



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
Fundada en 1551
FACULTAD DE MEDICINA

TERCERA MEDICIÓN

**INFORME FINAL DE
CONSULTORIA 3ERA. MEDICIÓN DE
OBJETIVOS 1 Y 3
COMPONENTE SUB-ESTUDIO
TUBERCULOSIS
PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS Y LA TB-MDR EN EL
SISTEMA SANITARIO Y COMUNITARIO**

EQUIPO CONSULTOR

**MARÍA DEL ROSARIO JIMÉNEZ ALVA
CARMEN CONTRERAS MARTÍNEZ
ADRIEL OLÓRTEGUI YZU
MARTÍN YAGUI MOSCOSO
CÉSAR MUNAYCO ESCATE**

| INDICE | Pag. |
|--|-------------|
| I. Resumen Ejecutivo | 2 |
| Resumen de Hallazgos: Objetivo 1 | 3 |
| Resumen de Hallazgos: Objetivo 3 | 9 |
| II. Situación de la Tuberculosis Sensible y de la Tuberculosis MDR en el Perú | 12 |
| III. Problema y Objetivos del Estudio | 16 |
| IV. Metodología de trabajo | 17 |
| 4.1. Metodología de medición del Objetivo 1 | 18 |
| 4.2. Metodología de medición del Objetivo 3 | 22 |
| V. Resultados | 24 |
| 5.1. Resultados para el Objetivo 1 | 24 |
| 5.2. Resultados para el objetivo 3 | 53 |
| VI. Conclusiones y Recomendaciones del Estudio | 60 |

I. RESUMEN EJECUTIVO

El presente informe da cuenta de la Tercera Medición de los Indicadores 1 y 3 del componente Sub-Estudio Tuberculosis: “**Prevención y control de la tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y comunitario**”.

El programa “Fortalecimiento de la prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” se inició el 1ero. de diciembre del año 2003. Se encuentra financiado por el Fondo Mundial y administrado por un conjunto de organizaciones de naturaleza multisectorial agrupados en la CONAMUSA (Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud) que agrupa al Ministerio de Salud, ONUSIDA, ONGs y distintos sectores de la sociedad, a través del que se ha implementado un mecanismo de coordinación nacional.

Actualmente es la organización CARE el receptor principal y administrador de los recursos del proyecto, el que además cuenta con distintas organizaciones de Receptores y Sub-receptores, con distintas funciones de conducción, ejecución y supervisión de acciones.

El presente estudio ha sido realizado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos teniendo como sub-receptores que apoyaron el estudio durante toda su fase de diseño, planeamiento y ejecución, según objetivos:

- Objetivo 1: **Consortio liderado por ADRA Perú**
- Objetivo 3: **CARE**

El Proyecto, se lleva a cabo en el contexto de un Programa financiado por el Fondo Mundial y conducido por la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud –CONAMUSA denominado “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y Tuberculosis en el Perú”. Dentro de sus principales características de ejecución se encuentran las siguientes¹:

- Busca contribuir con los esfuerzos nacionales para controlar las epidemias de VIH/SIDA y TB en el Perú, mediante una mejora de la capacidad actual de la respuesta nacional frente a la epidemia, la optimización de los recursos, el incremento de la calidad de las intervenciones y la expansión de la cobertura de atenciones. También con las alianzas entre sector público y privado, no gubernamentales, personas afectadas (viviendo con VIH y de TB).
- Financiado por el FONDO MUNDIAL.
- Hay también los “sub-receptores”, organizaciones y consorcios, encargados de llevar a cabo las actividades para los cinco objetivos del componente VIH y los tres objetivos del componente TB, los que se ejecutan en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud y Educación y con el Instituto Nacional Penitenciario.

El objetivo 1 que plantea²: Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la tuberculosis baciloscópica en los AERT-TB. Tiene como contrapartes a la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis DGSP- del Ministerio de Salud.

El Objetivo 3 plantea: Extender la cobertura del DOTS PLUS y mejorar la tasa de curación de pacientes TB MDR en el país. Sus contrapartes son: Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis - DGSP del Ministerio de Salud y las Organizaciones de Personas afectadas de TB y tiene como sub-receptor al Ministerio de Salud

¹ Términos de Referencia; Tercera Medición de indicadores de los Objetivos 1 y 3 del componente TB: Sub estudio cuanti-cualitativo sobre la prevención y control de la tuberculosis y la TB-MDR en el sistema sanitario y en el contexto comunitario.

² Ibidem

Resultados Objetivo 1: Promover y fortalecer la participación y organización social de los enfermos con TB y de las poblaciones distritales, para disminuir la tuberculosis baciloscóptica en los AERT-TB

La siguiente tabla, presenta los resultados del conjunto de indicadores del objetivo 1 comparado según mediciones:

Tabla N° 1
Resultados de medición de Indicadores de Objetivo N° 1 según Mediciones

| Código | Indicador | LB I (2003) | LB II (2004) | LB III (2005) |
|--------|--|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| E.1 | Tasa de Incidencia de casos positivos de TBC baciloscóptica en la población peruana (por 100 000 hab.) | 68.8 | 66.4 | 67.1 |
| E.2 | Tasa de mortalidad por TB en todas sus formas (por 100 000 hab.) (personas afectadas de TB y TB-MDR que fallecen durante el periodo anual) | 3.95 | 3.82 | 4.02 |
| E.3 | Personas afectadas de TB que se les prescribe esquema primario y presentan persistencia de la baciloscopia positiva y cultivo positivo a partir del 4to. Mes desde que fue iniciado el esquema primario ³ | 3.8% | 2.9% | 2.4% |
| E.5 | Número de AERT TB | 70 | ND | 62 |
| E.7 | Número de distritos con AERT-RB | 20 | ND | 20 |
| E.8 | Porcentaje de éxito terapéutico en DOTS (%) | ND | ND | 91.1 |
| R.1.1 | % de planes locales que incluyen la prevención y control integral de TB ejecutados con participación social de enfermos, familias y organizaciones sociales en distritos de alto riesgo de transmisión de TB | 0 | 30.0 | 50.0 |
| R.1.2 | Proporción de organizaciones sociales participando en actividades de prevención y control de la TB en distritos con AERT-TB (%) | 4.8 | 13.4 | 57.6 |
| R.1.3 | Proporción de organizaciones sociales participando en planes locales que incluyan actividades de prevención y control de la TB en distritos con AERT-TB | 0 | 9.6 | 13.5 |
| R.1.4 | Proporción de enfermos, familiares y equipos de salud que han recibido programas educativos para el control integral de la TB y defensa de los derechos humanos (%) | 5.0 (e) 1.1 (f) 12.2 (t) | 13.5 (e) 3.1 (f) 53.7 (t) | 76.8 (e) 33.7 (f) 35.0 (t) |
| R.1.5 | Nº de distritos con AERT-TB trabajando con ASET, GO-TB o la Red Solidaria Activo | 0/20 | 16/20 | 18/20 |
| R.1.6 | Proporción de contactos examinados de acuerdo a norma nacional (%) | 85.88 | 74.72 | 88,32 |
| R.1.7 | Porcentaje de contactos menores de 15 años recibiendo quimioprofilaxis por seis meses | 85.8 | 85.7 | 86.7 |
| R.1.8 | Porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH | 46.7 | 48.6 | 55.5 |
| R.1.9 | Porcentaje de personas que abandonaron la estrategia DOTs | 4.3 | 4.2 | 3.7 |
| R.1.10 | Proporción de enfermos y sus familias en pobreza con soporte nutricional | 12.6 | 15.3 | 35.1 |
| R.1.11 | Porcentaje de AERT con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas | 9.7 | 22.0 | 2.9 |
| R.1.12 | Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis pulmonar detectados a través del examen de contactos FP+ | 0.33 | 0.34 | 0.32 |
| R.1.13 | Número de pacientes recibiendo tratamiento DOTs | 18,546 | 18,289 | 18,490 |
| R.1.14 | Porcentaje de detección de casos en DOTs,, | ND | ND | 3.66 |

ND = No disponible

Los hallazgos más relevantes respecto a los indicadores del objetivo 1 son los siguientes:

³ Para este indicador se ha tomado en cuenta los resultados a partir del 4to. Mes desde que fue iniciado el esquema primario, debido a que en la información brindada por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis- DGSP del Ministerio de Salud, este valor se ha obtenido de esta manera.

INDICADOR E.1: Tasa de incidencia de casos positivos de tuberculosis bacilosκόpica en la población peruana.

El en 2005 se ha registrado una tasa de 67.1 x 100000 habitantes, cifra mayor que la registrada para el año 2004 (segunda medición), pero ligeramente inferior que la observada en la primera medición). Lo que puede indicar un comportamiento estacionario en el riesgo de enfermar por tuberculosis en el país y la afirmación de que las acciones de la ESN-PCT han alcanzado sostenibilidad en sus actividades de: búsqueda, detección y diagnóstico de pacientes con TB.

INDICADOR E.2: Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas sus formas.

Los pacientes fallecidos por tuberculosis en todas sus formas para el año 2005 fueron 1,123 pacientes calculándose una tasa de 4,02 x 100,000 habitantes. Las tasas de mortalidad por tuberculosis para los años 2003 y 2004 fueron de 3,96 y 3.82 x 100,000 habitantes respectivamente. Como en el caso del indicador E.1, el comportamiento es estacionario (no se observan grandes variaciones).

INDICADOR E.3: Porcentaje de fracasos a esquemas primarios

El porcentaje de fracasos a esquema primario para la cohorte de tratamiento del año 2005 fue de 2.4 % (valor de la cohorte anual). El porcentaje de fracasos para el esquema uno para los años 2003 y 2004 fue del 3.8% y 2.9% respectivamente. Cabe precisar que los valores presentados se refieren a los pacientes que continúan FP *a partir del cuarto mes de tratamiento*, que es el momento en el cual se determina el fracaso al tratamiento. Una explicación tentativa del incremento del porcentaje de fracasos a esquemas primarios, sobre todo en el año 2003, sería el debilitamiento de la estrategia sanitaria nacional, asociada a los cambios políticos ocurridos en los años previos (2001), además de la instalación de nuevas estrategias en el sector salud bajo el soporte del Banco Mundial y otros organismos financieros internacionales. Todo ello probablemente propicio o conllevó a un menor apoyo en de las actividades de prevención y control de la tuberculosis incluyendo las de supervisión y capacitación del personal de salud.

INDICADOR E.5: Número de AERT-TB

En la presente medición el número de AERT-TB asciende a 62, lo que representa una disminución del 11.4% del total de 70 áreas definidas para monitorear los logros del programa. Es importante añadir que en la primera medición se incluyeron 5 áreas que no reunían los criterios anteriormente mencionados desconociéndose el criterio usado para su inclusión dentro del grupo de 70 AERT-TB.

INDICADOR E.7: Número de distritos con AERT-TB

El número de distritos con AERT-TB activos es de 20 (sobre un total de 20 distritos considerados) es decir que el número de distritos con AERT-TB no ha variado.

INDICADOR E.8: Porcentaje de éxito terapéutico en DOTS

En el año 2005 la cohorte de tratamiento al esquema uno en pacientes nunca tratados con TBP frotis positivo, mostró un 91.1% de curación. Para los años 2003 y 2004, los porcentajes de éxito terapéutico fueron del 89.3% y del 89.6% respectivamente. La última medición muestra una recuperación del indicador en relación a las dos mediciones anteriores, por lo tanto se aproximan a los valores obtenidos en los años 2001 y 2002. En general, la tendencia del indicador no ha variado significativamente. Sin embargo, debe considerarse la necesidad de reforzar las actividades DOTS.

Es importante mencionar que en las mediciones basales previas del Fondo no se exigió este indicador por lo cual los datos que estamos consignando corresponden a las cohortes de tratamiento de los años respectivos.

INDICADOR R.1.1: Proporción de Planes locales que incluyen el control integral de TB ejecutados con participación social de enfermos, familias y organizaciones sociales en distritos con alto riesgo de transmisión de TB.

Dentro del marco de 10 distritos con planes integrales de desarrollo, se encontró que ocho incluían el componente de salud. De estos, cuatro realizaban acciones de control integral de TB con participación de la comunidad, hallazgos que determinan que el 50.0% de los municipios que trabajan en salud, realizan actividades conjuntamente con la comunidad para la prevención y control de la TB. Es necesario resaltar que este indicador fue del 0% en la primera medición y en la segunda alcanzó un 30%.

Dentro de los hallazgos cualitativos se destaca que los diferentes actores reconocen la importancia de que su distrito pertenezca a una AERT-TB, e insisten en la necesidad de elaborar y cumplir con un plan de lucha contra la TB. Diversos actores a nivel local también señalan que alguna de las principales dificultades de los municipios donde se lograron plantear planes de lucha contra la tuberculosis, son: la falta de compromiso de parte de algunas autoridades; cambios de gestión en los gobiernos locales; y otras dificultades inherentes a dificultades de tiempo y recursos de los integrantes de las organizaciones sociales. Se destaca así mismo, el importante rol de los establecimientos de salud a nivel local, los que realmente impulsan de mayor manera estas acciones, en mayor magnitud que los municipios.

INDICADOR R.1.2: Proporción de organizaciones sociales participando en actividades de prevención y control de la TB en los Distritos con AERT-TB

Se encontró que el 57.6% de OSB (64 de 111) estudiadas participaban en actividades de prevención y control de la TB. Para la primera medición este indicador alcanzó un 4.8% y para la segunda medición obtuvo el 13,4%. Esto evidencia que progresivamente se han ido incorporando mayor cantidad de organizaciones sociales en actividades.

Los hallazgos cualitativos evidencian que existe un buen desempeño de parte de las organizaciones sociales de base en la prevención y control de la tuberculosis, expresado por un lado en el reconocimiento de las organizaciones activas y que se sensibilice cada vez más a la población en el reconocimiento de este problema, y por otro lado, en la importancia que tiene para los establecimientos de salud la participación de la comunidad. Así por ejemplo, un médico responsable de una micro-red de salud, afirma: *“...ellos [se refiere a las OSB] son los brazos que tenemos nosotros a nivel de la comunidad, y de la manera como ellos se fortalezcan, que conozcan (sobre el tema), entonces nosotros vamos a fortalecer el trabajo conjunto de lo que es el sector y de lo que son ellos...”*

También sería conveniente impulsar un involucramiento más amplio de otros actores propios de la comunidad, como los comedores autogestionarios que tienen en algunas zonas un rol prominente en la ayuda a las personas necesitadas y sus familias.

INDICADOR R.1.3: Proporción de organizaciones sociales participando en planes locales que incluyan actividades de prevención y control de la TB en los Distritos con AERT-TB

La proporción de organizaciones sociales de base participando en planes locales que incluyen actividades de prevención y control de la TB en los distritos con AERT-TB fue para esta medición del 13.5%. Esto demuestra una tendencia creciente en comparación a la segunda medición en la cual el resultado fue de un 9.6% y en relación a la primera en la cual el resultado fue del 0%.

Como en los indicadores previos, las organizaciones sociales de base, tienen una enorme importancia en su participación en planes locales para la prevención y control de la TB en los distritos con AERT-TB, de particular manera se ha visto el reconocimiento de

los propios establecimientos de salud a nivel local y la necesidad de involucrar a mayor número de organizaciones sociales a nivel local.

INDICADOR R.1.4: Proporción de enfermos, familiares y equipos de salud de los establecimientos de los distritos con AERT-TB que han recibido programas educativos para el control integral de la TB y defensa de los DDHH.

Para la presente medición se encontró: 76,8% enfermos capacitados, 33,7% de familiares capacitados y 35% de equipos capacitados. Para la primera medición se encontraron 5,0% enfermos capacitados, 1,1% de familiares capacitados y 12,2% de equipos capacitados, y para la segunda medición 13,5% enfermos capacitados, 3,1% de familiares capacitados y 53,7% de equipos capacitados.

Entonces se evidencia un notable incremento (del 76,8%) en la proporción de enfermos que han recibido capacitación. El incremento es menor para los familiares. En el caso de los equipos de salud durante la segunda medición el valor fue de 53,7%, reduciéndose en esta tercera medición a un 35%.

Dentro de los hallazgos cualitativos se señala que algunos equipos de salud, aún no asumen de manera integral el manejo de la TBC a nivel local, según los propios integrantes de los servicios de salud, señalan que algunos establecimientos de salud, aún permanecen solo centrados en el manejo clínico médico de la tuberculosis, sin mostrar mucha disposición para labores de prevención y control de casos; así mismo refieren que existe una aparente falta de sensibilidad de algunos trabajadores del sector salud, como por ejemplo el “no mostrar mucho interés en personas que además de estar enfermas de TB, no tienen los recursos económicos suficientes para afrontar su tratamiento”.

INDICADOR R.1.5: Número de distritos con AERT-TB trabajando con ASET, GO-TB o la Red Solidaria activo

Para la presente medición se halló que 18 de 20 distritos están trabajando con ASET, GO-TB o la Red Solidaria, lo que representa un aumento de dos distritos en relación a la medición previa.

En lo cualitativo destaca que uno de los principales roles de la Red Solidaria es ayudar a que las personas afectadas puedan tener mayores márgenes de integración social, disminuyendo los problemas de estigma y de autoestima de las personas afectadas y a partir de este reconocimiento involucrarse en el tema de los derechos humanos y de los pacientes. Así a decir de un integrante de la Red Solidaria: *“...la red se creó porque se vio que el paciente, mucho, mucho se encerraba en sí mismo, no quería participar, la sociedad se avergüenza de ellos, y también porque la persona afectada, necesita defender sus derechos...”*

INDICADOR R.1.6: Proporción de contactos examinados de acuerdo a norma nacional

En el año 2005 se registraron 114,525 contactos examinados que representan el 88,32% del total de contactos censados. Para los años 2003 y 2004 los contactos examinados fueron 113,104 y 111,958 con una proporción de 85,8% y el 87,6% respectivamente del total de contactos censados.

Este pequeño incremento tanto en valores absolutos como porcentuales se puede explicar por el fortalecimiento de la estrategia nacional de control de la TB sobre todo a partir del año 2004. Sin embargo, aún hay una pequeña brecha por cubrir, la cual representa cerca de un 12% de contactos que si bien fueron detectados, no fueron examinados, estas son oportunidades perdidas que pueden atenuarse con la participación activa de promotores de salud y promoviendo visitas domiciliarias.

INDICADOR R.1.7: Porcentaje de contactos menores de 15 años recibiendo quimioprofilaxis por 6 meses

Para el año 2005, los contactos menores de 15 años que recibieron quimioprofilaxis fueron el 86.7% del total de contactos menores de 15 años censados de pacientes con TBP frotis positivo. Los contactos menores de 15 años que recibieron quimioprofilaxis para los años 2003 y 2004 fueron respectivamente el 85.86% y el 85.78%.

Consecuentemente se ha producido un muy pequeño incremento en el porcentaje de contactos menores de 15 años con quimioprofilaxis, pese a que el número absoluto ha disminuido (de 27,579 a 23,183). Esta diferencia se presenta porque el número de contactos menores de 15 años censados de pacientes con TBP BK positivos es diferente entre dichos años.

INDICADOR R.1.8: Porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH

La información proporcionada por la ESN-PCT señala que el porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH fue del 55.5%, esto representó un incremento de 8.8 puntos porcentuales en relación a la medición anterior del 2003. El número total de pacientes con VIH para el año 2005 fue de 2187.

Un poco más de la mitad del total de pacientes reportados por la Estrategia Sanitaria Nacional de ETS recibió tratamiento profiláctico con INH. Entre los posibles factores que pueden estar influyendo este porcentaje es la negación de los pacientes co-infectados para recibir la profilaxis, el estado clínico deteriorado de los pacientes, el poco acceso a los servicios de salud y el desconocimiento por parte de los pacientes.

INDICADOR R.1.9: Proporción de personas que abandonaron la estrategia DOTS

El porcentaje de abandono registrado para la cohorte de tratamiento del 2005 ha sido de 3.7%, siendo el valor más bajo en relación a los años 2003 y 2004, cuando se registraron valores del 4.3 y 4.2% respectivamente.

La disminución observada en este indicador, muestra claramente que las labores de supervisión en el tratamiento bajo esquema DOTS que realiza la Estrategia han mejorado. Sin embargo se debe continuar con el esfuerzo en el seguimiento, orientación y apoyo a los pacientes con tuberculosis sobre todo en aquellos pacientes con factores de riesgo para el abandono.

INDICADOR R.1.10: Proporción de enfermos y sus familias en pobreza con soporte nutricional

Del total de familias, 154 están clasificadas como en estado de pobreza según la metodología de las NBI, de las cuales 54 (35.1%) recibieron al menos tres de las actividades consideradas como soporte nutricional. Esta información documenta un incremento en relación a las mediciones basales anteriores, lo que indica una adecuada marcha de estos programas, habría que valorar adicionalmente su impacto.

INDICADOR R.1.11: Proporción de AERT-TB con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas

En la tercera medición la proporción de AERT-TB con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas fue del 1.7%. Se observa una marcada disminución, muy por debajo de la primera medición y significativamente menor que la segunda medición.

De acuerdo a información alcanzada, el valor obtenido se debe principalmente a que no se han destinado recursos para el desarrollo de esta actividad durante el 2006.

INDICADOR R.1.12: Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis pulmonar detectados a través del examen de contactos frotis positivo

El porcentaje para este indicador fue de 0.32% para la presente medición, cifra menor a la obtenida en las dos mediciones previas. Aunque las variaciones porcentuales son mínimas, el avance en este indicador es importante debido a que en el 2005 se incrementó el número de contactos censados y examinados, así como también disminuyó el número de contactos con FP.

INDICADOR R.1.13: Número de pacientes recibiendo tratamiento DOTS

El número de pacientes nuevos TBP BK (+) que han recibido tratamiento directamente supervisado en boca para el año 2005 fue de 18,490 pacientes. Para los años 2003 y 2004 el número de pacientes que recibieron tratamiento directamente supervisado fue de 18,546 y 18,289 respectivamente. Comparativamente entre mediciones, no existen grandes diferencias, manteniéndose este indicador en cifras similares, cercanas a los 29 mil pacientes tratados.

INDICADOR R.1.14: Porcentaje de detección de casos en DOTS

Para el año 2005 el porcentaje de sintomáticos respiratorios fue del 3.66%, esto calculado sobre una base de atenciones a mayores de 15 años de 32'866,359 personas y un total de 1'202,441 sintomáticos respiratorios identificados.

La tendencia de identificación de sintomáticos respiratorios en la población mayor de 15 años es de incremento en relación a los años 2003 y 2004, incluso esta tendencia de incremento de captación de sintomáticos respiratorios viene desde el año 2001. El único año en donde se observó una disminución de captación de sintomáticos respiratorios fue el año 2003, dado que en dicho año se aplicaron modelos de atención recomendados por organismos internacionales que perjudicaron al programa de control de la tuberculosis.

Resumen de hallazgos en el Objetivo 3: Extender la cobertura del DOTS PLUS y mejorar la tasa de curación de pacientes TB MDR en el país

Los resultados respecto a los indicadores medidos para este objetivo, se sintetizan en las tablas presentadas a continuación para el nivel nacional:

Tabla Nº 2 Resultados de Indicadores de Objetivo Nº 3 según Mediciones

| Indicador | Descripción | LB1 | LB2 | LB3 |
|------------------|---|------|---------------------------------------|------------|
| Indicador R.3.1 | Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTs PLUS. | 51.2 | 81.33 | 96,5 |
| Indicador R.3.2. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS. | ND | ND | 686 |
| Indicador R.3.3. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTs PLUS cada año | 860 | 2641 | 1903 |
| Indicador R.3.4. | Número y % de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 5 | 11 | 12 (36.4%) |
| Indicador R.3.5. | Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | 0% | 3283 | ND |
| Indicador | Descripción | LB1 | LB2 | LB3 |
| Indicador R.3.6. | Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de | 0% | 3106 (Número de pruebas realizadas no | 3.1 |

| | | | | |
|---------------------------|---|------|----------------------------|------|
| | sensibilidad a drogas de segunda línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | | se cuenta con denominador) | |
| Indicador a.3.1.1. | Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS | NM | NM | 3400 |
| Indicador a.3.1.2. | Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica | NM | NM | 89.7 |
| Indicador E.4.1. | Tasa de curación de casos de TB-MDR | 1322 | NM | 61.2 |

Principales hallazgos:

INDICADOR R.3.1. : Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTs PLUS

En la medición actual, se aprecia que se ha mejorado el número y porcentaje de pacientes con diagnóstico de MDR y que reciben tratamiento, el incremento fue de 51.2% en la primera línea basal a 91,24% en la tercera línea basal. Ello puede ser explicado por la mejora de los protocolos de atención diseñados por la ESN-PCT del Ministerio de Salud, y por ello, los esquemas de tratamiento diseñados.

INDICADOR R.3.2: Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS,

A nivel nacional (686) pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS), así como en las DISAs de Lima, Callao y DIRESA Ica, existe una alta cobertura de tratamiento DOTs plus por encima del 90%, el en periodo de 2003 a diciembre del 2004 Esto es importante ya que se estaría cumpliendo con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (>70%) para un buen control de esta enfermedad. Además, es importante el esfuerzo de la ESN-PCT por sincerar las cifras de tuberculosis y de actualizar la información disponible cada año. El número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS, no se puede comparar ya que no existe información en las líneas básicas anteriores.

INDICADOR R.3.3: Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTs PLUS cada año

El número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTs PLUS cada año, ha mejorado con respecto a la primera línea basal 860 pacientes versus 1903 pacientes como promedio en la tercera línea basal.

Cada año mas pacientes son aprobados para ingresar a DOTs plus, cerrándose la brecha entre los aprobados y tratados. Esto refleja el esfuerzo del Ministerio de Salud, como ya ha sido comentado, por garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, priorizando a los mas pobres, que son el gran grupo de pacientes con Tuberculosis MDR.

No se puede decir que están disminuyendo los pacientes con MDR porque todavía esta es una epidemia joven y recién las medidas de prevención y control se están realizando desde hace pocos años. Y los últimos cambios necesarios se han dado recién en el año 2006 con la norma de MDR.

INDICADOR R.3.4: Número y % de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR

En las mediciones básicas previas se encontró que se cuenta con 5 y 11 centros especializados para el tratamiento de casos de MDR, valores obtenidos correspondieron a los CERIs⁴ en cada DISA/DIRESA. En esta tercera medición, aplicando los criterios en

⁴ Comité de Evaluación de Retratamiento

forma estricta acerca de las características que debe tener un centro especializado, se han encontrado 12 DISA/DIREAS, que con estos centros.

Si analizamos transparentemente los centros que atienden a los pacientes con TB-MDR no todos cumplen con el 100% de criterios para este indicador. Por lo tanto la medición respecto a este indicador, actualmente es cero.

INDICADOR R.3.5: Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales

El porcentaje de fracaso a esquemas primario se incrementó debido a la presencia de tuberculosis MDR no diagnosticados adecuadamente e ingresados a esquema primarios. Pero en general el fracaso esta disminuyendo no solo como promedio nacional sino también en las DISAs/DIREAS. Respecto a este indicador no se puede realizar comparaciones con mediciones anteriores, porque en ellas, no se realizó la medición de este indicador.

INDICADOR R.3.6: Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea realizado en laboratorios departamentales o regionales

El fracaso a esquemas de retratamiento en esta cohorte es alta, pero la tendencia nacional va en disminución, al igual que en las DISAs/DIREAS. El mayor porcentaje de fracasos se da en el retratamiento estandarizado que en el individualizado. Lo importante es que cada vez más pacientes ingresan a retratamiento individualizado debido a que se ha mejorado el tiempo de respuesta de los patrones de sensibilidad.

Por otro lado la tasa de fracaso a retratamiento ha sido 3.1. No es posible comparar estos resultados con mediciones anteriores, porque éstas no se realizaron.

INDICADOR a.3.1.1.: Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS

Este indicador señala los pacientes que ingresaron a DOTs plus durante el 2003 a Diciembre del 2004. Como se observa en los resultados cada vez mas pacientes acceden a DOTs plus lo cual es importante para el control de la Epidemia de tuberculosis MDR. No es posible comparar estos resultados con mediciones anteriores, porque éstas no se realizaron.

INDICADOR a.3.1.2.: Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica

La tasa de conversión bacteriológica en pacientes MDR hallada ha sido 89.7

Este indicador es importante porque esta relacionado con la transmisión de la tuberculosis MDR. Un punto a tener en cuenta es que el BK solo nos muestra la presencia del bacilo tuberculosis pero no nos dice si es viable o no. No es posible comparar estos resultados con mediciones anteriores, porque éstas no se realizaron.

INDICADOR E.4.1.: Tasa de curación de casos de TB-MDR

Las tasas de curación de pacientes MDR fluctúa para esta cohorte entre 42% y 62%, siendo la DIRESA Ica, la que tiene la tasa de cura más alta y la DIRESA Lima Sur la que tuvo la tasa mas baja.

Las tasas de curación a nivel nacional y regional son cercanas a la tasa de curación natural de pacientes con tuberculosis.

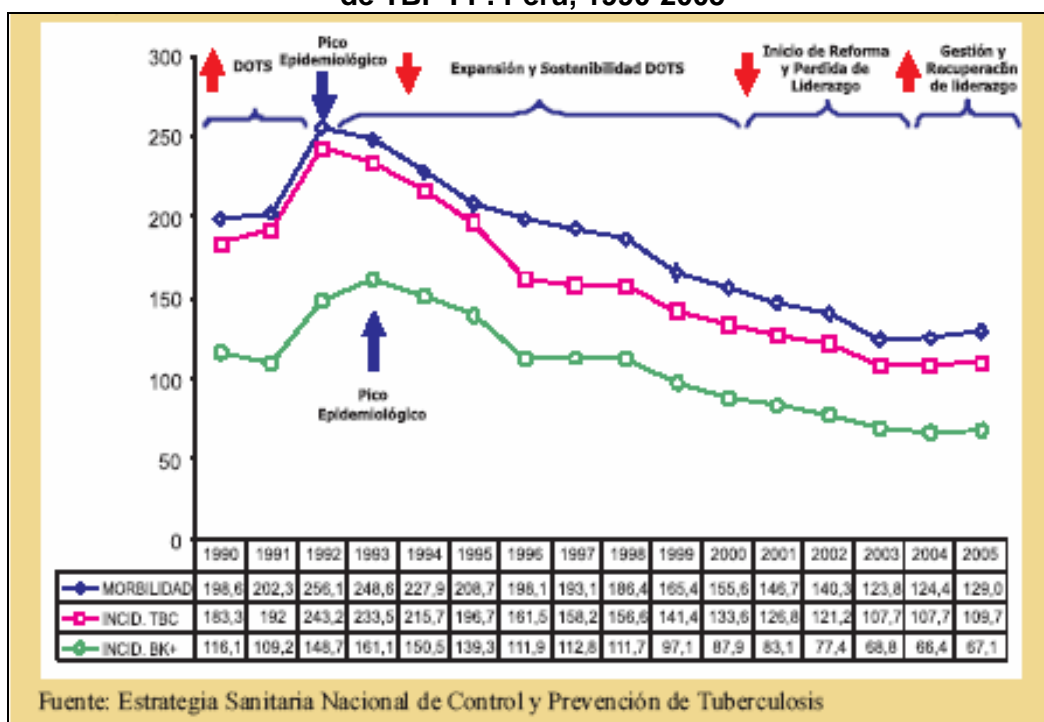
II. Situación de la Tuberculosis Sensible y de la Tuberculosis MDR en el Perú

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN PCT), del Ministerio de Salud, señala en la publicación de sus normas nacionales⁵, que en los últimos 15 años se aprecian cambios importantes en el control de la tuberculosis en el país.

Dentro de las evidencias principales para demostrar estos cambios se señala lo siguiente⁶:

- Tendencia a la disminución de las tasas de incidencia anual de la TB (TBP-FP), que de en 124.4 por 100,000 habitantes, en el año 2004 se obtiene una tasa incidencia de TB pulmonar frotis positivo de 66.4 por 100,000 habitantes.
- Para el año 2004, se evidenció una disminución del 51.4% en la tasa global de TB, respecto al año 1992, cuando se registró la máxima tasa.
- Para el año 2005, la captación de sintomáticos respiratorios y el número de baciloscopías de diagnóstico, se incrementaron en 16%, lográndose diagnosticar un total de 35,541 casos de tuberculosis en todas sus formas.

Grafico Nº 1: Tasa de morbilidad. Incidencia de TB en todas sus formas e Incidencia de TBP FP. Perú, 1990-2005



La incidencia de la tuberculosis en el país, no es uniforme, tendiendo a concentrarse principalmente en Lima, Callao, Ica, Moquegua, Tacna, Puno, Madre de Dios, Cusco y Loreto, donde se encuentran cifras por encima del promedio nacional⁷

⁵ Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis; Dirección General de Salud de las Personas; Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis; Ministerio de Salud; Lima, abril 2006

⁶ Ibidem

En la actualidad del total de casos de tuberculosis existente en el país, el 58.7% se concentra en Lima y Callao. Las zonas con mayor incidencia son: Lima Este, Madre de Dios, Lima Norte, Ucayali, Lima Sur, Tacna, Callao, Loreto, Ica y Lima Ciudad⁸.

Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR)

La tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) es una seria amenaza en el Perú. La tasa de incidencia anual de este tipo de tuberculosis está aumentando en el país. Asimismo, se ha reportado que el 43% de los pacientes con la coinfección VIH-TB poseen una TB-MDR, por lo que actualmente se está considerando que en el enfoque de control de la TB debe intervenir también un enfoque de control de la infección VIH, debido a la vulnerabilidad inmunológica de estos pacientes.

En el Perú las mayores tasas de incidencia se encuentran principalmente en las grandes ciudades, siendo Lima y Callao los que registran el 58% de los casos nuevos y el 88% de casos TB-MDR a nivel nacional.

Contexto institucional de lucha contra la tuberculosis

Las políticas de Estado en el país, contemplan la prevención y control de enfermedades transmisibles, a través de políticas sectoriales del sector salud.

El gobierno peruano colocó al Control de la Tuberculosis en una alta prioridad a finales de los años 1980. En 1991 el Programa Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT, actualmente ESN-PCT)), implementó la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), recomendada por la OMS, para el control de la tuberculosis por ser altamente costo efectiva. Entre los años 1993-2001 la cobertura de detección de casos se incrementó cerca de diez veces, aunque en el 2002 y 2003 se evidenció una disminución del 6 % anual en la captación de sintomáticos respiratorios, situación que fue subsanada parcialmente en el segundo semestre del 2004.

El Ministerio de Salud señala que *“Para alcanzar las metas de los objetivos de desarrollo del milenio para el 2015, es necesario mantener la eficiencia y eficacia de las intervenciones y ello requiere una firmeza en el respaldo político al control de la tuberculosis como política de Estado”*.

En el mismo documento mencionado se señala que *“Para que lo anterior sea posible, es imprescindible que la Tuberculosis sea considerada como una prioridad sanitaria nacional que se exprese en la asignación suficiente de recursos y un fortalecimiento administrativo, en la gestión de la provisión de los servicios públicos de salud a nivel nacional”* señalándose las siguientes estrategias generales a través de las cuales pueda lograrse un control más efectivo de la tuberculosis en el país:⁹

- Establecimiento de políticas de subsidio a los afectados por tuberculosis, comenzando con el binomio materno-infantil.
- Conformación de alianzas estratégicas multidisciplinarias, Instituto Nacional de Estadística e Informativa (INEI), economistas de la salud y de expertos en Salud Pública y en Tuberculosis para incorporar el tema de la tuberculosis en los

⁷ Plan General Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Dirección General de Salud de las Personas; Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la Tuberculosis; Ministerio de Salud 2004-2006; Metas operacionales

⁸ Ministerio de Salud: Informe del Seminario Taller Evaluación de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis Año 2004. Tuberculosis en el Perú. Informe 2004. Ministerio de Salud del Perú. Perú. 2005.

⁹ Ibid

censos, encuestas, informes oficiales de los Ministerios, lo que permitirá monitorear la magnitud y el impacto de la intervención sobre la asociación pobreza, exclusión y tuberculosis.

- Abordaje de causas estructurales de pobreza, hacinamiento y tuberculosis.
- Continuar con la Promoción del respeto de la dignidad humana, bioética y derechos humanos, en todos los niveles de gestión, que permita desterrar el estigma y la discriminación hacia las personas con tuberculosis.
- Continuar con la promoción del respeto de la dignidad humana, bioética y derechos humanos, en todos los niveles de gestión, que permita desterrar el estigma y la discriminación hacia las personas con tuberculosis
- Como parte del Fortalecimiento del Control de la tuberculosis en el Perú, es necesario.
 - Mejorar la capacidad gerencial de los equipos multidisciplinarios de trabajo de nivel intermedio.
 - Tener en cuenta las Áreas de alta vulnerabilidad con Elevado Riesgo de Transmisión; (Zonas urbanomarginales, fronteras, población indígena, población privada de su libertad y otras)
 - Promover la descentralización y desconcentración de la atención de personas con coinfección TB VIH.
 - Mantener los indicadores actualmente utilizados y proponer otros de mayor uso gerencial, como por ejemplo:
 - Participación social en vigilancia ciudadana.
 - Incorporación de la tuberculosis como indicador de desarrollo socioeconómico por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).
 - Cobertura de subsidiaridad en nutrición y salud (acceso al diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las complicaciones y secuelas)

Sobre el Fondo Mundial

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria se constituye oficialmente en enero del 2002 en Ginebra, siendo gestionado por organismos internacionales (ONUSIDA, OMS, entre otros), representantes de países desarrollados y en vías de desarrollo, de ONGDs y del sector privado. Fue concebido como una herramienta financiera independiente (que combina fondos públicos y privados) para detener el avance de estas tres epidemias a nivel mundial.

Su objetivo es atraer, gestionar y asignar a los países, recursos adicionales que contribuyan a la reducción de las infecciones, las enfermedades y las defunciones vinculadas a dichas epidemias, ayudando a reducir la pobreza en el marco de los objetivos trazados. Desde su creación ha otorgado montos superiores a los US\$ 3 mil millones para el desarrollo de 316 proyectos en el mundo¹⁰.

El Fondo Mundial adopta un enfoque integral frente al SIDA, la tuberculosis y la Malaria, financiando iniciativas tanto de prevención como de tratamiento, de acuerdo a las necesidades determinadas a nivel local. En el caso de la Tuberculosis, el Fondo ha previsto la prestación de tratamiento eficaz que tiene la ventaja agregada de prevenir una ulterior propagación de la enfermedad.

¹⁰ www.theglobalfund.org/es/about/how/

Con participación del Ministerio de Salud, ONUSIDA, ONGs y distintos sectores de la sociedad, se implementó un mecanismo de coordinación nacional, la **Coordinadora Nacional Multisectorial (CONAMUSA)** y de supervisión de proyectos del Fondo¹¹.

La CONAMUSA tiene como objetivos específicos¹²:

- Contribuir a disminuir el número de casos y la reducción del impacto del VIH/SIDA, TBC y Malaria.
- Promover la participación democrática y el fortalecimiento de las organizaciones, personas y grupos directamente afectados.
- Participar en la formulación, ejecución y vigilancia de programas y políticas públicas, que se traduzcan en planes nacionales y que desarrollen un enfoque de salud integral.
- Constituirse como un referente en el ámbito nacional e internacional por su modelo de intervención y de gestión, garantizando el acceso integral de las poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad y exclusión.

El Perú se beneficia desde el 2003 con dos proyectos vinculados con la lucha contra el SIDA la tuberculosis y la Malaria, financiados por esta entidad por un monto superior a los 35 millones de dólares. A la actualidad la CONAMUSA es la institución encargada de generar las propuestas alrededor de estos objetivos, y CARE PERÚ, ha sido designada como la administradora de los fondos.

¹¹ Esta fue la condición (la articulación multisectorial) por la que el Perú pudo incorporarse a las convocatorias del Fondo Mundial

¹² www.upch.edu.pe/TROPICALES/qhacemos/contenido/conamusa.htm

III. PROBLEMA Y OBJETIVOS¹³

A través del presente estudio, se buscó responder a las siguientes interrogantes de acuerdo a cada objetivo:

1. Problema del Objetivo N° 1:

¿“Cuáles son las modificaciones en los indicadores de impacto y resultado en la incidencia de casos TB frotis positivo en todos los AERT-TB a través de la participación de los pacientes de TB, sus familias, población general y organizaciones sociales?”

2. Problema del Objetivo N° 3:

¿“Cuáles son las modificaciones en los indicadores de impacto y resultado en la cobertura del DOTs PLUs a nivel nacional y en la eficacia al tratamiento anti TB-MDR a nivel nacional?”

Objetivos del Estudio

1. General:

Recolectar, sistematizar y analizar información cuali-cuantitativa sobre los indicadores de impacto y resultado de los objetivos 1 y 3 del componente tuberculosis de la propuesta peruana al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA y la tuberculosis

2. Específicos:

- Recolectar información cuantitativa sobre indicadores de impacto y resultado del programa
- Recolectar información cualitativa relacionada con los indicadores de impacto y resultado del programa
- Identificar áreas críticas en la evolución de los indicadores valorados a través de estudios cuali-cuantitativos en función de las metas trazadas y el tiempo de ejecución de las intervenciones
- Identificar las brechas existentes entre los resultados de la tercera medición, con los resultados de 1era y 2da. Medición, y con las metas del programa

¹³ Formulaciones presentadas en Propuesta Técnica aprobada para el ítem 4 Tercera Medición del Concurso N° 003-2006 CARE PERU Segunda Convocatoria Programa Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú, 11 diciembre 2006, la que fue realizada siguiendo los Términos de Referencia para esta convocatoria

IV. METODOLOGÍA DE TRABAJO

Es un estudio **ex post transversal de tipo descriptivo**, que ha comprendido tanto componentes cuantitativos como cualitativos que se han buscado complementar en los hallazgos, para una mejor comprensión del comportamiento de algunas variables. El componente cuantitativo del estudio, procedió tanto de fuentes primarias como secundarias.

A continuación se precisan algunas características generales del estudio, según los indicadores de medición para cada objetivo definido.

Objetivo Nº 1:

| Ámbito de intervención | Lima y Callao |
|---------------------------|--|
| Población objetivo | <ul style="list-style-type: none"> - Pacientes de TB y sus familiares - Población de las AERT-TB - Trabajadores de salud - Comités Multisectoriales - Organizaciones Sociales de Base |
| Indicadores | E1, E2, E3, E5, E7, E8, R1.1., R.2., R.1.3, R.1.4, R.1.5, R.1.6, R.1.7, R.1.8, R.1.9, R.1.10, R.1.11, R.1.12, R.1.13, R.1.14, Desagregados por género, y por ciudad. (Ver matriz anexo 1) |
| Contrapartes | <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis –DGSP– - Organizaciones afectadas de TB |
| Sub-Receptor | Consorcio liderado por ADRA Perú |

Objetivo Nº 3:

| Ámbito de intervención | Lima-Callao |
|---------------------------|--|
| Población objetivo | Pacientes de TB – MDR |
| Indicadores | E.4.1., R.3.1., R.3.3., R.3.4., R.3.5., R.3.6., a.3.1.1., a.3.1.2. (Ver anexo 1 y 2) desagregados por sexo, y por ciudad. |
| Contrapartes | <ul style="list-style-type: none"> - Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis –DGSP–. - Organizaciones afectadas de TB. - Unidad Técnica de TB-MDR, - - Organizaciones de personas afectadas de TB. |
| Sub-Receptor | CARE |

Para los datos de fuente primaria, denominada cuanti-cualitativo, se describe a continuación la metodología utilizada.

4.1. Metodología de medición del Objetivo 1 del Programa:

Los datos utilizados para este objetivo tienen dos fuentes de información, los de fuente secundaria que corresponden a los datos generados por la Estrategia Nacional contra la Tuberculosis y que corresponden a los indicadores de la estrategia DOTS del año 2005 y los de fuente primaria que están enfocados principalmente a los indicadores de referencia local.

A. Fuente primaria: Componente Cuantitativo

Población:

En el estudio se abordaron las siguientes poblaciones:

1. Las municipalidades,
2. Las organizaciones sociales de base,
3. Los equipos de salud de las AERT-TB y
4. Los enfermos de TB y sus familiares de las AERT-TB.

La población total para cada componente de estudio es la siguiente:

- Municipalidades que tienen en su jurisdicción una o más de las 70 AERT-TB seleccionadas por el Ministerio de Salud –MINSAL- en Lima y Callao. (ver listado de AERT seleccionadas en Anexo tres).
- Organizaciones sociales de los distritos que tienen una o más de las 70 AERT-TB seleccionadas por el Ministerio de Salud –MINSAL- en Lima y Callao. (Ver anexo 5).
- Equipos de Salud que participan en el Programa de Control de Tuberculosis – PCT- de las 70 AERT-TB seleccionadas por el Ministerio de Salud –MINSAL- en Lima y Callao (ver listado en anexo 7).
- Enfermos del PCT y sus familiares de las 70 AERT-TB seleccionadas por el Ministerio de Salud –MINSAL- en Lima y Callao. (anexo 7).

Criterios de inclusión y exclusión

Los que se consideraron fueron los siguientes:

- a) Municipalidades de los distritos con AERT-TB (ver listado en anexo 4).
 - Criterio de inclusión.- Municipalidad que posea en su jurisdicción alguna AERT-TB seleccionada por el MINSAL.
 - Criterio de exclusión.- Municipalidad que no posea en su jurisdicción algunas AERT-TB
- b) Organizaciones sociales de los distritos con AERT-TB
 - Criterio de inclusión.- Organización social que participe en actividades de los distritos que tienen AERT-TB seleccionadas.
 - Criterio de exclusión.- Organización social ubicada en distritos sin AERT-TB, o que se nieguen a colaborar con el estudio.
- c) Equipos de Salud de las AERT-TB
 - Criterio de inclusión.- Conformar parte del equipo de salud que participa directamente en el PCT de las AERT-TB seleccionadas.
 - Criterio de exclusión.- No participar en el PCT de la AERT-TB, encontrarse de vacaciones o licencia o bien sea no ubicarse durante la aplicación del estudio, o que se niegue a participar.
- d) Enfermos de TB y sus familiares
 - Criterio de inclusión.- Figurar en el Padrón de atención del PCT en los esquemas de tratamiento 1 ó 2 de las AERT-TB seleccionadas por el MINSAL.
 - Criterio de exclusión.- No encontrarse ubicable durante el tiempo de aplicación del estudio, o que se niegue a participar.

Muestra

- Municipalidades de los distritos con AERT-TB

Fueron censados todos los Comités de Lucha contra la Tuberculosis (COMULTB) de aquellas municipalidades que tienen aprobado la ejecución de un Plan distrital de lucha contra la tuberculosis, saliendo seleccionados los que se señalan en el anexo 4 del presente informe.

- Organizaciones sociales de los distritos con AERT-TB

El universo de OSB fue de 551, el cual fue determinado a partir de un listado provisto por el Consorcio ADRA. Para el cálculo de la muestra se tomó un nivel de confianza del 95%, una proporción esperada para los resultados buscados en los objetivos del 50% y una precisión del 8%.

Con los parámetros indicados se determinó que el número de OSB a incluir en el estudio sea de 117, las cuales fueron seleccionadas mediante un muestreo aleatorio. El número de OSB por distrito se precisa en el anexo cinco del presente. La selección individual de cada OSB se determinó mediante la generación de números aleatorios utilizando la función RANDON del programa Excel®.

- Equipos de Salud y Pacientes y familiares con TB

El proceso de selección para estos grupos se realizó en base a un muestreo bietápico. La primera etapa permitió seleccionar los establecimientos de salud (AERT-TB) que serían incluidos del total de 70 considerados de acuerdo a los criterios de inclusión y la segunda la selección de pacientes para el estudio a partir de un universo de 1256.

El número de los AERT-TB incluidos se realizó tomando como parámetros una variabilidad del 50%, una precisión del 5% lo que determinó que el número de AERT-TB a incorporar fuera de 41 (anexo 6). Cabe precisar que los equipos de salud de los establecimientos seleccionados serían los correspondientes al tercer grupo poblacional.

En la segunda etapa, el universo fue de 181 pacientes **que se encontraban inscritos como pacientes en “esquema primario”** (ver anexo 7) que se encontraron registrados en los padrones de enfermos de establecimientos de salud del PCT de las AERT-TB seleccionadas.

La muestra se calculó teniendo en cuenta un nivel de confianza del 90%, un error de estimación máximo de 5% y una prevalencia de 50%. La cuota muestral asignada a cada AERT-TB fue proporcional al número de pacientes (estratificada) del padrón que cumplieron con los criterios de inclusión siendo su selección de manera aleatoria.

B. Fuente primaria: Componente Cualitativo

Descripción:

Es un estudio exploratorio con elementos de carácter descriptivo. Su propósito ha sido especificar y describir los diferentes aspectos, dimensiones y componentes tanto a nivel personal, familiar y social que se asocia al tema de la tuberculosis. Se ha buscado describir las representaciones sociales de las personas que atraviesan por la enfermedad, o que colaboran en el tratamiento o soporte de personas afectadas por la tuberculosis, sin buscar influir directamente en las condiciones en las que se dieron, recolectando además los datos en un momento dado en el tiempo.

Objetivos

1. Explorar y sistematizar información desde la mirada de diferentes actores sociales frente a la problemática de la tuberculosis y su relación con los servicios organizados de salud.
2. Fortalecer a la información cuantitativa con respecto a la problemática de la tuberculosis durante la tercera medición de los indicadores de los objetivos 1 y 3 de la tercera medición del Programa.

Población

La población objetivo de la presente investigación está constituida por los siguientes actores:

1. Personas diagnosticadas a la actualidad con tuberculosis y están recibiendo un tratamiento.
2. Familiares de las personas afectadas de tuberculosis
3. Trabajadores de salud.
4. Integrante de una Organización Social de Base (Comedor Autogestionario)
5. Integrante del Comité Multisectorial (COMUL) de una Municipalidad.
6. Integrante de la Red Solidaria.

Criterios de inclusión, exclusión y eliminación

- a) Los criterios de inclusión están considerados si la persona acepta participar en la entrevista o grupos focales, esta aceptación será mediante un consentimiento informado.
- b) Los criterios de exclusión son para aquellas personas desorientadas, es decir personas que sufren de alteraciones mentales.
- c) Los criterios de eliminación es aquella cuando la persona rehúsa a participar en el estudio.

Fuentes de información

Las fuentes primarias de información son las que provienen de la aplicación de los siguientes instrumentos.

- a) Guía de de Entrevista a Profundidad.
- b) Guía de Grupos Focales
- c) Consentimiento informado

Fases y técnicas de recojo de información

1. Fase I: Selección de los participantes:

- a) Se solicitó a las respectivas instancias, la autorización pertinente. Así, se coordinaron con las distintas instancias que se describen a continuación:

| Participantes | Coordinaciones y autorizaciones |
|--|---|
| Personal de salud de las DISAS | Coordinadores de la Estrategia de la DISA Lima Sur y DISA Lima Este |
| Personas afectadas por tuberculosis y sus familiares | Red Solidaria |
| Integrante de la Red Solidaria. | Red Solidaria |
| Integrante del COMUL | Responsable del trabajo con COMULT (Srta. Macedonia Luyo) |
| Integrante de la Organización Social de Base | Misma Organización Social de Base |

- b) Una vez realizado este procedimiento, se invito a cada uno de los integrantes a participar en la investigación mediante la aplicación de la ficha del Consentimiento Informado (ver anexo 9).

2. Fase II: Trabajo de campo

Con la finalidad de identificar y describir las características particulares de los procesos que se asocian al padecimiento de la tuberculosis en la vida de las personas y su inter-relación con la comunidad y los sistemas de salud, se realizaron Grupos Focales y Entrevistas a Profundidad.

Ambas técnicas siguen los parámetros señalados por la bibliografía especializada, y como tal, son no directivos, no estructurados, no estandarizados y abiertos. Los mismos fueron llevados a cabo a través de un número de sesiones determinadas y

orientadas por una Guía de Entrevista¹⁴ que contiene un conjunto de tópicos planteados a través de preguntas descriptivas, las que fueron el punto de partida flexible y de carácter abierto, a fin de organizar la información vertida por la o las personas entrevistadas.

Las entrevistas a profundidad y los grupos focales se realizaron a través de encuentros cara a cara entre el entrevistador y la persona entrevistada, y cuyo contenido fue grabado previo acuerdo de partes, en un ambiente propicio de tranquilidad y confidencialidad. El tiempo de cada una de las entrevistas y/o grupos focales fue de 1 a 2 horas como máximo.

La distribución de las mismas fue como se describe a continuación:

Grupos Focales

| Num | Actor | Fecha | Num. participantes |
|------------|--------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 1 | Trabajadores de salud DISA Lima Este | Martes 27 de febrero 2007 | 12 |
| 2 | Personas afectadas por TB | Jueves 01 de marzo 2007 | 10 |
| 3 | Trabajadores de salud DISA Lima Sur | Viernes 09 de marzo 2007 | 9 |

Entrevistas a profundidad

| Num | Actor | Fecha | Num. participantes |
|------------|--|----------------------------|---------------------------|
| 1 | Personas afectadas por TB | Sábado 03 de marzo 2007 | 2 |
| 2 | Familiares de personas afectadas por TB | Sábado 03 de marzo 2007 | 2 |
| 3 | Representante de Organización Social de Base de una AERT | Lunes 05 de marzo 2007 | 1 |
| 4 | Representante de COMULT | Martes 06 de marzo 2007 | 1 |
| 5 | Representante de la Red Solidaria | Miércoles 07 de marzo 2007 | 1 |

¹⁴ Ver anexo 9: Guía de Entrevista por actor, Guía de Grupo Focal por actor

4.2. Metodología de medición del Objetivo 3 del Programa:

Área de estudio:

Se recopiló información del nivel nacional y de las DISAs de Lima y Callao, así como, de la DIRESA Ica, que son las zonas con alta carga de morbilidad de tuberculosis resistente y MDR.

Población

La población de estudio fueron todos los pacientes que ingresaron al esquema de retratamiento (individualizado y estandarizado) a nivel nacional y estratificado por DISAs de Lima y Callao, y DIRESA Ica y que fueron registrados en la base de datos y documentos operacionales de la Unidad Técnica de Tuberculosis MDR de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

Criterios de inclusión y exclusión

a) Criterios de Inclusión

- Pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo nuevos y antes tratados.
- Pacientes que recibieron el mismo esquema de tratamiento:
 - Esquema individualizado
 - Esquema estandarizado
- La administración de tratamiento fue supervisada.
- Presentaron la condición de egreso.
- Ingresaron la cohorte comprendida desde Septiembre del 2003 hasta Diciembre del 2004.

b) Criterios de Exclusión: Para el estudio de cohorte, se excluyó a pacientes que presentaron las siguientes condiciones:

- Reacciones adversas a fármacos antituberculosos que hayan implicado cambio de esquema de tratamiento.
- Irregularidad del tratamiento.
- Menores de 7 años.
- Cambio de esquema de tratamiento, por prolongación de tratamiento, adición de uno o más fármacos

Para efectos del estudio de cohorte se agruparan en series semestrales y anuales como se informan al MINSA. Los resultados que se presentaran corresponderán al análisis del consolidado de las cohortes del 1er. y 2do semestre del año estudiado.

Fuentes de información:

La fuente de información para el objetivo 3, fue la base de datos de la Unidad Técnica de Tuberculosis MDR, de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Se utilizó la base de datos actualizada hasta el 12 de marzo de 2007. No se trabajó directamente con la base de datos sino que se solicitó la información a la Unidad Técnica de TB MDR. Adicionalmente se utilizó, los informes de cohortes 2005 para determinar el fracaso a esquemas primarios.

Recolección de la información:

Se solicitó la información para esta tercera línea de base a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Se coordinó estrechamente con la Unidad Técnica de Tuberculosis MDR para obtener la información requerida.

La información referida al fracaso de esquemas primarios se obtuvo de los informes de cohortes del 2005.

Tiempo de Estudio

Para los indicadores de tuberculosis MDR se utilizaron la cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004, según la recomendación del Responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.

Para el fracaso a esquemas primarios se utilizó la cohorte del 2005.

Instrumento de Recolección de datos

Se diseñó una base de datos en el software Microsoft Excel XP: Una Hoja para la información nacional y otra hoja para la información de la DISAs de Lima y Callao, y la DIRESA Ica.

Análisis

El análisis solo se basó en determinar los indicadores solicitados en este objetivo 3, ya que toda la información es de fuente secundaria. Se han adjuntado algunas observaciones en algunos indicadores para entender mejor la construcción de cada indicador.

Es importante resaltar que la información de la base de datos de la Unidad Técnica de Tuberculosis MDR, cada año se actualiza mas, debido a que se realizan grandes esfuerzos por tener información completa. Además, es una base con datos individuales lo que le da un valor agregado a esta información.

V. RESULTADOS

Los resultados que se muestran corresponden a los resultados cuantitativos de fuente secundaria para cada indicador, los que se complementan con algunos hallazgos de fuente primaria con metodología cualitativa, según naturaleza de cada indicador presentado.

5.1. Resultados del Objetivo 1:

La siguiente tabla resume los hallazgos según mediciones, para cada indicador

Tabla Nº 3
Resultados de Indicadores de Objetivo Nº 1 según Mediciones

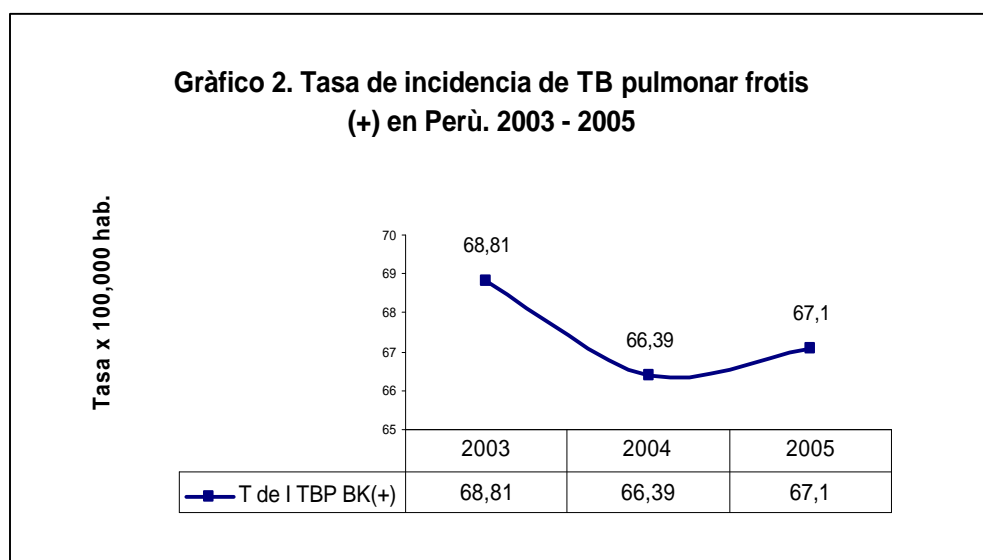
| Código | Indicador | LB I (2003) | LB II (2004) | LB III (2005) |
|--------|---|--------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| E.1 | Tasa de Incidencia de casos positivos de TBC bacilosκόpica en la población peruana (por 100 000 hab.) | 68.8 | 66.4 | 67.1 |
| E.2 | Tasa de mortalidad por TB en todas sus formas (por 100 000 hab.) (personas afectadas de TB y TB-MDR que fallecen durante el periodo anual) | 3.95 | 3.82 | 4.02 |
| E.3 | Personas afectadas de TB que se les prescribe esquema primario y presentan persistencia de la bacilosκόpica positiva y cultivo positivo a partir del 3er. Mes desde que fue iniciado el esquema primario | 3.8% | 2.9% | 2.4% |
| E.5 | Número de AERT TB | 70 | ND | 62 |
| E.7 | Número de distritos con AERT-RB | 20 | ND | 20 |
| E.8 | Porcentaje de éxito terapéutico en DOTS (%) | ND | ND | 91.1% |
| R.1.1 | Porcentaje de planes locales que incluyen la prevención y control integral de TB ejecutados con participación social de enfermos, familias y organizaciones sociales en distritos de alto riesgo de transmisión de TB | 0.0 | 30.0 | 50.0 |
| R.1.2 | Proporción de organizaciones sociales participando en actividades de prevención y control de la TB en distritos con AERT-TB (%) | 4.8% | 13.4% | 57.6% |
| R.1.3 | Proporción de organizaciones sociales participando en planes locales que incluyan actividades de prevención y control de la TB en distritos con AERT-TB | 0 | 9.6% | 13.5% |
| R.1.4 | Proporción de enfermos, familiares y equipos de salud que han recibido programas educativos para el control integral de la TB y defensa de los derechos humanos (%) | 5.0 (e) 1.1 (f) 12.2 (t) | 13.5 (e) 3.1 (f) 53.7 (t) | 76.8 (e) 33.7 (f) 35.0 (t) |
| R.1.5 | Número de distritos con AERT-TB trabajando con ASET, GO-TB o la Red Solidaria Activo | 0/20 | 16/20 | 18/20 |
| R.1.6 | Proporción de contactos examinados de acuerdo a norma nacional (%) | 85.8 | 87.6 | 88.3 |
| R.1.7 | Porcentaje de contactos menores de 15 años recibiendo quimioprofilaxis por seis meses | 85.8 | 85.7 | 86.7 |
| R.1.8 | Porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH | 46.7 | ND | 55.5 |
| R.1.9 | Porcentaje de personas que abandonaron la estrategia DOTs | 4.3 | 4.9 | 3.7 |
| R.1.10 | Proporción de enfermos y sus familias en pobreza con soporte nutricional | 12.6 | 15.3 | 35.1 |
| R.1.11 | Porcentaje de AERT con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas | 9.7 | 22.0 | 2.9 |
| R.1.12 | Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis pulmonar detectados a través del examen de contactos FP+ | 0.33 | 0.34 | 0.32 |
| R.1.13 | Número de pacientes recibiendo tratamiento DOTs | 18,546 | 18,289 | 18,490 |
| R.1.14 | Porcentaje de detección de casos en DOTs | ND | ND | 3.66 |

Presentando individualmente para cada indicador, se obtienen los siguientes hallazgos:

INDICADOR E.1: Tasa de incidencia de casos positivos de tuberculosis bacilosκόpica en la población peruana.

En el año 2005 se ha registrado una tasa de 67.1 x 100000 habitantes, cifra mayor que la registrada para en la segunda medición pero menor que la observada en la primera medición.

Los valores registrados en las tres mediciones muestran un comportamiento estacionario del riesgo de enfermar en el país. La variación entre la tasa más elevada y las más baja del periodo (año 2003 comparada con 2004 puesto que la tasa del 2005 tiene un valor intermedio), representa una diferencia del 3.5%.



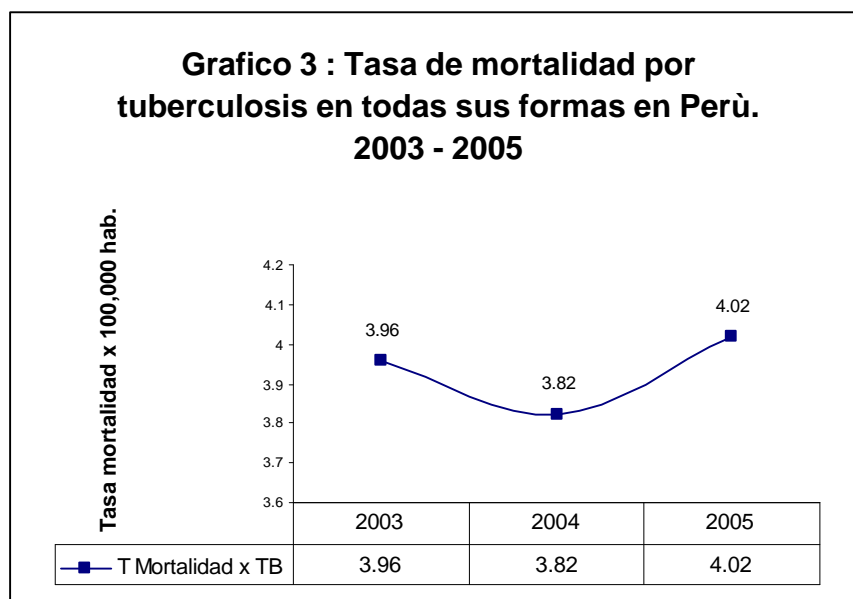
El comportamiento observado indica que las acciones de la ESN-PCT han alcanzado sostenibilidad en sus actividades de búsqueda, detección y diagnóstico de pacientes con TB, por lo que sería pertinente establecer la posibilidad de agregar nuevos componentes en la estrategia o alternativamente determinar la necesidad de desarrollar una reingeniería en estos aspectos del programa. Más aún, sería conveniente evaluar la posibilidad de desarrollar estudios de base poblacional que determinen aspectos relativos a los factores comunitarios que inciden en la prevalencia e incidencia de la enfermedad, cuyo conocimiento permitiría fortalecer la alianza de trabajo existente entre los grupos de pacientes y las organizaciones sociales de base con los servicios de salud, lo que fortalecería el trabajo y cobertura de los servicios en la detección y atención de los pacientes así como el nivel de proyección y “llegada” del personal de la Estrategia a nivel poblacional-comunitario.

Esta aproximación permitiría contar con elementos de juicio sobre la posibilidad de reforzar y/o renovar las actividades de prevención y control que desarrolla el programa.

INDICADOR E.2: Tasa de mortalidad por tuberculosis en todas sus formas.

Los pacientes fallecidos por tuberculosis en todas sus formas para el año 2005 fueron 1,123 pacientes calculándose una tasa de 4,02 x 100,000 habitantes. Las tasas de mortalidad por tuberculosis para los años 2003 y 2004 fueron de 3,96 y 3.82 x 100,000 habitantes respectivamente. Ver gráfico 3.

Mientras que para las dos mediciones previas, aparecía que este indicador mostraba una discreta tendencia de disminución, según la presente medición, aparecería un efecto contrario, es decir una discreta tendencia al incremento.



Comentarios Indicador E.2.

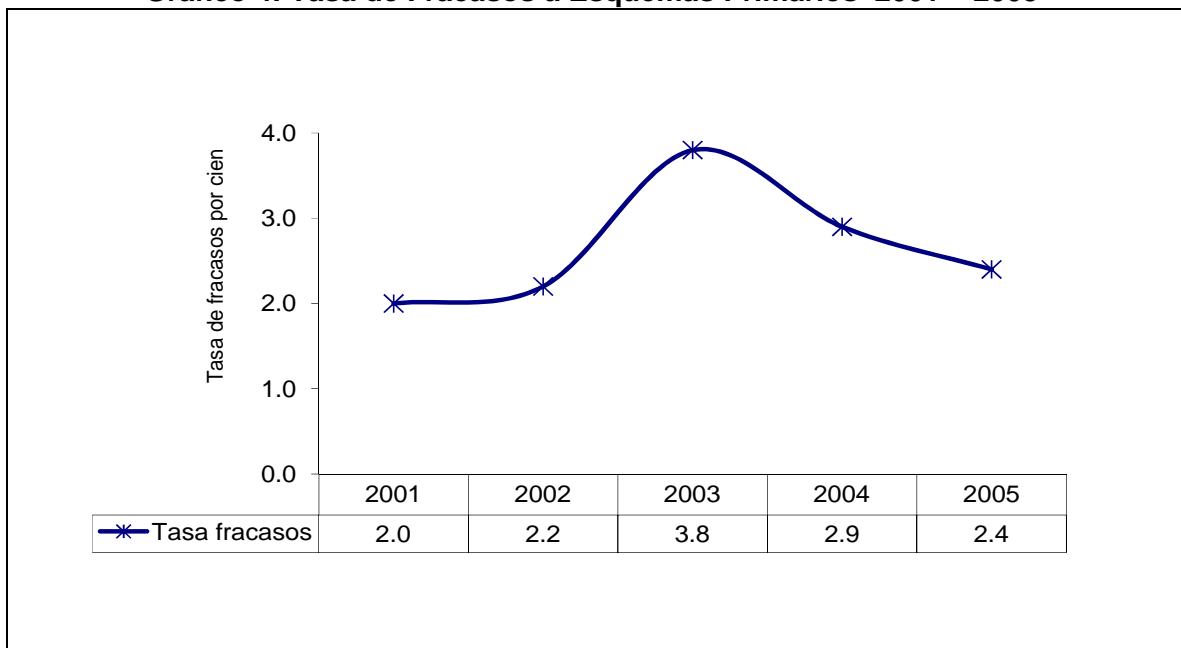
En el año 2005 se observó un incremento tanto en la tasa de mortalidad como en el número de casos fallecidos por tuberculosis en todas sus formas si los comparamos con los años anteriores (2004 y 2003). Por ejemplo, si tomamos como índice la tasa de mortalidad del 2003, se observó que la tasa en el 2004 fue 3.3% menor mientras que en el año 2005 esta tasa se incremento en un 1.7%.

Como en el caso del indicador E.1, el comportamiento es estacionario (no se observan grandes variaciones), lo cual corrobora que la ESN-PCT requiere de algunas evaluaciones e información complementaria para realizar replanteamiento de sus actividades. En este sentido, resultaría conveniente proceder a evaluar aspectos tales como la existencia de subregistro, el análisis desagregado de los tipos de TB que están interviniendo en la mortalidad, co-morbilidad asociada, el esquema o esquemas recibidos por los pacientes fallecidos así como su localización entre otros; información que permitiría el planteamiento de acciones específicas, focalizar las intervenciones y que reforzar la labor de la Estrategia.

INDICADOR E.3: Porcentaje de fracasos a esquemas primarios

El porcentaje de fracasos a esquema primario para la cohorte de tratamiento del 2005 fue de 2.4%. El porcentaje de fracasos para el esquema uno para los años 2003 y 2004 fue del 3.8% y 2.9% respectivamente.

Cabe precisar que los valores presentados se refieren a los pacientes que continúan FP **a partir del cuarto mes de tratamiento**, que es el momento en el cual se determina el fracaso al tratamiento. Esto significa además que la denominación del indicador en los términos de referencia y la metodología esta inadecuadamente descrito.

Grafico 4: Tasa de Fracasos a Esquemas Primarios 2001 – 2005**Comentarios indicador E.3.**

Luego del incremento registrado en el año 2003 y que puede considerarse significativamente mayor a los demás años mostrados en el gráfico, la segunda y tercera medición muestran una recuperación de la Estrategia en el manejo de los fracasos terapéuticos, sin llegar a los valores de los años 2001 y 2002. Consecuentemente, resulta conveniente mantener los esfuerzos desplegados en la administración del DOTS para continuar con esta tendencia recuperativa.

Una explicación tentativa del incremento del porcentaje de fracasos a esquemas primarios sobre todo en el año 2003 sería el debilitamiento de la estrategia sanitaria nacional, asociada a los cambios políticos ocurridos en los años previos (2001) y por la instalación de nuevas estrategias en el sector salud bajo el soporte del Banco Mundial y otros organismos financieros internacionales, lo cual llevo a un menor apoyo de las actividades de prevención y control de la tuberculosis incluyendo las de supervisión y capacitación del personal de salud. Paralelamente otros indicadores mostraron debilitamiento como por ejemplo: control de contactos, proporción de abandonos al esquema primario y el incremento de casos de TB MDR. Afortunadamente, a partir del segundo semestre del año 2004 se vuelven a fortalecer las actividades de prevención y control de TB (supervisión, capacitación, etc.), lo que explica en parte la disminución del porcentaje de fracasos a esquemas primarios para el año 2005.

INDICADOR E.5: Número de AERT-TB

Los criterios usados para clasificar a un área o jurisdicción como de alto riesgo de transmisión de tuberculosis (AERT-TB) fueron los siguientes:

- Tasa de Incidencia TBP FP mayor de 150 x 100,000 habitantes
- Número total de casos de TB en todas sus formas mayor o igual a 50 casos

Es importante añadir que en la primera medición se incluyeron 5 áreas que no reunían los criterios anteriormente mencionados desconociéndose el criterio usado para su inclusión dentro del grupo de 70 AERT-TB.

En la presente medición el número de AERT-TB asciende a 62, lo que representa una disminución del 15.7% del total de 70 áreas definidas para monitorear los logros del programa. La relación de AERT-TB según la primera y tercera medición y el criterio utilizado para determinar su estado como AERT-TB se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 4: Relación de AERT-TB según año de medición y criterio de selección

| # | AERT-TB | AÑO 2003 | | | AÑO 2005 | | |
|----|------------------------|-----------------------|------------|------|-----------------------|------------|------|
| | | Criterio de selección | | | Criterio de selección | | |
| | | Incidencia TBP FP | Morbilidad | Otro | Incidencia TBP FP | Morbilidad | Otro |
| 1 | Calcuta | 184,1 | 140 | | 199 | ND | |
| 2 | Agustino | 237,3 | 103 | | 269 | ND | |
| 3 | Primavera | 189,7 | 108 | | 245 | ND | |
| 4 | San Fernando | 159,6 | 127 | | 278,5 | ND | |
| 5 | Bethania | 268,3 | 32 | | 159,7 | ND | |
| 6 | Chancas Andahuaylas | 201,1 | 106 | | 179,3 | ND | |
| 7 | Nocheto | 164,2 | 110 | | 152,3 | ND | |
| 8 | Viña San Francisco | 335,2 | 49 | | 254,9 | ND | |
| 9 | Micaela Bastidas | 167,8 | 81 | | 244,7 | ND | |
| 10 | Alfa y Omega | 246,4 | 54 | | 232 | ND | |
| 11 | Portada de Manchay | 466,7 | 55 | | 316,8 | ND | |
| 12 | CS Ermitaño Bajo | 151 | 104 | | 118,2 | ND | |
| 13 | Magdalena Sofia | 274,9 | 41 | | 127,2 | ND | |
| 14 | El Pino | 199,4 | 71 | | 332 | 81 | |
| 15 | San Cosme | 600,7 | 255 | | 428,9 | 230 | |
| 16 | San Sebastian | 218,4 | 105 | | 214,3 | 130 | |
| 17 | Jose Carlos Mariategui | 218,9 | 120 | | 131 | 79 | |
| 18 | Josè Galvez | 154,9 | 100 | | 96,2 | 61 | |
| 19 | Nueva Esperanza | 171,9 | 50 | | 77,7 | 29 | |
| 20 | Surco | 241,5 | 72 | | 20,4 | 66 | |
| 21 | Delicias | 188,3 | 54 | | 123,7 | 45 | |
| 22 | José Boterin | 163,3 | 50 | | 80,1 | 31 | |
| 23 | CS Piedra Liza | 156 | 111 | | 369 | 148 | |
| 24 | CS Huascar II | 176 | 94 | | 278 | 73 | |
| 25 | CS Huascar XV | 281 | 187 | | 389 | 159 | |
| 26 | CS Ganimedes | 158 | 118 | | 261 | 107 | |
| 27 | CS Cruz de Motupe | 174 | 91 | | 388 | 121 | |
| 28 | CS Bayovar | 168 | 84 | | 293 | 82 | |
| 29 | PS J.C. Mariategui | 322 | 120 | | 320 | 114 | |
| 30 | Ciudad de Dios | 189,6 | 71 | | 22 | ND | |
| 31 | CS Canto Grande | 123 | 220 | | ND | 123 | |
| 32 | PS 10 de Octubre | 125 | 79 | | ND | 85 | |
| 33 | PS Jaime Zubieta | 137 | 105 | | ND | 90 | |
| 34 | El Porvenir | 125,8 | 189 | | 96 | 198 | |
| 35 | Max Arias | 84,5 | 122 | | 62 | 131 | |
| 36 | Juan Perez Carranza | 64,6 | 125 | | 61 | 141 | |
| 37 | Villa María | 53,2 | 74 | | 77,9 | 88 | |
| 38 | CMI San Jose | 112,2 | 175 | | 113,6 | 183 | |
| 39 | CMI Juan Pablo II | 137,1 | 131 | | 126,3 | 118 | |

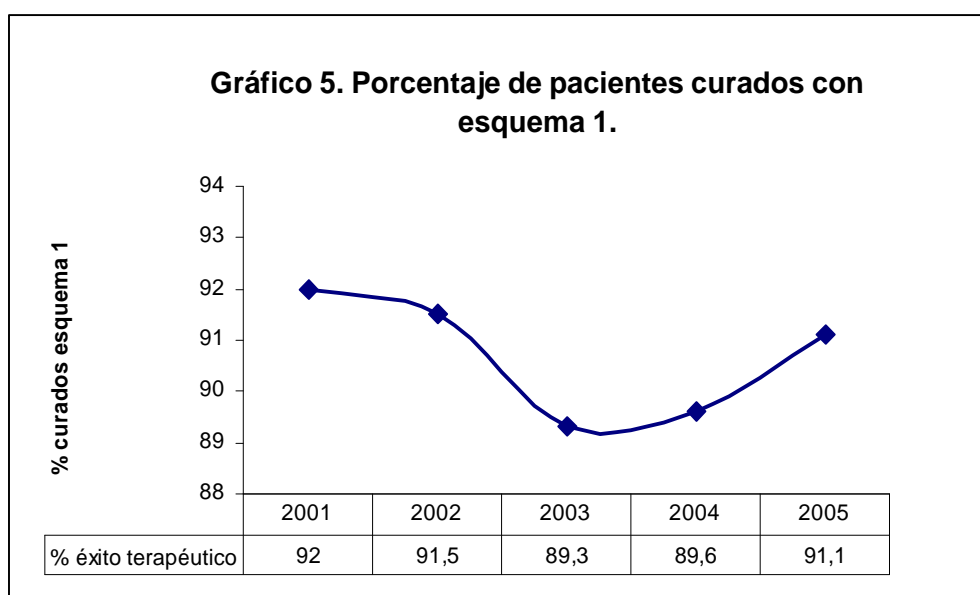
| | | | | | | | |
|----|-------------------------|-------|-----|---|-------|-----|---|
| 40 | CS San Martin de Porres | 148,1 | 138 | | 170 | 146 | |
| 41 | San Juan | 98,1 | 62 | | 86.9 | 64 | |
| 42 | Gustavo Lanatta | 116,4 | 73 | | ND | 77 | |
| 43 | Manuel Bonilla | 107,9 | 122 | | 74.7 | 101 | |
| 44 | Acapulco | 106,8 | 58 | | 132.8 | 59 | |
| 45 | Base Ventanilla | 63,9 | 83 | | 37.7 | 60 | |
| 46 | Mi Perú | 119,9 | 79 | | 98.6 | 67 | |
| 47 | Barreto | 77 | 52 | | 72.4 | 37 | |
| 48 | Base Gambeta Alta | 114,1 | 51 | | 178.5 | 41 | |
| 49 | CS Ermitaño Alto | 145 | 76 | | 113,7 | 69 | |
| 50 | CS Comas | 126 | 129 | | 172 | ND | |
| 51 | CS Collique III Zona | 99 | 66 | | 85,4 | 63 | |
| 52 | CS Gustavo Lanatta | 97 | 57 | | 102,8 | 50 | |
| 53 | CS Progreso | 90 | 125 | | 179,7 | ND | |
| 54 | CS La Flor | 85 | 50 | | 95,5 | 50 | |
| 55 | CS Caqueta | 147 | 113 | | ND | 102 | |
| 56 | CS Los Libertadores | 144 | 85 | | ND | 62 | |
| 57 | CS Perú III Zona | 114 | 73 | | ND | 64 | |
| 58 | CS Perú IV Zona | 117 | 110 | | ND | 111 | |
| 59 | CS Infantas | 115 | 87 | | ND | 77 | |
| 60 | CS Primavera | 149 | 101 | | ND | 73 | |
| 61 | PS Laura Caller | 138 | 54 | | ND | 51 | |
| 62 | Fortaleza | 136,7 | 126 | | 178,3 | ND | |
| 63 | Huaycan | 130 | 253 | | 191,2 | ND | |
| 64 | Señor Milagros | 99,9 | 57 | | 142,9 | ND | |
| 65 | Santa Clara | 142,5 | 70 | | 115 | ND | |
| 66 | Bocanegra | 134,1 | 40 | x | 160.4 | 56 | |
| 67 | Ramón Castilla | 114,4 | 42 | x | 156.9 | 29 | |
| 68 | San Genaro | 82,4 | 49 | x | 56.6 | 42 | x |
| 69 | San Roque | 109,6 | 33 | x | 84.9 | 37 | x |
| 70 | CS Mirones Bajo | 43,7 | 38 | x | 50.6 | 34 | x |

En sombreado verde se señalan los valores que determinan la condición de AERT-TB, en amarillo son aquellos que han dejado de ser AERT. En rojo se ha sombreado aquellas celdas en la cual el valor es determinante para confirmar su condición de AERT pero dicho dato no ha sido proporcionado. ND: No disponible

Como se muestra en la figura 62, el número de AERTs se ha determinado a partir del análisis individualizado y comparado con los datos del 2003. En este sentido, en la primera medición, que fue el momento en que se seleccionaron los 70 ámbitos, 65 cumplían los criterios mencionados y cinco no. Al 2005, de los 65 del primer grupo, cuatro han dejado de ser AERTs y en cinco casos no puede establecerse, los restantes se mantienen como AERTs. En el caso de los cinco del segundo grupo, dos se han convertido en AERT.

Los factores que determinan que un establecimiento de salud pueda dejar de ser un AERT-TB pueden ser los siguientes:

- Efectivamente que se disminuyan los casos de TBP frotis positivo y/o en todas sus formas por intervenciones efectivas para la prevención y control de la TB en dicha jurisdicción.
- Que la disminución de los casos de TBP frotis positivo y/o casos de TB en todas sus formas sea artificial por:
 - Disminución en la captación de casos, lo cual significa que hay casos pero el establecimiento no es eficiente en la búsqueda.



Comentarios indicador E.8.

La última medición muestra una recuperación del indicador en relación a las dos mediciones anteriores, por lo tanto se aproximan a los valores obtenidos en los años 2001 y 2002. En general, puede indicarse que la tendencia del porcentaje de éxito terapéutico para esquemas primarios no ha variado en el lustro representando en el gráfico, puesto que las variaciones porcentuales tienen un rango de 3%. Sin embargo, debe considerarse la necesidad de reforzar las actividades DOTS.

El reforzamiento podría plantearse a partir de la identificación de las unidades o localidades donde el análisis del comportamiento del indicador muestre caídas del indicador de la ESN-PCT y que consecuentemente requieren fortalecer la labor que desarrollan.

Otra estrategia es lograr un diagnóstico oportuno de los pacientes nunca tratados con la finalidad de evitar un deterioro mayor de los pacientes y el desarrollo de formas complicadas de TB que lleven al fracaso al tratamiento primario.

INDICADOR R.1.1: Porcentaje de planes locales que incluyen el control integral de TB ejecutados con participación social de enfermos, familias y organizaciones sociales en distritos con alto riesgo de transmisión de TB.

De los diez distritos seleccionados para determinar este indicador por contar con planes integrales de desarrollo, 8 incluían componentes de acciones en salud. Entre los ocho municipios, se encontró que cuatro trabajan el tema de la TB con componente comunitario. Consecuentemente el indicador tiene un valor de 50% para el conjunto entrevistado. La descripción de los distritos según condición puede verse en la tabla siguiente.

| Con planes integral de desarrollo | | |
|--|---|---|
| Sin componente de salud | Con componente de salud pero no incluye TB | Con componente de Salud que incluye TB |
| El Agustino La Victoria | Rímac Ventanilla San Martín de Porras Los Olivos | Comas Villa María del Triunfo San Juan de Miraflores Santa Anita |

Entre el tipo de actividades indicadas se encuentran seminarios y talleres sobre TB dirigidos a la comunidad. En el cuadro siguiente se muestra el detalle.

| Distrito | Tipo de Actividad |
|----------------------|---|
| Comas | Seminarios y talleres |
| Santa Anita | Capacitación, campañas educativas y actividades de prevención |
| La Victoria | Sensibilización y prevención |
| San Martín de Porras | Mesa de concertación, propuestas y campañas |
| El Agustino | Campañas de sensibilización a través de charlas |

Cabe precisar que los distritos de El Agustino y La Victoria, pese a no tener un plan integral, indicaron que desarrollan actividades de TBC. Por otra parte, los distritos de SJM, VMT, Rímac, Ventanilla y Los Olivos no estaban realizando actividad alguna en TB, pero que se encontraban en proceso de planificación por estar dentro del plan integral con que cuentan. Los demás distritos si se encontraban desarrollando las actividades que sobre TB estaban contempladas en el plan integral de desarrollo.

Cualitativo

Diversos actores reconocen la problemática en la que se encuentra inmerso su distrito al pertenecer a una AERT.

“En la primera etapa, se prepara una serie de talleres para que todos los actores sociales tuvieran una percepción de lo que es la tuberculosis..., esa sería una primer experiencia... Lamentablemente hubo un primer momento en que asistieron muchos y después eso se fue reduciendo aun más. Pero aun con estas dificultades, en esta primera etapa, se elaboro un Plan de Lucha contra la Tuberculosis, 2005 – 2006, pero se quedo mucho a medio rehacer... Luego se formulo todo un espacio de vacío, nosotros comenzábamos a trabajar lo que podíamos trabajar en cada una de las comunidades de los centros de salud, pero era trabajar desarticuladamente...” (Representante de la COMUL)

Sin embargo, cabe señalar que en aquellas Municipalidades que desarrollaron el Plan de Lucha contra la Tuberculosis, surgieron algunas dificultades para su puesta en marcha, tales como cambios de gobierno local y nacional, falta de compromiso de trabajo de parte de las autoridades en la problemática de la tuberculosis y en algunos casos dificultades en la coordinación entre sus integrantes (cronogramas y horarios establecidos).

“... Y si antes era muy difícil sacar reuniones con el Alcalde, que...a pesar de ser un medico, no tuvo apertura para el sector, nunca priorizo cuestiones de problemas sanitarios..., desconocía del problema... Mas que nada, cumplían solo un compromiso de presencia, pero no estaban involucrados...” (Representante de la COMUL)

... “Ahora también la problemática que ellos han tenido es las elecciones de la Juntas Vecinales, esa coyuntura también nos dificulta... Lo que estamos esperando es cambio del periodo...” (Representante de la COMUL)

... “Ahora yo trabajo en ¿?, ahora que hay un nuevo alcalde, hay que ir para que conozca que es un bolsón de riesgo. Y ellos no saben de salud, [aun cuando] es una autoridad... Necesitamos ayuda por ejemplo para hacer una supervisión, allá lo que es Los Ángeles, junto al Mercado ¿?, todos son comerciantes, todos viven y ahí es una casa por ejemplo viven toditos bien entras un olor..” (Enfermera de una AERT)

...Tengo una reunión pendiente con la representante de PROVIDA, para retomar las cosas, por que un poco que febrero ha sido un mes de reprogramaciones, yo había programado

esa actividad con los integrantes de las Juntas Vecinales, con la comisión de cada Centro de Salud, para este mes de febrero. Tengo entendido que no se han realizado, entonces por ahí estoy preocupado de eso, nosotros habíamos programado para un 17 de febrero, dijeron que no podía y lo programaron para un 24 y no se ha hecho y ahora yo estoy esperando una nueva reprogramación, que ellos sean los que pongan los días, para nosotros... (Representante de la COMULT)

...” Inclusive las reuniones de COMUL son en la tarde, por la viabilidad que tienen ellos, eso... al principio ha chocado con lo horarios de salud, que trabajamos hasta las 2 de la tarde, máximo hasta las 3 y ellos convocaban a las reuniones 4.30 y 5.00 p.m, entonces terminaba 6, 6.30, y con justa razón me decían “¿Quién me reconoce mis horas?. ¿Como voy hacer?”. Gente muy voluntariosa, pero pues... (Representante de la COMULT)

Es necesario destacar que en algunas de la Municipalidades se evidencia la poca integración con las demás instituciones, dificultando la generación de un grupo más integrado y sólido, que abra un trabajo desde diversos frentes de acción.

“...solamente ahorita están en mi COMUL, la gente de Juntas Vecinales y nosotros como sector salud y esperamos que se incorpore alguien de la Municipalidad, no hay otra gente. Esperaba pues asociaciones juveniles, la parroquia, la misma Policía, pero no hay...” (Representante de la COMUL)

INDICADOR R.1.2: Proporción de organizaciones sociales participando en actividades de prevención y control de la TB en los Distritos con AERT-TB

Se considera organizaciones participando en distintos tipos de actividades, tanto de prevención de los riesgos para contraer la TBC, (identificación de sintomáticos respiratorios entre contactos) como de las propias actividades relacionados a las atenciones así como de labores de promoción, (seguimiento de pacientes, actividades educativas y otras).

Comentario indicador R.1.2.:

Cuantitativo

De las 111 OSB estudiadas, 64 realizaban actividades de prevención y control de la TB, lo que representa un 57.6%. En la primera medición este indicador alcanzó un 4.8% y para la segunda medición obtuvo el 13,4%. Esto evidencia que progresivamente se han ido incorporando mayor cantidad de organizaciones sociales en actividades de prevención y control de la tuberculosis en los distritos con AERT.

Las organizaciones sociales de base muestreadas incluyeron comedores populares, vaso de leche, clubes de madres, espacios de concertación, directivas de asentamientos humanos, agrupaciones femeninas, asociaciones de padres de familia, asociaciones de promotoras de salud, asociaciones de comerciantes y juntas vecinales. Las organizaciones sociales muestreadas fueron de 111 distribuidas de la siguiente forma:

TABLA N° 5
Número de organizaciones sociales muestreadas por distrito

| Distrito | # OSB | % |
|----------------------|-------|------|
| San Juan Lurigancho | 18 | 16.3 |
| Callao | 10 | 9.0 |
| Villa El Salvador | 9 | 8.1 |
| San Martín de Porres | 9 | 8.1 |
| Ate | 8 | 7.2 |
| Chorrillos | 8 | 7.2 |
| Santa Anita | 8 | 7.2 |
| Cercado | 7 | 6.3 |

| | | |
|---------------------|-----|-----|
| El Agustino | 7 | 6.3 |
| Carabaillo | 6 | 5.4 |
| Comas | 4 | 3.6 |
| Pachacamac | 3 | 2.7 |
| Los Olivos | 3 | 2.7 |
| Villa Maria T | 2 | 1.8 |
| Surco | 2 | 1.8 |
| San Juan Miraflores | 2 | 1.8 |
| La Victoria | 2 | 1.8 |
| Ventanilla | 2 | 1.8 |
| Rimac | 1 | 0.9 |
| Total | 111 | 100 |

TABLA N° 6:
Distribución de OSB que trabajan temas de salud
(Total de OSB encuestadas = 111)

| Distrito | N° OSB trabajan temas de salud | Porcentaje | N° OSB trabajan tema TB |
|-------------------------|--------------------------------|--------------|-------------------------|
| Cercado | 6 | 8.3 | 6 |
| Ate | 6 | 8.3 | 6 |
| Carabaylo | 2 | 2.8 | 2 |
| Comas | 4 | 5.6 | 4 |
| Chorrillos | 5 | 6.9 | 4 |
| El Agustino | 7 | 9.7 | 7 |
| La Victoria | 2 | 2.8 | 1 |
| Pachacamac | 1 | 1.4 | 1 |
| Rimac | 1 | 1.4 | 1 |
| San Juan de Miraflores | 1 | 1.4 | 1 |
| San Martín de Porras | 8 | 11.1 | 8 |
| Surco | 2 | 2.8 | 1 |
| Villa María del Triunfo | 2 | 2.8 | 1 |
| San Juan de Lurigancho | 8 | 11.1 | 7 |
| Los Olivos | 3 | 4.2 | 3 |
| Villa El Salvador | 1 | 1.4 | 0 |
| Santa Anita | 6 | 8.3 | 6 |
| Callao | 5 | 6.9 | 4 |
| Ventanilla | 2 | 2.8 | 1 |
| Total | 72 | 100.0 | 64 |

Del total de organizaciones sociales muestreadas, 64.9% (72/111) trabajan temas de salud y de ellas 88.9% (64/72) ejecutan acciones relacionadas con la tuberculosis.

En relación al tipo de actividad realizada, las 64 OSBs realizan acciones de prevención, 48 (75.0%) realiza actividades de detección precoz y 37 (57.8%) realiza las de tratamiento de las personas que sufren TB. El tema de Derechos humanos y TB es desarrollado por 25 (39.1%) organizaciones.

Cualitativo

Se evidencia que existe un adecuado desempeño de parte de las OSBs en la prevención y control de la tuberculosis.

...“Vamos hacer una reunión, descentralizada ya, cada Centro de Salud tiene sus Juntas Vecinales, y empujar a una primera etapa en un taller, como una taller quizás de sensibilización, que todos conozcan lo que es la problemática de la tuberculosis. Cada Centro de Salud tenía el compromiso de que a todos los integrantes de la Junta Vecinal, explicarles sobre el problema y se pensó también, en cierta manera en capacitarlos quizás en lo que era el uso de los materiales de difusión, rotafolio. Es necesario informarles y sensibilizarlos, enfatizando la importancia de que ellos son los brazos que tenemos nosotros a nivel de la comunidad y de la manera como ellos se fortalezcan, que conozcan, entonces nos va fortalecer el trabajo conjunto de lo que es el sector y de lo que son ellos...” (Medico responsable de una Micro Red).

...”Entonces el Centro de Salud trabaja con los Comedores y les pide a sus comedores que lleven 15 [muestras] de sintomáticos, que son gratuitos... Y así como nosotros pedimos, ellos nos piden, la del comedor [nos brinda apoyo en la captación de sintomáticos] y el Centro de Salud le daba análisis gratuitos a sus miembros...” (Enfermera de un AERT)

Sin embargo todavía se hace necesario el involucramiento de más actores propios de la comunidad (Comedores Autogestionarios, Organizaciones de Vasos de Leche y la Comunidad Educativa)

... “En el Comedor tenemos una persona responsable... promotoras,... que cuando ven o determinan esos casos [de personas con tuberculosis], ellos son los que le llevan al Centro de Salud... Entre nosotros nos pasamos la voz, el vecino o tal familia esta mal, hay que ayudarlo. ¿Que tiene?. Por decir dicen: No sale, no lo vemos. Y si le hemos visto pues, pero le hemos visto bien decaído. Quizá esta con esto y no puede ir y le ayudamos. Nosotros así como dice, le ayudamos si no tiene plata, menú, siempre hemos dado el menú, uno o dos menús, por eso pedimos su recipiente que ellos traen, se lo llevan o vienen ellos mismos...” (Representante de Comedor Autogestionario perteneciente a una AERT)

... “Hacer esa capacitación, no solamente en comedores, sino en los colegios, por que en la juventud es donde esta resaltando mas la tuberculosis no, eso se ha visto bastante también, mas veo en el Centro de Salud eso, que esta resaltando en los jóvenes adolescentes. Pensaba que no, que los jóvenes no iban a estar con esta enfermedad, pero he visto muchos de los jóvenes mas conocidos y yo digo, es la juventud de repente por cuidar, también como dice las chicas, las siluetas, que no quieren engordar y todo eso no. Pero si son conscientes de que la enfermedad existe y hay que pues combatir esa enfermedad, a base como le digo de la difusión las charlas en los colegios, para que eso se puedas cortar...” (Representante de Comedor Autogestionario perteneciente a una AERT)

... “Con los colegios de nuestras jurisdicción, sensibilizar a los profesores, inclusive hablarles a los alumnos..., tanto en primaria como en secundaria, que identifique al sintomático respiratorio, claro los de primaria van a ser menos, los de secundaria quizás. Pero que sean los mismos alumnos que sensibilizados nos ayuden a nivel de la comunidad a identificar los sintomáticos respiratorio, que es importante que vaya en esa etapa de diagnostico, de tratamiento precoz, eso también faltaría, vincular esa parte...” (Medico Jefe de una AERT)

INDICADOR R.1.3: Proporción de organizaciones sociales participando en planes locales que incluyan actividades de prevención y control de la TB en los Distritos con AERT-TB

En este indicador se ha considerado solamente a las organizaciones dentro del ámbito de distritos que tienen planes aprobados para la realización de actividades de prevención y

control de la TBC a nivel distrital, formulados y ejecutados desde los municipios y cuyo universo, para el estudio asciende a 12 casos.

Comentario indicador R.1.3.:

Cuantitativo

La proporción de organizaciones sociales de base participando en planes locales que incluyen actividades de prevención y control de la TB en los distritos con AERT-TB fue para esta medición del 13.5%. Esto demuestra una tendencia creciente en comparación a la segunda medición en la cual el resultado fue de un 9.6% y en relación a la primera en la cual el resultado fue del 0%.

INDICADOR R.1.4: Proporción de enfermos, familiares y equipos de salud de los establecimientos de los distritos con AERT-TB que han recibido programas educativos para el control integral de la TB y defensa de los DDHH.

Enfermos de TB y sus familiares

- Criterio de inclusión.- Figurar en el Padrón de atención del PCT en los esquemas de tratamiento 1 ó 2 de las AERT-TB seleccionadas por el MINSA.
- Criterio de exclusión.- No encontrarse ubicable durante el tiempo de aplicación del estudio, o que se niegue a participar.

Comentario indicador R.1.4.:

Cuantitativo

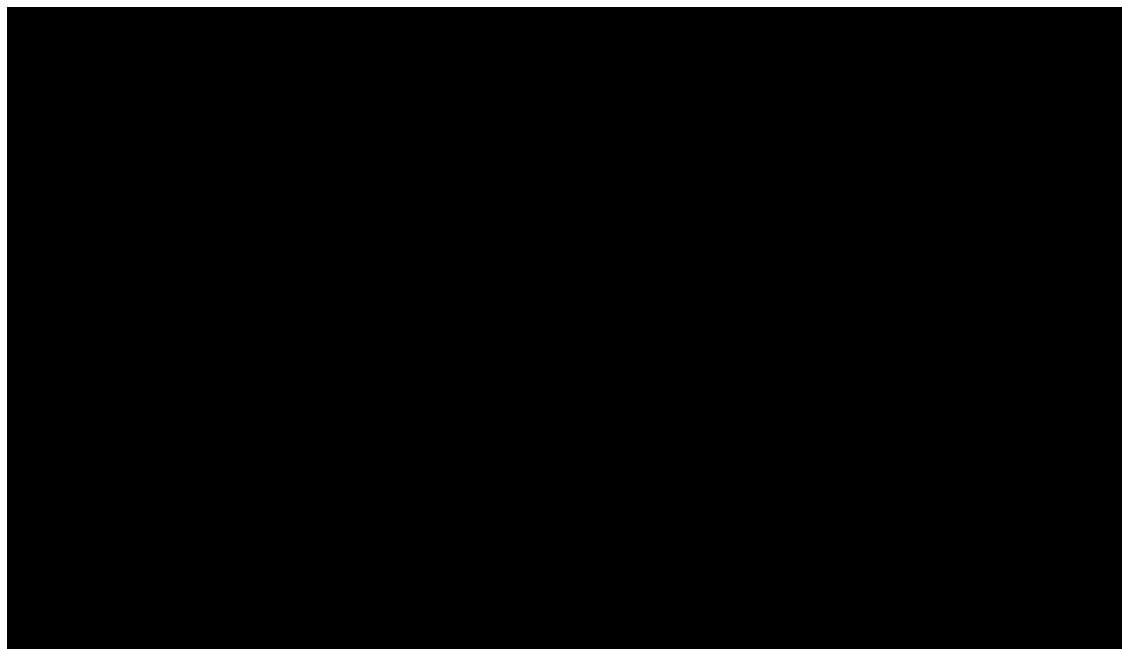
Para la presente medición se encontró: 76,8% enfermos capacitados, 33,7% de familiares capacitados y 35% de equipos capacitados. Para la primera medición se encontraron 5,0% enfermos capacitados, 1,1% de familiares capacitados y 12,2% de equipos capacitados, y para la segunda medición 13,5% enfermos capacitados, 3,1% de familiares capacitados y 53,7% de equipos capacitados. En la presente medición se consideraron todos los casos hallados, incluso los casos de TB-MDR que sin embargo, numéricamente eran de menor volumen.

Entonces se evidencia un mayor incremento en la proporción de enfermos, llegando a un 76,8%. Un incremento menor se da para los familiares. Sin embargo para los equipos de salud durante la segunda medición se incremento a un 53,7%, pero se redujo durante la tercera medición a un 35%.

TABLA Nº 7
Características de Sexo, Grado de Instrucción y Estado Civil de la Población de Enfermos

| Sexo | CASOS | % |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| Varones | 96 | 52.7 |
| Mujeres | 86 | 47.3 |
| Total | 182 | 100.0 |
| Grado de Instrucción | CASOS | % |
| Ninguno | 1 | 0.5 |
| Primaria | 24 | 13.2 |
| Secundaria | 106 | 58.2 |
| Técnica | 36 | 19.8 |
| Superior | 15 | 8.2 |
| Total | 182 | 100.0 |
| Estado Civil | CASOS | % |
| Soltero | 113 | 62.1 |
| Casado | 27 | 14.8 |
| Conviviente | 40 | 22.0 |
| Divorciado | 1 | 0.5 |
| Viudo | 1 | 0.5 |
| Total | 182 | 100.0 |

**GRAFICO Nº 6: Distribución etárea de la Población de enfermos de TB
(n= 181)**



Grupos de edad y sexo:

| | Masculino | | | Femenino | | | Total | | |
|------------|-----------|------|------------|----------|------|------------|-------|-------|------------|
| | Nº | % | % de Total | Nº | % | % de Total | Nº | % | % de Total |
| 15 a 24 a. | 41 | 53.2 | 22.5 | 36 | 46.8 | 19.8 | 77 | 100.0 | 42.3 |
| 25 a 44 a. | 39 | 52.0 | 21.4 | 36 | 48.0 | 19.8 | 75 | 100.0 | 41.2 |
| 45 a 64 a. | 12 | 54.5 | 6.6 | 10 | 45.5 | 5.5 | 22 | 100.0 | 12.1 |
| May. 65 a. | 4 | 50.0 | 2.2 | 4 | 50.0 | 2.2 | 8 | 100.0 | 4.4 |
| Total | 96 | 52.7 | 52.7 | 86 | 47.3 | 47.3 | 182 | 100.0 | 100.0 |

**TABLA Nº 8
Programas Educativos recibidos por los enfermos de TB y sus familiares**

| Tema de capacitación | Pacientes (n = 148) | | Familiares (n = 116) | | Total (n = 262) | |
|--|---------------------|------|----------------------|------|-----------------|------|
| | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| Prevención o Control de la TB | 137 | 92.6 | 65 | 56.0 | 202 | 77.1 |
| El tratamiento de la TB esquemas 1 y 2 | 132 | 89.2 | 61 | 52.6 | 193 | 73.7 |
| El tratamiento a enfermos MDR | 75 | 50.7 | 31 | 26.7 | 106 | 40.5 |
| Nutrición del paciente de PCT | 140 | 94.6 | 61 | 52.6 | 201 | 76.7 |
| Derechos Humanos | 101 | 68.2 | 43 | 37.1 | 144 | 55.0 |
| Autoestima | 107 | 72.3 | 46 | 39.7 | 153 | 58.4 |
| Organización GO-TB | 37 | 25.0 | 13 | 11.2 | 50 | 19.1 |
| Otros | 29 | 19.6 | 4 | 3.4 | 33 | 12.6 |

TABLA Nº 9
Detalle de los Programas Educativos recibidos por los
Miembros de los Equipos de Salud según Tema y Personas Capacitadas

| PROGRAMA EDUCATIVO RECIBIDO | % DE PERSONAL CAPACITADO POR TEMA (n= 40) |
|-----------------------------|---|
| Bioseguridad | 55.0 |
| Calidad de la atención | 45.0 |
| Derechos humanos | 35.0 |
| Vacaciones | 30.0 |
| Ninguno | 20.0 |

En la información previa, destaca que el tema de los derechos en salud alrededor del tema de tuberculosis, es el que menor inversión tiene dentro del personal capacitado.

TABLA Nº 10
Distribución del Personal de Salud según AERT-TB (n = 41) y Encuestados (n= 172)

| Personal de Salud | Nº AERTs | % según AERTs | % según encuestados (n= 172) |
|-----------------------|-----------|---------------|------------------------------|
| Técnico de enfermería | 35 | 85.4 | 30.2 |
| Médico | 34 | 82.9 | 21.5 |
| Enfermera | 27 | 65.9 | 15.7 |
| Obstetriz | 4 | 9.8 | 2.3 |
| Asistencia social | 12 | 29.3 | 7.0 |
| Otros | 27 | 65.9 | 18.0 |
| Psicólogo | 4 | 9.8 | 2.3 |
| Nutricionista | 5 | 12.2 | 2.9 |
| TOTAL | 41 | | |

La distribución para estas tablas sobre capacitación en trabajadores de los equipos de salud, es de la siguiente manera:

1. Fueron 172 trabajadores encuestados.
2. 132 de ellos indicaron que habían sido capacitados
3. De ellos solo 124 respondieron acerca del tiempo transcurrido desde la última capacitación.
4. De los 124 que recibieron o asistieron a capacitaciones, utilizaron las metodologías que se precisan en la siguiente tabla.

TABLA Nº 11
Tipos de Metodología utilizada en los Programas Educativos
recibidos por los Equipos de Salud (n= 179)

| Metodología | n | % de Respuestas |
|--------------|------------|-----------------|
| Taller | 82 | 45.8 |
| Curso | 58 | 32.4 |
| Charla | 27 | 15.1 |
| Conferencia | 5 | 2.8 |
| Otros | 6 | 3.4 |
| Symposium | 1 | 0.6 |
| Total | 179 | 100.0 |

TABLA Nº 12
Intervalo de Tiempo Transcurrido desde el último Programa Educativo Recibido por los Encuestados (n = 124)

| MESES | n | % |
|--------------------|------------|--------------|
| Menos de 1 mes | 2 | 1.6 |
| De 1 a 6 meses | 41 | 33.1 |
| De 7 meses a 1 año | 38 | 30.6 |
| Más de 1 año | 43 | 34.7 |
| Total | 124 | 100.0 |

Solo 132 de todos los trabajadores de los equipos de salud han recibido capacitación, de los cuales 124 respondieron sobre el tiempo desde su última capacitación.

TABLA Nº 13
Distribución de los miembros del equipo de Salud encuestados según el tiempo que trabaja en PCT

| Rango de tiempo | N | % |
|------------------|------------|------------|
| Menor a 1 mes | 16 | 9.3 |
| De 1 a 3 meses | 14 | 8.1 |
| De 4 a 6 Meses | 10 | 5.8 |
| De 7 a 9 meses | 6 | 3.5 |
| De 10 a 12 meses | 23 | 13.4 |
| De 1 a 5 años | 51 | 29.7 |
| De 5 a 10 años | 29 | 16.9 |
| Mayor 10 años | 21 | 12.2 |
| Total * | 170 | 100 |

(*) Nota: dos trabajadores no dieron respuesta a esta pregunta

Como se aprecia en la tabla previa, los trabajadores del equipo de salud encuestados, tienen importante experiencia de trabajo en el establecimiento de salud, pues como se aprecia, alrededor del 60% de ellos tienen más de un año de trabajo en el establecimiento.

TABLA Nº 14
Número de horas dedicadas a la atención

| Horas | n | % |
|------------------|------------|--------------|
| 1 | 30 | 17.8 |
| 2 | 32 | 18.9 |
| 3 | 13 | 7.7 |
| 4 | 11 | 6.5 |
| 5 | 2 | 1.2 |
| 6 | 69 | 40.8 |
| 7 | 5 | 3.0 |
| 8 | 5 | 3.0 |
| 9 | 1 | 0.6 |
| 10 | 1 | 0.6 |
| Total (*) | 169 | 100.0 |

(*) Nota: tres no respondieron esta pregunta.

TABLA Nº 15
Distribución de los miembros del equipo de Salud encuestados,
según asistencia a capacitaciones organizadas por
el Objetivo 1 TB y MINSA 2006

| Número de cursos | AÑO 2006 | |
|---------------------------|----------|------|
| | N | % |
| 1 Curso | 19 | 11.3 |
| 2 Cursos | 10 | 6.0 |
| 3 Cursos | 9 | 5.4 |
| Mas de 3 cursos | 4 | 2.4 |
| No asistió a ningún curso | 126 | 75.0 |

Según la información previa, preocupa el hecho de que la gran mayoría del personal de salud encuestado, (75%) no hayan asistido a ninguna capacitación durante el año 2006.

TABLA Nº 16
Distribución de los miembros del equipo de Salud encuestados según las causas
por las cuales no asistieron a las capacitaciones organizadas por el Objetivo 1 y
MINSA

| Causas de Inasistencia a Capacitaciones | N | % |
|---|------------|--------------|
| No me invitaron | 111 | 88.1 |
| Invitaron solo a los jefes | 4 | 3.2 |
| No pude asistir | 9 | 7.1 |
| El documento no llego a la fecha | 2 | 1.6 |
| Total ** | 126 | 100.0 |

** El total no obedece al número de encuestados que no asistieron a las capacitaciones, sino a las causas que provocaron sus inasistencia, pues muchos de ellos dieron como respuesta, más de una alternativa.

Analizando la información previa, se aprecia que la gran mayoría de trabajadores que no asistieron a capacitaciones, se ha debido a la falta de oferta más que limitaciones por ellos mismos que han sido mínimas (7.1%). Esto obliga a analizar el porqué existiría tan baja oferta de servicios de capacitación a trabajadores que requieren de refuerzos periódicos, a fin de mejorar la prestación de los servicios.

TABLA Nº 17
Distribución de los miembros del Equipo de Salud encuestados,
respecto a la formación de un equipo de mejora de la
calidad de Atención (n =168)

| Se formó un equipo de mejora de la calidad de atención | N | % |
|--|------------|--------------|
| Si | 59 | 35.1 |
| No | 87 | 51.8 |
| No sabe, no responde | 22 | 13.1 |
| Total | 168 | 100.0 |

TABLA Nº 18
Promedio de Promotores de Salud de las AERT-TB
que participan en el PCT según DISA

| DISA | Nº DE AERT-TB con promotores de salud en PCT | Promedio de promotores por AERT-TB |
|--------------|--|------------------------------------|
| Callao | 2 | 4.5 |
| Lima Sur | 8 | 5.1 |
| Lima Este | 18 | 4.3 |
| Lima Ciudad | 12 | 4.4 |
| Total | 40 | 4.5 |

Cualitativo:

1. Equipos de salud

Existen equipos de salud que contribuyen a mantener a las personas saludables y también algunos servicios que se concentran esencialmente en solo factores clínicos o en un enfoque *económico* de la salud.

... “Y también enfatizarles el hecho de que, es importante la búsqueda, de la identificación del paciente, del apoyo que la comunidad tiene que dar para que los tratamientos se den, hemos tenido el problema básico de un distrito, de un incremento, de un porcentaje de las MDR, que es algo que nos preocupa... por pegarnos mucho a los protocolos de tratamiento, los pacientes tenían que estar con mucho tiempo de espera o a veces llegado un diagnóstico claro cuando ya habían soltado todo, ese problema también me preocupa...” (Medico de una AERT)

...”Converse con la asistente social, que no parecía asistente social, le explique que es un pacientito que viene de un Centro de Salud, le explique lo que le había pasado... Dijo, “Si no tienes plata ¿Para que lo has traído?. Acá mucha gente necesita. Le conteste: Pero señora, el señor también necesita... Pero, si no tiene plata hija, para que me lo traes... (Enfermera de un AERT)

Para contrarrestar este enfoque clínico, debería de garantizarse que los servicios de salud sean apropiados, efectivos y que contribuyan a la salud. Esto se traduce en el aseguramiento de recursos en los servicios de prevención y atención de pacientes.

... “Son necesarios recursos humanos, porque sin recursos humanos nada estamos hablando, estamos ingresando pacientes cuando no amerita ese caso... [Necesitamos] capacitación constante, en todo los programas de tuberculosis, en todo los Centros de Salud debe haber un profesional de enfermería, que tome decisiones oportunas y adecuadas en los criterios de los pacientes, solo así vamos a disminuir la incidencia de la tuberculosis y vamos a disminuir la prevalencia de la tuberculosis...” (Enfermero de una AERT).

... “Hay establecimientos de salud que manejan adecuadamente a los pacientes, pero también hay que reconocer que hay médicos, enfermeras, que no están informados, que no están capacitados adecuadamente... Muchas veces cometen un error, ¿no?, porque no han estado capacitados, entonces esto ocasiona muchas veces que haya retraso en algunos establecimientos, ya cuando llega un paciente, de repente esta muy deteriorado, que ya el problema es demasiado evidente... Nosotros creemos que la manera de solucionar esto es capacitar y lograr que el personal se especialice adecuadamente...” (Medico de una AERT).

Así mismo se manifestó la urgencia de fortalecer capacidades en los profesionales, más aun si se encuentran involucrados en la problemática de la tuberculosis. Sin embargo este tema todavía no se ha logrado concretar, es decir no existe un equipo que sea constantemente capacitado; y en los lugares en los cuales se ha realizado, todavía existe la dificultad de capacitar a todo el equipo en general.

... “En el personal falta de sensibilización, compromiso adecuado, escaso conocimiento sobre el manual del programa, falta de capacitación, que no debe hacerse solo en médicos, sino en todo el personal...” (Técnica de enfermería de un AERT)

2. Familiares y personas afectadas por la enfermedad

La Estrategia de Control de la Tuberculosis como parte de sus actividades, refuerza al interior de los servicios, los conocimientos propios de la enfermedad; esto a su vez se hace extensivo a cada uno de los pacientes, a través de actividades extra murales. Sin embargo es necesario mencionar que dichas capacitaciones están más relacionadas con los temas de prevención y control de tratamiento de la tuberculosis, mas no se evidencia capacitación en el tema de los derechos humanos, que es un tema que resulta prioritario para ellos.

... “Primeramente al paciente se le capacita, se le dice todas las bondades del medicamento, para que el paciente sepa lo que esta tomando. Que la orina le salga rojiza que es normal, no se asusten, entonces se dice también va aumentar su reacción sexual, que tampoco se asusten (risas)... Eso le da la enfermera, entonces sabe lo que va recibir, le digo que no se moleste que lo voy estar mirando los dos meses,... por que nos piden observar que el tome los medicamentos en el tratamiento... pues también tiene que cumplir ciertos requisitos... (Enfermera de un AERT)

...,”Las capacitaciones a veces viene del Centro de Salud, toda capacitación que viene al comedor es bienvenido, sea de nutrición, sea de la tuberculosis, sea de... diarrea o cuando hay ese del Dengue, cuando hay este, eso del cáncer, eso de las mamas..., todo eso, nosotros recibimos, escuchamos...” (Representante de Comedor Autogestionario de una AERT)

... “El Centro de Salud, ellos vienen, siempre nos han capacitado, siempre están pendientes, siempre están viendo, haciendo la bajada a los comedores, de que manera estamos trabajando... sobre todo en la parte de higiene, en eso, viendo la parte de nutrición también, como hay que balancear la comida... a veces nos hablan de la carne roja, que sean las vísceras del hígado, las mollejas que tienen bastantes vitaminas, de las menestras o como podemos combinar también todo eso no. Se hacen eventos como concurso de los platos típicos..., pero a base de nutrición...” (Representante de Comedor Autogestionario de una AERT)

Se menciona también que aun cuando estas capacitaciones son realizadas, existe la necesidad de que se enfatice la prevención de la tuberculosis y que esta sea difundida a la población en general. Para ello proponen utilizar diversas estrategias, con mayor intervención del Gobierno y asumiéndose a la enfermedad como una problemática de salud publica en constante incremento

... “La franja electoral, una hora, media hora y ahí hablan de todo, todos los candidatos, todos los canales, ¿no es cierto?. O sea por que a los políticos les dan toda esa franja electoral gratuita para que hablen de todo. Y por que no se pone un espacio, una franja de salud, para que todos los canales nos dan media hora al día o unos 10 minutos... A la hora de las novelas o de los programas que dan mas rating, para que para informarles que como cuidarse... (Medico de un AERT)

... “Bueno yo creo que como es una zona... en riesgo, para mi la idea es como se dice educar a las personas, en casa de repente difundiendo, traer la difusión o de repente a través, como se llama, de esos afiches... Como puede curarse, por que tiene cura, es depende de la persona que tome el interés... Para que las personas tengan conocimiento y digan: Si esto tiene cura... Porque yo pienso... poner en conocimiento que si hay cura para eso y que no es algo que diga... que si tiene esa enfermedad se va morir...” (Representante de Comedor Autogestionario de una AERT)

INDICADOR R.1.5: Número de distritos con AERT-TB trabajando con ASET, GOETB o la Red Solidaria activo

Comentario indicador R.1.5.: Cuantitativo

Para la presente medición fueron 18 de 20 distritos trabajando con ASET, GOETB o la Red Solidaria. En la segunda fueron 16 de 20 distritos.

TABLA N° 19
Distribución de los AERT - TB evaluados según presencia de GOETBs

| DISA | CON GOETBs | | SIN GOETBs | | TOTAL | |
|--------------|------------|-------------|------------|-------------|-----------|--------------|
| | N | % | N | % | N | % |
| CALLAO | 1 | 50.0 | 1 | 50.0 | 2 | 4.9 |
| SUR | 4 | 44.4 | 5 | 55.6 | 9 | 22.0 |
| ESTE | 11 | 61.1 | 7 | 38.9 | 18 | 43.9 |
| LIMA CIUDAD | 9 | 75.0 | 3 | 25.0 | 12 | 29.3 |
| TOTAL | 25 | 61.0 | 16 | 39.0 | 41 | 100.0 |

Apreciando la información previa, vemos que la presencia de GOETBs es importante en los distritos con AERT-TB, lo que provee un soporte organizacional muy importante para acciones que requieren del concurso comunitario, especialmente de las personas afectadas y sus familiares, lo que puede contribuir al éxito de las acciones, tanto en los aspectos de prevención y control, como los propiamente recuperativos.

TABLA N° 20
Procedencia de la Iniciativas y/o Motivaciones para la Formación de los GOETBs (n= 25)

| PROCEDENCIA DE INICIATIVAS Y/O MOTIVACIONES | n | % |
|--|----|------|
| Por iniciativa propia | 7 | 28.0 |
| Por motivación de otro grupo organizado | 12 | 48.0 |
| Por motivación de la asistente social | 4 | 16.0 |
| Por motivación de la técnica de TB del centro de salud | 1 | 4.0 |
| Otros | 4 | 16.0 |
| Por motivación del promotor de salud | 1 | 4.0 |

Analizando las motivaciones o fuente de las iniciativas para la organización de los GOETBs, existirían factores de sostenibilidad, desde que en más de la mitad de los casos analizados, (76%), la procedencia ha sido propia, lo que expresaría el grado de motivación e interés de las mismas personas afectadas. Tal como se ha señalado en líneas previas, ello puede ser contributivo, para difundir acciones al interior de la comunidad, como en brindar soporte a la sostenibilidad.

TABLA N° 21
Principales Actividades de los GOETBs (n= 25)

| PRINCIPALES ACTIVIDADES | N | % |
|--|----|------|
| Analizar la problemática de la TBC | 12 | 48.0 |
| Compartir experiencias vividas sobre la TB | 22 | 88.0 |
| Aportar propuestas para enfrentar dificultades | 9 | 36.0 |
| Otros | 6 | 24.0 |

El que los GOETBs inviertan la mayor cantidad de tiempo y esfuerzo en compartir sus experiencias, genera bases importantes para el comportamiento de estas organizaciones, como grupos de autoayuda, estrategia que ha sido ampliamente demostrada en su

efectividad para superar muchos problemas de salud pública muy importantes, tanto en nuestro medio como en otros, ampliamente reportados¹⁵

Cualitativo:

Se dice que el apoyo social juega un rol importante, en los medios desfavorecidos, los pobres reciben menos apoyo de su entorno y su red personal esta menos extendida que la de las personas que viven en un medio más favorable¹⁶. Este contexto se repite dentro de los pacientes con tuberculosis, que estando en una situación menos favorecida, buscan establecer relaciones mínimas con vecinos y amigos, para ayudarse mutuamente a enfrentar la pobreza y la exclusión.

Una de las organizaciones que intenta fortalecer, física y emocionalmente a los pacientes con tuberculosis durante su tratamiento, es la Red Solidaria, Dentro de sus principales objetivos se encuentra el disminuir el impacto de estrés de los pacientes afectados por la tuberculosis, y el que los pacientes encuentren un nivel de pertenencia a dicha institución, constituyéndose de esta manera en un efecto protector para ellos.

... "La red en su poca vida organización que tiene, se creo pues por las necesidades que se vio en las pacientes, necesidades personales, ya espirituales o físicas..., por que esta enfermedad no lo va llevar a algo malo, sino por el contrario..., para que la persona afectada saque mucho provecho... Como por ejemplo que en vez de esconderse, en vez de excluirse de la sociedad mas bien se integre, se agrupe para que ellos puedan... lograr mejoras... En si la Red se creo, porque vio que el paciente mucho, mucho, se encerraba en si mismo, no quería participar, la sociedad se avergüenza [de ellos]. También se crea por que vio que la persona afectada, es como se dice persona y necesita defender sus derechos..." (Integrante de la Red Solidaria)

... "Uno de las actividades es mediante los promotores educativos... siendo promotor, ellos y ellas pueden dar charlas informativas a los Centros de Salud. Las sesiones educativas que los promotores dan, son a nivel de Centros Educativos, de Centros de Salud... y pues lo pueden tener en una vez a la semana, una vez cada 15 días, de acuerdo a sus horarios que ellos tengan, por que ellos deciden cuando ir, a que hora ir, a que centro ir. Ellos deciden tienen la libertad, y pues siempre de a dos, por que solo a veces da un poco de temor de enfrentar todo esto, pero en compañía es mucho mejor.... Una segunda actividad, son las Jornada Solidarias, donde... los pacientes de todos los Centros se reúnen una vez al mes, o hasta 2 veces al mes, para que puedan... mostrar sus inquietudes o de repente tiene algunas interrogantes que no se ha resuelto... o algunas propuestas [que ellos tienen] Todo eso se habla en estas reuniones distritales organizativas, comparten también sus inquietudes, no solamente se trata de pedir, pedir, pedir; también se trata de compartir, por que es el único momento que ellos tienen de compartir con todos, es difícil todavía..." (Integrante de la Red Solidaria)

También es necesario mencionar que aun cuando se dan las intervenciones de la Red Solidaria, estas todavía no han abarcado a la totalidad de los AERTs y en algunos casos resultan ser poco conocidas por algunos representantes de las instituciones que funcionan al interior de las AERTs.

... "Son veinte ASETs ya establecidos,, se acompañan a estos veinte....por que en un mes hablando se puede acompañar a los 20, pero vamos abarcando por lo menos 5 o 6, la mayor cantidad posible..., luego cada 15 días tenemos reuniones de promotores, donde presentan su informe, dicen en tal centro me esta yendo mal, por favor intervengan..." (Representante de la Red Solidaria)

¹⁵ Estos grupos de autoayuda son un mecanismo muy eficaz de autosolidaridad entre personas afectadas, por alcoholismo, drogadicción y otras afecciones como en el caso del VIH/SIDA.

¹⁶ Caplan, G; Killilea, M. (1976) Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations. New York: Grune and Stratton; COBB, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic Medicine, 38 (5), 300 – 314.

... “Yo siempre tuve una preocupación en relación, como la Asociación de Pacientes Afectados nos pueden ayudar, yo le decía a Juana “Juana, yo tengo el conocimiento de que en Lima Norte hay una muy buena experiencia en la intervención de ellos para que se sumen a la COMUL nuestra y que nos enseñen sus experiencias y nosotros aprender de ellos”, pero eso también se quedó en coordinar... Mira, nosotros pensamos mucho las posibilidades para los pacientes, inclusive la posibilidad de generación de algún nivel de productividad, de producción, por eso me interesaba mucho la experiencia que habían tenido la Asociación de los Enfermos, de que manera se podría hacer...” (Representante de la COMUL)

... “Personalmente a mí me pareció mucho el trabajo de ellos, por que era la percepción de pacientes que han estado en el Programa, que han sufrido lo bueno y han sufrido lo malo también, de la marginación, hasta el trato de los mismos prestadores de salud, eso es algo que siempre preocupa. Por que la adherencia, depende de cómo lo tratemos, se siente marginado, no se siente marginado. Esa experiencia me gustaría, estaba yo gustoso de que se haga, no solamente para el COMUL en este caso, sino también para las Juntas Vecinales, por que cuando ellos llegan a tener un conocimiento real del situación, no solamente de la enfermedad como una enfermedad de “¡Que miedo!”, sino como el paciente vive esa experiencia, que no es una experiencia de una semana, de 10 días, sino son meses en algunos esquemas...” (Representante de la COMUL)

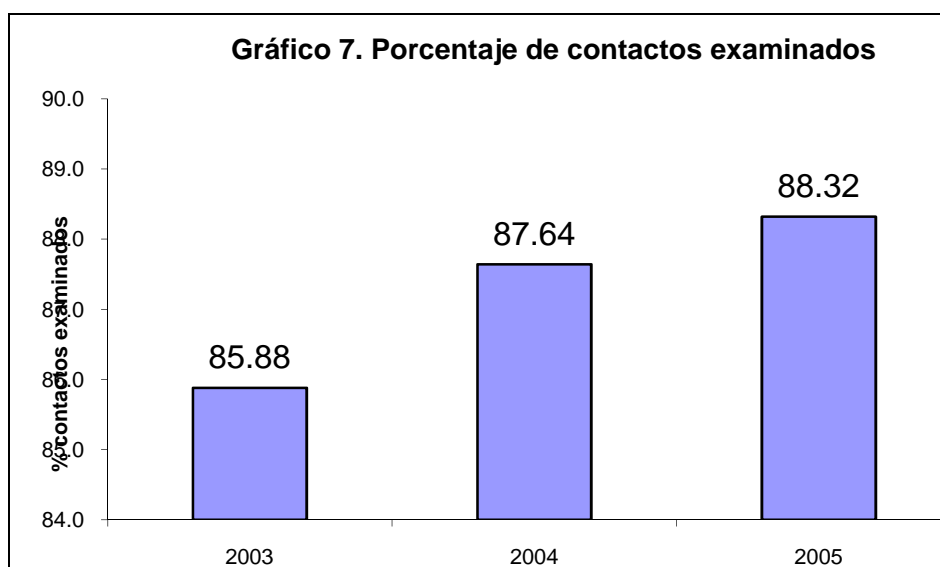
Sin embargo, también es importante destacar que algunas de las probables razones que hacen poco conocida o que dificultan el trabajo de la Red Solidaria es la poca difusión al público y/o poco conocimiento del público objetivo con el que trabaja la Red.

... “[A una de las integrantes de la GOETBs], la enfermera que la atiende, le ha amenazado con no entregarle las pastillas si es que la veía hacer las sesiones matutinas... le ha ido amedrentando. Y cuando ella vino después a la Red, nosotros nos dimos cuenta que el personal de salud no lee las cartas que enviamos, por que esta bien claro, la invitación a las charlas es para los pacientes negativos. Pero de todas maneras la enfermera la amenazó así y ya no pudo dar sesiones...” (Representante de la Red Solidaria)

... “En otro Centro de Salud, la Asistente Social no permitía entrar a la promotora, por que pues quería beneficio a cambio no, decía: Esta bien que hace sesiones pero que reciben mis pacientes.... Nosotros decíamos que era para familiarizarlos, para hacerle entender sus derechos, no hay beneficio económico, no lo hay, piensan lo contrario...” (Representante de la Red Solidaria)

INDICADOR R.1.6: Proporción de contactos examinados de acuerdo a norma nacional

En el año 2005 se registraron 114,525 contactos examinados los cuales representaban el 88.32% del total de contactos censados. Para los años 2003 y 2004 los contactos examinados fueron 113,104 y 111,958 personas que representaban el 83,8% y el 54.5% respectivamente del total de contactos censados.



Comentarios indicador R.1.6.

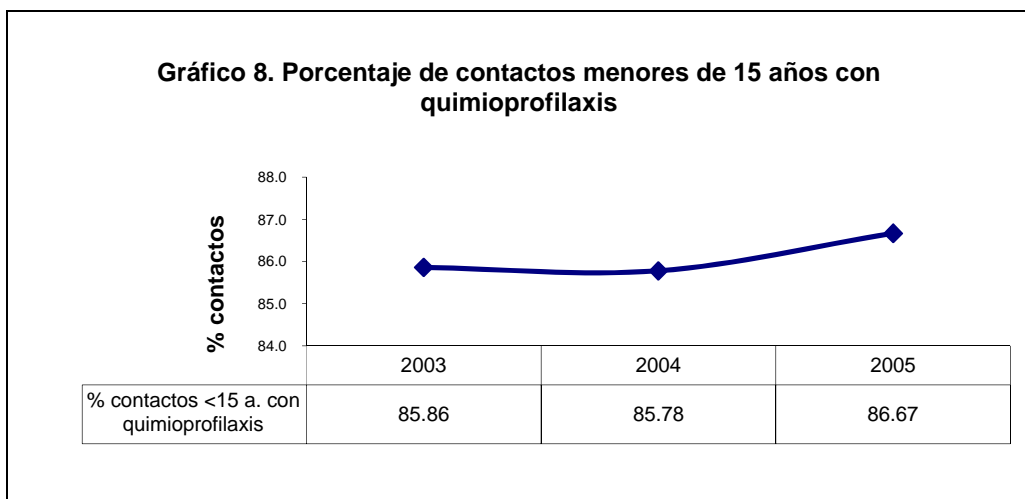
Si comparamos la proporción de contactos examinados entre los años 2005, 2004 y 2003 observamos un incremento en la proporción y un aumento del número absoluto de contactos examinados entre el año 2003 y el año 2005, el cual representa un incremento del 1.3% de contactos examinados.

Este pequeño incremento tanto en valores absolutos como porcentuales se puede explicar por el fortalecimiento de la estrategia nacional de control de la TB sobre todo a partir del año 2004. Indudablemente se observa que todavía hay una pequeña brecha por cubrir, la cual representa cerca de un 12% de pacientes que si bien fueron detectados, no fueron examinados, estas son oportunidades perdidas que pueden atenuarse con la participación activa de promotores de salud y promoviendo visitas domiciliarias.

Se han actualizado los valores consignados para este indicador en la primera y segunda línea basal con los últimos valores de los informes operacionales de la estrategia y que fueron obtenidos de la pagina web durante el desarrollo de la presente consultoría.

INDICADOR R.1.7: Porcentaje de contactos menores de 15 años recibiendo quimioprofilaxis por 6 meses

Para el año 2005, 23,183 contactos menores de 15 años recibieron quimioprofilaxis los cuales representaban el 86.67% del total de contactos menores de 15 años censados de pacientes con TBP frotis positivo. Los contactos menores de 15 años que recibieron quimioprofilaxis para los años 2003 y 2004 fueron 27,579 y 24,560 personas respectivamente que representaban el 85.86% y el 85.78% respectivamente.



Comentarios indicador R.1.7.

Al comparar los años 2003 y 2005 se observa que porcentualmente hay un incremento pequeño de contactos menores de 15 años que recibieron quimioprofilaxis al ser contactos de pacientes con TBP Bk positivo (de 85.86% a 86.67%), sin embargo en números absolutos de contactos hay una disminución (de 27,579 a 23,183). Esta diferencia se presenta porque el número de contactos menores de 15 años censados de pacientes con TBP BK positivos es diferente entre dichos años.

Al igual que en el indicador anterior se han actualizado los valores de la primera y segunda medición para este indicador conforme a lo descrito en los informes operacionales de la estrategia.

INDICADOR R.1.8: Porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH

Según la información alcanzada por la ESN-PCT el porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH del 2005 fue de 55.5% (1214/2187), lo cual representa un incremento de 8.3 puntos porcentuales en relación a la medición anterior del 2003. El número total de pacientes con VIH para el año 2005 fue de 2187.

Comentarios indicador R.1.8.

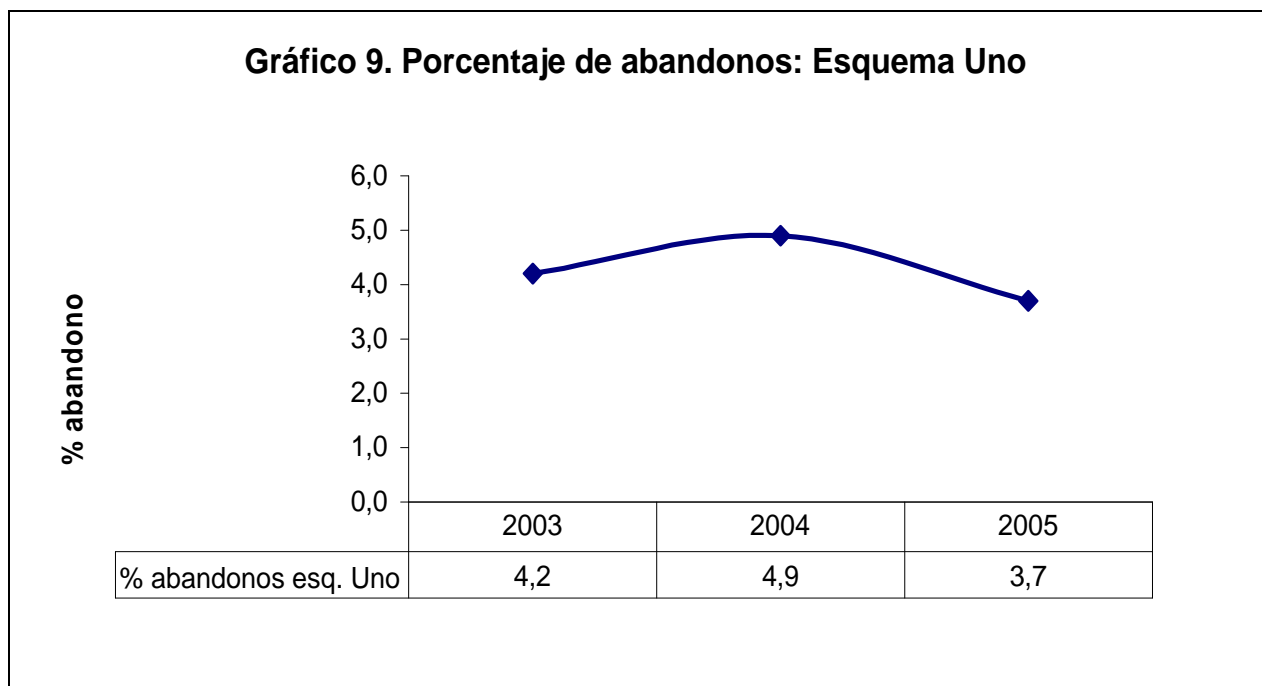
Un poco más de la mitad del total de pacientes reportados por la Estrategia Sanitaria Nacional de ETS recibió tratamiento profiláctico con INH, los factores que pueden estar influenciando este bajo porcentaje es la negación de los pacientes co-infectados para tomar dicha profilaxis, el estado clínico deteriorado de los pacientes, el poco acceso a los servicios de salud, el desconocimiento por parte de los pacientes. Es de anotar que en las mediciones previas no se tomó en cuenta en la segunda medición el valor correspondiente a este indicador, sin embargo para la presente medición, en la medida de haber hallado la información disponible ha sido incorporada.

Las estrategias que pueden implementarse para incrementar el porcentaje de personas viviendo con VIH bajo tratamiento profiláctico con INH son la mejor coordinación entre las estrategias regionales y locales que permitan una orientación oportuna de dichas personas sobre el riesgo de infección TB, las consecuencias en el tiempo de sobrevivencia, etc.

Finalmente, las próximas mediciones deben considerar el cambio de la norma sobre quimioprofilaxis, puesto que actualmente ésta debe dispensarse a todos los contactos menores de 19 años y a los pacientes con VIH se les debe administrar por doce meses. Esta situación obliga que en las próximas mediciones se incorporen estas nuevas definiciones para hacer las mediciones.

INDICADOR R.1.9: Proporción de personas que abandonaron la estrategia DOTS

El porcentaje de abandono registrado para la cohorte de tratamiento del 2005 a sido de 3.7%, el cual representa el valor más bajo en relación a los años 2003 y 2004, fecha en que se registraron valores del 8.5 y 4.9% respectivamente.

**Comentarios indicador R.1.9.**

Los cambios políticos presentados el año 2001 afectaron en los dos años siguientes al control de la tuberculosis en el Perú, esto sumado a recomendaciones de organismos internacionales que debilitaron al entonces programa de control de tuberculosis, este impacto negativo se reflejó en varios indicadores uno de los cuales es el porcentaje de abandonos al esquema uno, probablemente condicionado a un insuficiente seguimiento de los pacientes, disminución de visitas domiciliarias, insuficiente personal de salud en los establecimientos al priorizarse otras problemas de salud en zonas de alto riesgo TB.

La disminución observada en este indicador, muestra claramente que las labores de supervisión en el tratamiento bajo esquema DOTS que realiza la Estrategia, ha mejorado, sin embargo se debe continuar con el esfuerzo en el seguimiento, orientación y apoyo a los pacientes con tuberculosis sobre todo a aquellos pacientes con factores de riesgo para el abandono. Diversos estudios han identificado algunos factores de riesgo para el abandono como por ejemplo la farmacodependencia, el alcoholismo, el cambio de domicilio durante el tratamiento y las dificultades en el acceso a los servicios de salud.

INDICADOR R.1.10: Proporción de enfermos y sus familias en pobreza con soporte nutricional

Sobre el total de 182 pacientes entrevistados acerca del soporte nutricional, 174 (95.6%) recibieron apoyo nutricional a través de la canasta PANTB. La distribución para otras actividades relacionadas al soporte nutricional, pueden verse en la siguiente tabla.

| Tipo de actividad | Nº (n = 182) | % |
|-----------------------------------|--------------|------|
| Canasta PANTB | 174 | 95.6 |
| Talleres o capacitaciones | 28 | 15.4 |
| Participación en eventos masivos | 3 | 1.6 |
| Recibió material educativo | 54 | 29.7 |
| Orientación por personal de salud | 27 | 14.8 |
| Orientación por promotores | 149 | 81.9 |

Las capacitaciones recibidas no solamente se han realizado a través del proyecto, constatándose la intervención de otras instituciones, pero en menor número comparativamente.

Del total de 182 familias encuestadas, se encontró en estado de pobreza según la metodología de las NBI, a 154 (84.6%), de las cuales 83 (53.9%) tenían solo una NBI y las restantes 71 (46.1%) tienen entre dos a cinco NBI.

La distribución del soporte nutricional se presenta en la siguiente tabla.

| Tipo de actividad | Nº (n = 154) | % |
|-----------------------------------|--------------|------|
| Canasta PANTB | 154 | 94.8 |
| Talleres o capacitaciones | 24 | 15.6 |
| Participación en eventos masivos | 3 | 1.9 |
| Recibió material educativo | 48 | 31.2 |
| Orientación por personal de salud | 23 | 14.9 |
| Orientación por promotores | 126 | 81.8 |

De las 154 familias, 54 (35.1%), han recibido al menos tres de las actividades indicadas en la tabla, lo que determina que la proporción de familias para este indicador.

TABLA Nº 22
Distribución de los enfermos encuestados según características de su vivienda

A. Material de construcción de las paredes

| Tipo de material | Nº | % | % acum. |
|-------------------------|------------|--------------|---------|
| Material noble acabado | 122 | 67.0 | 67.0 |
| Material noble en casco | 25 | 13.7 | 80.8 |
| Adobe o tapia | 9 | 4.9 | 85.7 |
| Quincha | 6 | 3.3 | 89.0 |
| Madera | 17 | 9.3 | 98.4 |
| Tierra | 1 | .5 | 98.9 |
| Estera | 2 | 1.1 | 100.0 |
| Total | 182 | 100.0 | |

B. Material de construcción del piso

| Tipo de material | Nº | % | % acum. |
|-------------------------|------------|--------------|---------|
| Material noble acabado | 112 | 61.5 | 61.5 |
| Material noble en casco | 45 | 24.7 | 86.3 |
| Piedra y barro | 1 | .5 | 86.8 |
| Madera | 4 | 2.2 | 89.0 |
| Tierra | 20 | 11.0 | 100.0 |
| Total | 182 | 100.0 | |

C. Material de construcción del techo

| Tipo de material | Nº | % | % acum. |
|-------------------------|----|------|---------|
| Material noble acabado | 91 | 50.0 | 50.0 |
| Material noble en casco | 8 | 4.4 | 54.4 |
| Madera | 15 | 8.2 | 62.6 |
| Eternit o calamina | 60 | 33.0 | 95.6 |
| Estera | 7 | 3.8 | 99.5 |

| | | | |
|--------------|------------|--------------|-------|
| Cartón | 1 | .5 | 100.0 |
| Total | 182 | 100.0 | |

TABLA Nº 23
Distribución de los Enfermos de TB encuestados según grado de marginación que han sufrido según personas especificadas

| Grupos de Personas | No los han marginado | Grado de Marginación | | | Total |
|-------------------------------------|----------------------|----------------------|---------|----------|-------|
| | | Poco | Regular | Bastante | |
| Familiares | 155 | 13 | 7 | 5 | 180 |
| Amigos | 135 | 14 | 4 | 2 | 155 |
| Vecinos | 146 | 5 | 3 | 1 | 155 |
| Personal de Salud | 156 | 14 | 9 | 3 | 182 |
| Compañeros de trabajo | 79 | 3 | 1 | 2 | 85 |
| Compañeros de estudio | 46 | 1 | 0 | 0 | 47 |
| Promotores de Salud | 133 | 2 | 1 | 0 | 136 |
| Promotoras Educativas | 124 | 3 | 0 | 0 | 127 |
| Otros enfermos | 171 | 3 | 1 | 0 | 175 |
| Miembros de Organizaciones Sociales | 72 | 0 | 0 | 1 | 73 |
| Personal del Objetivo 1 | 24 | 0 | 0 | 0 | 24 |
| Personal del municipio | 25 | 0 | 0 | 0 | 25 |

Como se aprecia, los pacientes perciben que han sido marginados, según tipo de personas identificadas, en primer lugar por los amigos, en igualdad de magnitud que por el personal de salud de los establecimientos, con distancia numérica importante, respecto a otro tipo de personas que forman parte de su entorno.

Llama la atención que aparezca el personal de salud, como fuente de discriminación/marginación, que podría estar en relación al tipo de trato que perciben desde los establecimientos durante su tratamiento. No sería extraño que de por medio se encuentren, dificultades administrativas para acceder a exámenes, medicamentos, ayuda o soporte de programas sociales y otros. Sin embargo, aunque el presente estudio no ha indagado o explorado más profundamente las características de la marginación expresada, es conveniente insistir en los programas de capacitación para los trabajadores de salud en torno a estos aspectos en cuanto al trato con los usuarios, toda vez que estos aspectos podrían relacionarse peligrosamente a factores que desincentiven el uso de servicios, o la continuidad de los mismos por parte de estos pacientes. De otro lado, igualmente impartir dentro de los pacientes, además de mejor información sobre mecanismos de control, prevención y recuperación en TBC, aspectos relacionados a sus derechos y a su capacidad de reclamar oportunamente por los mismos.

Cualitativo

La pobreza es el estado de carencia de operaciones y oportunidades básicas que dificulta el desarrollo humano. La pobreza humana suele traducirse en una vida breve, en la falta de educación básica, en la carencia de medios materiales para subsistir, así como en la

exclusión y la ausencia de libertad y dignidad¹⁷. Esto sucede con la mayoría de los pacientes afectados por la tuberculosis que se encuentran sumidos en la pobreza, ahondando más aun su problemática de salud.

... “Tuve un pacientito que tenía tuberculosis intestinal, a veces no comía, era un cargador que trabajaba en la parada, parece que la esposa lo abandono y lo dejo con sus dos hijos: un hijo de 13 y una hija de 16 años. El paciente en un primer momento preocupaba por la diarrea constante que tenía, pensaban que estaba infectado de VIH, pero le hicieron todos los exámenes y por ahí salió tuberculosis intestinal. El paciente no se alimentaba bien, se alimentaba en un comedor y como trabajaba en la parada no tomaba sus alimentos..., a veces llegaba a tomar su medicamento sin tomar su desayuno... Yo decía este paciente se va contagiar, esta con una tuberculosis intestinal va terminar con una tuberculosis pulmonar...” (Enfermera de un AERT)

Algunas de las propuestas que surgieron para los pacientes afectados por la tuberculosis, fue el brindar apoyo de parte del Gobierno en el soporte nutricional.

...”El Estado ¿Cuanto va gastar en mantener a una persona durante dos años?. Un menú cuesta diario 10 soles, por 30, es 300 soles. 300 soles por 10 son 3000 mil soles. O sea son como 1000 dólares al año, en dos años son como 2000 dólares. Esperando..., por que por que si es en mancha cuesta menos. O sea a la larga le sale 2000 mil dólares, mas barato. Que cincuenta mil dólares [que cuesta el tratamiento]. Por que no solamente deben contar el tratamiento de el, sino de los 10 mas que deben seguirlo. Pero igualito dicen que es [una idea] descabellada... (Medico de un AERT)

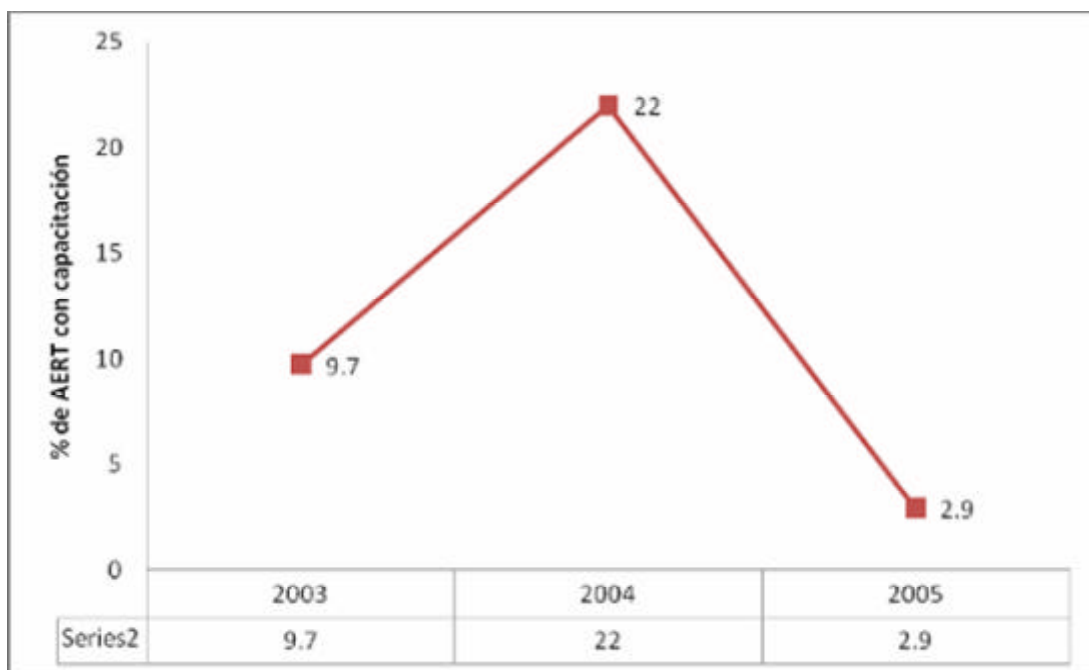
INDICADOR R.1.11: Proporción de AERT-TB con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas

En la tercera medición la proporción de AERT-TB con personas capacitadas para la generación de empleo y microempresas fue del 2,9%. Se observa una marcada disminución en el valor de este indicador, valor que se encuentra muy por debajo de la primera medición (basal) y significativamente menor que la segunda medición.

De acuerdo a información alcanzada para esta medición, el valor obtenido se debe principalmente a que durante el año 2006, la ejecución de las actividades se inicio a partir del mes de agosto por lo que no se llego a capacitar a los pacientes en el 2006. Las capacitaciones recibidas fueron de distintas organizaciones, pero con presencia en las zonas de trabajo, en el ámbito de los AERT-TB.

Gráfico N° 10 Porcentaje de AERT-TB con personas capacitadas en generación de empleo y microempresas

¹⁷ PNUD. (1997). Informe sobre el Desarrollo Humano en el Perú, pp. 40 – 54. Lima. PNUD-INEI.



Cualitativo

En general el desempleo se asocia con un estado de salud deficiente. Se menciona que los desempleados tienen significativamente más dificultades psicológicas, ansiedad, síntomas de depresión, días de discapacidad, limitaron de actividades, que para nuestro tema, ahonda los problemas propios de la tuberculosis. Teniendo esta premisa, existe la búsqueda de alternativas de trabajo para los pacientes que se encuentran en tratamiento, sin embargo ello no se consolida debido al problema de falta de recursos económicos, que impide el inicio o la sostenibilidad de lo que vendría a ser su fuente de ingresos.

... "Se dio las capacitaciones, se dio, esto también fue importante... Pero lo importante es ¿De donde va a conseguir dinero para comprar?. Tiene que comprar, tiene que comprarse kerosene, tiene que comprarse la carnecita, la sangrecita, lo que se va a hacer... De donde consigue dinero si el paciente no trabaja y la gran mayoría son familia, jóvenes..." (Enfermero de una AERT)

INDICADOR R.1.12: Porcentaje de nuevos casos de tuberculosis pulmonar detectados a través del examen de contactos frotis positivo

El porcentaje de contactos con tuberculosis con confirmación bacteriológica positiva nuevos en relación a todos los contactos de TB fue del 74% según información proporcionada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Control de Tuberculosis. Este indicador no se consideró en la primera y segunda medición.

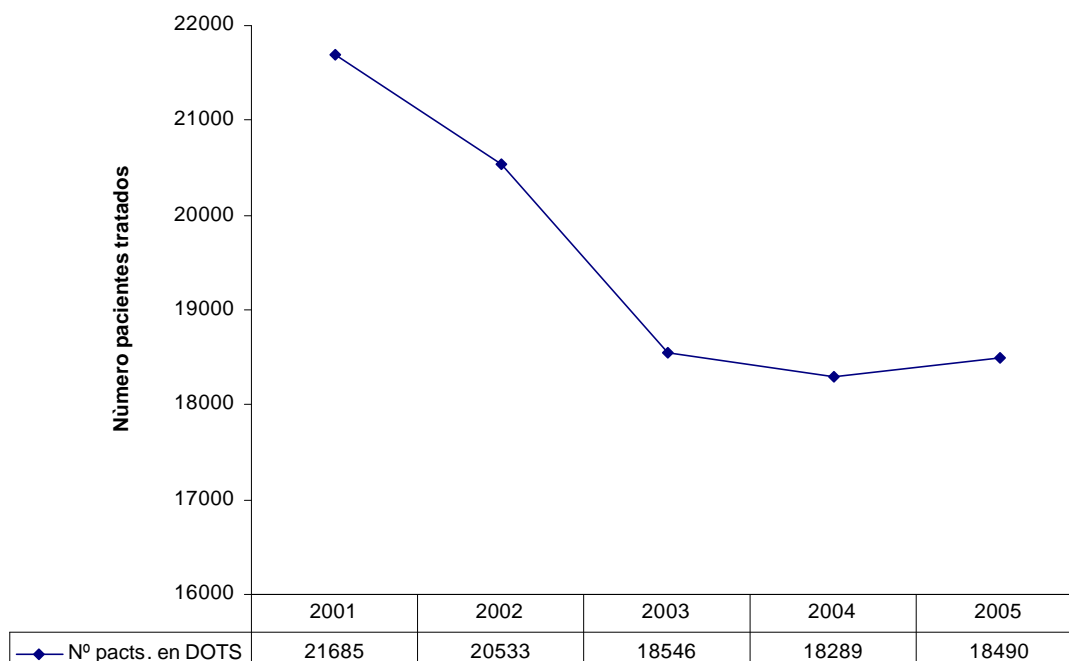
Comentarios indicador R.1.12.

Esto significa que una gran proporción de los contactos detectados mediante baciloscopia positiva fueron pacientes nuevos, siendo por tanto menor el porcentaje de pacientes antes tratados. Por otro lado, según el informe operacional del año 2005 del total de contactos examinados solo el 1.55% tenían tuberculosis (1772/114,525) y del total de contactos con tuberculosis solo el 23.48% tenían una baciloscopia positiva (416/1772).

INDICADOR R.1.13: Número de pacientes recibiendo tratamiento DOTS

El número de pacientes nuevos TBP BK (+) que han recibido tratamiento directamente supervisado en boca para el año 2005 fue de 18,490 pacientes. Para los años 2003 y

2004 el número de pacientes que recibieron tratamiento directamente supervisado fue de 18,546 y 18,289 respectivamente.

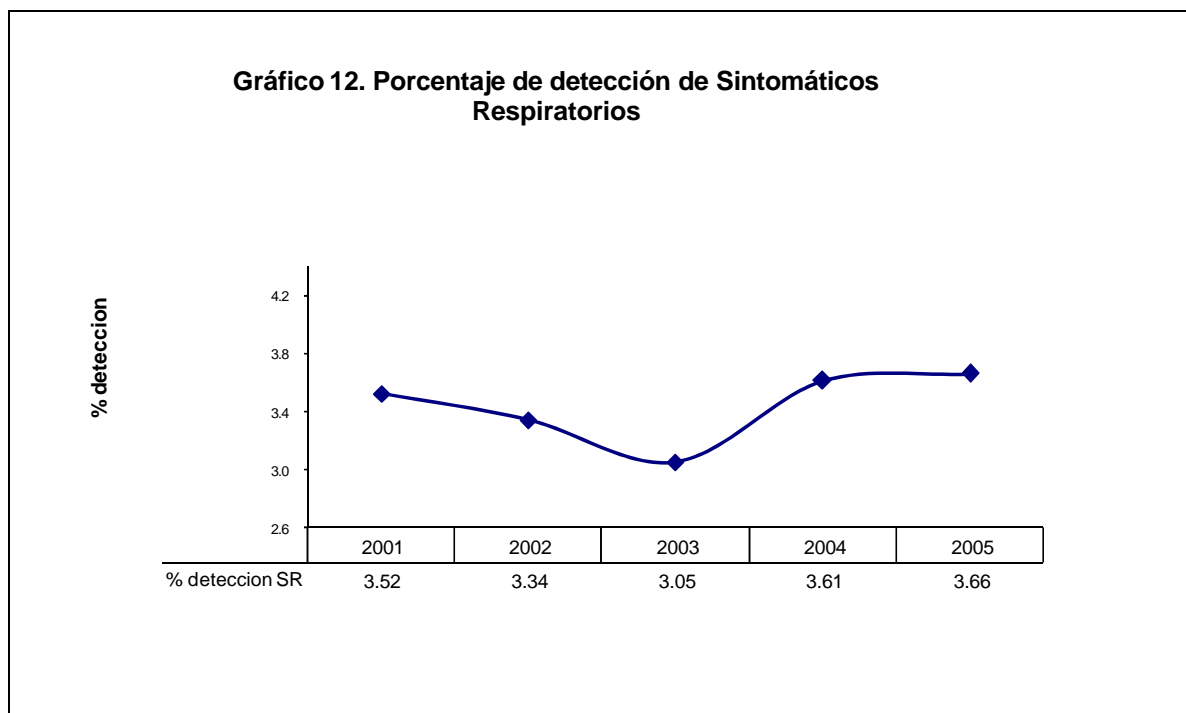


Comentarios indicador R.1.13.

En general si realizamos una comparación entre los años 2003 al 2005 se observará que el número de pacientes que recibieron tratamiento directamente supervisado se mantuvo en cifras muy similares cercanas a los 29 mil pacientes tratados. Si estos años lo comparamos con el año 2001 vemos que se ha presentado una reducción de pacientes tratados en cerca de 3000 pacientes comparados con el año 2005. Es importante recordar que dichos pacientes incluyen tanto a pacientes nuevos independientemente del esquema de tratamiento administrado.

INDICADOR R.1.14: Porcentaje de detección de casos en DOTS

Para el año 2005 el porcentaje de sintomáticos respiratorios fue del 3.66%, esto calculado sobre una base de atenciones a mayores de 15 años de 32'866,359 personas y un total de 1'202,441 sintomáticos respiratorios identificados. En los años 2003 y 2004 se obtuvo en esta medición, porcentajes de detección del 3.05% y 3.61% respectivamente, información que no estuvo disponible para las mediciones anteriores, sin embargo.



Comentarios indicador R.1.14.

La tendencia de identificación de sintomáticos respiratorios sobre la población mayor de 15 años es de aumento en relación a los años 2003 y 2004, incluso esta tendencia de incremento de captación de sintomáticos respiratorios viene desde el año 2001. El único año en donde se observó una disminución de captación de sintomáticos respiratorios fue el año 2003, dado que en dicho año se aplicaron modelos de atención recomendados por organismos internacionales que perjudicaron al programa de control de la tuberculosis.

5.2. Resultados del Objetivo 3:

Los resultados se presenta de manera global en primer lugar a nivel nacional y luego por DISAS de Lima (Lima Ciudad, Lima Sur, Lima Este y Lima Norte), y Callao y DIRESA Ica, todo lo que se presenta en las siguientes tablas.

Tabla N° 24. Resultados del Objetivo 3. Extender la cobertura del DOTS PLUS y mejorar la tasa de curación de pacientes TB MDR en el país. Nivel Nacional

| Indicador | Descripción | Año | Formula | NACIONAL | OBS |
|---------------------------|---|---------------------------------------|--|----------|---|
| Indicador R.3.1 | Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTS PLUS. | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (N° de pacientes con TB-MDR que iniciaron tto. DOTS PLUS/ N° de pacientes con TB-MDR aprobados para recibir tto DOTS PLUS) | 96,5 | Ingresados MDR con PS / Aprobados MDR con PS |
| Indicador R.3.2. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTS PLUS. | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | N° de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTS PLUS | 686 | Ingresados en el periodo 203-2004 en tratamiento |
| Indicador R.3.3. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTS PLUS cada año | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | N° de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTS PLUS cada año | 1903 | Promedio de Aprobados en los años 2003-2004 |
| Indicador R.3.4. | Número y % de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 2006 | N°de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 12 | Estos son DISAs o DIREAS que tienen CERI. Ninguna DISA/DIRESA tiene centros especializados para el tratamiento de casos MDR |
| | | 2006 | (N° De DISAs que disponen de paquete completo para atender TB-MDR / Total de DISAs) x100 | 36,4 | |
| Indicador R.3.5. | Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | 2005 | (N° de personas que no han respondido al tratamiento y acceden Prueba de sensibilidad y cultivo/Total de personas diagnosticadas en tratamiento bajo esquema primario)x100 | 2.71 | |
| Indicador R.3.6. | Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (N° de personas que no han respondido al retratamiento y acceden Prueba de sensibilidad y cultivo / Total de personas diagnosticadas en retratamiento)x100 | 3,1 | Esquema Individualizado + Estandarizado |
| Indicador a.3.1.1. | Número de pacientes ingresados al DOTS PLUS | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | Número de pacientes ingresados al DOTS PLUS | 3400 | Ingresados |
| Indicador a.3.1.2. | Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTS PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (N° de pacientes en tratamiento DOTS PLUS con bacteriología negativa / N° de pacientes con 6 meses de tratamiento, si no se cuenta con la información, se tomará la del último año disponible)x100 | 89,7 | Negativos al 6to mes / Total con Resultado de BK |
| Indicador E.4.1. | Tasa de curación de casos de TB-MDR | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | N° de pacientes con TB-MDR curados / N° de pacientes TB-MDR ingresados a tratamiento)x100 | 61,2 | Esquema Individualizado/estandarizado |

PS: Prueba de sensibilidad; MDR: Multidrogoresistente

Tabla N° 25 .Resultados del Objetivo 3. Extender la cobertura del DOTS PLUS y mejorar la tasa de curación de pacientes TB MDR en el país. Nivel DISAs de Lima y Callao, y DIRESA Ica

| Indicador | Descripción | Año | Formula | LIMA CIUDAD | LIMA SUR | LIMA ESTE | LIMA NORTE | CALLAO | ICA | OBS |
|-------------------------|---|---------------------------------------|--|-------------|----------|-----------|------------|--------|-------|--|
| Indicador R.3.1 | Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTS PLUS. | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (N° de pacientes con TB-MDR que iniciaron tto. DOTS PLUS/ N° de pacientes con TB-MDR aprobados para recibir tto DOTS PLUS) | 92,91 | 90,86 | 90,37 | 86,95 | 96,29 | 96,22 | Ingresados MDR con PS / Aprobados MDR con PS NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |
| Indicador R.3.2. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTS PLUS. | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | N° de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTS PLUS | 168 | 120 | 157 | 63 | 70 | 15 | Ingresados en el periodo 203-2004 EN TRATAMIENTO NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |
| Indicador R.3.3. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTS PLUS cada año | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | N° de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTS PLUS cada año | 575 | 274 | 502 | 111 | 188 | 52 | Promedio de Aprobados en los años 2003-2004 NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |
| Indicador R.3.4. | Número y % de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 2006 | N° de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | | | | | | | Ninguna DISA/DIRESA tiene centros especializados para el tratamiento de casos MDR |
| | | 2006 | (N° de DISAs que disponen de paquete completo para atender TB-MDR/Total de DISAs)x100 | | | | | | | Ninguna DISA/DIRESA tiene centros especializados para el tratamiento de casos MDR |
| Indicador R.3.5. | Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | 2006 | (N° de personas que no han respondido al tratamiento y acceden Prueba de sensibilidad y cultivo/Total de personas diagnosticadas en tratamiento bajo esquema primario)x100 | | | | | | | |
| Indicador R.3.6. | Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea realizado en laboratorios departamentales o | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (N° de personas que no han respondido al retratamiento y acceden Prueba de sensibilidad y cultivo / Total de personas diagnosticadas en retratamiento)x100 | 11,5 | 17,5 | 15,2 | 18,1 | 14,4 | 19,5 | Esquema Individualizado + estandarizado NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---------------------------------------|--|------|------|------|------|------|------|---|
| | regionales | | | | | | | | | |
| Indicador a.3.1.1. | Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS | 1037 | 481 | 898 | 193 | 356 | 96 | INGRESADOS NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |
| Indicador a.3.1.2. | Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | (Nº de pacientes en tratamiento DOTs PLUS con bacteriología negativa / Nº de pacientes con 6 meses de tratamiento, si no se cuenta con la información, se tomará la del último año disponible)x100 | 6,16 | 8,8 | 10,2 | 3,6 | 10,3 | 12,5 | Negativos al 6to mes / Total con Resultado de BK NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |
| Indicador E.4.1. | Tasa de curación de casos de TB-MDR | Cohorte 2003 hasta Diciembre del 2004 | Nºde pacientes con TB-MDR curados/Nº de pacientes TB-MDR ingresados a tratamiento)x100 | 64,4 | 41,8 | 58,1 | 63,2 | 61,5 | 66,7 | Esquema Individualizado7estandarizado NUEVA ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA DE DISAS DE LIMA |

Presentando individualmente para cada indicador, se obtienen los siguientes hallazgos:

INDICADOR_R.3.1. y R.3.2. Porcentaje y número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTs PLUS.

| | | |
|-------------------------|---|------|
| Indicador R.3.1 | Porcentaje de pacientes con diagnóstico de TB-MDR, que reciben tratamiento DOTs PLUS. | 96,5 |
| Indicador R.3.2. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que reciben tratamiento DOTs PLUS. | 686 |

A nivel nacional, así como en las DISAs de Lima y Callo y DIRESA Ica existe una alta cobertura de tratamiento DOTs plus por encima del 90%, el en periodo de 2003 a diciembre del 2004 (Ver Tabla N° 24 y 25). Esta es importante ya que cumple con lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (>70%) para un buen control de esta enfermedad. Además, es importante el esfuerzo de la ESN-PCT por sincerar las cifras de tuberculosis y de actualizar la información disponible cada año.

INDICADOR R.3.3. Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTs PLUS cada año (promedio)

| | | |
|-------------------------|--|------|
| Indicador R.3.3. | Número de pacientes con diagnóstico de TB-MDR que ingresan a la estrategia DOTs PLUS cada año (promedio) | 1903 |
|-------------------------|--|------|

Cada año mas pacientes son aprobados para ingresar a DOTs plus, cerrandose la brecha entre los aprobados y tratados. Este refleja el esfuerzo del Ministerio de Salud por garantizar el acceso a los servicios de salud a toda la población, priorizando a los mas pobres, que son el gran grupo de pacientes con Tuberculosis MDR.

INDICADOR R.3.4. Número de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR

| | | |
|-------------------------|---|------|
| Indicador R.3.4. | Número de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 12 |
| | % de DISAs con centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR | 34,3 |

Este indicador es particular ya que implica que la DISAs/DIRESAs para ser considerados centro especializado para el tratamiento de casos TB-MDR deben de contar con profesionales capacitados en DOTs PLUS, contar con una red de promotores y los establecimientos de salud de su jurisdicción cuenta con infraestructura de bioseguridad acondicionada, insumos y medicamentos apropiados para la atención de los pacientes TB-MDR con DOTs PLUS.

El paquete completo incluye: profesionales capacitados + promotores + infraestructura bioseguridad + insumos y medicamentos

Si tomamos estrictamente esta definición a nivel nacional no existiría un centro que cumpla con estas características. Pero tomando como referencia las líneas de bases anteriores se ha considerado las DISAs/DIRESAs que cuentan con un Centro de Evaluación de Retratamiento Intermedio (CERI). Y como se observa en la Tabla N° 1

solo 12 DISAs/DIRESAs cuentan con un CERIs, lo que a nivel nacional significa que solo el 34.4% de la DISAs/DIRESAs cuentan con CERIs.

INDICADOR R.3.5. Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales

| | | |
|-------------------------|---|------|
| Indicador R.3.5. | Porcentaje de pacientes que fracasan a esquemas primarios y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de primera línea realizado en laboratorios departamentales o regionales | 2.71 |
|-------------------------|---|------|

El porcentaje de fracaso a esquemas primario se incremento debido a la presencia de tuberculosis MDR no diagnosticados adecuadamente e ingresados a esquema primarios. Pero en general el fracaso esta disminuyendo no solo como promedio nacional sino también en las DISAs/DIRESAs (Construyendo Alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud;2006.)

INDICADOR R.3.6. Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea realizados en laboratorios departamentales o regionales

| | | |
|-------------------------|--|-----|
| Indicador R.3.6. | Porcentaje de pacientes que fracasan al retratamiento y disponen de una prueba de sensibilidad a drogas de segunda línea realizados en laboratorios departamentales o regionales | 3,1 |
|-------------------------|--|-----|

El fracaso a esquemas de retratamiento en esta cohorte es alta, pero la tendencia nacional va en disminución, al igual que en las DISAs/DIRESAs. El mayor porcentaje de fracasos se da en el retratamiento estandarizado que en el individualizado. Lo importante es que cada vez mas pacientes ingresan a retratamiento individualizado debido a que se ha mejorado el tiempo de respuesta de los patrones de sensibilidad. Por otro lado la tasa de fracaso a retratamiento fluctúa entre 10 y 19%, siendo la DIRESA Ica con la tasa mas alta (19.5%).

INDICADOR a.3.1.1. Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS

| | | |
|---------------------------|---|------|
| Indicador a.3.1.1. | Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS | 3400 |
|---------------------------|---|------|

Este indicador señala los pacientes que ingresaron a DOTs plus durante el 2003 a Diciembre del 2004. Como se observa en los resultados cada vez mas pacientes acceden a DOTs plus lo cual es importante para el control de la Epidemia de tuberculosis MDR (Construyendo Alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas – Lima: Ministerio de Salud; 2006.)

INDICADOR a.3.1.2. Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica

| | | |
|---------------------------|---|------|
| Indicador a.3.1.2. | Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica | 89,7 |
|---------------------------|---|------|

Hay que tener en cuenta que para este indicador se tomo el BK al sexto mes para hacer el análisis. Y que en muchos casos los resultados del BK son variados, por ejemplo: puede haber un paciente con BK negativos los primeros meses pero que al sexto mes fue positivo.

Este indicador es importante porque esta relacionado con la transmisión de la tuberculosis MDR. Un punto a tener en cuenta es que el BK solo nos muestra la presencia del bacilo tuberculosis pero no nos dice si es viable o no.

El conocer si el paciente tiene micobacterias es importante para modificar las estrategias de tratamiento de estos pacientes ya que al acudir a recibir tratamiento a los establecimientos de salud se constituyen en potenciales diseminadores de tuberculosis y esto se ve agravado porque los establecimientos de salud no cuentan infraestructura adecuada para la atención de estos pacientes.

INDICADOR E.4.1. Tasa de curación de casos de TB-MDR

| | | |
|-------------------------|-------------------------------------|------|
| Indicador E.4.1. | Tasa de curación de casos de TB-MDR | 61,2 |
|-------------------------|-------------------------------------|------|

Las tasas de curación de pacientes MDR fluctúa para esta cohorte entre 42% y 62%, siendo la DIRESA Ica, la que tiene la tasa de cura más alta y la DIRESA Lima Sur la que tuvo la tasa mas baja.

Las tasas de cura a nivel nacional y regional son cercanas a la tasa de cura natural de pacientes con tuberculosis. Por otro lado los pacientes curan mejor con el esquema de retratamiento individualizado que estandarizado. Esto revela la necesidad de buscar nuevos fármacos para incluirlos en los esquemas de retratamiento y la necesidad de tener mejores métodos diagnósticos que además de hacer diagnostico nos den los patrones de sensibilidad y acorten el tiempo de los resultados.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Para el objetivo 1:

1. Los valores de los indicadores de alcance nacional: E.1, E.2, E.3, R.1.6, R.1.7 y R.1.9 de la ESN-PCT, muestran en esta tercera medición valores similares a las mediciones anteriores con variaciones tanto positivas como negativas no significativas. Este resultado muestra que los esfuerzos de la Estrategia son sostenidos y se encuentran adecuadamente estructurados.
2. Los indicadores de alcance nacional que no entran en el grupo anterior, E.8, R.1.8, R.1.12, R.1.13 y R.1.14, son presentados por primera vez en la presente medición y deben ser utilizados como basal para las próximas mediciones.
3. El número de AERT-TB se ha reducido en forma considerable, considerando que de los 70 definidos en la primera medición sólo 62 mantienen la condición; es decir, se ha producido una disminución del 11.4%
4. El indicador E.7 no muestra variación puesto que los 20 distritos siguen teniendo AERT-TB.
5. Los indicadores de base social, tales como el R.1.1, R.1.2 y R.1.4 que son indicadores de participación social en la lucha contra la TB, revelan que se está produciendo un trabajo *in crescendo* a nivel comunitario y que se erige como una importante estrategia para el desarrollo de acciones futuras para el control y prevención de con efectividad.
6. Llama la atención el incremento considerable en las actividades educativas realizadas a los pacientes sobre prevención y control de la TB, los derechos humanos.
7. El indicador R.1.11 es el que mayor disminución ha presentado, lo cual se debe a que no se ha otorgado recursos para esta actividad en esta tercera medición.
8. Globalmente puede verse que las actividades de la ESN-PCT son adecuadas y muestran un nivel de esfuerzo y resultados sostenibles. Asimismo, se observa que los indicadores de participación social se han reforzado, consecuentemente este enfoque sería un componente que debe ser planteado, fortalecido e implementado para lograr mayores resultados en la lucha contra la TB.

6.2. Para el objetivo 3:

9. La cobertura de tratamiento de DOTS PLUS tanto a nivel nacional como en las DISAS de Lima e Ica analizadas, señala que la cobertura es alta, por encima del 90%, con lo que se cumple con lo recomendado por la OMS, (>70%) para un buen control de esta enfermedad. Además, es importante el esfuerzo de la ESN-PCT por sincerar las cifras de tuberculosis y de actualizar la información disponible cada año.
10. Cada año más pacientes son aprobados para ingresar a DOTS plus, con tendencia importante para el cierre de la brecha entre los aprobados y tratados. Este refleja el esfuerzo del Ministerio de Salud por garantizar el acceso a los servicios de salud

a toda la población, priorizando a los más pobres, que son el gran grupo de pacientes con Tuberculosis MDR.

11. Es necesario desplegar mayores esfuerzos para la creación efectiva de centros especializados para el tratamiento de casos de TB-MDR, que cumplan con todos los criterios establecidos, de esa manera se podría ampliar la cobertura de atención de los casos de TB-MDR, asegurándose mecanismos de descentralización más efectivos.
12. Las líneas de base 1 y 2 respecto a estos indicadores, no presentan información completa de todos los casos. Adicionalmente, casi todos los indicadores de estas líneas no han sido calculados de acuerdo a las fórmulas solicitadas en los TDR de la actual medición.
13. El fracaso para los esquemas primarios tiende a disminuir, no sólo como promedio nacional, sino también en las DISAs/DIRESAs.
14. El estudio revela que los pacientes con TB-MDR tienden a una mejor tasa de curación con los esquemas individualizados más que el estandarizado, lo que revela la necesidad de buscar nuevos fármacos a fin de incluirlos en los esquemas de retratamiento y la necesidad de disponer de mejores métodos diagnósticos, que brinden patrones de sensibilidad y acorten los tiempos de resultados.
15. Una limitación importante de las líneas basales anteriores ha sido la falta de información disponible. Actualmente la Unidad de Tuberculosis MDR de la ESN-PCT cuenta con una base de datos con una buena cobertura, casi de un 80%. Sin embargo una dificultad importante que aún subsiste es la demora en recopilar la información de egreso de los pacientes de la cohorte, así como, de los resultados de las pruebas de sensibilidad.
16. Analizando los indicadores de las dos líneas basales anteriores y la tercera línea basal, nos encontramos que estos han variado entre las líneas basales, en la mayor parte de casos se han incrementado y en otros casos han cambiado de código.
17. Los tres indicadores que no han sido medidos en las líneas basales anteriores:
 - Indicador a.3.1.1. Número de pacientes ingresados al DOTs PLUS
 - Indicador a.3.1.2. Porcentaje de pacientes en tratamiento DOTs PLUS que al 6to. mes de tratamiento presentan conversión bacteriológica
 - Indicador E.4.1. Tasa de curación de casos de TB-MDR

Estos vacíos de información sobre los indicadores, repercute de manera importante en la evaluación de este objetivo, ya que no permite comparar las líneas basales, porque no existen parámetros por la falta de medición o en su determinación no se ha conseguido el denominador, no pudiéndose haber calculado el indicador.

Además, esto no permite calcular las brechas de este indicador con respecto a lo programado como meta de las actividades del Fondo Mundial.

Limitaciones del Estudio

Un problema general importante presente en todo el estudio, y para ambos objetivos, son las dificultades para la recolección de información, donde existen muchos problemas desde que la información esté disponible de manera oportuna y además sea consistente. Es de anotar que por estas limitaciones, algunas cifras

aún deberán estar mejor confirmadas en los siguientes estudios, y aún para los estudios de líneas de base actual como previas. Otro tema adicional, es que las definiciones de algunos indicadores deben ser readecuados, en función de las normas actualizadas de la ESN-TB del MINSA, como de la propia normatividad sobre la TBC de la Organización Mundial de Salud, lo que debiera estar presente en los Términos de Referencia para el siguiente estudio y en la sección de los Indicadores a ser evaluados.

Estos problemas podrían ser subsanados, si la información es recolectada previamente al siguiente estudio y entregada a los que ejecuten la siguiente línea de medición, lo que facilita esta tarea es que son los mismos indicadores los que reiteradamente son evaluados, y ello significaría solicitar al MINSA la información anticipadamente antes del inicio del siguiente estudio.