde que yo me acuerdo que yo existo, como desde los siete añitos o sea hace como tres días, yo me acuerdo que yo nací para el servicio, se nace líder, es una cualidad que Dios da yo creo que desde que uno está en el estómago de la madre, es una súper bendición, yo me acuerdo que yo tengo los siete añitos estoy sirviendo en una área de muchas**

áreas, en salud, acabo de cumplir un año y creo que es una bendición hacerlo, mi lema siempre ha sido nacimos para servir, servir hacer todo lo bueno, este lema me ha llevado por muchas áreas de mi vida y para mí es muy emocionante, bastante regocijante y en lo más importante y en lo que yo hago mucho énfasis es en hacerlo con el corazón, hacerlo con una verdadera sensibilidad humana y para esto hay que tener mucho amor en el corazón” (Líder comunitaria Cali)

Por otra parte, el papel del Fondo Mundial, como principal gestor de la estrategia en el Pacífico no puede dejarse de lado, y es reconocido tanto por profesionales como por los líderes comunitarios por su aporte al fortalecimiento del programa de TB. ***“El papel del Fondo Mundial si uno va a estos municipios y les pregunta sobre tuberculosis, la gente de la comunidad sabe, y la gente responde muchas veces acertadamente sobre los signos, los síntomas, la duración del tratamiento ese trabajo comunitario a pesar de ser en corto tiempo dejo una información en la comunidad que obviamente es reforzado por el proyecto. Que nuestros agentes comunitarios hicieran ese trabajo con comunidad, pienso que fue una estrategia supremamente afortunada que nosotros tenemos seguridad de que de los diez municipios por lo menos cinco o seis logren sostenerla, sostengan este tipo de personal y puedan seguir entonces con esta organización comunitaria para ser un apoyo al programa de tuberculosis”.*** (Profesional Programa TB Nariño)

La mayoría de los actores del DOTS comunitario que fueron entrevistados coincide en que la principal necesidad de los enfermos y que determina el éxito de su curación es contar con apoyo alimentario, ya que tienen dificultades en el acceso. Pero esto no es exclusivo de los pacientes, precisamente las pobres condiciones alimentarias y nutricionales favorecen el contagio y desarrollo de la TB en zonas más vulnerables. ***“El problema de ella es lo económico que incide mucho la alimentación, la verdad es que ella no tiene un sustento seguro, aunque a ella le dan una ayuda usted sabe que esas ayudas que dan no son suficientes. ...lo económico, extrema pobreza es un barrio muy vulnerable, que ha sido muy golpeado no solamente por la ola invernal, si no que no tiene un recurso económico, un sustento, ellos viven del rebusque de lo que hacen diario hay unos que trabajan recolectando lo que llaman areneros que van y sacan arena y venden, otro que venden frutas otros que le hacen a la minería, otros que van y sacan como es que se llama esto, madera”.***

(Líder Comité Barrio Niño Jesús)

5.2.3 Barreras

Entre las principales causas de no adherencia al tratamiento se encuentra la falta de comprensión y aceptación de la persona sobre su enfermedad; los síntomas secundarios que producen los medicamentos, especialmente cuando la alimentación no es la adecuada; y la decisión de no continuar con el tratamiento cuando ya se observa una notoria mejoría. Pero esto se suma a la falta de una adecuada supervisión, el exceso de confianza en el paciente cuando llega al centro de salud y él mismo debe buscar el medicamento y tomarlo, puede ser causa de casos resistentes. ***“Entonces usted llega, coge la suya, va sacando y va tomando, entonces ahí hay unos que pues que no son capaces de tomársela... yo me imagino porque yo hice una sola vez así, porque ese día, no tenía, no había desayunado, eran por ahí más o menos las diez y me acordé voy a ir ya y yo pensé que ya no estaban ahí y me fui normal y estaba ella ahí, viene por las pastillas? y sí Señora, y yo las saque, hice como si me las fuera a tomar, pero no me las tomé y normal”***. (Paciente en tratamiento Chocó)

No obstante, un aspecto a fortalecer en la estrategia, es la interinstitucionalidad, la adecuada articulación para lograr respuestas más integrales a la población. A pesar de la gestión y los esfuerzos, aun es poco lo que se ha avanzado al respecto. ***“Pues hemos tratado de coordinar algunas acciones con bienestar, y no ha habido resultados satisfactorios, con el DPS nos dicen que en estos momentos la prioridad son las víctimas, con el Programa Mundial de Alimentos no hemos podido tampoco, entonces hemos tratado de articular algunas acciones también con la Alcaldía de Quibdó, para esas entidades que están aquí mismo”***. (Profesional Programa TB Chocó)

Los líderes comunitarios en Cali expresan preocupación porque en ocasiones se presenta demora en el envío de los medicamentos, por trámites administrativos.

Debe rediseñarse la ruta de captación, diagnóstico, tratamiento y estudio de contactos de los casos de tuberculosis, ya que al estar fraccionada las responsabilidades, entre las entidades territoriales y las IPS, se presentan demoras o multiplicación de esfuerzos.

“Hay una fractura, entonces mire esa es una cosa invisible, la IPS diagnosticó, lo buscó la comunidad, lo envió a la IPS y le hicieron el diagnóstico, le dieron el tratamiento, hasta ahí llegó la IPS y luego dice el seguimiento al contacto, no, eso le toca a la Secretaría... entonces nosotros vamos los encontramos, buscamos la forma, no lo hacemos en el 100% pero uno logra visitarlo, entonces cuando llegamos allá vuelve, ¿entonces vuelve? No si doña Fulanita, entonces vuelva y devuélvalo a la IPS. Pues si la IPS ya lo identificó, ya lo captó, ya lo detectó, ya le está haciendo tratamiento, pues coja todo el grupo familiar, pero entonces las EPS...solo una lo hace en Cali, una sola no me importa que me toque a mi ella lo hace, las EPS no lo hacen, (dicen) es que eso a mí no me toca” (Profesional programa tuberculosis Cali)

Otro aspecto que preocupa a los referentes de las entidades territoriales es la falta de claridad frente a las competencias de las instituciones en acciones individuales y colectivas, si bien la secretaria de salud municipal no puede realizar brigadas de salud, por ser ésta una responsabilidad de la red prestadora, si debe realizar desplazamiento para búsqueda de sintomáticos respiratorios; por lo tanto no se pueden destinar recursos para acompañar esta actividad con respuestas más integrales. **“nosotros no podemos ir a prestar servicios, del orden individual pero del orden colectivo la norma es muy ambigua... ustedes me dicen, ustedes no pueden ir a brindar brigada y eso pero si tengo que ir a buscar un sintomático, entonces dice usted tiene que ir a buscar un sintomático y me ponen una meta sobre sintomáticos, usted tiene que ir a visitar; cuando yo hago una unidad de análisis, estoy haciendo el análisis de un caso de un paciente que falleció con prestación de servicios, entonces para algunas cosas sí, como para otras no, entonces yo no le puedo decir al Secretario mire doctor yo necesito que me contrate tanta gente, porque me va a decir no, es que para eso está la IPS, para eso yo le pago a una IPS y para eso la EPS le está pagando a su red, porque ahí sería doble recursos entonces ahí no se esa parte como sería...”** (Profesional programa Tuberculosis Cali)

Algunos pacientes se quejan porque el proceso para el diagnóstico de la TB es muy largo, ya que los médicos no piensan frecuentemente en esa enfermedad, dan diagnósticos errados y cuando finalmente diagnostican ya han pasado semanas o meses. **“Me dijo mi marido hay todo lo que está allí quejándose y en el centro de**

salud que la devuelven, más bien (vaya) al hospital, yo me fui el 6 de enero, que no fui al centro de salud porque me iban a devolver, me fui para el hospital de los chorros, ahí le dije vea doctor yo ya llevo tanto tiempo en esto y mire como estoy quedando, entonces allá me tomaron una radiografía cuando ya me dijeron que yo tenía Tuberculosis” (Paciente curada Cali)

El aspecto económico no puede dejarse de lado, los gestores comunitarios reconocen que su labor es clave para mitigar esta barrera, ya que el difícil acceso geográfico y los altos costos de transporte limitan el acceso al servicio de salud. ***“como le decía la accesibilidad, hay muchos grupos poblacionales en el departamento, sobre todo pues por ahí digamos en cinco o seis municipios que son Alto Baudó, Bagadó, Rio Sucio, Bojayá, he... medio Atrato, las zonas bueno y litoral del... bueno mejor dicho casi la mitad del departamento, las zonas son demasiado apartadas y de difícil acceso”***. (Profesional programa tuberculosis Chocó). A lo anterior se suma el conflicto armado, que puede limitar por completo el accionar de cualquier programa de salud pública.

La alta rotación de los profesionales de salud y la falta de continuidad de los promotores es una barrera desde varios aspectos, no sólo porque se pierde el hilo de los procesos, sino porque implica un desgaste en el proceso de capacitación por parte de las entidades territoriales. Adicionalmente, se designa un solo profesional para que esté a cargo de varios programas de salud pública, desbordando su capacidad de acción; además en Chocó los médicos son generalmente del servicio social obligatorio, por lo que no tienen un compromiso ni una continuidad en el proceso.

La capacitación no sólo debe dirigirse a los profesionales de salud, sino también a vigilantes y demás trabajadores que hacen parte de las instituciones, ya que en ocasiones se convierten en barreras para el acceso, especialmente en el caso de los habitantes de la calle. ***“el portero y la espera. Usted sabe que el habitante de la calle no espera, él es todo ya o si no se va , entonces no que hay que esperar que ya, entonces me parece a mí que a ellos debían de darle una prioridad”*** (Operadora par)

Hace falta apoyo en el seguimiento a los pacientes con multidrogorresistencia por parte de las EAPB, no se está poniendo atención especial a esos pacientes. En algunas

instituciones se les pide a los pacientes comprar el recipiente para la toma de la muestra de BK, esto impone una barrera innecesaria, dado que este insumo está cubierto por el POS y muchos pacientes no tienen dinero para asumir este gasto. Se observa que los entes de control no ejercen su función y no toman medidas sancionatorias ejemplarizantes para que cada actor cumpla con su papel.

Respecto al papel de las EAPB, se critica su posición y falta de compromiso. ***“Muchas veces existen desde el nivel de las aseguradoras una serie de barreras para que los tratamientos se puedan administrar en sitios apartados, en lugares difíciles y creo que el trabajo con ellos es que ellos asuman la responsabilidad de sus usuarios... de que se traten en el sitio donde estén eso debe permitir y tiene que mejorar la aplicación del DOTS”*** (Profesional Tumaco)

Otro aspecto importante a tener en cuenta en el éxito del DOTS es el manejo de los efectos secundarios del tratamiento, especialmente en los pacientes mal alimentados, se presentan comúnmente síntomas moderados. ***“ardor en la boca del estómago, de la gastritis, que igual así uno le meta... me tocaba comprar papaya, melón porque me decían que eso era lo bueno para que me calmara, eso me daba hasta vomito”*** (Paciente en tratamiento Chocó)

La oportunidad del resultado de las baciloscopias es baja, en promedio quince días, lo que retrasa completamente el proceso de diagnóstico y de tratamiento, siendo un agravante en el proceso de habitante de calle en donde este tiempo puede implicar no volver a encontrar al paciente. Parte de esta demora está dada por el largo trayecto de debe cursar la muestra para su análisis, y esto puede implicar daño de la muestra y alto porcentaje de falsos negativos. ***“el laboratorio central de esa ESE lo tumbaron están remodelando, todo ese laboratorio grandote se trasladó al hospital referencia de la ESE, entonces como llega todo allá ellos tiene que priorizar y las baciloscopias hacen un paseo para ser leídas, tomamos la muestra, esa muestra va a la IPS primaria o al centro de salud , de ahí la transportan al hospital de referencia, de ese hospital de referencia, allí las ingresan luego se van a otro hospital donde las colorean y luego se devuelven acá para que las sequen y las lean”*** (Profesional DOTS Cali).

Los aspectos familiares también juegan en contra, cuando el paciente debe sacar tiempo todos los días para ir por el medicamento; es allí donde el DOTS comunitario toma especial importancia como un facilitador para garantizar la curación.

El trato que el profesional de la salud brinda al paciente es crucial y puede marcar la diferencia en la adherencia al tratamiento, se pide un trato humanizado y comprensivo con las condiciones de los enfermos. **“Yo entiendo que (como paciente) yo soy el dueño de mi auto cuidado pero... soy el profesional de salud, soy la persona en la que el paciente viene a refugiarse, entonces -“espere allá afuera, no se quite el tapabocas, vea que no trajo el jugo, yo a las diez no puedo usted que se ha creído que esto es suyo para llegar a la hora que le da la gana”-”**. Asimismo, el profesional del DOTS comunitario debe tener una especial vocación por el trabajo en terreno **“te consigues personas en las IPS que juran pues que... yo no duermo en el suelo, yo no como nada, yo no como con los indios, yo no como donde escupan, yo soy muy ascoso”**. (Profesional DOTS Chocó)

La estrategia se ha cimentado en la labor de los líderes comunitarios y de la comunidad en general, sin embargo, no les brinda el acompañamiento ni promueve el reconocimiento que les permita ejercer mejor su labor. **“Vamos a la Alcaldía a solicitar que se nos dé un transporte para ir a hacer una visita y ni nos paran bolas, se nos es totalmente negado todo, nos desconocen, eso también quiero que quede plasmado y ustedes como este programa que quieren que se expanda a través de todo el mundo y dejar bases sólidas, se den cuenta de que las bases se van derrumbando, se desvanecen porque no hay acompañamiento”** (Líder comunitario Cali).

Una debilidad observada ha sido la falta de gestión por parte de algunos referentes, se aduce el desconocimiento de ciertos aspectos de la estrategia debido a que no se está en terreno, pero debe haber una comunicación permanente, bidireccional y fluida con los agentes y la comunidad, de manera que se identifiquen los puntos críticos y se realice la gestión correspondiente, saliéndose del escritorio.

El desconocimiento sobre la enfermedad por parte de los profesionales de la salud también es una barrera para que la estrategia se desarrolle adecuadamente. **“yo me conseguí un niño que venía de Alto Baudó y tiene seis añitos con un tapabocas**

que le tapaba los ojitos no veía y lo llevaba la enfermera y yo -hola Víctor como esta que le paso, y le quito el tapa bocas- y ella (la enfermera) no le quite el tapabocas que tiene tuberculosis, yo le dije, Víctor tiene una tuberculosis extra pulmonar, ganglionar con ocho meses de tratamiento porque le ponen tremendo tapabocas, porque lo remiten, por qué el papá está diciendo que le mandaron (entregaron) tratamiento por un año, el tratamiento no se da así” (Profesional DOTS Chocó)

Aún hace falta mejorar la oportunidad de reporte al sistema de información del programa y de las instituciones, el papel de la comunidad ha sido tan importante que la información llega primero por esta vía que por la notificación rutinaria.

En comunidades indígenas la estigmatización conlleva a que los enfermos se escondan y no permitan un diagnóstico y por tanto un tratamiento para no ser excluidos socialmente. De allí la importancia de fortalecer las estrategias de información, educación y comunicación.

Una debilidad observada, según lo comentado por los pacientes, es la falta de supervisión estricta del consumo del medicamento, cuando ya se han entablado lazos de confianza con el paciente y se confía en su adherencia, permitiendo fallas en el tratamiento. **“porque uno como ya está en el programa acá porque los medicamentos como están en unas cajitas, en una puertita a cada puertita le colocan su nombre, entonces uno llega y uno va ahí mirar su nombre y ya va a sacar y va a tomar y no toma ninguna”**. (Paciente en tratamiento Chocó)

En Chocó se evidencia un punto crítico con los pacientes farmacodependientes, ya que no hay una institución que realice rehabilitación de estos pacientes y se dificulta realizar el acompañamiento del tratamiento.

Una potencial barrera para el DOTS comunitario identificada por los profesionales de la salud es generar un choque cultural intentando imponer ideas a culturas y realidades particulares; en este sentido los gestores refieren que **“en comunidades indígenas es más difícil, es más difícil, por lo que ya se dijo de lo que creen que es el brujo, el chamán y todo eso”** (Profesional DOTS Chocó); en la población indígena predomina la

creencia de que los síntomas se deben a maleficios, y primero se busca la ayuda del jaibaná. **“sí, porque aquí algo que se tiene si mucho es la creencia en la medicina tradicional, entonces la gente le dicen que no que es que te hicieron un brujo, o es que te están fumando, es que tenés no sé qué y le inventan cualquier otra cosa tenés que hacerte los baños de no sé qué y tomarte el agua de... y dicen que no tienen tuberculosis, entonces no reconocen la enfermedad...”** (Gestor Comunitario DOTS Chocó).

No obstante, en población afrodescendiente se observan actitudes de renuencia, ya que **“sobre todo en el área rural, ellos consideran que es una enfermedad de los indígenas, entonces ellos no aceptan uno llega a la comunidad afro y primero para que se reúnan es el gran lio, porque nosotras llegábamos con los frasquitos, nosotras no llegábamos con mercado, nosotras no llegábamos con la botellita de aceite, entonces no estos no vienen a traer nada, entonces ah es que venimos a buscar tuberculosis, no váyanse para donde los indios y yo siempre les decía a las comunidades afro, si nosotros miramos la base de datos del departamento tenemos más afrodescendientes con tuberculosis que Embera, que ellos por sus condiciones de vida, de alimentación y todo se compliquen, haya que ir mas donde ellos es diferente”** (Profesional DOTS Comunitario Chocó).

Un aspecto importante a tener en cuenta al diseñar programas dirigidos a la prevención y control de la tuberculosis es el estigma que genera esta enfermedad en quienes la padecen, no sólo por parte de la sociedad sino el autoimpuesto por el temor que ocasiona el desconocimiento de la enfermedad.

El estigma puede producirse por diversas vías, una de ellas es la interpretación que la cultura hace de la enfermedad. La población indígena Embera en el Chocó, que conoce la TB como *etico* relaciona los síntomas (pérdida de peso, tos con flema) con maleficios o embrujos, de igual manera el tratamiento y los cuidados que debe recibir el enfermo según su cosmovisión implica otra serie de consideraciones, que aunque parezcan incorrectas a nuestra mirada, se deben respetar y conciliar con lo que el conocimiento científico dicta. **“así no sea cierto quédate respetando esa cultura, entonces ellos no van al monte a llevar sol, están tomándose su pastilla de tuberculosis y como para ellos eso es algo maligno, tocar las plantas significa que no van a dar más, exacto,**

entonces ellos “ay no yo como voy a coger el bananito que comen mi señora y mis hijos, ¿sí? no puedo llevar sol”” (Profesional DOTS Chocó)

Otra forma de estigmatización está dada por el rechazo que sufre el enfermo en su entorno familiar y social, ya que se visualiza como un foco de enfermedad para los demás. En este sentido los líderes sociales y los gestores juegan un papel importante, ya que con información y sensibilización logran cambiar esta actitud y promover no sólo la aceptación e inclusión del enfermo sino estrategias de apoyo a quienes requieren ayuda en aspectos como la alimentación. **“Entonces me dijo Marita yo quiero que nos tomemos este juguito los dos y yo claro, y entonces me dijo la mamá y usted se va a tomar el sobrado de él y yo le dije si ¿por qué no? si y él me dijo es que yo voy a morir y yo le dije yo también hermano algún día. Qué tal que yo le dijera, yo voy a visitarlo, no que tal que me lo pegue, entonces ¿dónde estamos nosotros? no estamos haciendo nada y sabe que hizo, apenas me tomé el jugo me cogió y me pegó un abrazo y la mamá se puso a llorar y yo les dije ustedes porque lloran y me dijo porque es que nosotros no somos capaces de tomarle el sobrado a mi papá y eso es lo que nos hace llorar”**. (Líder comunitaria Cali)

En este sentido, los profesionales de la salud siguen cometiendo errores en sus indicaciones, al aconsejar que se asigne vajilla y cubiertos de uso exclusivo para el enfermo, y al exigir el uso de tapabocas aun cuando el paciente ya se encuentra en una etapa avanzada del tratamiento. Los enfermos recurren a refugiarse en su casa, limitan su vida social y esto incrementa el estado de ansiedad producido por la enfermedad y el temor a morir. Se autoexcluyen y pueden perder interés en su tratamiento. **“Eso dijo el médico, el mismo médico le dijo a la hijastra de mi papá que le pusiera la taza y la cuchara... yo no fui capaz de darle comida a mi papá en esa taza y de apostarle la taza más pelada, la más feíta para él, un vaso plástico para el juguito o el agua panela y en la taza pelada el caldo imagínese yo boto eso, entonces mire eso fue muy horrible pasarlo en carne propia y fue con mi papá”** (líder comunitaria Cali)

Precisamente esta situación ha motivado a varios líderes comunitarios, ya que no es la enfermedad en si misma sino el rechazo social y la vulnerabilidad que ocasionan en el enfermo lo que les preocupa y conmueve. **“quiero estar en TB porque veo el rechazo social, estas personas no tienen derecho a nada, no tienen derecho a un trabajo,**

no tienen derecho a una vivienda, tengo dos pacientes que los han sacado de las casas, de sus habitaciones, les han devuelto el dinero porque no pueden vivir aquí porque nos contagian, tenga el dinero y váyase, y les devuelven la plata del arriendo” (Líder comunitaria Cali)

Se debe tener presente este aspecto a la hora de realizar las búsquedas activas, ya que en grupos grandes la persona que presenta síntomas se cohibe de expresarlo porque teme el rechazo, por ello se debe generar espacios para que las personas puedan acercarse al gestor social o al profesional y comunicar su sintomatología, de manera confidencial. ***“fueron supuestamente a visitarme que para saber cómo estaba, pero entonces fueron con la esta de chismosear, dizque que verdad que el mono no tiene tuberculosis, lo que tiene es SIDA, entonces yo les dije no, de una vez les mostré mis papeles que dicen que tengo, que estoy en un tratamiento de tuberculosis, yo no tengo ningún SIDA, es que nos dijeron porque te vieron a vos salir así y asá”*** (Paciente curado Cali)

5.2.4 Necesidades sentidas

En PPL se requiere de adecuaciones locativas, ya que si bien el sobrecupo es generalizado en las cárceles del país, se deben garantizar condiciones mínimas para evitar el contagio de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, las enfermedades respiratorias y otras de contagio por vía aérea. Se ha hecho la solicitud de ventiladores y extractores, pero no se han realizado estos ajustes.

Se requiere dotar la farmacia de la Cárcel, y aumentar el recurso humano para atención en salud. Asimismo, algunos reclusos que son remitidos a especialistas no pueden cumplir sus citas médicas porque no hay personal suficiente para realizar la remisión, ya que este servicio siempre es extramural.

“Aquí hace falta un componente de la comida, en Catrú el sacerdote nos apoyaba con la comida, entonces empezamos a ir dejando a cada paciente en su comunidad y enseñarles que si lo que vienen comiendo es banano y se comen uno entonces ahora cómanse 4, para que podamos ir subsanando, pero el componente alimenticio es urgente, más que la visita del contacto, más que ir muchas veces, si no ayudamos con la alimentación no lo vamos a lograr” (Profesional DOTS Chocó)

Además de la TB hay enfermedades de alta ocurrencia, como la malaria y la leishmaniosis en las comunidades indígenas, difícil acceso al agua potable, por ello se requieren respuestas integrales que atiendan todas las esferas de la salud pública. ***“El sector salud en comunidades, aunque sea un promotor de salud que esté capacitado para dar una charla, uno llega... nosotros íbamos a buscar tuberculosis, pero resulta que el problema era que los murciélagos estaban mordiendo a los niños, entonces no hay nadie de salud y resulta que yo lo único que llevo son pastillitas de tuberculosis”*** (Profesional DOTS Chocó)

5.2.5 Recomendaciones

Una de las mayores preocupaciones es la continuidad de la estrategia DOTS comunitario en el pacífico, principalmente porque la cobertura se redujo, en Chocó se pasó de atender 30 municipios a priorizar sólo 6, si bien los recursos son escasos, se pide la gestión en los municipios no priorizados para que las acciones sean continuadas por las entidades territoriales, contratando al personal que ya fue capacitado por el proyecto en la fase anterior. Similar situación se observó en Tumaco.

“Hacemos una reunión general con los cabildos mayores allá en la zona, para que yo, que le dé un curso allá a las comunidades cada tres meses y bueno ellos, que ellos en esa reunión, que ellos van a proponer eso, si eso se va a hacer por 3 meses, por 2 meses ya, entonces esa idea que ellos están haciendo no, y después que acabe el contrato con el proyecto fondo mundial, ¿con qué? ¿A cuál institución o cual IPS que nosotros podemos darles un aval? o ellos que van, van certificar que pal Griceldino que contrate para que nosotros siga visitando a las comunidades, entonces esa era la idea que ellos más o menos tiene, estaban hablando con todos los gobernador de las comunidades y con los cabildos mayores” (Agente comunitario Chocó)

Las instituciones por su parte piden que esta sea una estrategia permanente en la atención en salud, comparable al PAI y al AIEPI comunitario en los infantes, sin depender de un proyecto, sino como parte permanente de un programa, de manera transversal.

Se sugiere crear una ruta de atención específica para los habitantes de calle, considerando que necesitan una atención diferente porque tienen condiciones diferentes.

La comunidad pide más capacitación, la realización de diplomados respaldados por instituciones reconocidas, como el SENA o universidades.

Elaborar material educativo para uso de los líderes comunitarios, y desarrollar otras estrategias comunicativas, como la grabación de videos educativos con la comunidad, de libre distribución y emitirlos en los televisores de los centros de salud.

Apoyar y fortalecer la figura del líder comunitario en el sistema de salud, asimismo, brindarles incentivos y/o apoyo en transporte y alimentación para facilitar y motivar su trabajo. ***“Voy a ser claro en esto, porque es así, cuando llego y voy a decir yo voy a salir ahora, me encuentro de que no tengo para el pasaje empezando por ese lado, que hay una persona que tal vez conozco y que hay que llevarle algo así como un mercado, no sé, un incentivo, a la gente también hay que incentivarla para reunirla, porque en mi barrio yo reúno mi gente y les hablo y lo primero que me dicen es y el refrigerio?, les digo no, el programa hoy no dio, pero hay veces que uno tiene y les da manzana, cositas así y la gente le llega, hasta los niños le llegan y lo escuchan a uno, no estoy diciendo porque aquí tenemos un mal entendido que creemos que cuando uno habla de esto es que uno está cobrando, yo no estoy cobrando nada, pero si, no pueden dejarlo a mi bolsillo porque ya me capacitaron, cuando yo tenga puedo hacer las cosas pero cuando no, no”*** (Líder comunitario Cali)

Fortalecer las redes de apoyo y acompañar el proceso de aceptación de la enfermedad en el paciente.

Promover una contratación de personal en salud que garantice una menor rotación y un mayor compromiso con el programa de tuberculosis y capacitar permanentemente a los médicos para que se realice la detección de sintomáticos respiratorios y se ordenen las pruebas diagnósticas correspondiente, disminuyendo los diagnósticos errados o tardíos. ***“Al médico le queda más fácil en su función poder preguntarle ¿ha tenido tos?, pero a ellos a veces no les gusta, y como yo les decía a algunos ese día, pensamos en todo menos en la tuberculosis cuando realmente tuberculosis es tan***

frecuente en nuestro municipio, entonces es como poder fortalecer más esa parte”
(Profesional Programa TB Chocó).

Trabajar con las universidades para que se fortalezcan los módulos de enfermedades de interés en salud pública, especialmente las transmisibles, ya que muchos profesionales recién egresados desconocen por completo las pruebas diagnósticas y los medicamentos que deben ordenar.

Capacitar a vigilantes y demás empleados en los centros de salud, para que no se conviertan en una barrera de acceso para los pacientes, especialmente para los habitantes de calle.

Continuar el trabajo con los grupos estudiantiles, para que se conviertan en agentes comunitarios informadores en salud. Articularlos a los comités de vigilancia de los barrios.

Reasignar y aclarar funciones, responsabilidades y competencias en los actores del sistema de salud para optimizar recursos y facilitar las rutas de detección, diagnóstico, atención y tratamiento de los enfermos de tuberculosis, potencializando la labor de las EAPB. ***“La tuberculosis está dentro del grupo de salud pública, entonces todo los recursos que yo recibo son para acciones colectivas y hay otros recursos para acciones individuales, entonces administrar tratamiento es una acción individual, es del orden individual, entonces yo no puedo contratar a alguien para que vaya a dar medicamento allá, entonces o... desde la norma que es la otra cosa que puede hacer el ministerio, yo si quisiera que eso lo pudiéramos trabajar, que el ministerio pueda decir mire nosotros si podemos tener agente comunitario pagados, porque el problema no es el ministerio el problema son los entes de control.”*** (Profesional programa TB Cali)

Fortalecer las Ligas antituberculosis, comités comunitarios y demás organizaciones que puedan aportar en el desarrollo de la estrategia DOTS comunitario.

5.2.6 Experiencias significativas

❖ Rompiendo mitos en las aulas de clase

Otra experiencia que vale la pena relevar es la de los comités en Colegios, el trabajo con los jóvenes apenas está fortaleciéndose pero ya promete ser una estrategia con repercusiones en diferentes esferas de la sociedad, pues la capacidad creativa de los estudiantes se pone en marcha con mensajes que trascienden los muros del plantel. Realizan obras de teatro, murales, canciones, y además, contribuyen con la detección de sintomáticos respiratorios en su entorno. **“Bueno, ellos están capacitados para realizar búsquedas activas de sintomáticos respiratorios, aparte de que igual se les capacitó sobre el manejo y tienen el conocimiento básico de todo lo que es la tuberculosis, ellos lo que hacen es identificar sintomáticos respiratorios en sus comunidades, en sus barrios, en su alrededor y referirlos a la IPS de atención o en su defecto lo refiere a la Secretaría de Salud, en caso tal el paciente pues tenga alguna dificultad para el acceso al servicio médico”** Profesional Programa TB Quibdó.

Una muestra de lo que la información puede lograr es el proceso realizado con estudiantes del Colegio Normal Superior de Quibdó, en donde se detectó un caso en una estudiante, quien al inicio sufrió la estigmatización y quiso retirarse del colegio, pero el acompañamiento de los programa de TB Departamental y Municipal, Proyecto TB-FM, Convenio 363 MSPS/OIM, con capacitaciones a la comunidad educativa, logró que la situación se revirtiera y que luego fuera apoyada por sus compañeros y motivada a seguir adelante con sus estudios. **“Por ejemplo nosotros tenemos la capacidad de no aislar a una persona, por ejemplo que tenga tuberculosis, porque nosotros sabemos que no contagia, la persona que tenga la tuberculosis no nos contagiaría con simplemente darnos un pico en la mejilla o con abrazarnos nada de eso, pero las personas que no conocen, o no sabe no tiene ningún concepto de lo que es la tuberculosis si puede hacer sentir aún más mal a la persona que la está padeciendo”** (Estudiante CNSQ)

❖ **El acompañamiento del equipo de la Secretaria de Salud de Cali**

“Cuando un paciente abandona hacen insistencia lo que es la trabajadora social, Colsanitas acaba de contratar la trabajadora social que le hace la visita domiciliarias a pacientes de TB, SOS también lo hace, ellos lo que lo hacen han visto el resultado de eso y nosotros hacemos acompañamiento, si un paciente deja de ir dos días, que es lo que dice la norma, si lo ve la trabajadora social sigue el riesgo, si lo ve la sicóloga sigue el riesgo y finalmente va el equipo de aquí, se le pega, se le pega y logra y hemos cuanto... un poco porque había una embarazada que volvió, casi todos los que ha visitado Maribel con Paola todos volvieron al tratamiento, los que visito Iveth todos volvieron al tratamiento, los que visito Ada también, la verdad no sé cuántos pero si sé que si nosotros hacemos la visita no abandonan, todos han vuelto, nosotros hacemos riesgo de abandono después que la ESE nos notifica, o la IPS mira ya lleva dos días, ya lo hemos visitado entonces el paciente ya nos encargamos de él”. (Profesional Programa TB Cali)

No sólo lo dicen las profesionales, la comunidad reconoce el esfuerzo, **“Quiero aprovechar este espacio para felicitar a Maribel, es un trabajo arduo y bonito y vamos a salvar vidas porque ella se está regando por toda la ciudad, como psicóloga y como profesional y con el apoyo de la Alcaldía”** (Líder comunitaria Cali)

❖ **La vocación y entrega del líder comunitario**

“Tengo la bendición de tener una casa grande, hicimos una actividad allí con la trabajadora social en mi casa, hicimos una actividad personal de nuestro bolsillo, hicimos una ensalada, buscamos una chica que nos preparara un arroz, una ensalada acompañada, me llamó mucho la atención, la ensalada iba con carnes frías y un pollo a la plancha, la chica preparó un pollo a la plancha divino y entonces más o menos este era el tamaño del pollo a la plancha (un palmo) una buena porción, porque queríamos verlos comiendo de verdad y como ellos se merecen, los de más escasos recursos los de la comuna 10 fueron los invitados especiales, lloraban algunos, ¿tan grande eso, es para mí?, yo lloraba, yo decía padre de la gloria, yo los atendí, yo era feliz atendiéndolos, y yo les decía ¿quieren más, quieren más? y lloraban porque dizque estaba muy grande el pollo, que porque nunca se habían comido una presa tan grade, eso para ellos era

novedoso, que era el mejor diciembre que habían tenido en su vida”. (Líder comunitaria de Cali)

❖ La perseverancia de una Agente Comunitaria en Salud del Chocó

“Hubo una vez que me tocó con una indígena Rosario, ella ya salió curada, ir a hacer abogacía a la IPS de ella, a solicitarle el transporte, vea me volví cansona en Andagoya y luego de Andagoya como que no me pararon muchas bolas y me vine acá a Quibdó, vine acá a Quibdó fui allá la EPS y ahí sí inmediatamente le dije si la paciente no viene a recibir, a hacerse el control y se vuelve resistente es culpa de ustedes, y cuando escucharon eso ahí mismo llamaron si, si, si te vamos a dar los pasajes y váyase a Andagoya tranquila que allá yo llamó para que le den, inmediatamente llamaron”*

“Daniel es un paciente que vive en Andagoya cabecera municipal, pero él vive como en una carretera que comunica otro municipio, eso se llama Guarapito sector carretera, pero es lejos a uno le toca caminar bastante ... desde la alcaldía empezaron a decirme, por aquí pasa un señor que tose mucho, me fui a esa casa de ese señor y le tome la muestra, ese me salió negativo, pero en esa misma casa me dijeron pero hay un indígena que está por allá, vive por allá lejos y él está tosiendo mucho, él es cieguito y está tosiendo mucho, viene con los hijos entonces uno lo ve que siempre baja y tose mucho.

En el hogar de ancianos yo fui a hacer búsqueda, hablé con las monjas entonces otra vez me dijeron de Daniel me dijeron es que hay un señor que viene a recibir el alimento y el tose mucho, ¿no lo han llevado al médico? no, me fui, les dije ¿dónde vive?, es por allá usted se va por allá, invité a la bacterióloga, le dije acompañeme vamos, entonces me dijo vamos y nos fuimos, llegue a la casa saludé y nos presentamos y todo eso y entonces le dije Daniel estás tosiendo mucho, y me dice sí pero me voy para Sipí, porque allá tengo un familiar un tío, no sé un primo, que es jaibaná y me mandó a decir que fuera porque yo tenía un brujo, le dije Daniel pero vení y yo te tomo la muestra, que no que primero iba a ir al jaibaná. Se fue Daniel, cuando regresó a los dos meses, yo estoy en la alcaldía, y lo miro que pasa yo no sabía que él había llegado, lo miró que pasa pero ya vea flaquito, ay y lo llamé Daniel y me dice si seño, y le dije estás con tos, seguís la tos y me dice sí; y le dije ah bueno, vamos a tomarte la muestra y vamos

ahorita para el centro de salud y me dice ay seño pero es que voy con la... le dije a la señora él se queda aquí y tú te vas, te vas con los niños porque él cieguito, y verdad el llevo allá él no opuso resistencia y ahí fue que me contó que el primo o el tío no sé, le había dicho que el ya no tenía brujo más, porque él ya se lo había curado y que ya tenía que ir al médico para que le dieran la medicina del médico, entonces me dijo, ay sí seño yo estoy muy mal, pero le digo que estaba pero flaquito, no comía nada, nada comía y entonces llega y le dije bueno Daniel vamos a tomarte, vamos a hacer el examen y solamente le hice la primera, con la primera ahí mismo la leí rapidito, positivo, ahí mismo lo lleve donde la jefe, le hicimos toda la asesoría para la prueba del VIH porque también se la hacemos, y le llamamos a la señora le pusimos en conocimiento de eso, lo del medicamento que le tocaba a él bajar de allá todos los días al centro de salud, pero como él no podía caminar, la esposa iba y se lo reclamaba, y yo visítelo, no lo dejaba, visítelo, y visítelo y como era... cuando yo iba se la llevaba, la tomaba ahí cuando... como a los quince yo me fui a una salida para el Baudó, cuándo regresé que ya Daniel viene me dice la jefe, como así, que sí, ya subió ya ha subido, 15 días y en 15 días subió Daniel, 2 kilos en 15 días, que se está poniendo más bonito y no me aguanté las ganas y me fui para allá y lo visité y él muy contento, Daniel muy contento y sí y le digo que siguió su tratamiento todos los días él bajaba, cuando él no podía bajar mandaba a la esposa, iba la esposa le llevaba su medicamento y se tomaba y sus controles vea, Daniel mañana le toca control, venía lo miraba el médico y todo y ahora terminó el 16 de abril curado, y gordo, está bonito”.

*Nombre ficticio

❖ El empuje de una comunidad indígena

“Para mí como coordinador del programa de tuberculosis del departamento es muy satisfactorio mirar cómo ese progreso y ese avance que día a día ha tenido la IPS Unipa en todos sus procesos de atención, no solo tuberculosis, pero yo diría y ellos lo reconocen así con quien inició este proceso que es tuberculosis, nosotros visitábamos hace diez años, doce años, incluso con el doctor Norman, hemos visitado la comunidad indígena Awá y la IPS Unipa, y mirar cómo nació como una casita de madera y hoy vamos a ver y ya es un complejo grande con estructuras en ladrillo, muy bien hechas. Inicio nuestro proceso de laboratorio con una mesita y un microscopio donado por el proyecto de CIDA CANADA, para que un técnico leyera y hoy tenemos bacteriólogo,

tenemos laboratorio, hacemos cultivos, empezamos con unas tasas de curación, que cuando antes de iniciar el proyecto todos los indígenas se morían porque ellos no aceptaban el tratamiento con inyecciones, hicimos unas modificaciones y para uno como es de satisfactorio mirar que casi el 100% de los indígenas se curan, pero todo eso es de esa interrelación de la comunidad y nosotros para ver qué es lo que ponen ustedes y que es lo que ponemos nosotros, obviamente que yo digo siempre esa comunidad indígena Awá es un ejemplo, porque cuando uno les propone algo ellos dicen sí, entonces uno tiene una posibilidad de éxito grandísima, en ese trabajo comunitario es esencial esa empatía que nace después de esa comunicación y de escucharlos y saber su realidad.”
(Coordinador Programa TB Nariño.)

❖ **Apoyo interinstitucional**

“Una niña de Alto Baudó de 2 añitos, Michelita, tenía dos años cuando la trajeron y parecía una bebé de 9 meses, no se sentaba, no caminaba estaba tan desnutrida que lloraba y uno se daba cuenta que estaba llorando por el gesto que hacía su rostro, no tenía ni lágrimas, ni sonido, ni nada y la trajeron y la dejaron aquí los abuelos, estaba recién llegando el proyecto de tuberculosis, duele mucho decirlo fue mal direccionado, a nosotros nos dijeron lo que pase en esos diez municipios es su responsabilidad, entonces yo sentí que si se moría Michelita era mi primer fracaso en esto que acaba de empezar para mí, porque era una experiencia nueva tuberculosis, había tenido pacientes, había tenido todo, pero lo que he aprendido en tuberculosis... la dejaron y me fui a Bienestar familiar y me conseguí a una señora, la trabajadora social y también le conmovió ver Michelita aquí sin doliente y entre ella y yo al pie que para el pediatra, que no la reciben, que si la reciben, que se acabó la leche, que hay que irle a dejar la comida, qué hay que buscar, que hay que traer y nosotras dos ... tenía tuberculosis ganglionar y después le dio pulmonar pero pues no expectoraba, le diagnosticaron la ganglionar y estando aquí le diagnosticaron las dos pulmonar y ganglionar, en fin Michelita se recuperó, en el centro de recuperación nutricional, y cuando ya estaba mejor aparecieron los papás a llevársela y se llevaron a Michelita, no había terminado el tratamiento y que se la llevaban, me fui hasta allá hasta la comunidad capacitamos a un líder y usted le va a dar a Michelita esta pastilla así en líquido, yo llegue un día y los abuelitos me la trajeron y yo ¿quién es ella? Michelita... es que es una niña gorda, hermosa, y yo, no, esto vale la pena, y fui allá, resulta que los abuelitos tenían tuberculosis, un tío con tuberculosis, dije*

claro, por poquito se muere Michelita y volvió acá donde está la tuberculosis le va a volver a dar, entonces (la familia inició tratamiento) ya tenemos dos curados, la abuelita hizo una recaída y está en tratamiento otra vez, porque la abuelita vino se curó y volvió allá, claro tenía que hacer una recaída.” (Profesional DOTS Chocó)

*Nombre ficticio

❖ El “Médico” indígena

“Hay un dirigente que el mismo de las comunidades playita, que me agradece mucho, ¿por qué sentido que él me agradece? porque él como dirigente casi no lo creía no y ese y tan así también no me creía no, él me dijo que sí bueno, no Griceldino que yo que ha hecho (el examen) en Quibdó, en cualquier médico de así particular me ha hecho ese examen en la muestra y él me dijo pues; yo les dije, pero bueno jugando, bueno de pronto pueda que yo capte eso, para llenar el requisito pues yo le dije yo voy a tomar la muestra, él dijo que sí, si usted quiere la toma, y le hice la baciloscopia hice el proceso, y yo como siempre manejo el microscopio que le dicen, al otro día hice el proceso y le muestro las láminas y mire que sí estaba positivo y yo le dije, llamé y le dije pasa esto, ¿que cómo que yo tengo TB? nosotros le decimos etico, etico si yo le dije sí, ay no, no yo no creo que yo he ido en Quibdó y cualquiera médico particular que allá me ha, sabe mucho entonces allá no me han dicho nada... en cambio usted que me va a decir eso. Bueno, de pronto usted no me va a creer, si quiere no me crea nos vemos estos días yo me salgo para el Quibdó y yo voy para laboratorio Niño Jesús de aquí en Quibdó, yo voy para donde una bacterióloga y usted mismo va a estar allí y la doctora puede leer las láminas que yo, las láminas que yo hice acá la muestra, para que usted me escuche para coger la mentira a mí... Yo lo traje y la mostré le dije le entregue el informe la lámina y la doctora entonces colocó su cosa y leyó y dijo que estaba positivo, y dijo dónde está indígena, le dije ese es un dirigente, no me está creyendo de mí lo que estoy diciendo. ¿No? entonces pásame, así él maneja su celular, le marqué el teléfono de ese señor y habló con la doctora y le dijo la doctora “bueno dirigente qué pena con usted pero aquí... ahí donde está usted está con TB, ahí se quedó y si me creyó, y de inmediato él vino, aquí en el laboratorio y él me dice Griceldino, usted es el único médico, para mí usted va a ser el único médico allá en el campo como indígenas”. (Agente Comunitario Chocó)

❖ Operador PAR

Si bien se identifica la debilidad en los servicios de salud en la estrategia DOTS, esta debilidad se hace menos notoria cuando la comunidad se entrega desinteresadamente en pro del beneficio de quienes más los necesitan; es así como el DOTS comunitario toma valor a través de personas como Karen, operadora par, empoderada de la estrategia en Habitante de Calle de Cali. ***“Karen ha sido una mujer criada en El Calvario, que también fue niña de la calle que creció y cuando en su juventud yo creo que hizo fue ... pues más como de estar en pandilla de mujeres, pero una mujer que ya con los años como que ha logrado como pensar en la vida de una forma diferente y ella está con nosotros desde hace cinco o seis años en un proceso que tenemos con mujeres, entonces ella pues ha cambiado como el chip y ahora le gusta trabajar por la comunidad, pero igualmente ella conoce la gente, ella no le da miedo meterse a esas zonas, la gente la reconoce y genera mucha empatía”*** (Fundación Samaritanos del Calle)

Su labor va más allá de hacer la búsqueda de sintomáticos respiratorios, notificarlos, tomar la muestra, informarles el resultado, y buscarlos para darles el tratamiento diariamente. ***“Pues hay días que no cojo a nadie, porque cuando ellos están consumiendo, así yo los oigo toser, ellos no después, después, pero ya los tengo visualizados, entonces cuando ya los veo como disponibles y voy y se las tomo. Yo todos los días paso y les digo venga no se deje enfermar así, mire que eso lo mata a uno silencioso y hasta que después me dice venga pues tomémoslo.”***

Su labor inicia muy temprano, pero no sabe a qué hora termina. ***“tengo que estar a tales horas porque los que están en el samaritano, no los puedo dejar que se me vayan a la calle porque es que me ponen a caminar como el que hablaba que es paciente mío que se va allá hasta la sexta, me pone, y entonces ese tiempo se me pierde ya para los otros pacientes, entonces la estrategia es llegar e inmediatamente que si está durmiendo allí, allí le llego antes de que se me vaya”.***

También le gusta consentir a sus pacientes para que el tratamiento no se convierta en una obligación o una tortura, brindarles de su propio bolsillo el desayuno para que los medicamentos no les ocasionen síntomas desagradables, y hasta pagar para que les

permitan bañarse y sentirse incluidos nuevamente en la sociedad que por mucho tiempo los ha rechazado. Su acompañamiento es incondicional. ***“es que ellos tienen que desayunar porque ese medicamento ahí pelado y uno levántese, tómese el medicamento y la comida y Jennifer ella es una que ella dice yo me lo tomo pero si me da el almuerzo...Yo les hago acompañamiento en todo, en todo, en todas las consultas, en todo lo que ellos tienen, si van a ir a sacar exámenes, yo me voy con ellos”***.

Su compromiso no es con la estrategia, ni con la fundación, es con sus pacientes, por eso recurre a todo para garantizar el éxito de su tratamiento, hasta buscarlos en el último rincón de la zona. ***“A mí me dicen usted como que en toda parte está metida, y yo si señora, mi Diosito me pone en estas y allá me meto. Cuando están dormidos y no los encuentro, a todos los habitantes de calle que están tapados permiso, buenos días, estoy buscando por aquí a don fulanito y así porque yo los destapo así estén arropados pero yo los tengo que encontrar. Cuando ya salen positivos yo misma voy y le cuento al paciente que salió positivo, yo le busco la forma de que no le pegue tan duro”***.

También es un ángel guardián, que acude en su auxilio cada vez que están en peligro. ***“Ese día andaba por ahí, cuando don Gustavo , vengase que don Gustavo está votando sangre y era la pasta, se la había dado y la devolvió, no y se puso malo, no la policía ni nadie nos ayudaba y andaba con las muchachas y yo le dije no pues en este momento ando sin un peso, ella me dijo yo le pago el taxi, me fui con él y ella y lo llevamos, e iba con la presión altísima pero había sido porque él es muy zanganito, porque el sábado que yo le di el medicamento lo encontré consumiendo bazuco y le dije vea don Gustavo, no consuma eso que eso le hace daño”***

Cada paciente que se le asigna, se convierte en un miembro más de su familia, y siente que nadie les brinda la atención con el amor que ella lo hace, por eso sufre cuando un paciente suyo es asignado a algún compañero para la supervisión del tratamiento. ***“Tengo un paciente que era muy malgeniado y el mantenía muy hinchadito los pies y era un problema para llevarlo al hospital pero yo de todas maneras me lo llevaba y ya estábamos bien pero de un momento a otro, yo tuve una enfermedad de mi hijo, me tocaba operarlo, me fui como un jueves, yo volví el sábado a darle el***

medicamento y no sé qué pasaría con mi compañero porque yo lo llevaba muy bien y cuando vine, él ya me dijo el sábado que no había poder humano que le hiciera tomar el medicamento y se revelo que no que no me recibía el medicamento, estuve hasta las cinco de la tarde y por la noche, no y cuando fui otra vez el día domingo tampoco quiso, y yo dije a cualquier rato se lo hago tomar, no, renuente que no y fui el lunes a llevarle el medicamento cuando me dice una señora “aquí vino un brujo y se lo llevo, disque le iba a quitar la enfermedad” y esta es la hora que lo busco y no lo encuentro”.

Su tarea en la reivindicación de derechos no conoce límites, si hay problemas con la identificación del paciente recurre a sus habilidades sociales para que en la Registraduría le ayuden a su reconocimiento. *“Yo tengo ya contacto con la de allá de Registraduría, entonces ella ya esta semana, ella me dijo usted tiene todo, ¿no? la fecha de nacimiento, el que no sepa nada de procedencia, ni siquiera el número de cedula, le vamos a hacer un cotejo, si no que el cotejo se demora tres meses entonces es mucho tiempo”.*

Por último, una experiencia que gratifica a Karen y le motiva a continuar: *“Es una paciente que me entregaron, ella estaba en la clínica, ella estuvo en coma inducido y los pulmones de ella cuando a mí me la entregaron me mostraron una radiografía, unas cadenas, unas masas y pues ese día que me la entregaron yo la fui a llevar a consulta médica , cuando salió de allá la parábamos y ella se desmayaba, me parecía imposible que ella fuera a pasar la etapa, yo luchando con ella y ella tenía un compañero y el me ayudaba pero a ratos le daba su malgenio y yo le decía no sea así no pelee y el tratándola mal y decía no es que un día había tenido relaciones con ella así y yo le dije usted no ve esta señora como esta y usted utilizándola para relación sexual, eso no lo haga , usted dice que la ama, pues muéstreme a mí que usted la ama pero mire esta señora antes esta aquí porque mi Dios es muy grande y usted la viera ahora como esta , ella esta tan bonita”.*

Sin duda, los profesionales de la salud deben aprender de mujeres como Karen que profesan una verdadera vocación de servicio a los demás, que cumplen un papel fundamental en la sociedad y que se brindan sin límites para construir un mundo mejor.

“Digo que yo mis problemas no les tengo que afectar a mis pacientes, yo digo mis problemas son mis problemas y si yo no le encuentro solución, pues Dios proveerá, pero mis pacientes todos los días, el mismo amor, la misma atención, me preocupo por ellos de noche, a donde estarán, yo les digo a mis hijos, al más grade que es el más juicioso ay mijo donde estará mojándose fulanito, ay ese aguacero, yo le digo ay a donde estarán, yo tuviera una casa, aquí los tendría”.

❖ Creatividad liberada

Como experiencia significativa se ha observado la gran creatividad e inventiva de los promotores en el diseño de estrategias pedagógicas y material didáctico para prevenir la TB, promover la detección oportuna y para incentivar la adherencia al tratamiento. Se han elaborado carteleras, slogan, y un logotipo que ha llamado la atención, así como juegos de mesa.

6. Discusión

Los procesos de atención en salud a nivel comunitario para el control de la TB de las poblaciones vulnerables en Colombia tienen características variables de acuerdo con el contexto particular en el cual se desarrollan, el grupo poblacional específico al cual van dirigidas, las fortalezas o debilidades de las instituciones que las respaldan y el grado de apoyo, reconocimiento y empoderamiento del grupo comunitario que los implementa, lo cual está mediado por su historia y contexto y se manifiesta en los determinantes sociales que afectan el proceso salud-enfermedad-atención.

La estrategia DOTS ha sido el pilar del desarrollo de la estrategia Alto a la TB, constituyéndose en un escenario importante de participación comunitaria con potencialidad para el logro de impactos medibles en la situación de salud. No obstante, la experiencia estudiada en el pacífico colombiano evidenció que existen componentes del DOTS que son mejor reconocidos y desarrollados que otros. Este aspecto no pudo establecerse claramente en los estudios revisados, pero la orientación de los resultados parece coincidir con los hallazgos de la investigación, en la cual se observó que la detección de casos mediante pruebas bacteriológicas y el tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente, son los componentes que fundamentan la estrategia, sobre los cuales se enfocan los esfuerzos y se evidencian mayores avances dado el papel activo de la comunidad.

El suministro de medicamentos, al ser responsabilidad de las instituciones de salud se convierte en un aspecto con un alto poder de afectación de resultados, pero con menor margen de acción por parte de los actores comunitarios. Por su parte, el compromiso político como componente primario de la estrategia es entendido de diferentes maneras y se observó que es uno de los que está menos interiorizado por los actores del proceso a pesar de ser determinante de la sostenibilidad de la estrategia, esto sucede probablemente por falta de claridad de las responsabilidades de las entidades territoriales y de los derechos y deberes de los paciente, pues aun en los profesionales a cargo no se observa interés por desarrollar mecanismos que fomenten el apoyo de los tomadores de decisión para garantizar la financiación de las acciones a largo plazo; en algunos no se

percibe una actitud orientada a resultados más allá de la realización de actividades puntuales. Este aspecto no pudo contrastarse con los estudios revisados dado que no lo abordaron en profundidad.

La experiencia objeto del presente estudio mostró resultados positivos respecto a la contribución de la comunidad a la detección de sintomáticos respiratorios, el seguimiento y supervisión del tratamiento y el éxito del mismo. Hablar de un 10% a 13,8% de casos nuevos de TB detectados por la comunidad implica reconocer la importancia de fomentar la participación comunitaria en las acciones de salud, principalmente en las poblaciones más vulnerables, en donde los servicios de salud presentan más limitaciones en términos de cobertura, acceso geográfico y generación de confianza. Es pertinente aprovechar esta experiencia para ampliar los alcances de la vigilancia en salud pública comunitaria.

De igual manera, el aumento en el porcentaje de casos supervisados por la comunidad pese al descenso en el número de casos detectados en el programa regular, evidencia que el papel de la comunidad puede garantizar la sostenibilidad y continuidad de acciones cuando la institucionalidad presenta debilitamiento; y reviste aún más importancia cuando los casos que la comunidad supervisa tienen mayor probabilidad de lograr el éxito del tratamiento que cuando sólo reciben el acompañamiento institucional (94% frente a 81%, respectivamente).

La información reportada por el proyecto sobre el aporte de la comunidad a la estrategia concuerdan con lo encontrado en la literatura sobre experiencias similares en el mundo, en las cuales se reportan porcentajes de éxito de tratamiento entre el 76% y el 98% (47) (45), y de curación de 93% (44); en todos los casos estas tasas fueron superiores que entre los pacientes que no recibían apoyo de la comunidad en la supervisión de su tratamiento. Lo anterior sumado a su mayor costo efectividad, remarca los beneficios de la participación comunitaria en este tipo de iniciativas.

Las experiencias encontradas en Colombia también reportan resultados muy alentadores. En comunidad indígena se lograron porcentajes de curación de 79% a 94% (59), y en habitantes de calle se alcanzaron niveles del 30% y 40% (22), que duplicaron las tasas de curación observadas en este grupo poblacional en la estrategia sin participación comunitaria.

Una de las condiciones que favorece los resultados de la estrategia es el reconocimiento de la vocación de servicio de los líderes comunitarios y de su papel en el control de la TB y de otras condiciones que afectan la salud y calidad de vida de las comunidades. Este ha sido uno de los aspectos a destacar en la presente experiencia, pues no se reduce la influencia de los líderes al desarrollo de actividades de sensibilización e información, sino que se configura un rol de participación con un relativo poder de decisión.

Tal como advierte Jaramillo (43), las iniciativas comunitarias tienen gran potencial para proveer atención en TB como parte de las actividades del PNT, pero se requiere de educar a la comunidad sobre los desafíos que enfrenta el control de la tuberculosis, tanto en términos técnicos como políticos.

No obstante los buenos resultados mostrados por la estrategia, debe considerarse con detenimiento que aunque esta se desarrolle exitosamente no es suficiente para mejorar las condiciones de las comunidades vulnerables que se ven aquejadas por la TB. De hecho, ninguna iniciativa que se oriente al mejoramiento de la calidad de vida de las personas puede pensarse únicamente en términos de resultados en salud, y mucho menos desconociendo el contexto y las particularidades de la población; es necesario que se tengan en cuenta las condiciones y factores que determinan sus procesos de salud-enfermedad-atención, desde los aspectos más estructurales, como las políticas públicas que responden (o no) a sus características particulares, la disponibilidad de empleo, o la presencia del Estado; pasando por los aspectos familiares y del entorno social, como la cobertura y acceso a los servicios de salud, la alimentación y las características de la vivienda; hasta las condiciones individuales, como el grado de susceptibilidad a la enfermedad, el estado nutricional, entre otros.

Estos determinantes sociales de la salud entendidos como un entramado de sucesos, condiciones y características, deben ser considerados desde una perspectiva de derechos, donde se privilegie el logro de la equidad en salud a través de la inclusión social de las poblaciones que presentan condiciones de vulnerabilidad; para ello es necesario un enfoque diferencial en la estrategia DOTS, así como en todas las políticas de salud.

Por otra parte, el fomento de la participación comunitaria no debe traducirse en debilitamiento institucional, exclusión del sector privado o carencia de acciones transectoriales; por el contrario, el reforzamiento de estos aspectos se convierte en un incentivo a la gestión comunitaria en el fortalecimiento de la estrategia, y se constituye en el eje central de la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en la cual se logre no solo el acceso universal en salud, sino una atención integral con orientación familiar y comunitaria enfatizando en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con mecanismos de participación y recurso humano óptimo, para lo cual se requiere complementar con procesos de desarrollo de capacidades.

En consecuencia, el DOTS comunitario debe propiciar el interés de sus actores comunitarios por desarrollar las capacidades en salud, reconociendo sus cualidades y potencialidades, dando respuesta a las necesidades en capacitación que requieran según intereses comunes con la institucionalidad. De esta manera puede aprovecharse la participación de la comunidad en acciones de promoción, comunicación y movilización social; articulación con comités de salud locales; georreferenciación de grupos vulnerables, afectados por inundación y desplazados; así como fortalecer su papel en la captación de sintomáticos respiratorios, toma de muestras y transporte y administración y supervisión del tratamiento.

También es importante analizar los resultados de la estrategia desde la perspectiva del paciente y de la comunidad misma; estas percepciones varían de acuerdo con el grupo poblacional pero tienen elementos comunes que refuerzan las bondades descritas anteriormente. Uno de los aspectos evidenciados es la reafirmación de la dignidad humana, los actores entrevistados coinciden en afirmar que el paciente se siente valorado e incluido en la sociedad, pierde los temores que la estigmatización propia de la enfermedad le había infundido, y renueva el interés por su proyecto personal, similar a lo referido por Hurtig y col. (62). De igual manera, los miembros de la comunidad ven en la estrategia una oportunidad de ejercer su liderazgo, de contribuir al bienestar común y de desarrollar nuevas capacidades.

En la población habitante de calle se observa un mayor efecto de la estrategia en términos de restitución de derechos; el sentir expresado por el operador par encargado de la administración y supervisión del tratamiento coincide con lo reportado por Kawatsu

y col. (52) sobre la experiencia en Japón, ya que los habitantes de la calle perciben un interés genuino hacia ellos como personas por parte de sus pares, quienes no los ven como pacientes sino como amigos. Asimismo, el ir más allá del tratamiento y motivar a una mejor presentación personal, junto a la expresión de afecto, conllevan a mejorar su autoconfianza. Dada la limitación del estudio surge la necesidad de analizar en detalle la situación de este grupo para conocer los cambios que la estrategia pudo haber propiciado en términos de reintegración efectiva a la sociedad y superación personal.

En la población indígena la estrategia ha logrado avanzar en la integración intercultural de los saberes de la medicina alopática con la tradicional (propia), involucrando a los líderes indígenas y jaibanás. Este dialogo de saberes se retomó de las experiencias anteriores desarrolladas en el país (59), en las cuales se fortaleció la concertación entre la medicina occidental y la tradicional, se conformó y capacitó la red de promotores indígenas, se vincularon auxiliares de enfermería indígenas, se contrataron y capacitaron a los promotores indígenas así como líderes comunitarios y se conformó la red de vigilancia en salud pública de base comunitaria, logrando conocer y respetar las percepciones de la comunidad indígena en torno a la tuberculosis y el proceso salud - enfermedad.

En población privada de la libertad se observaron resultados positivos, la percepción de la estrategia por parte de los pacientes reclusos fue buena, ya que no sólo ha permitido sensibilizar y capacitar sobre la TB y acceder a diagnóstico y tratamiento, sino que ha sido una oportunidad para la resocialización de los reclusos que ejercen la función de gestor comunitario. Las estrategias pedagógicas y materiales didácticos desarrollados por ellos son un aporte importante a la estrategia de comunicación dirigida a todos los grupos poblacionales, y significa para ellos un medio para ocupar su tiempo, que en sus condiciones parece un recurso inagotable. Este enfoque participativo fue recomendado por Waisbord (2010) (63), quien advirtió que la realización de una intervención incluyente para evaluar los problemas y soluciones junto con las actividades de educación entre pares puede contribuir a abordar los obstáculos sociales e individuales, tales como los conceptos erróneos acerca de la TB, el estigma y la falta de interés en el personal de la salud sobre los reclusos; y que la colaboración programática conjunta entre el servicio de salud de la prisión y el programa nacional de salud con el apoyo de otros actores como

fundaciones y las autoridades locales puede ayudar a abordar los problemas estructurales y sistémicos que afectan el control de la TB.

En resumen, la experiencia colombiana evidencia, en concordancia con Kawatsu y col (52), que el empoderamiento comunitario y el desarrollo de capacidades no solamente son aspectos fundamentales para lograr la adherencia al tratamiento sino que deben ser pensados como un resultado o efecto deseado del DOTS.

Por último, los pocos resultados obtenidos en la búsqueda de literatura realizada evidencian la necesidad de realizar estudios que describan, y de ser posible evalúen, las experiencias de atención en salud con base comunitaria dirigidas a población vulnerable, ya que la adaptación de las políticas públicas de salud a estos grupos especiales reviste gran importancia ya que es allí donde está la clave del control de algunos eventos en salud que imprimen una alta carga de enfermedad a las personas.

Se resalta además el importante aporte que pueden realizar los ejercicios de sistematización de experiencias en temas de participación comunitaria para el fortalecimiento de procesos de atención en salud, como un recurso para orientar los programas de salud pública a partir de investigación pragmática. Este es un campo de conocimiento que debe explorarse, y representa una alternativa para la gestión del conocimiento, principalmente en circunstancias en que no se cuente con información suficiente para realizar procesos de evaluación de resultados; el cual no fue el caso de la presente investigación, ya que este estudio se realizó como un complemento al proceso de monitoreo y evaluación del proyecto; pero es una realidad que en el país se adelantan iniciativas importantes que ameritan ser conocidas y tenidas en cuenta en la construcción de conocimiento sobre las mejores formas de hacer en salud pública, permitiendo su replicabilidad y de manera importante, evitando cometer los mismos errores.

7. Conclusiones

La sistematización de la experiencia estudiada evidenció el importante aporte de la comunidad a las estrategias, programas y proyectos en salud pública, y de manera particular en el control de la TB, a la vez que se genera una retroalimentación positiva a la comunidad a través de procesos de desarrollo de capacidades.

La comunidad aportó de manera importante a la captación de sintomáticos respiratorios, recolección de muestras, administración y supervisión de tratamiento, logrando un incremento importante de las tasas de éxito del tratamiento y curación.

La principal causa de no adherencia al tratamiento según los actores del DOTS es la no aceptación de la enfermedad y sus consecuencias, por ello el componente de IEC es fundamental para lograr cambios actitudinales.

El enfoque intercultural del DOTS con base comunitaria es un elemento necesario para conciliar diferencias y eliminar barreras de la estrategia, como la estigmatización.

Es necesario explorar opciones de apoyo a la comunidad para fomentar y motivar su activa participación; más allá de la remuneración económica debe pensarse en nuevos mecanismos de participación que garanticen el crecimiento de la estrategia.

Es una necesidad sentida el apoyo alimentario para los pacientes de más escasos recursos; además, las comunidades más vulnerables y de más difícil acceso requieren respuestas más integrales, en eventos como malaria y leishmaniosis, acceso a agua potable, seguridad alimentaria, entre otros.

La población habitante de calle requiere una ruta de atención especial y para ello es fundamental el liderazgo de fundaciones con experiencia en el manejo de esta población así como la participación de operadores pares.

Es prioritario incluir en el pensum de las carreras del área de la salud aquellos eventos de interés en salud pública, como la TB; y articular acciones para que los estudiantes apoyen actividades de capacitación para los líderes comunitarios y sensibilización a profesionales de la salud.

La población privada de la libertad tiene características diversas, formación previa y habilidades que pueden encaminarse a la creación de estrategias pedagógicas y material didáctico de trascendencia para la estrategia.

Dados los importantes aportes que pueden realizar a la estrategia, se considera importante fortalecer las ligas antituberculosis y los comités comunitarios.

Entre las principales debilidades de la estrategia se encontraron: demora en entrega de medicamentos; falta de claridad en las funciones y responsabilidades de los actores del sistema (EAPB; IPS y entidades territoriales) y sus competencias en actividades individuales y colectivas; diagnóstico tardío de la enfermedad; difícil acceso geográfico y altos costos de transporte en las zonas rurales dispersas; alta rotación del personal de salud; falta de sensibilización de vigilantes y personal logístico de las instituciones de salud que limitan el acceso al servicio de salud especialmente para el habitante de calle; falta de apoyo para el seguimiento a paciente MDR por parte de las EAPB; baja adherencia al tratamiento por los fuertes efectos secundarios de los medicamentos; percepción de un trato no humanizado por parte de los profesionales de la salud; falta de incentivos a los líderes comunitarios para el desempeño de su labor; débil gestión de algunos referentes del Programa de TB; estigmatización de los pacientes.

El estudio permitió encontrar aspectos que deben fortalecerse para mejorar el desempeño de la estrategia, entre otros se resalta que: los equipos extramurales de las EAPB debe ser incluidos en la estrategia; se debe acortar el trayecto que cursa la muestra biológica para su procesamiento, se requiere fortalecer la interinstitucionalidad e intersectorialidad (sectores educativo, económico y de bienestar social, entre otros); los líderes comunitarios reclaman más acompañamiento y apoyo; debe promoverse la formación de microscopistas que puedan facilitar el diagnóstico en las zonas rurales dispersas.

Los jóvenes son un grupo que ofrece características deseables para apoyar las iniciativas de salud en sus comunidades, se recomienda fortalecer su participación en la estrategia DOTS.

El fortalecimiento DOTS comunitario debe continuarse como una estrategia permanente del programa nacional para el control de la TB, no ligada a un proyecto de duración limitada.

Bibliografía

1. World Health Organization. Global tuberculosis report. ; 2014.
2. Bates I, Fenton C, Gruber J, Lalloo D, Medina Lara A, Squire SB, et al. Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level. *The Lancet Infectious Diseases*. 2004 May; 4: p. 267-77.
3. Herrero MB, Greco A, Ramos S, AS. Del riesgo individual a la vulnerabilidad social: factores asociados a la no adherencia al tratamiento de tuberculosis. *Rev Argent Salud Pública*. 2011 Set; 2(8): p. 36-42.
4. Organización Mundial de la Salud. The stop TB strategy. ; 2006.
5. Zachariah R, Reid T, Srinath S, Chakaya J, Legins K, Karunakara U, et al. Building leadership capacity and future leaders in operational research in low-income countries: why and how? *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases*. 2011; 15(10): p. 1426-1435.
6. Fuentes-Tafur LA. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2009; 26(3): p. 370-79.
7. García A CA, Muñoz S AI. Evaluación de indicadores programáticos: la necesidad de un enfoque social de las tuberculosis. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2014; 32(2): p. 76-84.
8. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia y control de tuberculosis. ; 2011.
9. Organización Panamericana de la salud- Agencia española de cooperación internacional para el desarrollo. Reunión Regional sobre control de la TB en las grandes ciudades, Desafíos y Abordajes. [Online].; 2011 [cited 2013 Junio 09]. Available from:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=17511&Itemid=.
10. Ministerio de la Protección Social. Plan Estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010-2015. [Online].; 2009 [cited 2013 Junio 09]. Available from:
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&catid=686&Itemid=361.

11. Instituto Nacional de Salud. Informe preliminar del evento Tuberculosis hasta el periodo epidemiológico XIII, Colombia 2014. [Online].; 2015 [cited 2015 Marzo. Available from: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiol%C3%B3gico/TUBERCULOSIS%20Periodo%20XIII%202014.pdf>.
12. Así vamos en salud. Indicadores. [Online].; 2013 [cited 2014 Diciembre. Available from: <http://www.asivamosensalud.org/inidicadores/estado-de-salud/grafica.ver/52>.
13. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud, Colombia. ; 2013.
14. Ugarte-Gil CA. Tuberculosis: Un enfoque de Derechos Humanos. Acta Med Per. 2009; 26(1): p. 55-57.
15. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario. INPEC. Boletín Estadístico Octubre. ; 2013.
16. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. [Online].; 2012 [cited 2014. Available from: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2012.
17. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Proyecciones de población Departamentales por área 2005-2020. [Online].; 2010 [cited 2015 Marzo. Available from: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/ProyeccionMunicipios2005_2020.xls.
18. Mecanismo Coordinador de País, Colombia. La tuberculosis en el país. [Online].; 2013 [cited 2015 Marzo. Available from: <http://www.mcpcolombia.co/tuberculosis/la-tb-en-el-pais>.
19. Ramos L, Ortiz JA, Nieto CJ. V Censo de habitantes de la calle. Bogotá: Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud- Secretaría de Integración Social; 2007.
20. Alcaldía de Santiago de Cali. Cali en cifras. , Departamento Administrativo de Planeación; 2011.
21. Universidad de Antioquia. Centro de Estudios de Opinión. Informe de Realización del Censo de habitantes de calle y en calle de la ciudad de Medellín y sus corregimientos. ; 2009.

22. Burbano Chapid YR. Evaluación de las acciones del programa de control y prevención de tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia Alto a la TB como parte de la atención integral al habitante de calle. Tesis de Grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2012.
23. Correa ME, Orozco MM, Uribe MT, Barraza T, Zapata AM, Villa CM, et al. Habitantes de la calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. Eleuthera. 2012 Enero-Junio; 6: p. 101-126.
24. DANE. Encuesta Nacional de Calidad de Vida. [Online].; 2014. Available from: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/Presentacion_ECV_2014.pdf.
25. DANE. Resultados censo 2005. Poblacion con NBI a Diciembre de 2011. [Online].
26. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010; 46(5): p. 255-274.
27. Farga V, Caminero J. Tuberculosis. 3rd ed.: Mediterraneo; 2011.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Circular Externa 007 de 2015. In.
29. Pizarro , R. La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. 2001 Febrero..
30. Banco Interamericano de Desarrollo. Inclusión social y desarrollo económico en América Latina. ; 2004.
31. Del Campo Alepuz G. Apuntes: Sociología de la salud. Exclusión social y salud. [Online].; 2011 [cited 2015 Febrero. Available from: http://www.aniorte-nic.net/progr_asignat_sociolog_salud.htm.
32. Agost Felip MR, Martín Alfonso L. Acercamiento al papel de los procesos de exclusión. Revista Cubana de Salud Pública. 2012; 38(1): p. 126-140.
33. Organización Mundial de la Salud, Comité de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades de una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Resumen Analítico del Informe Final. ; 2008.
34. Organización de los Estados Americanos. Desigualdad e inclusión social en las Américas. [Online].; 2011. Available from: www.oas.org/docs/desigualdad/LIBRO-DESIGUALDAD.pdf.

35. Vega J, Solar O, Irwin A. cursos.campusvirtualsp.org. [Online]. [cited 2014 Diciembre]. Available from:
http://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf.
36. Hernandez Alvarez M. El concepto de equidad y el debate sobre lo justo en salud. Rev. Salud Pública. 2008; 10 sup(1): p. 72-82.
37. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? Rev Panam Salud Pública. 2002; 11(5/6): p. 302-309.
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. [Online]. [cited 2015]. Available from:
<http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>.
39. Martín Zurro A, Cano Perez J. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 6th ed. Barcelona (España): Elsevier; 2008.
40. OMS-Unicef. Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. In Declaración de Alma-Ata; 1978; Alma-Ata, URSS.
41. Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas Washington: OPS/OMS; 2007.
42. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo de capacidades. Nota de práctica. [Online].; 2008 [cited 2015 Enero]. Available from:
http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/spanish/SP_Nota%20de%20Practica_Desarrollo%20de%20Capacidades.pdf.
43. Jaramillo E. Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: Una perspectiva latinoamericana. Organización Mundial de la Salud; 2002.
44. Alarcón Arrascue E. Sistematización de la Experiencia y Diseño de la Propuesta Metodológica de DOTS Comunitario en el Ecuador. Primera Fase: Diagnóstico. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2007.
45. do Prado TN, Wada N, Molino Guidoni L, Golub JE, Dietze R, Noia Maciel EL. Cost-effectiveness of community health worker versus home-based guardians for directly observed treatment of tuberculosis in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. Cad. Saúde Pública. 2011 Mayo; 27(5): p. 944-952.
46. Fuentes Tafur LA, Ticona Chavez E, Velasco Guerrero JC, Carpio Montenegro WV, Rumaldo Gomez EG, Canelo Marrufo P. El Plan TBZero: Un enfoque integral para

- el control de la Tuberculosis. *Acta Med Per.* 2012; 29(2): p. 104-112.
47. Soares ECC, Vollmer WM, Cavalcante SC, Pacheco AG, Saraceni V, Silvam JS, et al. Tuberculosis control in a socially vulnerable area: a community intervention beyond DOT in a Brazilian favela. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17(12): p. 1581-1586.
 48. Kaminemi VV, Wilson N, Das A, Satyanarayana S, Chadha S, Sachdeva KS, et al. Addressing poverty through disease control programmes: examples from Tuberculosis control in India. *International Journal for Equity in Health.* 2012; 11(17).
 49. Maher D, van Gorkom J, Gondrie P, Raviglione M. Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999; 3(9): p. 762-768.
 50. Sinanovic C, Floyd K, Dudley L, Azevedo V, Grant R, Maher D. Cost and cost-effectiveness of community-based care for tuberculosis in Cape Town, South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(9): p. S56-S62.
 51. van den Boogaard J, Lyimo R, Irongo C, Boeree M, Schaalma H, Aarnoutse R, et al. Community vs. facility-based directly observed treatment for tuberculosis in Tanzania's Kilimanjaro Region. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2009; 13(12): p. 1524-1529.
 52. Kawatsu L, Sato N, Ngamvithayapong-Yanai J, Ishikawa N. Leaving the street and reconstructing lives: impact of DOTS in empowering homeless people in Tokyo, Japan. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2013; 17(7): p. 940-946.
 53. Ruedas Marrero M, Ríos Cabrera MM, Nieves F. Hermenéutica: La roca que rompe el espejo. *Investigación y Postgrado.* 2009 Agosto; 24(2).
 54. San Martín Cantero D. Teoría fundamentada y Atlas.ti: recursos metodológicos para la investigación educativa. *Revista electrónica de investigación educativa.* 2014 Enero; 16(1).
 55. Angel Pérez DA. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. *Estudios de filosofía.* 2011 Diciembre;(44).
 56. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Guía práctica para la sistematización de proyectos y programas de cooperación técnica. [Online].; 2005. Available from: <http://www.fao.org/3/a-ah474s.pdf>.
 57. Noreña AL, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan.* 2012 Dic; 12(3):

p. 263-274.

58. Asociación Medica Mundial. Universidad de la Sabana. [Online].; 2013 [cited 2015. Available from:
http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Declaracion_Helsinki_2013.pdf.
59. Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, OPS/OMS. 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.; 2007.
60. Ministerio de Salud y Protección Social. Página WEB Reporte publicado en la página web del MSPS el día Jueves, 29 de marzo de 2012. [Online].; Marzo 29 de 2012 [cited 2015 Enero 20. Available from:
<https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia%20avanza%20en%20control%20de%20la%20tuberculosis.aspx>.
61. Rodriguez, D; Gil, N; Rondon, M. Informe preliminar resultados Fase I Proyecto Fondo Mundial "Fortalecer la estrategia Alto a la Tuberculosis en 46 municipios prioritarios de Colombia". Bogotá: Fondo Mundial, Ministerio de Salud y Protección Social, OIM.; 2015.
62. Hurtig A, Porter J, Ogden J. Tuberculosis control and directly observed therapy from the public health/human rights perspective. *Int J Tuberc Lung Dis.* 1999; 3(7): p. 553-560.
63. Waisbord S. Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador and Paraguay. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(3): p. 168-74.
64. Waaler H. Tuberculosis and poverty. *International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases.* 2002; 6(9): p. 745-746.
65. Figueroa-Munoz IJ. Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bulletin of The World Health Organization.* 2008 Septiembre; 86(9): p. 733-735.
66. Departamento Nacional de Planeación. Una aproximación a la vulnerabilidad. [Online]. [cited 2013 Junio 09. Available from:
https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DDS/SISD/boletin34_4.pdf.
67. AJMC. Vulnerable populations: Who are they? *American Journal of Managed Care.* 2006 Noviembre; 12(13 Suppl): p. 348-352.

-
68. Departamento Nacional de Planeación. Evaluación de vulnerabilidad. [Online]. [cited 2013 Junio 09. Available from: https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Desarrollo%20Social/boletin34_3.pdf.
69. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. Año internacional de los y las afrodescendientes. [Online].; 2011 [cited 2014. Available from: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/Situacion_Colombia_-_Afrodescendientes_2011.
70. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. ACNUR. Situación Colombia Indígenas. [Online].; 2012 [cited 2014. Available from: http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=t3/fileadmin/Documentos/RefugiadosAmericas/Colombia/2012/Situacion_Colombia_-_Pueblos_indigenas_2012.

Anexos

A. Anexo. Criterios de priorización de la experiencia

Preguntas orientadoras iniciales	Relevancia (25%)	Aplicabilidad (25%)	Innovación (25%)	Sostenibilidad (25%)	
A. La experiencia es exitosa B. La experiencia no es exitosa C. La experiencia cuenta con aplicación de métodos innovadores	¿Tiene significación o importancia, sobresale, resulta, es esencial, para quien, en qué contexto?	¿Es aprovechable, tiene utilidad, ofrece soluciones, es posible replicarla, a que costo?	¿Modifica actuaciones rutinarias, enriquece teoría y práctica, facilita avances y evolución, presenta nuevas alternativas?	¿Es posible integrar el método a la práctica cotidiana, los efectos duran a largo plazo, implican dependencia o es autosuficiente?	Total (100%)
C	4 / 4	4 / 4	4 / 4	3 / 4	3,75 / 4

B. Anexo. Identificación de actores directos e indirectos

Tipo de actor	Grupo	Representante	Nivel de prioridad	Participación en:
Directo	Población habitante de calle	Ciudadano habitante de calle	Alto	Recepción del servicio del programa de TB, consistente en detección, tratamiento farmacológico, apoyo psicosocial, y otros.
	Fundaciones para habitantes de calle	Fundación Samaritanos	Alto	Gestión para la atención en salud del habitante de calle sintomático respiratorio,
	Líderes comunitarios	Líder comunitario	Alto	Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, enlace entre la comunidad y los servicios de salud
	Comunidad	Grupo de comunidad	Alto	Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, enlace entre la comunidad y los servicios de salud
	Personas beneficiadas	-Pacientes privados de la libertad -Pacientes población general	Alto	Recepción del servicio del programa de TB, consistente en detección, tratamiento farmacológico y apoyo psicosocial
Indirecto	Operadores	Operador	Alto	Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, enlace entre la comunidad, líderes comunitarios y los servicios de salud.
	Servicios de salud	Referente programa TB	Medio	Realizar búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, pruebas diagnósticas y entrega de tratamiento farmacológico, apoyo psicosocial, gestión.
	Equipo Nacional	Epidemiólogo	Medio	Apoyo técnico, gestión institucional, evaluación del programa.
	Equipo Nacional	Coordinador Programa Control TB	Alto	Liderar las acciones de promoción y prevención en TB.

C. Anexo. Consentimientos informados

❖ Consentimiento Informado general

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones están interesados en conocer el grado de desarrollo, apropiación y reconocimiento del programa de tuberculosis con el fin de realizar mejoras al mismo, para lo cual se está haciendo una reconstrucción con ayuda de los actores más importantes que hicieron parte del proceso. Agradecemos su colaboración al conceder esta entrevista, la cual durará cerca de 45 minutos.

Al firmar usted acepta conceder la entrevista y manifiesta entender que está en el derecho de darla por terminada en el momento que así lo desee; que la información que usted brinde será manejada con confidencialidad; y que se realizará una grabación de voz únicamente para facilitar el proceso de recolección de la información.

Nombre _____

Firma _____

Cédula No. _____

Testigo

Nombre _____

Firma _____

Cédula No. _____

❖ Consentimiento Informado Profesional de la Salud

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones están interesados en conocer el grado de desarrollo, apropiación y reconocimiento del programa de tuberculosis con el fin de realizar mejoras al mismo, para lo cual se está haciendo una reconstrucción con ayuda de los actores más importantes que hicieron parte del proceso. Agradecemos su colaboración al conceder esta entrevista, la cual durará cerca de 45 minutos.

Al firmar usted acepta conceder la entrevista y manifiesta entender que está en el derecho de darla por terminada en el momento que así lo desee; que la información que usted brinde será manejada con confidencialidad; que de ninguna manera sus respuestas influirán en la permanencia en su trabajo o en la posibilidad de ser contratado(a) nuevamente; y que se realizará una grabación de voz únicamente para facilitar el proceso de recolección de la información.

Nombre _____

Firma _____

Cédula No. _____

Testigo

Nombre _____

Firma _____

Cédula No. _____

❖ Consentimiento Informado Grupo focal

El Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Internacional para las Migraciones están interesados en conocer el grado de desarrollo, apropiación y reconocimiento del programa de tuberculosis con el fin de realizar mejoras al mismo, para lo cual se está haciendo una reconstrucción con ayuda de los actores más importantes que hicieron parte del proceso. Agradecemos su colaboración al participar en este conversatorio, el cual durará cerca de 1 hora.

Al firmar ustedes aceptan participar y manifiestan entender que están en el derecho de dar por terminada la actividad en el momento que así lo deseen; que la información que brinden será manejada con confidencialidad; que de ninguna manera sus respuestas influirán en la posibilidad de ser beneficiados por este u otro programa del estado; y que se realizará una grabación de voz únicamente para facilitar el proceso de recolección de la información.

Nombre	Firma	Barrio o vereda

Testigo

Nombre _____

Firma _____

Cédula No. _____

D. Anexo. Preguntas orientadoras

❖ **Entrevista DOTS Comunitario. Profesional de la salud**

- ¿En qué consiste el proyecto de tuberculosis enfocado en la comunidad
- ¿Cuál considera usted que es el objetivo de este proyecto?
- ¿Cuál es su papel en el desarrollo de este proyecto?
- ¿Usted considera que el proyecto responde a las necesidades de los pacientes y de la comunidad? Si es así, ¿de qué manera lo hace?
- ¿Cuáles oportunidades de mejora identifica usted en el proyecto; qué cambiaría, que fortalecería y qué dejaría de hacer?
- ¿Existe algún grupo de población al que sea más difícil llegar con el proyecto? ¿Por qué?
- ¿Cuáles sectores de la ciudad son más difíciles para acceder? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de estrategias se han diseñado para llegar a esa población y a esos sectores más críticos?
- ¿Cuáles considera que son las causas más comunes de no adherencia al tratamiento? ¿Qué medidas toma el proyecto frente a esas causas?
- ¿Cómo califica el papel de la comunidad en el DOTS, que nivel de compromiso se observa?
- ¿Cómo motivan ustedes a la comunidad para que participe activamente de este proyecto de DOTS comunitario?
- ¿Cómo calificaría la respuesta de los servicios de salud frente a los requerimientos de las personas que se benefician del proyecto?
- ¿Considera usted que el proyecto es sostenible, que puede perdurar y continuar dando resultados en el tiempo? ¿De qué depende la sostenibilidad?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el desarrollo de esta estrategia? ¿Por qué cree que fue exitoso?

❖ Entrevista DOTS Comunitario. Líder comunitario

- ¿Desde hace cuánto viene trabajando como líder comunitario?
- ¿Por qué le gusta ser líder comunitario?
- ¿Cuál es la comunidad que usted representa?
- ¿Más o menos cuantas familias conforman su comunidad?
- ¿Cuál cree que es la problemática más importante de su comunidad?, y específicamente en salud ¿cuál es la necesidad más sentida?
- ¿En términos generales en qué consiste el programa de tuberculosis en comunidad realizada por NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA
- ¿Cuál es su papel como líder comunitario en el desarrollo de ese programa?
- ¿Cuál ha sido su motivación para participar en el programa?
- ¿De qué manera la estrategia le permite ejercer su liderazgo en la comunidad?
- ¿Considera que su labor es útil para el programa? ¿Por qué? ¿Qué comentarios recibe usted al respecto de su trabajo?
- ¿Cómo es la respuesta de la comunidad? ¿Considera que es fácil lograr que las personas con tos asistan al programa?
- ¿En esos casos en que las personas no van a que les hagan exámenes, cuál cree usted que es el motivo para no ir?
- Describame las estrategias que usted utilizaría para llegarle a una persona que presenta tos y convencerla de que vaya a hacerse el examen
- ¿Qué tipo de información le brinda usted a su comunidad ver la importancia de controlar la tuberculosis?
- Como líder comunitario, ¿usted cree que este programa tiene algún impacto en la vida de las personas que están en él?
- Si usted pudiera hacer uno o dos cambios pequeños en el programa para que se mejore y fortalezca, ¿cuáles serían esos cambios?
- ¿Y cómo ve usted la respuesta de los servicios de salud frente a lo que se necesita en el programa?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el programa? ¿Por qué cree que fue exitoso?

❖ **Grupo focal DOTS Comunitario. Paciente en tratamiento**

- ¿Qué saben acerca de la tuberculosis? ¿Cuáles son los síntomas?
- ¿A quiénes les puede dar TB?
- ¿Cómo adquiere uno esta enfermedad? (Como se contagia)
- ¿La TB se puede curar? ¿Cómo?
- ¿Que sintieron cuando se la diagnosticaron?
- ¿Alguien más de su familia tiene esta enfermedad?
- ¿En términos generales cuéntenme en qué consiste el proyecto de TB que lidera NOMBRE DE LA PERSONA
- ¿Cuánto tiempo llevan en tratamiento?
- ¿Este proyecto ha tenido algún impacto en su vida? Si es así, ¿qué tipo de impacto?
- ¿Qué ha sido lo más difícil para cumplir con el tratamiento?
- ¿Qué lo anima para terminar el tratamiento? ¿En algún momento ha pensado desistir?
- ¿Cuál es su percepción sobre la labor de los líderes comunitarios (nombres)?
- ¿Sienten el apoyo de su comunidad para cumplir con el tratamiento?
- Sienten el apoyo de las instituciones, ¿de cuáles?
- ¿Cuáles estrategias creen que deben utilizar los líderes comunitarios para que las personas con síntomas accedan a hacerse los exámenes?
- ¿cuáles estrategias deben realizar para que todos terminen exitosamente su tratamiento para la TB?
- Si pudieran hacer un cambio pequeño en el programa para que se mejore y fortalezca, ¿cuál sería ese cambio?
- ¿Cómo calificarían la respuesta del servicio de salud en la atención de los enfermos de TB?

❖ **Entrevista DOTS Comunitario. Paciente curado**

- ¿Hace cuánto le diagnosticaron TB?
- ¿qué sintió cuando se la diagnosticaron?
- ¿Cómo cree que adquirió la TB?
- ¿Alguien más de su familia o vecinos tiene esta enfermedad?
- En términos generales en qué consiste el programa de tuberculosis en comunidad realizado por NOMBRE DE LA PERSONA ENCARGADA
- ¿Cuál fue su mayor motivación para participar en este programa?
- ¿Este programa ha tenido algún impacto en su vida? Si es así, ¿qué tipo de impacto?
- ¿Qué fue lo más difícil para cumplir con el tratamiento?
- ¿Qué lo animó a terminar el tratamiento? ¿En algún momento quiso desistir?
- ¿Cuál es su percepción sobre la labor de los líderes comunitarios (nombres) en el desarrollo de este programa?
- ¿Sienten el apoyo de su comunidad para cumplir con el programa?
- ¿Sienten el apoyo de las instituciones? ¿de cuáles?
- ¿Cuáles estrategias cree usted que deben utilizar los líderes comunitarios para que las personas que tienen síntomas accedan a hacerse los exámenes?
- ¿Y cuales estrategias deben realizar para que todos terminen exitosamente su tratamiento para la TB?
- Si usted pudiera hacer uno o dos cambios en el programa para que se mejore y fortalezca, ¿cuáles serían esos cambios?
- ¿Cómo calificaría la respuesta del servicio de salud en la atención de los enfermos de TB?

❖ Entrevista DOTS Habitante de Calle. Representante Fundación

- ¿Podría comentarme brevemente cuál es la misión de la fundación Samaritanos y cuáles son los principales ejes de acción?
- Describa por favor en qué consiste el proyecto de atención al habitante de calle para el control de la tuberculosis
- ¿Cuál es el papel de la fundación en el desarrollo de este proyecto?
- ¿Cómo cree que el proyecto en mención le apunta a lograr el objetivo misional de la fundación?
- Como representante de la Fundación, ¿cuál cree usted que es el impacto de este proyecto en la vida del habitante de calle?
- ¿Usted considera que el proyecto responde a las necesidades del habitante de calle? Si es así, ¿de qué manera lo hace? Y si no, ¿qué le hace falta?
- ¿Cuáles oportunidades de mejora identifica usted en el proyecto; qué cambiaría, que fortalecería y qué dejaría de hacer?
- ¿Cómo cree que la comunidad puede aportar en este proyecto, de qué manera se ha involucrado?
- ¿Cómo calificaría la respuesta de los servicios de salud frente a los requerimientos del proyecto para dar respuesta a la población habitante de calle?
- ¿Considera usted que el proyecto es sostenible, que puede perdurar y continuar dando resultados en el tiempo? ¿De qué depende la sostenibilidad?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el desarrollo de este proyecto? ¿Por qué cree que fue exitoso?

❖ **Entrevista DOTS Habitante de Calle. Profesional de la salud**

- ¿En qué consiste el proyecto de tuberculosis dirigido a habitante de calle?
- ¿Cuál considera usted que es el objetivo de este proyecto?
- ¿Cuál es su papel en el desarrollo de este proyecto?
- ¿Usted considera que el proyecto responde a las necesidades de los pacientes y de la comunidad? Si es así, ¿de qué manera lo hace?
- ¿Cuáles oportunidades de mejora identifica usted en el proyecto; qué cambiaría, que fortalecería y qué dejaría de hacer?
- ¿Dentro del grupo de habitante de calle existe algún subgrupo al que sea más difícil llegar con el proyecto? ¿Por qué?
- ¿Cuáles sectores de la ciudad son más difíciles para acceder? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de estrategias se han diseñado para llegar a esa población y a esos sectores más críticos?
- ¿Cuáles considera que son las causas más comunes de no adherencia al tratamiento en la población habitante de calle?
- ¿Qué medidas toma el proyecto frente a esas causas?
- ¿Cómo califica el papel de la comunidad en el DOTS dirigido a habitante de calle, que nivel de compromiso se observa?
- ¿Cómo motivan ustedes a la comunidad para que participe activamente de este proyecto de DOTS comunitario?
- ¿Cómo calificaría la respuesta de los servicios de salud frente a los requerimientos de las personas que se benefician del proyecto?
- ¿Considera usted que el proyecto es sostenible, que puede perdurar y continuar dando resultados en el tiempo? ¿De qué depende la sostenibilidad?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el desarrollo de este proyecto? ¿Por qué cree que fue exitoso?

Entrevista DOTS Habitante de Calle. Operador par

- ¿Cuénteme sobre el proyecto de tuberculosis que se realiza con habitante de calle y que usted está apoyando?
- ¿Y a usted qué le toca hacer en ese proyecto?
- ¿Y le gusta esa tarea?
- ¿Que lo animó a participar en este proyecto?
- ¿Este trabajo de control de la tuberculosis le permite ejercer su liderazgo en la comunidad? ¿Cómo?
- Describame como hace usted para llegarle a un habitante de calle y convencerlo de que recoja la muestra para el examen y de que se tome los medicamentos del tratamiento
- ¿Es difícil convencer a los compañeros de la calle para que continúen con el tratamiento completo? ¿Qué es lo más difícil?
- ¿Usted siente que lo que está haciendo es útil para los demás? ¿Por qué?
- ¿Le han dicho algo bonito sobre ese trabajo que usted realiza?
- Si usted pudiera hacer un cambio pequeño al proyecto para que se mejore ¿cuál sería ese cambio?
- ¿Cómo es la atención de los servicios de salud con los habitantes de calle?
- ¿Ha sentido rechazo?
- ¿Hay algún caso de un compañero que se haya curado de tuberculosis gracias a este proyecto?

❖ **Entrevista DOTS Población Privada de la Libertad. Profesional de la salud**

- ¿En qué consiste el proyecto de tuberculosis con la población privada de la libertad?
- ¿Cuál considera usted que es el objetivo de este proyecto?
- ¿Cuál es su papel en el desarrollo de este proyecto?
- ¿Usted considera que el proyecto responde a las necesidades de los pacientes y de la comunidad carcelaria? Si es así, ¿de qué manera lo hace?
- ¿Cuáles oportunidades de mejora identifica usted en el proyecto; qué cambiaría, que fortalecería y qué dejaría de hacer?
- ¿Dentro de la cárcel existe algún grupo de pacientes al que sea más difícil llegar con el proyecto? ¿Por qué?
- ¿Qué tipo de estrategias se han diseñado para llegar a ese grupo?
- ¿Cuáles considera que son las causas más comunes de no adherencia al tratamiento en la población privada de la libertad?
- ¿Qué medidas toma el proyecto frente a esas causas?
- ¿Cómo motivan ustedes a la comunidad carcelaria para que participe activamente de este proyecto de DOTS comunitario?
- ¿Cómo calificaría la respuesta de los servicios de salud frente a los requerimientos de los pacientes con tuberculosis?
- ¿Considera usted que el proyecto es sostenible, que puede perdurar y continuar dando resultados en el tiempo? ¿De qué depende la sostenibilidad?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el desarrollo de este proyecto? ¿Por qué cree que fue exitoso?

❖ **Entrevista DOTS Población Privada de la Libertad. Paciente curado**

- Cuénteme sobre el proyecto de tuberculosis que se realiza en la cárcel
- ¿Este proyecto ha tenido algún impacto en su vida? Si es así, ¿qué tipo de impacto?
- ¿Cuál fue su mayor motivación para hacerse los exámenes y empezar el tratamiento?
- ¿Qué fue lo más difícil para cumplir con el tratamiento?
- ¿Qué lo animó a terminar el tratamiento? ¿En algún momento quiso dejarlo?
- ¿Cree que pueda volver a enfermarse de tuberculosis?
- ¿Cómo previene que vuelva a enfermarse?
- ¿Cómo le parece el trabajo que realizan los líderes (nombres)?
- ¿Cómo cree que deberían hacer ellos para llegarle a todos los internos y convencerlos de que se hagan el examen y para que se tomen el tratamiento?
- ¿Usted le ha dicho a algún compañero que se haga el examen para saber si tiene tuberculosis?
- ¿Cómo se puede motivar a la comunidad carcelaria para que se involucre en este proceso?
- ¿Si usted pudiera hacer un cambio en el proyecto para que mejore que cambio haría?
- ¿Cómo le parece el servicio de salud para los internos que tienen tuberculosis?

❖ Entrevista DOTS Población Privada de la Libertad. Agente comunitario

- En términos generales cuénteme en qué consiste el proyecto de atención y tratamiento de la TB en la población privada de la libertad
- ¿Cuál es su papel como líder en el desarrollo de este proyecto?
- ¿Cuál ha sido su motivación para participar como líder en el proyecto?
- ¿De qué manera el proyecto le permite ejercer su liderazgo dentro de la comunidad carcelaria?
- Describame las estrategias que usted utiliza para llegarle a un compañero y convencerlo de que se beneficie del proyecto
- ¿Considera que su labor es útil en el proyecto? ¿Por qué? ¿Qué comentarios recibe usted al respecto de su trabajo?
- ¿cuál cree usted que es el impacto de este proyecto en la vida de las personas privadas de la libertad?
- Si usted pudiera hacer un cambio pequeño en el proyecto para que se mejore y fortalezca, ¿cuál sería ese cambio?
- ¿Cómo calificaría la respuesta del servicio de salud en la atención de la población privada de la libertad con tuberculosis?
- ¿Hay algún caso particular que quiera destacar como exitoso en el desarrollo de este proyecto? ¿Por qué cree que fue exitoso?