

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

Escuela de Posgrado



**Análisis de la ejecución del Programa Presupuestal de
Tuberculosis. El caso del primer nivel de atención de la
jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023**

Tesis para obtener el grado académico de Maestra en
Gerencia Social con mención en Gerencia de Programas
y Proyectos de Desarrollo que presenta:

Alicia Lucia Ludeña Leon

Asesor:

Mg. Luis Alberto Maldonado Villavicencio

Lima, 2024


Informe de Similitud

Yo, Luis Alberto Maldonado Villavicencio, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulado Análisis de la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis. El caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023, de la autora Alicia Lucia Ludeña Leon, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 14%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 29/10/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

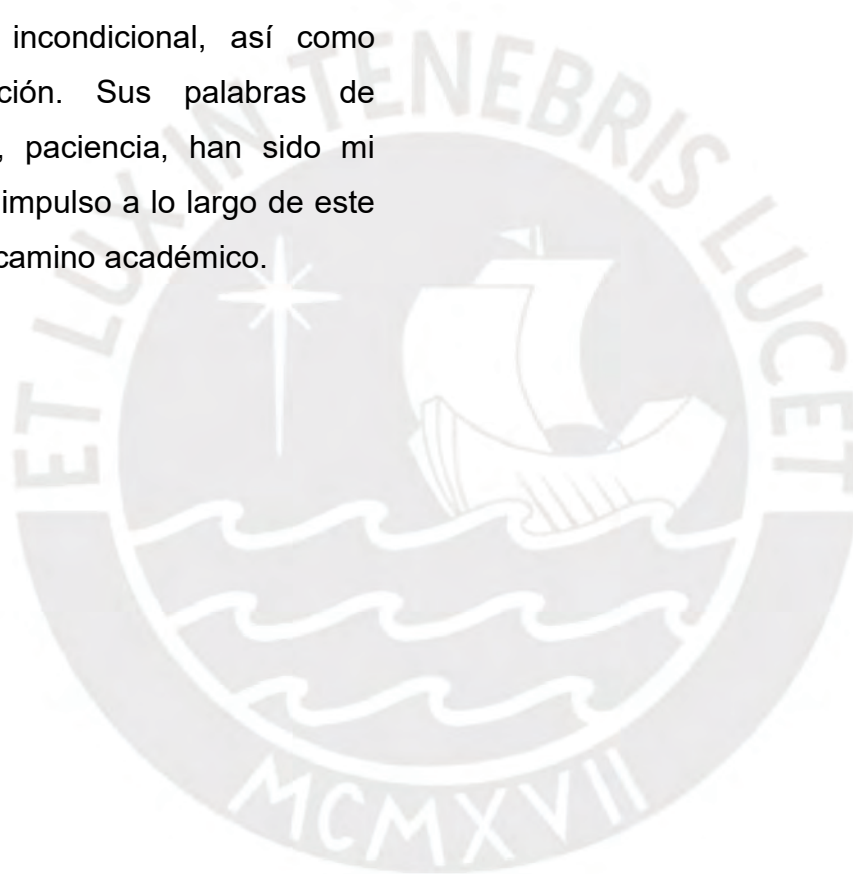
Lugar y fecha:

Lima, 2 de diciembre de 2024.

Apellidos y nombres del asesor: Maldonado Villavicencio, Luis Alberto	
DNI: 07028688	Firma
ORCID: 0000-0002-1166-7615	

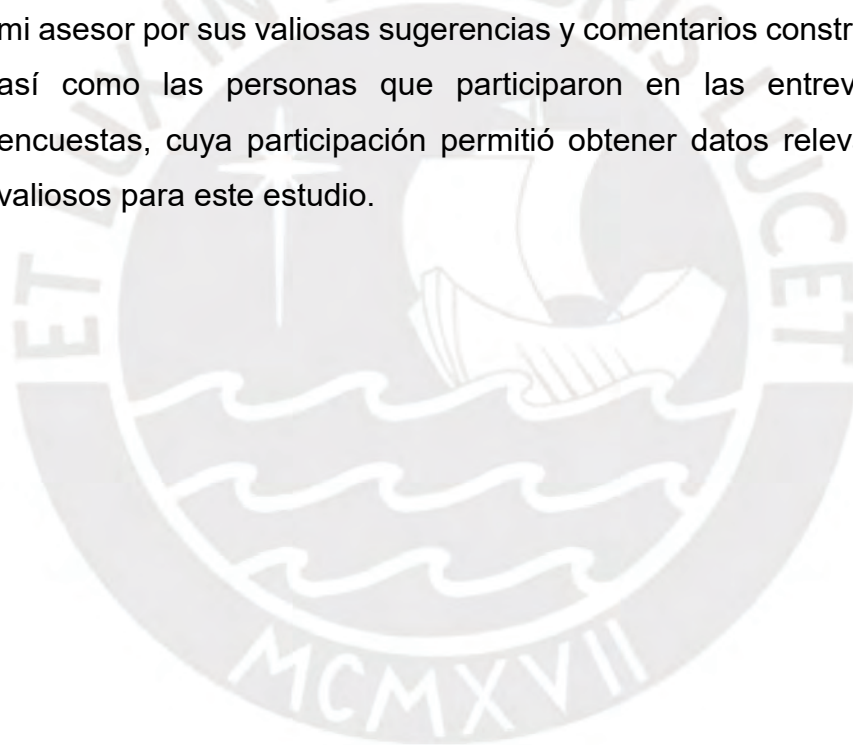
DEDICATORIA

A mi querida madre y hermanos,
por brindarme su constante
apoyo incondicional, así como
motivación. Sus palabras de
aliento, paciencia, han sido mi
mayor impulso a lo largo de este
arduo camino académico.



AGRADECIMIENTO

Quiero manifestar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han tenido un papel crucial en la realización de este estudio, a mi asesor por sus valiosas sugerencias y comentarios constructivos, así como las personas que participaron en las entrevistas y encuestas, cuya participación permitió obtener datos relevantes y valiosos para este estudio.



RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio realiza un análisis del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención en la jurisdicción de Lima Centro (2020-2023), considerado una preocupación primordial en la salud pública debido a su complejidad y a las desigualdades sociales en nuestro país, es así que el programa alineado a los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODS) para el 2030 , desarrolla diversas estrategias e intervenciones para controlarlas mediante la Dirección de Prevención y Tuberculosis (DPCTB) dentro del Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCT); teniendo por finalidad reducir gradual y sostenidamente la incidencia de tuberculosis en los diversos esquemas de tratamiento como el sensible y multirresistente.

De esta manera, siendo el primer nivel de atención afectado por la vulnerabilidad del sector sanitario, social, económica de los últimos tres años, se ha plasmado diferentes acciones de intervención generando una mayor expectativa hacia este servicio, a pesar de ello, se identificaron inquietudes entre usuarios y los actores involucrados, lo que resalta la necesidad de abordar vacíos técnicos que deben tomarse en consideración, a pesar de existir una reglamentación avalada a través del marco legal.

Finalmente, es preciso mencionar la alarmante brecha en el objetivo de proporcionar soporte nutricional a las personas que reciben su tratamiento en un escenario de creciente inseguridad alimentaria, ello obliga a que el MINSA, en su rol de rectoría, el gobierno local como los profesionales de salud a generar espacios de gestión, donde los usuarios sean sujetos de derecho involucrando su participación como actores involucrados, reduciendo los impactos negativos para de esta manera mejorar la calidad de atención durante el servicio,

fortaleciendo las nuevas estrategias surgidas durante la pandemia a fin de la reducción en la incidencia y muertes a causa de la tuberculosis.



ABSTRACT

This study carries out an analysis of the Tuberculosis Budget Program in health facilities at the first level of care in the jurisdiction of Lima Center (2020-2023), considered a primary concern in public health due to its complexity and social inequalities in our country. country, thus the program aligned with the Millennium Development Goals (SDG) for 2030, develops various strategies and interventions to control them through the Prevention and Tuberculosis Prevention Directorate (DPCTB) within the Framework of the National Prevention Strategy and Tuberculosis Control (ESNPCT); The purpose of which is to gradually and sustainably reduce the incidence of tuberculosis in the various treatment schemes such as sensitive and multi-resistant.

In this way, being the first level of care affected by the vulnerability of the health, social, and economic sector in the last three years, different intervention actions have been implemented, generating greater expectations towards this service, despite this, concerns were identified. between users and the actors involved, which highlights the need to address technical gaps that must be taken into consideration, despite the existence of regulations endorsed through the legal framework.

Finally, it is necessary to mention the alarming gap in the objective of providing nutritional support to people receiving treatment in a scenario of growing food insecurity, which forces the MINSa, in its role as steward, the local government as well as health professionals. health to generate management spaces, where users are subjects of law, involving their participation as involved actors, reducing negative impacts in order to improve the quality of care during the service, strengthening the new strategies that emerged during the pandemic in order to reduction in incidence and deaths due to tuberculosis.

INDICE

INTRODUCCION

<i>CAPÍTULO I</i> PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1.1 Pregunta general.....	16
1.1.2 Preguntas específicas	16
1.2 JUSTIFICACION	17
1.3 OBJETIVOS	19
1.3.1 Objetivo general	19
1.3.2 Objetivos específicos	19
<i>CAPÍTULO II</i> MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 CONTEXTO SOCIAL	20
2.2 MARCO NORMATIVO	24
2.2.1 Marco normativo internacional.....	24
2.2.2 Marco normativo nacional	24
2.3 ESTUDIOS RELACIONADOS.....	30
2.3.1 Estudios internacionales.....	30
2.3.2 Estudios nacionales	33
2.4 MARCO CONCEPTUAL	35
2.4.1 Conceptos teóricos.....	36
2.4.2 Conceptos de gestión.....	42
2.5 ENFOQUES.....	44
2.5.1 Enfoque de justicia y derecho humano.....	44
2.5.2 Enfoque de desarrollo humano.....	46
2.5.3 Enfoque de interculturalidad.....	47
2.5.4 Enfoque ambiental	48
<i>CAPÍTULO III</i> DISEÑO METODOLOGICO	50
3.1 FORMA DE INVESTIGACIÓN	50
3.2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA	50
3.3 TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACION.....	51
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN	53
3.5 DISEÑO MUESTRAL	55
3.5.1 Muestra cualitativa	55
3.5.2 Muestra cuantitativa	56
3.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	57
3.7 TRABAJO DE CAMPO	59
3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	60
<i>CAPÍTULO IV</i> ANALISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	61

4.1 Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud.....	61
4.2 Factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles	96
4.3 Factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios	105
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	120
5.1 CONCLUSIONES	120
5.2 RECOMENDACIONES	123
CAPÍTULO VI PROPUESTA DE MEJORA	128
6.1 Objetivo General	129
6.2 Objetivo específico.....	129
6.3 Ejes transversales de la propuesta	129
6.4 Actividades a desarrollar (PRIORIDADES)	130
6.5 Acciones estratégicas	131
BIBLIOGRAFÍA.....	135
ANEXOS.....	142
Anexo 1. Matriz para el recojo de información	142
Anexos 2: Metas de la Estrategia Fin de TB y de la ODS	147
Anexo 3: Guía de entrevista-profesionales de la salud	149
Anexo 4: Guía de entrevista-Gobierno Local	157
Anexo 5: Guía de entrevista-Usuarios en tratamiento.....	159
Anexo 6: Guía de encuesta a usuarios con tratamiento sensible y resistente	161

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1. Preguntas específicas.....	16
Tabla 3.1. Técnicas y herramientas de investigación.....	52
Tabla 3.2. Resumen de técnicas cualitativas de recolección de información aplicadas....	52
Tabla 3.3. Resumen de técnicas cuantitativas de recolección de información aplicadas .	53
Tabla 3.4. Resumen de técnicas y muestra aplicadas	54
Tabla 3.5. Metodología cualitativa.....	55
Tabla 3.6. Metodología cuantitativa	56
Tabla 3.7. Lista y definición operacional de las variables.....	57
Tabla 4.1. Llamada o visita domiciliaria por parte del profesional de salud durante el tratamiento de los usuarios.....	65
Tabla 4.2. Alimento de la canasta en mal estado, latas de leche o atún abombadas o alimentos como maíz, arroz o menestras en mal estado	81
Tabla 4.3. Atención por el equipo multidisciplinario: medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social durante su tratamiento.....	86
Tabla 4.4. Motivación para terminar su tratamiento por parte de los mensajes del profesional de salud	86
Tabla 4.5 Experiencias de rechazo o discriminación por parte del profesional de salud durante su tratamiento.....	114

LISTA DE FIGURAS

<i>Figura 4.1. Orientaciones específicas en caso de tener Diabetes y/o VIH</i>	<i>63</i>
<i>Figura 4.2. Factores que impidió o limitó para poner en prácticas lo aprendido en las consejerías</i>	<i>71</i>
<i>Figura 4.3. Circunstancias que hicieron que no pueda recoger la canasta de alimentos en la fecha programada</i>	<i>73</i>
<i>Figura 4.4. Frecuencia en la que recibió la canasta de alimentos-PANTBC.....</i>	<i>76</i>
<i>Figura 4.5. Calidad de los mensajes que brindó el profesional de salud</i>	<i>89</i>
<i>Figura 4.6. Obstáculos durante la consejería por parte del profesional de salud.....</i>	<i>91</i>
<i>Figura 4.7. Factores positivos por parte del profesional de salud durante la consejería.....</i>	<i>111</i>
<i>Figura 4.8. Factores negativos durante la consejería por parte del profesional de salud</i>	<i>113</i>
<i>Figura 4.9. Sugerencias para mejorar el abordaje del profesional de salud</i>	<i>116</i>
<i>Figura 4.10. Mapa de la zona de intervención.....</i>	<i>133</i>

SIGLAS Y ABREVIATURAS

COVID-19:	Enfermedad infecciosa causada por el virus SAR-COV-2
DPCTB:	Dirección y Prevención de Control de Tuberculosis
DS:	Decreto Supremo
DOT:	Tratamiento Bajo Observación Directa
ESNPCT:	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis
ESSALUD:	Seguro Social de Salud
FF. AA:	Fuerzas Armadas
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
MINSA:	Ministerio de Salud
ONG:	Organismo No Gubernamental
PCA:	Programa de Complementación Alimentaria
PCT:	Programa de Control de Tuberculosis
PANTBC:	Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia
PNP:	Policía Nacional del Perú
TBC:	Tuberculosis
TBC-MDR:	Tuberculosis Multidrogorresistente

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis, sigue representando una epidemia en el mundo, (OPS, 2022) simbolizando un motivo de desaliento para las comunidades vulnerables y los sistemas de salud, por lo que su reducción se encuentra dentro de uno de los principales objetivos del Desarrollo Sostenible establecidos en la Agenda 2030.

En el Perú, es considerada como una de las principales preocupaciones en el ámbito de la Salud Pública, convirtiéndolo en un problema sanitario mayor debido a su origen multifactorial, como la presencia de las desigualdades sociales (derechos humanos, discriminación, acceso a salud y educación), la marginalización (decisiones políticas, políticas de desarrollo, preservación del medio ambiente así como la migración y desplazamientos), aunado a la carga de comorbilidades como el VIH/SIDA y enfermedades crónicas no transmisibles como Diabetes Mellitus 2 y adicciones al alcohol y drogas (SIGTB, 2019).

En respuesta a esta situación, el Programa Presupuestal de Tuberculosis bajo la dirección del Ministerio de Salud (MINSa), asume un rol de liderazgo primordial al desarrollar diversas estrategias e intervenciones para su control a través de la Dirección de Prevención y Tuberculosis (DPCTB) en el Marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCT); teniendo por finalidad reducir de manera progresiva y sostenidamente los nuevos casos de tuberculosis tanto en los esquemas de sensible y multirresistente a medicamentos en Lima y Callao, (considerada la provincia con mayor prevalencia) en donde se incluyen intervenciones, durante las etapas de prevención, diagnóstico y tratamiento, siendo este último oportuno y gratuito, garantizando que la supervisión del tratamiento de las usuarios con Tuberculosis (TB) sea a través del método de Observación Directa del Tratamiento (DOT), así como la mejora en la calidad de detección de personas con signos clínicos para Sintomáticos Respiratorios (SR) (MINSa, 2019).

La estructura de esta investigación consta de los siguientes capítulos: En el Capítulo I se aborda la introducción de la investigación, que incluye las preguntas de investigación, la justificación y los objetivos; el Capítulo II se dedica al marco

teórico, donde se examinan el contexto social, normativo, estudios previos, el marco conceptual y los enfoques desde la Gerencia Social; el Capítulo III se centra en la metodología de la investigación, que se divide en enfoques cualitativos y cuantitativos; el Capítulo IV presenta el análisis e interpretación de la información recolectada en el trabajo de campo, mediante la aplicación de diversos instrumentos y técnicas de investigación; el Capítulo V comprende las conclusiones y recomendaciones; finalmente, en el Capítulo VI se proponen mejoras, las cuales son resultados de los principales hallazgos en la investigación.



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A nivel global, la tuberculosis reconocida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una emergencia global, se convierte en un motivo de desaliento justamente para las comunidades vulnerables, y un reto considerable para todo el sistema de salud de un país; siendo un desencadenante para otras enfermedades en el transcurso del ciclo de la vida de la persona, llegando a causar cada año, el fallecimiento de millones de personas. Por ello, una de las metas claves de los Objetivos del Desarrollo Sostenible para el 2030, es la disminución de muertes por Tuberculosis, en comparación con 2015. Evidenciándose logros importantes mediante intervenciones en salud pública como la reducción del 30% de mortalidad al 2019. Pese a ello, la tuberculosis continúa siendo una de las diez principales causas de enfermedad y decesos en África, Asia Sudoriental y en naciones de bajos ingresos en otras partes del mundo (MINSA, 2020).

Por otro lado, en América se han logrado progresos en acciones para la prevención y manejo de la enfermedad; no obstante, la tasa actual de la disminución en los casos de deceso y notificados como nuevos plantea dificultades para alcanzar las metas y los hitos establecidos para poner fin a la tuberculosis (OPS, 2020).

El Perú, cuenta con una extensa trayectoria de éxitos en la gestión programática tanto de la tuberculosis sensible como la resistente, fruto de acciones dirigidas desde el nivel nacional (DPCTB, 2023). A pesar de ello, la enfermedad continúa siendo un asunto de alta prioridad. Según el análisis epidemiológico de la tuberculosis en el Perú (SIGTB, 2022) existen 29,542 casos totales reportados en los subsectores de MINSA, ESSALUD, INPE, PNP y FF.AA. Al ser una enfermedad multifactorial, en la que los pobres siguen siendo los más afectados tanto por las desigualdades sociales (derechos humanos, discriminación, acceso a salud y educación) como por la marginalización (decisiones políticas, políticas

de desarrollo, preservación del medio ambiente así como la migración y desplazamientos), aunado a ello se encuentra la misma presencia de la carga de comorbilidades de enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA con 1,814 casos (6.1%), y no transmisibles crónicas como Diabetes Mellitus con 3,740 casos (12,7%) adicciones de alcohol y drogas en la actualidad (SIGTB, 2022).

De acuerdo con el panorama epidemiológico de la tuberculosis en el Perú (SIGTB, 2022) existen 29,542 casos totales. Es decir, 1 de cada 4 peruanos están infectados con tuberculosis; así mismo las zonas actualmente son 12 zonas priorizadas: Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Ica, Moquegua, Lambayeque, La Libertad, Lambayeque, Huánuco, Tumbes, Callao y Lima, debido a que son los departamentos donde hay mayor incidencia, estas dos últimas representan el 56.2% (16,615) de la totalidad casos reportados. Ante ello, el Ministerio de Salud (MINSA), en su función de liderazgo elabora estrategias e intervenciones para controlar la enfermedad, orientadas a la reducir de manera gradual y sostenida la incidencia y morbimortalidad asociadas a la tuberculosis; mediante el trabajo multisectorial, formación de alianzas estratégicas y la adquisición de financiamiento gubernamental (DPCTB, 2023).

Durante la ejecución de actividades intramurales y extramurales en el área de Prevención y Control de Tuberculosis ubicado en cada establecimiento de Salud de Lima Centro y en respuesta a las medidas implementadas por la pandemia del COVID 19, se buscó mantener la disponibilidad del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis, brindando el tratamiento sin exponer a los usuarios, empleando las grabaciones a través de un móvil durante la toma de medicamentos. Sin embargo, pese a que, los profesionales de salud emplearon estrategias para continuar con la atención brindada hacia los usuarios, así como para las medidas de prevención y promoción utilizando la telemedicina y redes sociales; aún prevalece una gran disminución en la cobertura sobre detección de casos de TB, exámenes de contactos de TB, así como disminución de la cobertura de tamizaje de VIH , poca adherencia a la entrega de canastas alimentarias del (PANTBC), además las características de la población migrante indígena, como sus patrones culturales, la dimensión de los mitos o aspectos multiculturales,

estilos de alimentación, entre otros aún no se consideran en el abordaje. Ello ha traído un efecto fuerte en la salud de las personas, pues ahora los casos de nuevos ingresos tienen una mayor carga bacteriana (+++) y por ende una severidad mayor.

Por ello, es necesario determinar si estas intervenciones realizadas a nivel extramural e intramural en el primer nivel de atención primaria en Lima Centro están contribuyendo con la prevención, control y reducción de la tuberculosis, establecido como objetivo del Programa Presupuesta de Tuberculosis, así como analizar qué factores o limitantes se están presentando en componentes claves como los determinantes sociales de salud, la exposición de personas susceptibles y por último el éxito del tratamiento en los usuarios.

1.3.2 Pregunta general

“¿En qué medida se logró implementar el objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis analizando la ejecución de los diferentes componentes para mejorar la propuesta del sector salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023?”.

1.1.2 Preguntas específicas

Tabla 1.1.

Preguntas específicas

Pregunta	Descripción
Pregunta N° 01	¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?
Pregunta N° 02	¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?

Pregunta N° 03 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?

Nota. Fuente: elaboración propia.

1.2 JUSTIFICACION

Esta investigación tiene el propósito de analizar, reflexionar y proponer soluciones a los factores que han limitado o contribuido al objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis de acuerdo a sus diferentes componentes que lo conforman: abordaje de los determinantes de salud, exposición de personas susceptibles así como la tasa de éxito en el tratamiento que siguen los usuarios en los establecimientos de Lima Centro, teniendo en cuenta el rol que ejerce el primer nivel de atención como proveedor de actividades que impulsan el bienestar de los usuarios complementadas con un abordaje de enfoques de derecho a la salud, integrando la equidad , el género y la interculturalidad.

En este contexto, todos los diversos establecimientos de salud que forman parte de la atención primaria cuentan con un área respectiva de atención al Paciente Afectado con Tuberculosis (PAT), así mismo con el personal de salud que forma parte del equipo multidisciplinario, quienes asumen las diferentes acciones de intervención para garantizar la detección precoz, diagnóstico a inicios de la enfermedad y tratamiento oportuno y supervisado por el profesional de salud, asegurando con ello la disminución de los abandonos, y en la consecuente morbi-mortalidad en la población vulnerable y en condición de pobreza; sin embargo esta última representa una grave problemática con consecuencias a nivel sanitario, económico y social , siendo agudizada más aún por las consecuencias post COVID -19.

De esta manera, la presente investigación es relevante en el ámbito de la gerencia social en la medida que los diferentes componentes que forman parte del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis se analizan y reflexionan dentro un marco de principios como los derechos humanos, justicia y democracia.

Así mismo, los hallazgos encontrados en esta investigación aportan datos relevantes para la elaboración de la gestión de los componentes, es decir que va por un lado desde las condiciones de bioseguridad en la infraestructura del servicio como las acciones por parte del profesional de salud para cumplir con los indicadores, reflejándose en ello la calidad de atención, interculturalidad en salud, así como su capacitación en el adecuado abordaje de los diferentes determinantes en salud que participan como un rol muy importante para la adherencia del tratamiento. Y por otro lado que los usuarios sean sujetos de derechos e intervinientes en su curso, definición e implementación es decir, no solo basta con mencionarlo, es mas allá de ello, lograr que las personas vivan en condiciones dignas, para que puedan ejercer sus decisiones con libertad pero que a la vez puedan ser guiadas en la toma de mejores decisiones para su vida, partiendo de cómo se sienten al iniciar el tratamiento y durante todo el proceso que conlleva, mediante el cual sería muy difícil sino se garantizara el trato humanizado, indispensable para asegurar el bienestar de los usuarios durante y después de su tratamiento.

Ante muchos casos de irregularidad y abandono de los usuarios con respecto a su tratamiento, pese a que contamos con normativas aún las estrategias que se emplean para la recuperación de casos de abandonos vienen siendo débiles, cortas y sin sostenibilidad, conocer si los equipos multidisciplinares de salud que forman parte del nivel primario están incorporando estrategias focalizadas y adaptadas a un nuevo contexto por la pandemia nos permitirá asegurar que el camino al éxito del tratamiento está yendo por buen camino.

Es por ello, que recoger y analizar las experiencias, las expectativas, motivaciones y accionar de los diferentes actores involucrados en el programa, impulsará la elaboración de recomendaciones para posteriores intervenciones en el primer nivel de atención primaria, formando cimientos para una sólida transformación sanitaria que asegure el progreso y mejora en la calidad de vida de los usuarios.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Determinar la implementación eficaz del Programa Presupuestal de Tuberculosis analizando la ejecución de los diferentes componentes para mejorar la propuesta del sector salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023.

1.3.2 Objetivos específicos

- Analizar los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro.
- Analizar los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente de exposición de personas susceptibles Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro.
- Analizar los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO SOCIAL

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la tuberculosis sigue representando una epidemia en el mundo, (OPS, 2022) y se presenta como una fuente de desánimo para las poblaciones en riesgo (DPCTB, 2023) y sistemas de salud debido a la muerte que ocasiona en millones de personas anualmente (MINSA, 2021).

En relación a los últimos reportes a nivel mundial, se estima que en 2019 aproximadamente 10 millones de personas contrajeron tuberculosis (TB), un valor que ha ido decreciendo en baja intensidad en los últimos años, ya que aún se ubica entre las 10 principales causas de enfermedad y muerte (MINSA, 2021). Además, afecta a más del 50% de los hombres mayores de 15 años (56%) en comparación, con el 32% en mujeres y 12% en niños (OMS, 2021).

Al ser una enfermedad multifactorial, su incidencia está relacionada con el abordaje de los determinantes sociales de la salud. De esta manera, los continentes de Asia Sudoriental, África así como el Pacífico Sudoriental que tienen los mayores porcentajes de casos estimados por áreas geográficas, (44%, 25% y 18% respectivamente) presentan un Índice de Desarrollo Humano (IDH), relacionado a las altas desigualdades sociales, pues este indicador está compuesto por parámetros referentes a la educación, a una vida larga y saludable y un nivel de vida digno en la población. (Beranal y otros, 2020). Dentro de los cuales, ocho países representan dos tercios del total de casos reportados a nivel mundial: India (26%), Indonesia (8.5%), China (8,4%), Filipinas (6,0%), Pakistán (5,7%), Nigeria (4,4%), Bangladesh (3,6%) y Sudáfrica (3,6%).

Por otro lado, con menores casos se encuentra el Mediterráneo Oriental, las Américas y Europa (8,2%, 2,9% y 2,5% respectivamente). Sin embargo, pese a las condiciones favorables para eliminar la tuberculosis en 54 países ubicados en estos continentes, así como en las regiones del Mediterráneo Oriental y del Pacífico Occidental, la presencia de la tuberculosis farmacorresistente sigue siendo

representando un grave riesgo para la Salud Pública, siendo los países con mayor proporción de carga mundial; La India (27%), China (14%), y la Federación Rusia (8%) (OMS, 2021).

En el Informe Gerencial de Tuberculosis (OPS, 2019), el Caribe y América Latina evidencia una tasa de mortalidad y letalidad por tuberculosis en descenso, pues existen mejoras desde el 2010 en el acceso a un diagnóstico oportuno y al tratamiento adecuado. Sin embargo, países como Brasil, Perú, México y la República Bolivariana de Venezuela reportaron un aumento del 2,5% en la tasa de nuevos casos reportados.

De esta manera, según el escenario epidemiológico de la tuberculosis en el Perú actualmente existen 29,542 casos totales, los cuales vienen incrementándose desde el 2020, periodo en el que se tuvo dificultades para el reporte de casos debido al COVID 19 (DPCTB, 2022).

(Rivera et al., 2020) mencionan en su investigación acerca de los determinantes del acceso a los servicios de salud que “la tuberculosis es una enfermedad social asociada a la pobreza y estigmatización” (p. 3). En el Perú, el 27,5% de las personas a nivel nacional se ve afectada por la pobreza económica, la cual presenta un abrupto incremento desde el 2019 y perjudicando aún más a la población rural y por otro lado, el 16.1% de pobreza es por necesidades básicas insatisfechas reflejando carencias que se mantienen también desde hace 3 años atrás, en viviendas con características inadecuadas, sin servicios higiénicos, hacinamiento, así como hogares con una elevada dependencia económica y con niños que no están matriculados en la escuela (INEI, 2022).

Además, el acceso oportuno al servicio de salud se convierte en una forma de contrarrestar esta enfermedad, así como en ser aliada en fomentar la salud y bienestar de las personas (Rivera et al., 2020); sin embargo, alrededor del 70,4% de la población con alguna enfermedad crónica no busca atención en salud, alcanzando el 70,6% en el área urbana y el 69,6% en la rural. Además, menos de la mitad (34,7%) acude por atención a un establecimiento de salud en caso se presente algún problema de salud (INEI, 2022). Es por ello, que la presencia de la

carga de comorbilidades en la tuberculosis como son las enfermedades transmisibles, VIH/SIDA (5.8%) y no transmisibles crónicas, como la diabetes Mellitus 2 (13.1%) van en aumento desde el 2017 facilitando el incumplimiento al tratamiento, la transmisión de la enfermedad, así como las complicaciones y la mortalidad (DPCTB, 2022).

Dentro de las zonas priorizadas por su mayor incidencia se encuentran: Ucayali, Loreto, Madre de Dios, Tacna, Ica, Lima Metropolitana y Lima Provincia (DPCTB, 2022). Bajo esta línea, en Lima Metropolitana se ubica la mayor tasa de TB farmacorresistente que va en aumento (617 casos) en comparación con los departamentos anteriormente mencionados. Uno de los aspectos claves que se observa en el último trimestre del 2021 es que el déficit calórico, entendido como la adquisición de alimentos medidos en calorías en relación a los requerimientos calóricos de la población, es del 38,9% en Lima Metropolitana cifra mayor en 6,2% comparada a la nacional (INEI, 2022).

Lima se ubica en el desierto costero del Perú, en las laderas occidentales de los Andes centrales del país. Aunque originalmente se estableció en el valle del río Rímac, en la actualidad se ha expandido hacia vastas áreas desérticas e incluso hacia otros valles. Su extensión costera abarca desde el kilómetro 50 de la Panamericana Norte, hasta el kilómetro 70 de la Panamericana Sur, en la frontera de los distritos de Pucusana y la provincia de Cañete, lo que suma una franja costera de poco más de 130 kilómetros. Asimismo, hacia el este, su extensión alcanza en el límite entre el distrito de Lurigancho-Chosica y la provincia de Huarochirí. (DIRIS Lima Centro, 2020)

La jurisdicción de la Dirección de las Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Centro comprende 14 distritos, que son Jesús María, Breña, La Victoria, Lima, Lince, Miraflores, Magdalena del Mar, San Borja, Pueblo Libre, San Isidro, San, San Luis, Surquillo, San Miguel y Juan de Lurigancho.

El distrito de Lima, que es responsable de más del 66% de la producción industrial en el Perú y gran parte de su sector de servicios, limita al norte con los distritos del Rímac y San Martín de Porres; al este con los distritos de , El Agustino , San Juan

de Lurigancho y una porción de San Luis; al sur con los distritos de Jesús María , La Victoria, Lince, Pueblo Libre , Breña, y San Miguel; y al oeste con la provincia constitucional del Callao (DIRIS Lima Centro, 2020).

Para el año 2022, la Jurisdicción de Lima Centro, el grupo de edad predominante era el de etapa adulta conformado por el rango de edad de 30 a 59 años, representando el 41.9% de la población total (20.2% hombres y 21.7% mujeres), se registraron un total de 2164 casos, con 344 casos de tipo resistente, principalmente en los distritos de Lima Cercado y San Juan de Lurigancho, relacionándose con los índices de pobreza y el acceso restringido a servicios básicos en esta área (DIRIS Lima Centro, 2020).

Con relación al Índice de Desarrollo Humano (IDH), se observó una mejora de 0.748 puntos en el año 2020 a diferencia del 2017 a nivel nacional, situándose en el puesto 89 a nivel mundial. Para el año 2019, el IDH promedio en la jurisdicción de la DIRIS Lima Centro fue de 0.73 puntos. Lince fue el distrito con el IDH más alto (0.84), seguido de Jesús María (0.83), Miraflores (0.83) y San Borja (0.82), mientras que La Victoria (0.71), San Juan de Lurigancho (0.70) y Lima (0.76) registraron índices más bajos (IPE, 2019).

Las instituciones de salud localizados en la Jurisdicción de Lima Centro abarcan un total de 157 instalaciones públicas, que se distribuyen de la siguiente manera: 65 del Ministerio de Salud (MINSa), 2 del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), 23 de EsSalud, 5 de la Sanidad del Ejército del Perú, 2 de la Sanidad de la Fuerza Aérea del Perú, 4 de la Sanidad de la Marina de Guerra del Perú , 8 de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú, , 10 de la Municipalidad Provincial y 6 de las Municipalidades Distritales. Por otro lado, hay 2983 establecimientos de salud privados. En total, esto suma 3153 establecimientos de salud (DIRIS Lima Centro, 2020).

A nivel de Lima, se calcula que hay alrededor de 13 instalaciones de salud disponibles para cada 100,000 pacientes. En la Jurisdicción de Lima Centro, se encuentran 79 establecimientos de atención primaria de salud, agrupados en 7 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (DRISLC, 2022).

2.2 MARCO NORMATIVO

2.2.1 Marco normativo internacional

Es importante destacar que, dado que la tuberculosis es una enfermedad que tiene un abordaje de prevención y tratamiento, es fundamental implementar acciones que aborden las causas del desarrollo de la tuberculosis, tales como la desnutrición, la pobreza, el tabaquismo, diabetes y la infección por VIH, a través de enfoques multisectoriales (OMS, 2021).

Por esa razón, en 2014 y 2015, todos los países que forman parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de las Naciones Unidas se comprometieron a asegurar el compromiso político de "erradicar la epidemia de tuberculosis", a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas y la implementación de la Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS (OMS, 2021). Esta estrategia destaca la importancia de disminuir todas las muertes por infección en un 95% y los nuevos casos en un 90% entre 2015 y 2035. Lo que garantizará que ninguna familia o comunidad se vea afectada por las consecuencias adversas (DPCTB, 2022).

Además, en 2018, se emitió una declaración política que reafirmó los acuerdos establecidos con la Estrategia Fin de la Tuberculosis y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), estableciendo nuevas metas globales que iniciaron en el 2022 (ver anexo 1) en relación con la financiación para la prevención, atención y tratamiento (OMS, 2021).

2.2.2 Marco normativo nacional

En el Perú, la estrategia para controlar la tuberculosis se implementa mediante el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Cabe resaltar, que, a inicios del segundo semestre de 1990, se llevaron a cabo las primeras acciones en los servicios públicos con el objetivo de aumentar significativamente la cobertura de atención, localizar a los enfermos y proporcionar acceso gratuito y supervisado al tratamiento antituberculoso en los centros de salud. Todo esto se realiza con la finalidad de romper la cadena epidemiológica de esta enfermedad (Programa Nacional de Control de Tuberculosis, 1996).

2.2.2.1 Ley N°30287, Ley de Prevención y Control de Tuberculosis (promulgada el 14 de diciembre del 2014)

El propósito de la ley es establecer normas para coordinar los esfuerzos de los diferentes sectores implicados en el control y prevención de la tuberculosis, asegurando la implementación constante de una política estatal para combatir esta enfermedad (Congreso de la República, 2014).

De acuerdo con la legislación, la tuberculosis es una enfermedad infecciosa provocada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que aflige al ser humano y provoca una enfermedad crónica que principalmente impacta en los pulmones, ya que también afecta otros órganos. Dependiendo de su susceptibilidad a los medicamentos antituberculosos de primera o segunda línea, existen diversas variantes de tuberculosis, como la multidrogorresistente (MDR), la extremadamente resistente (XDR) y otras formas de resistencia a los fármacos establecidos (Congreso de la República, 2014).

El documento también hace énfasis los derechos de las personas afectadas por tuberculosis, como el derecho a recibir atención médica completa, a ser tratados sin discriminación y a presentar quejas, así como el derecho a participar en programas estatales de inclusión social. Además, se mencionan las responsabilidades que las personas tienen durante el tratamiento (Congreso de la República, 2014)

Finalmente, la ley resalta la relevancia de la participación activa de la sociedad civil en la lucha para erradicar la tuberculosis, tanto en la elaboración, ejecución y análisis de políticas vinculadas a esta enfermedad.

2.2.2.2 Decreto Supremo N° 021-2016-SA, que promulga el Reglamento de la Ley N°30287, Ley de Prevención y Control de Tuberculosis en el Perú

El Plan emitido a través de la Presidencia de la República, ratificado el 15 de mayo de 2016, establece las normas reglamentarias según la Ley N°30287,

que simboliza una referencia legal en el avance del proceso actual (PCM, 2016).

El reglamento establece nuevos deberes para las personas afectadas por tuberculosis. Bajo esta línea, se menciona que toda persona afectada es responsable de acatar las normas de control de bioseguridad e infección, asegurándose de seguir el tratamiento supervisado. En caso de incumplimiento, que represente un daño hacia la salud pública, se aplicarán sanciones conforme con lo estipulado por el Código Penal en relación a los crímenes contra la salud pública. Además, se requiere que la persona emplee en todo momento una mascarilla y cumpla con las recomendaciones acerca del control de infecciones indicadas transmitidas por el profesional de salud mientras el usuario tenga bacteriología positiva. También se establece la necesidad de firmar un consentimiento informado que confirme la aceptación del tratamiento según la Norma Técnica vigente (PCM, 2016).

Asimismo, el reglamento proporciona información detallada sobre los fármacos y procesos vinculados entre la participación del sector público y privado en referencia a las recomendaciones en control y prevención de la tuberculosis (PCM, 2016).

2.2.2.3 Decreto Supremo N° 010-2010-SA, Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019

A partir de 2006, el Estado inició la promoción de la implementación del Presupuesto por Resultados (PPR) en el ámbito público. Esto se llevó a cabo mediante la inclusión de herramientas de Programación Presupuestaria Estratégica, que facilitan la asignación de recursos en materia a las actividades sectoriales consideradas prioritarias. De este modo, se determinan los montos presupuestarios destinados a los Pliegos regionales y nacionales a fin de implementar los planes de cada programa. Este enfoque tiene como finalidad mejorar el rendimiento del Estado en el abordaje del bienestar de las personas, especialmente de los más desfavorecidos (MINSA, 2010).

En el contexto del Sector Salud, el Programa Estratégico de control y desaceleración de las enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA y Tuberculosis se incorporó a partir del año 2011.

El presente documento técnico del Plan Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis establece medidas que permitan dirigir e integrar de forma sistémica a actores claves como el sector público, organizaciones no gubernamentales, la sociedad civil y organismos de cooperación técnica internacional en la continuidad de control y prevención de la tuberculosis en nuestro país. Por ello, objetivo es reducir gradualmente la incidencia y morbilidad de la enfermedad hasta el año 2019. Por último, este documento técnico forma parte del respaldo legal en los lineamientos de las intervenciones sanitarias propuestos por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB), entidad actualmente encargada de la estrategia nacional (Programa Nacional de Control de Tuberculosis, 1996).

2.2.2.4 Decreto Supremo N°008-2016-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

La Ley de Modernización del Estado N°27658, que reconoce que el Estado se encuentra en un proceso de modernización en todas sus instancias, establece el 5 de marzo de 2017 la creación de una Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB). A través de esta dirección, se lleva a cabo una reestructuración de la estrategia que permite la prevención y control de la tuberculosis (PCM, 2016).

2.2.2.5 Resolución Ministerial N°339-2023/ MINSA, Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis (NTS N°200-MINSA/DGSP-2023)

El objetivo de esta resolución es revisar y renovar los lineamientos técnicos y las pautas en las intervenciones sanitarias obligatorias en todos los establecimientos de salud público, privado y mixto, anulando la normativa previa emitida en 2013.

Además, detalla diversas medidas para disminuir el desarrollo de nuevos casos y mortalidad por tuberculosis en el país. Estas medidas abarcan la implementación de nuevos fármacos actualizados y regímenes terapéuticos más cortos para tratar la tuberculosis multidrogorresistente, así como métodos de diagnóstico más eficientes, como el empleo de pruebas moleculares rápidas automatizadas y la implementación del tratamiento directamente observado (DOIT) a través de una red de apoyo comunitario, ampliando así la cobertura de los servicios de salud (Minsa, 2023).

2.2.2.6 Resolución Ministerial N°653-2014/MINSA, Formulación de la Ración Alimentaria del Programa de Complementación Alimentaria para la persona afectada por tuberculosis

Esta resolución aprobada en el 2014, establece el documento técnico para la elaboración de la Ración Alimentaria presente en el Programa de Complementación Alimentaria (PCA) a fin de contribuir con el mejoramiento del estado nutricional e integral en la salud de los usuarios que cumplen con su tratamiento.

El PCA-PANTBC se describe como un programa destinado a mejorar la salud nutricional de segmentos vulnerables de la sociedad, en particular, individuos afectados por tuberculosis y sus contactos, quienes enfrentan un riesgo significativo en este ámbito (Minsa, 2014). Esto se logra a través de actividades alimentarias y nutricionales, a la par de una continua evaluación nutricional, con la finalidad de contribuir a su recuperación integral (Minsa, 2014).

También se incluyen como beneficiarios a aquellos individuos diagnosticados con tuberculosis sea pulmonar o extrapulmonar que están bajo tratamiento en el área de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT) de cada establecimiento de salud del MINSA, así como a sus contactos intradomiciliarios (Minsa, Resolución Ministerial, 2014). Sin embargo, a partir de 2021, se amplió el alcance del PANTBC dirigido a otras instituciones de salud como ESSALUD, PNP y FFAA (DPCTB, 2022).

La composición de la ración alimentaria incluye cereales, legumbres, productos fuentes de origen animal principalmente de gran aporte biológico como también aceite vegetal, según la disponibilidad de alimentos en las regiones de Costa, Sierra y Selva (Minsa, 2014).

Finalmente, se especifica que la ración alimentaria cubre en las personas afectadas por tuberculosis en un 50% de sus requerimientos calóricos (30-35 kcal/kg) y proteicos (1,2-1,3 g/kg) y de cuatro de sus contactos durante un período de 1 mes (Minsa, 2014).

2.2.2.7 Programa Presupuestal 0016-TBC-VIH

El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ha estado llevando a cabo actividades mediante de varios programas presupuestarios desde 2011 (Asenjo y Loza, 2018). Uno de estos programas es el Programa Presupuestario 0016-TBC-VIH. En cuanto al componente de tuberculosis, las actividades se centran en reducir la incidencia de la enfermedad mediante intervenciones coordinadas entre el ente rector del Ministerio de Salud, el Seguro Integral de Salud, así como los Gobiernos Regionales y Locales (MEF, 2022). Es importante destacar que el 54% del presupuesto asignado actualmente (604 442 380,00) corresponde al componente de tuberculosis (anexo 3).

Para asegurar el cumplimiento de los diversos objetivos, varias instituciones, como el Comité Consultivo de la Red Peruana de TB Pediátrica, el Comité de Expertos Ad Honorem , el Comité Nacional de Evaluación de Retratamientos, las unidades técnicas de tuberculosis , la Red Nacional de Investigación en Tuberculosis, así como representantes de las Direcciones Regionales de Salud, Redes Integradas de Salud en Lima, representantes de la Policía y Fuerzas Armadas, entre otras, han formulado los lineamientos estratégicos para la gestión para implementar intervenciones efectivas destinadas a reducir las consecuencias del desarrollo de la tuberculosis en la salud pública de la población peruana (DPCTB, 2022).

Se enfatiza la importancia de identificar y priorizar la intervención en grupos y áreas de mayor riesgo, con el fin de contrarrestar la propagación de la enfermedad y su evolución a través de un control más efectivo de los contactos y el tratamiento de la tuberculosis latente. Además, “se persigue el objetivo de mejorar la tasa de éxito en el tratamiento mediante medidas que prioricen el abordaje centrado e integral de los usuarios” (DPCTB, 2022, pág. 59).

En la actualidad, el Programa Presupuestario 0016-TBC-VIH/SIDA (con un Presupuesto Inicial de Apertura (PIA) de S/ 328 852 380,00 para 2022, en comparación con el año 2011) (MEF, 2022), a través del Ministerio de Salud (MINSA) en su papel rector, elabora las medidas de intervención para su control a través de la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) en el previo contexto de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESNPCT) en los diversos centros de salud (DPCTB, 2022).

Su propósito es disminuir gradual y consistentemente la aparición de los distintos tipos de tuberculosis sea sensible como resistente a medicamentos, a través de acciones que incluyan diagnóstico y tratamientos tempranos y gratuitos, supervisados través del método de Observación Directa del Tratamiento (DOT) (DPCTB, 2022).

2.3 ESTUDIOS RELACIONADOS

2.3.1 Estudios internacionales

El estudio de (Herrera, 2017) planteó como objetivo general describir el escenario operacional y epidemiológico actual de la tuberculosis, así mismo los últimos avances en Chile. Se observó que el diagnóstico tardío de los casos tiene implicancias en los resultados del tratamiento, la letalidad de casos llegó a 11,4%, 4 veces más a la meta, además de tener una cifra superior del 8,6% de abandonos, mayor a la meta nacional y similar a la región de Américas y una cifra inferior del 72% en la tasa de éxito, lejos de la meta del 90%. Dentro del nivel operacional, las actividades que

presentaron deficiencia fueron las actividades para la ubicación de nuevos casos, resultados de tratamiento y el estudio de los contactos, identificando a esta última con más dificultad de realización por la carencia en los registros nominales. Se concluye que, a pesar de las normativas aplicables, es necesario el abordaje multidisciplinario e intersectorial la identificación de casos. Logrando su tratamiento y éxito de este.

Bajo esta línea, en relación a la situación operacional del programa de tuberculosis en los centros de salud, la investigación realizada por (Pawarti et al., 2021) señala que el comportamiento del cumplimiento al tratamiento representa un factor clave para el éxito de la culminación del tratamiento en los usuarios. A raíz de ello diseñaron un modelo de motivación comunicativa utilizando la entrevista motivacional (MI), el cual incorporó un Modelo de Creencias en Salud (HBM) realizado en alrededor de 6 instituciones de salud pública durante un año con el alcance de fortalecer la adherencia y el éxito del tratamiento puesto que la motivación convencional no es suficiente para mantener la adherencia a la medicación a largo plazo

La aplicación de esta intervención utilizando porcentajes de recuento de pastillas para medir la adherencia a la medicación y evaluando el éxito del tratamiento a través de los resultados del examen de esputo reveló que el HBM basado en MI y el conocimiento fueron las variables más influyentes para mejorar la adherencia a la medicación y el éxito del tratamiento, siendo sus resultados superiores al tratamiento convencional que sea aplica en otros establecimientos.

Otra de las intervenciones (Wade et al., 2012) buscó evaluar la rentabilidad clínica y económica de un servicio de telesalud que ofrece observación directa en comparación con un servicio de visitas a cargo de un agente comunitario y/o profesional de la salud. La investigación se desarrolló en un servicio comunitario de enfermería en Australia del Sur a través de entrevistas semiestructuradas con pacientes actuales, personal de enfermería comunitaria y personal de la Clínica de Tórax para evaluar la aceptabilidad, usabilidad y sostenibilidad del servicio.

Los pacientes de telesalud recibieron videollamadas diarias en sus hogares a través de un videoteléfono de escritorio proporcionado por el centro de llamadas de enfermería. Esta investigación con diseño de cohorte retrospectivo comprobó la eficacia de la telesalud a diferencia de las formas tradicionales de observación, se observó un 18.9% menos de ausencias programadas previamente además estimar la relación costo-efectividad incremental (ICER) de la telesalud en 1.32 dólares australianos (IC del 95%: 0.51 – 2.26) por día adicional de observación exitosa.

Se evidenció que el servicio de video requirió menos tiempo del personal y se volvió más rentable si se implementaba a mayor escala y/o con menores costos tecnológicos. El análisis cualitativo identificó factores favorables como la flexibilidad de horarios, alta aceptación por parte de los pacientes, eficiencia del personal y apoyo de la Clínica de Tórax. Los problemas técnicos significativos fueron solucionables y un beneficio secundario inesperado fue la mejora de la comunicación entre el servicio de enfermería y la Clínica de Tórax.

Asimismo, otro de los hallazgos encontrados fue el uso eficiente de recursos para ofrecer observación directa de la tuberculosis, resultando más rentable que un servicio de visitas en persona considerando a la observación por video en el hogar es una forma centrada en el paciente.

En esta misma línea (Tejada et al., 2018) establecieron como objetivo del estudio evaluar la eficacia del Programa de Control de la Tuberculosis ejecutado en las instituciones gubernamentales de Colombia con mayor prevalencia de casos. Esto se realizó mediante un diseño retrospectivo y descriptivo que analizó información secundaria vinculados con aspectos demográficos y sociales, epidemiológicos, clínicos, de tratamiento, laboratorio y evolución, así como el comportamiento y grado de adherencia al tratamiento.

Se evidenció que el 68,7% de las historias revisadas no mostraron evidencias del seguimiento realizado a los usuarios. De este modo, los

usuarios asisten a la consulta inicial después de casi 31 a 60 días de síntomas; 12.5% fueron diagnosticados luego de 15 días de su primera consulta, en 14.6% de los usuarios iniciaron después de 16 días su tratamiento, el 41.7% terminaron con resultado negativo para su prueba de baciloscopia, 2.1% de los usuarios fracasó y 14.6% falleció.

Así mismo se identificó deficiencias en el abordaje del control de la enfermedad por parte de los prestadores de los organismos claves, al no aplicar un control riguroso en el cumplimiento de las normas, lo cual resulta en graves fallas del programa.

2.3.2 Estudios nacionales

Los autores (Rivera et al., 2019) plantearon un estudio con el objetivo de reconocer los elementos de peligro relacionados al abandono del tratamiento multirresistente ubicados en las instituciones de salud del Callao. Esta investigación se llevó a cabo a lo largo de dos años profundizando el análisis de casos y controles.

Dentro de los hallazgos identificados como piezas para el riesgo del abandono al tratamiento se encontraron: no contar con apoyo social, poca credibilidad en la curación, no considerar pertinente el horario del servicio y no recibir los resultados del laboratorio. La identificación diversas debilidades que serían focos de riesgo, con participación social del sector salud a través de acciones comunitarias contribuiría a que las intervenciones sean rápidas, efectivas, y de elevado impacto.

Uno de estos para el riesgo del abandono de los pacientes como es el no contar con apoyo social el cual se remarca en el estudio realizado por (Pawarti et al., 2021) cuyo objetivo fue describir y analizar el involucramiento de las organizaciones de personas afectadas con tuberculosis en la ejecución del Programa de Complementación Alimentaria para el Paciente con Tuberculosis (PANTBC) utilizando testimonios de cinco principales organizaciones de afectados por tuberculosis en las regiones de Loreto entre el 2018 y 2020.

Dentro de sus principales hallazgos se encontraron las dinámicas de participación de un grupo de usuarios del Programa de Tuberculosis en condiciones de vulnerabilidad social, dentro del contexto de políticas sociales con mecanismos de salida, baja discrecionalidad y no corresponsabilidad siendo características opuestas a lo que generalmente se ha planteado en la literatura. Ante ello, las personas afectadas por tuberculosis se organizan de forma colectiva para abordar la carencia en el cuidado y las deficiencias en la implementación en el proceso de construcción de su ciudadanía.

Asimismo, desarrollan actividades en tres modalidades de participación: supervisión, instrumentos para asegurar la efectividad y elaboración de propuestas, mediante ello consideran que su involucramiento como una manifestación de sus derechos, un tema de preocupación, y una reacción a la vulnerabilidad social y al estigma. Además, abordan experiencias que son percibidas como abusos, herramienta de gestión eficaz, experiencias que fomentan la conexión colectiva y promueven la resiliencia.

Otra de las limitaciones en cuanto a nivel operativo del programa la encontramos en un estudio realizado por (Quispe, 2020) el cual tuvo como propósito determinar la orientación como nivel de intensidad en la actitud hacia la tuberculosis entre trabajadores de salud del CMI Tablada de Lurín en Villa María del Triunfo, Lima a través de una investigación aplicada al escenario cuantitativo, descriptivo y con corte transversal.

Se encontraron como principales resultados que de la totalidad de la población la gran mayoría con un 87.7% mostró una actitud favorable en cuanto a la temática de prevención y generalidades de la enfermedad. Sin embargo, en cuanto a la ejecución de las recomendaciones de medidas preventivas durante las consejerías y seguimiento, como también el reconocimiento social de la enfermedad, el personal tuvo un 55.4% de actitud favorable.

Estos hallazgos reflejan que si bien es cierto muchos de los profesionales entrevistados tiene una inclinación favorable hacia la prevención de la

tuberculosis, esta es aún deficiente en otras dimensiones como la aplicación de medidas preventivas, en donde se encuentran las visitas domiciliarias, sesiones educativas en las diferentes áreas multidisciplinarias como medicina, nutrición y psicología, así mismo en la aceptación y trato al usuario del programa de manera humanizada, mostrando empatía, comprensión, respeto, reconociendo sus dificultades que enfrentan. Estas actitudes desfavorables impactarían durante todo el abordaje de los usuarios, limitando su continuidad y éxito en el tratamiento.

En el contexto de la modernización de la gestión pública hacia una gestión orientada para el resultado, Asenjo y Loza (2018) llevaron a cabo un estudio en Lima Metropolitana con el propósito de incrementar la utilización de los recursos asignados al Programa de Tuberculosis. Este estudio involucró el análisis de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el área de intervención como en el resto del país a través del seguimiento del presupuesto derivado al programa presupuestal 0016 TBC-VIH/SIDA.

También se observaron como resultados principales las estrategias insuficientes para mejorar la utilización de los recursos provistos, debido al poco liderazgo efectivo encabezado por la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis, y la escasez de habilidades de los administradores en la gestión de la tuberculosis, tanto en términos de conocimientos en gestión pública como en contratación con el estado. Esto ha resultado en la insatisfacción de los usuarios y en la incapacidad para alcanzar los objetivos establecidos por el programa presupuestal.

2.4 MARCO CONCEPTUAL

Conceptos vinculados a la gestión social del Programa Presupuestal de Tuberculosis: Para la presente investigación se han priorizado nueve conceptos claves vinculados a los componentes del programa en los establecimientos de salud.

2.4.1 Conceptos teóricos

2.4.4.1 Trasmisibilidad de la tuberculosis

De acuerdo con el Manual de Capacitación para el control de la Tuberculosis, esta enfermedad infecciosa puede propagarse en diversos entornos, como centros de trabajo y hogares. Asimismo, un promedio de alrededor del 30% de las personas que está en contacto con un individuo con tuberculosis, también conocidas como contactos cercanos, pueden adquirir la infección por una bacteria llamada Mycobacterium Tuberculosis (M. tuberculosis) o bacilo de Koch, el cual daña básicamente a los pulmones, aunque también puede comprometer a otras partes del sistema humano (Morán y Lazo, 2001). No obstante, la capacidad de contagio de las personas con tuberculosis puede variar, algunos pueden contagiar a casi la mayoría o a la totalidad de sus contactos cercanos, en otros casos solo infectan a unos pocos o a ninguno, a través de la inhalación de pequeñas gotas infectadas que son expulsadas al aire cuando un paciente con tuberculosis estornuda (Morán y Lazo, 2001). Además, la tuberculosis también puede transmitirse en entornos de atención médica, como centros de salud, si no se implementan medidas adecuadas de bioseguridad (Minsa, 2007).

La cantidad de bacilos tuberculosos que una persona expulsa a través del aire está directamente relacionada con su nivel de contagiosidad. Aquellos que expulsan una gran cantidad de bacilos son más propensos a transmitir la enfermedad que aquellos que expulsan pocos o ninguno. Otros mecanismos que intervienen en la contagiosidad incluyen la ausencia de protección al toser, la falta de tratamiento adecuado y la presencia de cavidades en los pulmones (Minsa, 2007).

2.4.1.2 Usuarios con esquema sensible de tuberculosis

La tuberculosis sensible es producida por una bacteria perteneciente al complejo Mycobacterium tuberculosis, de esta forma los usuarios diagnosticados con ello, no presentan resistencia a los medicamentos indicados para su tratamiento (ESSALUD, 2024).

Este inicio ocurre tras la confirmación de dos pruebas específicas: el frotis positivo y la sensibilidad a la isoniacida y rifampicina. De darse el caso en que ambos medicamentos sean sensibles, se inicia el régimen para la tuberculosis sensible (Ormeño, 2020).

Durante la primera etapa, de carácter bactericida y administración diaria, el cual tiene una duración aproximada de 2 meses tiene como objetivo reducir rápidamente la población bacteriana y prevenir la resistencia y posibles fracasos del tratamiento, evitando así la multiplicación rápida de los bacilos. Posteriormente a ello, se da continuidad a la segunda etapa, de mantenimiento o esterilización, la cual implica una administración intermitente con menor uso de medicamentos, pero suficiente para eliminar los bacilos persistentes y prevenir recaídas, con una frecuencia de tres veces por semana durante aproximadamente 4 meses (Ormeño, 2020).

De esta manera, es fundamental para los usuarios con tuberculosis sensible la toma de todos los medicamentos según la prescripción del médico y cumplir en la medida posible con las diferentes orientaciones proporcionadas por el equipo multidisciplinario (Verdejo et al., 2015).

2.4.1.3 Usuarios con esquema resistente de tuberculosis

Los usuarios que inician un esquema resistente es el resultado directo del uso incorrecto de los medicamentos, ya sea por interrupción o no completar adecuadamente la toma de las dosis que incluyen pastillas (isoniazida y rifampicina) considerados como fundamentales para el tratamiento e inyectables ocasionando que los bacilos de la tuberculosis pueden desarrollar resistencia a los fármacos administrados (Verdejo et al., 2015).

Así mismo, esta resistencia puede surgir cuando los profesionales médicos recetan incorrectamente la dosis o la duración del tratamiento, cuando los medicamentos no están disponibles de manera constante o cuando la calidad de los fármacos es deficiente (CDC, 2012).

2.4.1.4 Tratamiento directamente observado (DOTS)

Una de las formas de administración del tratamiento antituberculosos para usuarios con esquema sensible y resistente (MINSA, 2005) es mediante la estrategia DOTS/TAES, la cual implica la supervisión directa en la administración de medicamento realizada por el profesional o personal de salud a cargo de ello, junto con un sistema de información para registrar y seguir a los pacientes hasta su recuperación.

Por lo que es una forma de administración del tratamiento en la que un profesional o personal de la salud vigila que el paciente las dosis indicadas. Esto asegura que el paciente consuma todos los medicamentos como se indica, lo que mejora la adherencia al tratamiento y reduce el riesgo de desarrollar resistencia a medicamentos antituberculosos debido al consumo infrecuente o abandono del tratamiento (MINSA, 2005) .

2.4.1.5 Determinantes sociales de la salud

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS, en 2008, dándole como definición a las condiciones mediante las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo el sistema sanitario. Dichas condiciones son producto de la distribución del poder, recursos y dinero a nivel global, nacional y local del dinero, que giran en torno a políticas adoptadas (Guardia y Ruvalcaba, 2020).

De acuerdo, al modelo de determinantes sociales de la salud, los estructurales y sociales se refieren a características que contribuyen a la estratificación de la sociedad y determinan la posición socioeconómica de las personas, lo que a su vez influye en su salud. Estos elementos, como la posición social, la raza, el género, el acceso a la educación y al empleo, crean inequidades sociales en salud debido a su papel en la distribución desigual de poder, prestigio y recursos (Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Por otro lado, los determinantes intermedios, que se desarrollan de acuerdo con la estratificación social, determinan las disparidades en las condiciones de exposición y vulnerabilidad que afectan la salud. Estos incluyen

circunstancias materiales, como el tipo de vivienda, circunstancias psicosociales como el estrés, el ambiente laboral, así como contar con apoyo social, factores conductuales y biológicos como la dieta y el consumo de sustancias, la cohesión social y el acceso a los servicios sanitarios. Estos factores juegan un papel crucial en cómo las personas valoran y mantienen su salud, así como en su capacidad para hacer frente a las enfermedades (Guardia y Ruvalcaba, 2020).

Es así que en muchos estudios han demostrado su influencia, incluyendo la pobreza, hacinamiento, ingesta deficiente de alimentos que puedan cubrir sus requerimientos nutricionales y la contaminación ambiental, así como su papel en las demoras en el diagnóstico oportuno (Bernal et al., 2020).

2.4.1.6 Medidas de control de infecciones

Conforme al (Minsa, 2007) el propósito principal de un programa o plan para el freno a las infecciones es detectar la tuberculosis de manera oportuna, separar a los pacientes afectados (aislarlos si es posible) y administrarles el tratamiento correspondiente. El cual abarca los siguiente:

En el primer nivel de prioridad se encuentran las medidas administrativas, que favorecen a un mayor número de personas y tienen como fin reducir la exposición al riesgo de tuberculosis para el equipo de salud como a los usuarios. Sin la implementación de estas medidas, los demás controles serían ineficaces.

En el segundo nivel de prioridad se hallan las medidas de control ambiental. Su propósito es disminuir la concentración de partículas infecciosas y regular su movimiento en los espacios donde se atienden pacientes con tuberculosis.

Con estos dos niveles iniciales se pretende minimizar las áreas dentro de las instalaciones sanitarias donde podría estar expuesto. Aunque estas medidas disminuyen el riesgo, no logran eliminar por completo en aquellas áreas.

Por último, el tercer nivel de medidas comprende asegurar la protección respiratoria, reduciendo número de partículas inhaladas en espacios donde las otras medidas no logran hacerlo de manera adecuada.

2.4.1.7 Objetivos de Desarrollo sostenible

Según La Asamblea General de las Naciones Unidas a través de Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y Desarrollo en el año de 1987, manifestó que el desarrollo sostenible consiste en el desarrollo capaz de satisfacer los requerimientos del presente sin perjudicar la capacidad de satisfacer sus propias necesidades en las poblaciones futuras (ONU, 2020).

De esta manera, en 2015, todos los estados que forman parte de las Naciones Unidas establecieron 17 Objetivos como parte de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, estableciendo acuerdos para alcanzar los objetivos en 15 años. El llamado es universal a través de diferentes acciones destinadas a erradicar pobreza, proteger el medio ambiente, mejorar la calidad de vida y las oportunidades de las personas en todo el mundo (CEPAL, 2022).

A través de estos 17 ODS con sus 169 metas y 231 indicadores, los cuales son el espejo de cuanto se está avanzando, los Estados que pertenecen a las Naciones Unidas han manifestado la prioridad en mantener una postura firme en que la agenda es universal y totalmente transformadora, en donde todos los países puedan participar, debido a que los ODS cumplen con las siguientes características:

- **Universales:** Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son pertinentes para todos los países y representan un conjunto de directrices globalmente aceptadas. En la búsqueda de lograr estas directrices, todos los estados tienen responsabilidades trazadas y compartidas como específicos para alcanzar las diversas facetas del desarrollo sostenible que se resumen en los ODS (CEPAL, 2022).
- **Transformadores:** la Agenda 2030, como un plan para el mejoramiento del bienestar humano, la preservación del medio ambiente, la prosperidad, el

fomento de la paz y el potenciamiento de las colaboraciones, presenta una perspectiva innovadora para la continuidad en el desarrollo sostenible fundamentado en el ser humano y en el planeta. Está fundamentada en los principios de los derechos humanos y en el reconocimiento la dignidad inherente de todas las personas (CEPAL, 2022).

- Civilizatorios: La Agenda 2030 se propone asegurar la inclusión de todos y fomentar un mundo de igualdad y ausencia de discriminación tanto entre los países como dentro de ellos. Este objetivo se busca alcanzar mediante el compromiso de todos los Estados la obligación de respetar, proteger y promover los derechos humanos, sin importar el color, la raza, el género, el idioma, la religión, la afiliación política u otras características. Este compromiso fue resaltado por los Estados miembros de la CEPAL en el año 2022 (CEPAL, 2022).

De esta manera, al presentar las características previamente mencionadas e interconectadas, cada ODS tiene como objetivo abordar una meta específica a través de acciones a implementar. Un ejemplo de esto es el ODS 3, el cual tiene como propósito "asegurar una vida que sea saludable a través de la promoción del bienestar por curso de etapa de vida del ser humano (ONU, 2022, p. 65).

Aunque se han registrado progresos notables en los últimos años en el ámbito del bienestar en términos de salud de la población, persisten irregularidades en la atención médica, como señala la ONU en 2022.

Una de las problemáticas urgentes que enfrenta este ODS es que la tuberculosis aún representa una de las fuertes causas de muerte entre las personas que viven con el VIH (ONU, 2022). Esto significa que todavía existe esta problemática que actúa como el iceberg de otra enfermedad con una alta incidencia.

2.4.2 Conceptos de gestión

2.4.2.1 Gestión por resultados

Según García y García (2010), la Gestión por Resultados (GpR) es entendible como un mecanismo de gestión que busca ocasionar el máximo valor público posible mediante de la implementación de herramientas de gestión por parte de las instituciones públicas. Esta estrategia tiene como principio mejorar de manera sostenible la calidad de vida de las personas.

La gestión orientada a resultados se fundamenta en el concepto de causalidad, que establece que diversos recursos y acciones conducen de manera lógica a la consecución de resultados significativos, como productos, efectos e impactos. Estos cambios se suelen representar mediante una "cadena de resultados" o un "marco de resultados", que muestra de manera clara las relaciones de causa y efecto. Los resultados del desarrollo son considerados secuenciales y tienen una duración limitada, y los cambios están relacionados con distintas etapas de gestión en el ámbito de programación de cualquier proyecto o programa (García y García, 2010).

Para su abordaje se planifican de manera que haya una posibilidad adecuada de alcanzar los objetivos previstos, realizando ajustes periódicos según sea necesario para garantizar su logro.

Para garantizar la visibilidad de los objetivos alcanzados, se requiere realizar evaluaciones de diseño y ejecución presupuestaria (EDEP) mediante la ejecución del enfoque de presupuesto por resultados (PpR), implementado por las entidades correspondientes. El objetivo de este proceso es ofrecer datos fiables sobre la consistencia del diseño y el nivel de avance en la ejecución de las acciones públicas. Con esta información, será posible tomar decisiones más informadas en la asignación y gestión de recursos públicos (Peñaloza et al., 2017).

De esta manera, se integra de manera sistemática el análisis de los resultados de la gestión pública en el proceso de protección de los recursos, cumpliendo con los siguientes puntos claves:

- Proporcionar una visión completa acerca de los resultados de las actividades financieras relacionadas vinculadas al presupuesto mediante un sistema de monitoreo y evaluación.
- Establecer procedimientos claros y formalizados para el análisis y consideración de la información durante la elaboración del presupuesto.
- Establecer una estructura de incentivos que complemente el sistema presupuestario y motive a las instituciones públicas a lograr óptimos resultados.
- Establecer directrices para gestión financiera que permita la flexibilidad necesaria para que las dependencias utilicen eficientemente sus recursos en la consecución de sus resultados (Marcel, 2007).

De esta manera, el Programa Presupuestal con Enfoque de Resultados (PP) permite reconocer a la población objetivo de un programa particular para relacionarla con los productos y resultados ofrecidos por las entidades proporcionarán para satisfacer esas demandas.

2.4.2.2 Gestión territorial de la salud

A fin de contribuir con la mejora en la salud de la población, es fundamental un manejo organizado, planificado, sostenido y eficiente de los recursos del territorio, conocido como gestión territorial en salud desde la promoción y prevención de la salud (MINSA, 2017). Por ello, su propósito es coordinar acciones intersectoriales y emplear la equidad en conjunto con el abordaje de los determinantes de la salud, pues está comprobado que más del 90% del estado de salud de la población depende del entorno donde viven, del agua que tomen, de la educación que reciben, de las áreas verdes que tienen, mientras que el restante está relacionado con los servicios de salud (Rebaza, 2011).

Es crucial la participación y coordinación entre los diferentes sectores y actores, alineándose con las políticas públicas nacionales para maximizar su potencial de manera efectiva y sostenible, comenzando con una gestión integrada que

incluya el trabajo por territorio y la articulación de los actores desde las diferentes redes de salud a nivel nacional (MINSA, 2017).

En este contexto, El Programa Presupuestal de Tuberculosis subraya la importancia de la gestión territorial en salud como un enfoque relevante para lograr los objetivos de control y eliminación de la TB en el país a través de la promoción de familias saludables a través de la descentralización en la toma de decisiones y la gestión de las acciones de control de la TB en el territorio local, considerando las características y necesidades específicas de cada territorio (DPCTB, 2023).

Dentro de lo cual se incluyen acciones específicas para fortalecer la gestión territorial de la Tuberculosis, siendo fundamental partir desde la capacitación del personal de salud de los establecimientos del primer nivel de atención, pues su participación es fundamental para la realización directa de los planes de acción territorial y por otro lado la asignación de recursos para la implementación de la gestión territorial en salud.

2.5 ENFOQUES

2.5.1 Enfoque de justicia y derecho humano

El derecho a la salud como un derecho humano esencia, reconocido por el artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. En este marco, se establece que todas las personas tienen el derecho a disfrutar de un nivel de vida que garantice tanto el bienestar y su salud tanto para ellas como para sus familias (ONU, 2023).

Además, cada individuo tiene el derecho de lograr un alto nivel de salud considerado que le permita vivir con dignidad. La garantía de este derecho se puede conseguir mediante una variedad de acciones complementarias, como “el desarrollo en políticas en salud, la implementación de medidas sanitarias recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la aceptación de normas legales específicos”. (ONU, Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, 2000, p. 1).

Tal como se menciona líneas arriba, el derecho a la salud está estrechamente relacionado con la realización de otros derechos humanos, tal como se menciona anteriormente.

Este derecho se encuentra interrelacionado con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vivienda, a la alimentación, la educación, el trabajo, la vida, la dignidad humana, la igualdad, a no discriminación, la prohibición de la tortura, el respeto a la privacidad, el acceso a la información y la libertad de asociación, movimiento y reunión (ONU, 2000).

Cabe resaltar que a lo largo del desarrollo de los diferentes paradigmas referentes al binomio salud-enfermedad, la visión actual de la salud gira más allá, basado en un entorno de desarrollo personal y social, por lo que el entorno será el encargado de prevenir el desarrollo de enfermedades.

Para ello, será necesario implementar programas de educación y prevención que aborden la prevención y tratamiento de enfermedades endémicas y epidémicas, profesionales y de otros tipos, así como para combatirlas. Además, es fundamental promover los factores sociales que son determinantes que influyen en la salud, como la educación, seguridad ambiental, igualdad de género y el desarrollo económico (ONU, 2000).

Además, se requiere la ejecución de diversos programas que promuevan la educación en salud y prevenir enfermedades tanto transmisibles como no transmisibles, es importante tener en cuenta, desde una perspectiva colectiva, que la promoción implica no solo la decisión de elegir ciertos comportamientos, sino también escoger entornos que permiten una vida de forma más saludable, así como la elección de cambios que facilitan la adopción de actividades que promuevan los estilos y prácticas de vida saludable (Costa y López, 2005).

De esta forma, el reconocimiento de la dimensión individual implicará entender que este derecho abarca mucho más de simplemente estar libre de enfermedades, sino que también implica la existencia de libertades y derechos, los cuales tienen un impacto a nivel de toda la comunidad (ONU, 2000).

2.5.2 Enfoque de desarrollo humano

El desarrollo humano abarca un enfoque holístico que comprende diversas dimensiones interrelacionadas y complementarias, todas dirigidas a promover el bienestar y satisfacer las necesidades fundamentales para mejorar el bienestar de toda persona.

Se trata de un proceso que busca ampliar las oportunidades de las personas, permitiéndoles desarrollar mayores capacidades a partir de contar mejores posibilidades de ponerlas en práctica. No obstante, también es un objetivo en sí mismo, lo que implica que es tanto un proceso continuo como un desencadene deseado. El desarrollo humano significa que las personas deben tener poder sobre los factores que influyen en sus vidas. En este sentido, "el crecimiento económico es importante para alcanzar el desarrollo humano, sin embargo, no constituye el objetivo final" (PNUD, 2016, p. 2)

Dado que es un proceso, es necesario medirlo, lo cual se realiza a través del Índice de Desarrollo Humano (IDH), un parámetro elaborado para evaluar el avance de los países mediante aspectos relevante como: salud, educación e ingresos (Rosales, 2017).

Además, al abordar una variedad de aspectos relacionados en contribuir en la mejora de calidad de vida, es esencial iniciar desde una base de igualdad. Para ello, (Sen, 1998) propone dos variables fundamentales de igualdad: las capacidades y los funcionamientos. Las capacidades hacen referencia a las potencialidades de las personas, mientras que los funcionamientos se refieren a los logros concretos alcanzados por ellas, como su nivel de alimentación, disfrutar de buena salud, tener acceso a atención médica para prevenir enfermedades y la capacidad de participar en actividades, entre otras.

Es así que, en el contexto de la salud, se busca alcanzar el bienestar a través del desarrollo de capacidades y funcionamientos, es decir, de las condiciones que el entorno proporciona a una persona para alcanzar los logros esperados a través del desarrollo de sus capacidades, como menciona Nussbaum en su

enfoque de las diez capacidades para el desarrollo, donde la salud está incluida (Nussbaum, 2012).

2.5.3 Enfoque de interculturalidad

De acuerdo con la oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, 2018 “La Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) denominada “Perú, País Saludable” define las atenciones y cuidados en materia de salud que son recibidos por las personas durante todas las etapas de su vida lo largo, así como las intervenciones enfocadas en los determinantes sociales de salud priorizados, fundamentalmente a través del enfoque de “Curso de Vida” , en donde se encuentra la aplicación de la interculturalidad, para lo cual los gobiernos deben contar con establecimientos de salud, tanto física como económicamente accesible con oferta de óptimos servicios sanitarios, con personal de salud calificado, equipamiento de medicamentos, e infraestructura adecuada (MINSA, 2024).

Ante ello, el enfoque intercultural, el cual consiste en una herramienta que facilita la interacción entre diversas culturas que coexisten en un mismo ambiente, promoviendo el respeto y la horizontalidad, es decir, sin que ninguna cultura se considere superior o inferior a otra (Espinoza y Ysunza, 2022). De tal modo, implica que los servidores públicos tengan el compromiso de realizar lineamientos estratégicos con pertinencia intercultural, conociendo la realidad y particularidad de cada zona.

Este enfoque reconoce que la tuberculosis no solo se manifiesta en términos biológicos, sino que también está profundamente influenciada por factores sociales, culturales y económicos (Henckell, 2022), en donde se tome en consideración para el abordaje preventivo y terapéutico las características de la población, como sus patrones culturales, la dimensión de los mitos o aspectos multiculturales, estilos de alimentación, entre otros.

Sin embargo, los servicios de salud como centros de salud ofrecidos por el Estado, según su categoría, deben lidiar con una realidad sociocultural que requiere un entendimiento profundo sobre la vida social, la historia y cultura, por

lo que implementar la interculturalidad en el día a día representa un desafío significativo (Henckell, 2022).

Dado que, el factor étnico constituye un eje fundamental de la comprensión de la interculturalidad en salud (OPS, 2012), es indispensable su aplicación e implementación dentro de la ejecución de la estrategia de prevención y control de tuberculosis.

2.5.4 Enfoque ambiental

El enfoque ambiental implica la incorporación de consideraciones ambientales en la formulación de decisiones y actividades de gestión social. Esto requiere reconocer la conexión entre los problemas sociales y ambientales, prestando especial atención a la contaminación del aire, de forma exterior e interior, el cual en áreas urbanas de países con ingresos bajos y medios la concentración de contaminantes suele ser más alta debido al hacinamiento en viviendas precarias (Escobar et al., 2020).

Estos factores ambientales, como la contaminación y las partículas en suspensión, son importantes en el desarrollo de la tuberculosis, pues puede afectar la eliminación de secreciones por las células epiteliales del tracto respiratorio, el principal mecanismo de defensa contra el *Mycobacterium tuberculosis*, agente principal en la transmisión de la tuberculosis (Escobar et al., 2020).

Ante ello, en los establecimientos de primer nivel sanitario, las medidas de control ambiental son cruciales para evitar la propagación de la *M. tuberculosis* hacia los usuarios y personal de salud. Estas medidas buscan reducir la concentración de partículas infecciosas y controlar el flujo y la dirección del aire mediante ventilación mecánica o natural, anexada con sistemas altos en eficiencia de luz ultravioleta (LUV) y/o filtración de partículas, debido a su costo, solo cuentan algunos establecimientos de complejidad con ello, sin embargo casi todos los establecimientos dependiendo del clima, el número de usuarios con tuberculosis y los recursos disponibles se pueden potenciar las medidas de control ambiental al abrir ventanas y puertas o reorganizando los muebles para

asegurar una buena ventilación disponible (Minsa, 2007) en los consultorios donde el profesional de salud realiza las entrevistas al usuario.

Con lo expuesto anteriormente, debido a que existe un mayor riesgo de transmisión de tuberculosis se asevera con el hacinamiento, una mala ventilación y la exposición a personas infectadas este enfoque ambiental reconoce la importancia de estos factores en la transmisión, desarrollo y progreso de la enfermedad, permitiendo abordarlos controlarlos de manera efectiva (Furukawa et al., 2013).



CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLOGICO

3.1 FORMA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación propone una forma de estudio que se ha enfocado en desarrollar un “Estudio de Caso” cuyo fin radica en poder investigar la particularidad, la unicidad del caso singular, siendo el caso una persona, institución, programa o sistema (Simon, 2009), permitiendo el abordaje de la implementación eficaz del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis analizando la ejecución de los diferentes componentes para mejorar la propuesta del sector salud en centros de salud que brindan atención primaria en Lima Centro, 2020-2023.

3.2 ESTRATEGIA METODOLÓGICA

La presente investigación tiene como propósito determinar la implementación eficaz del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis analizando la ejecución de los diferentes componentes para mejorar la propuesta del sector salud en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro, 2022-2023.

Se realizó a través de la estrategia de análisis mixto, en donde se integra la metodología cualitativa y cuantitativa, para el recojo de la información, ya que al validar una teoría mediante ambos enfoques pueden dar un resultado mucho más preciso (Hernandez et al., 2014).

Para ello, se empleó la metodología cualitativa pues permitirá analizar la ejecución de los diferentes factores que han contribuido o limitado en la implementación de los componentes del objetivo Presupuestal de Tuberculosis como son el abordaje de los determinantes de salud, exposición de personas susceptibles y la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios, permitiendo mayor amplitud en las diferentes dimensiones que engloban los componentes, es decir cuando se intenta ahondar en el problema del conocimiento, analizando sus múltiples funciones y tratando de elaborar una interpretación a partir del significado que las personas le otorgan (Vasilachis de Gialdino, 2006).

Es de suma importancia que en cada componente se conozca las diferentes percepciones de los usuarios como el personal de la estrategia involucrado en el área de tuberculosis del sector sanitario del primer nivel de atención, siendo este método de mucha utilidad pues facilita la comprensión y hace que cada caso sea abordado de manera individual, teniendo en cuenta la complejidad de los casos siendo relevante en un contexto teórico para poder comunicar e interpretar la realidad, particularmente las conductas y también las creencias y los valores (Vasilachis de Gialdino, 2006)

Las estrategias no operan de forma independiente; pues los diversos métodos de investigación cualitativa constituyen forman un sistema integrado y coherente de procedimientos que no pueden ser completamente disociados. Por ello, en este estudio se empleará la combinación de diferentes técnicas de investigación como el grupo focal, entrevistas semiestructuradas y la observación participante.

Así mismo, se empleó el enfoque de investigación cuantitativa, el cual se fundamenta en el análisis de la realidad objetiva mediante mediciones numéricas y análisis estadísticos para identificar predicciones como también patrones de conducta (Sampieri, 2006). Es un enfoque secuencial y deductivo que busca generalizar resultados, controlar fenómenos y permitir la replicación de la investigación.

De esta manera, ambos enfoques utilizados para la recolección de información fueron adaptados al tipo de actor social que se pretende intervenir, buscando en ambas adquirir conocimientos y reformular las hipótesis basadas en información previa, verificada y comprobada sobre hechos reales.

3.3 TÉCNICAS Y HERRAMIENTAS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACION

Las técnicas utilizadas posibilitaron el reconocimiento de aquellos factores que han limitado y facilitado la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos del primer nivel de atención de salud.

Por ende, se examinaron las técnicas adecuadas para recopilar información que ayudará a obtener datos más relevantes para esta investigación, teniendo en cuenta que los actores sociales involucrados desempeñaban un papel importante,

respecto a los diferentes componentes para la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis. Es por ello la necesidad de aplicar entrevistas semiestructuradas e incluir en la presente investigación al profesional de salud de los centros de salud del primer nivel de atención que se encuentran en la estrategia de Tuberculosis, así como al gobierno local, con la representación del personal a cargo del PANTBC, así como a los usuarios con los esquemas sensibles y resistentes en las diferentes fases del tratamiento (I-II). Por ende, se emplearon las siguientes técnicas de investigación cualitativa:

Tabla 3.1.

Técnicas y herramientas de investigación

INVESTIGACION	TECNICAS	HERRAMIENTAS
Cuantitativa	Encuesta	Guía de encuesta / cuestionario
Cualitativa	Entrevista	Guía de entrevista
	Observación de campo	Guía de Observación de campo

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3.2.

Resumen de técnicas cualitativas de recolección de información aplicadas

TECNICAS CUALITATIVAS
09 entrevistas abiertas a los profesionales de salud del equipo de la estrategia de Prevención y Control de Tuberculosis de los establecimientos de salud del primer nivel
03 entrevistas abiertas a representantes del PANTBC de la Municipalidad de Lima (área de gerencia social)
20 entrevistas abiertas a usuarios con esquema sensible y resistente de fase I
01 observación a usuarios con esquema sensible y resistente de fase (I- II)

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se aplicaron encuestas a usuarios que se encontraban de alta tanto del esquema sensible como resistente.

Tabla 3.3.

Resumen de técnicas cuantitativas de recolección de información aplicadas

TECNICAS CUANTITATIVAS
93 encuestas a usuarios de alta

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se aplicaron encuestas a usuarios de alta durante el tratamiento. Para ello se consideró a los usuarios que cumplieran con los meses de tratamiento culminado.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN

La presente investigación se basó en el uso de fuentes primarias y secundarias. En cuanto a las fuentes primarias la conformaron los actores involucrados en la gestión de la implementación del Programa Presupuestal de Tuberculosis, se determinó la siguiente muestra significativa elegida por juicio y conveniencia:

- ✓ 9 profesionales de salud del servicio de PCT de los establecimientos de salud del primer nivel
- ✓ representantes del PANTBC de la Municipalidad de Lima (área de gerencia social)
- ✓ 20 usuarios con esquema sensible y resistente de fase I
- ✓ 22 usuarios con esquema sensible y resistente de fase II
- ✓ 93 usuarios de alta

Las fuentes adicionales como las secundarias estuvieron referidas a documentos normativos sobre la ejecución del programa de tuberculosis y sobre la gestión del PCA PANTBC en Lima Centro.

Tabla 3.4.

Resumen de técnicas y muestra aplicadas

TÉCNICAS	MUESTRAS
	Profesionales de la salud del área de PCT en el primer nivel de atención: -Dra. Pamela Carla Martínez Huamán - Lic. Nélide Melgarejo Chamorro - Lic. Katherine Olivera Guevara - Lic. Rosalía López -Lic. Judith Laguna -Lic. Nargi Napuchi Inuma -Nut. Cyndi Ojeda Marino -Psi. Marcelo Gutiérrez - Psi. Pedro Jesús Amado Vargas Representantes del PANTBC-Municipalidad de Lima: -Heydi Galarreta Perales - María Vidaurre - Evelin Fasanando Ruiz
Entrevistas	
Observación	Usuarios con esquema sensible y resistente fase I y II Usuarios con esquema sensible y resistente fase II
Encuesta	Usuarios con esquema sensible y resistente de alta

Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.5 DISEÑO MUESTRAL

Universo y determinación de la muestra

3.5.1 Muestra cualitativa

En cuanto a la selección del profesional de salud del servicio de PCT se eligió por juicio y conveniencia, de acuerdo con el nivel de participación e involucramiento en la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la jurisdicción de Lima Centro.

Tabla 3.5.

Metodología cualitativa

METODOLOGÍA CUALITATIVA		
TECNICAS	MUESTRAS	METODO DE MUESTREO
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none">-1 médico del servicio de PCT-3 enfermeras del servicio de PCT-2 psicólogos del servicio de PCT-3 nutricionistas del servicio de PCT-3 representantes del PANTBC-Municipalidad de Lima-12 usuarios con esquema sensible y resistente de fase I- 8 usuarios con esquema sensible y resistente de fase II-15 usuarios con esquema sensible y resistente de fase I y II	No probabilístico significativo. Por juicio y conveniencia
Observación		

Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.5.2 Muestra cuantitativa

Para la muestra estadística efectuada para definir el número de encuestas aplicadas se efectuó un muestreo probabilístico representativo, considerando que se obtuvo el número de usuarios de alta en el servicio de PCT del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro entre los años 2020-2023, de acuerdo con la información proporcionada por las áreas de PCT, determinando la muestra bajo la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

En el caso de “p” como proporción del universo, siendo de 5%, como el valor de “q”, entonces el valor es 95%, el margen de error considerado para este ejercicio fue 5%.

$$n (\text{Tamaño de muestra}) = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde p*q representan las varianzas, E es el error, n el tamaño de la muestra y N el tamaño de la población (102 usuarios).

$$n (\text{Tamaño de muestra}) = \frac{102 * (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2(102 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n (\text{Tamaño de muestra}) = 93$$

Tabla 3.6.

Metodología cuantitativa

METODOLOGÍA CUANTITATIVA		
TECNICAS	MUESTRAS	METODO DE MUESTREO
Encuesta	93 encuestas a usuarios	Probabilístico representativo

Nota. Fuente: Elaboración propia.

Muestra

Se aplicó una muestra aleatoria simple a usuarios del servicio de PCT en los establecimientos de salud que habían finalizado su tratamiento cumpliendo con los criterios de alta.

3.6 DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables se han abordado en base al proceso de implementación del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis desde las etapas de prevención, diagnóstico y tratamiento, por lo cual se recogió toda la información relevante de los grupos de interés involucrados en este proceso, como al equipo de profesionales de la salud involucrados en el área de PCT de los establecimientos de salud, gobierno local, y los usuarios del servicio.

Asimismo, las variables están estrechamente diseñadas para evaluar los factores que obstaculizan la implementación de diferentes componentes como los determinantes de salud, la exposición de personas susceptibles y aumento en la tasa de éxito de la intervención, siendo fundamental conocer cuál es la percepción que guardan los usuarios respecto al abordaje de estos componentes en donde se involucra al gobierno local, así como la interacción con el profesional de salud, todo ello es importante para determinar si el programa se ajustaba con los requerimientos y expectativas de los usuarios. Para ello, el desarrollo de las variables se presentó en la matriz de recojo de información adjunto en el Anexo N° 01 de la presente investigación.

Tabla 3.7.

Lista y definición operacional de las variables

CODIGO	VARIABLE	DEFINICION
1.1	Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo	Se refiere a los profesionales de salud que integran el equipo multidisciplinario del programa que han recibido capacitación sobre los procedimientos de control de infecciones en áreas de alta transmisibilidad
1.2	Prácticas saludables en las familias de los usuarios	Alude a los hábitos beneficiosos para evitar la transmisibilidad de la enfermedad

1.3	Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	Se refiere al consumo de alimentos con los principales macronutrientes como carbohidratos, lípidos y sobre todo proteínas que contribuyen a la recuperación del usuario ambulatorio de tuberculosis
1.4	Percepción de los usuarios sobre el abordaje multidisciplinario	Se refiere a la sensación, ideas que tiene los usuarios con respecto a las indicaciones dadas por los profesionales de salud, así como agentes comunitarios, y personal de socios en salud, los cuales son parte del abordaje multidisciplinario
2.1	Usuarios sin comorbilidades con detección oportuna	Son las personas que reciben tratamiento y no presentan enfermedades como VIH, diabetes o hipertensión, así como sin ningún antecedente de tuberculosis, a las cuales se les detecta la enfermedad en el periodo de latencia
2.2.	Grupos de riesgo con detección oportuna	Son las personas que han estado en contacto con algún caso de tuberculosis, así como a personas que han estado privadas de su libertad que abandonaron el tratamiento
2.3	Personal de salud capacitado en captación de sintomático respiratorio	Alude a los profesionales en salud que han recibido alguna capacitación en el tema de capacitación de sintomático respiratorio en el contexto post pandemia
2.4	Condiciones de bioseguridad en el área de atención del servicio	Se refiere a las medidas preventivas orientadas a la reducción de la tuberculosis, en el servicio, así como los protocolos para ello
2.5	Satisfacción de los usuarios durante la etapa de tratamiento	Representa el sentimiento de bienestar de los usuarios desde que ingresan al tratamiento hasta la culminación de ello.
3.1	Profesional de la salud capacitado en el manejo protocolizado de las comorbilidades	Se refiere a los profesionales de la salud que han recibido alguna capacitación en el manejo de usuarios con diabetes mellitus, hipertensión, VIH-Sida
3.2	Usuarios que acceden a nuevos medicamentos con	Son los usuarios que reciben nuevas líneas de fármacos, los cuales tienen la misma administración de fármaco, pero

	respecto a su esquema de tratamiento	en menor cantidad comparado al tratamiento anterior, de acuerdo a la fase de la enfermedad
3.3	Equipos multidisciplinares de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la irregularidad y abandono de casos.	Alude a los diferentes profesionales de salud de las diferentes áreas (medicina, enfermería, nutrición, psicología, servicio social) que ejecuta procedimientos para disminuir la brecha de irregularidad y abandono del tratamiento en los usuarios
3.4	Opinión de los usuarios sobre el trato humanizado por parte del personal de salud	Es el sentir o criterio que manifiestan los usuarios durante todas las fases del tratamiento, en ello se encuentra la empatía, paciencia, respeto como parte del trato humanizado del personal de salud

Nota. Fuente: Elaboración propia.

3.7 TRABAJO DE CAMPO

Etapas del proceso de investigación:

- ✓ Etapa del trabajo de campo con profesionales de salud del servicio de PCT en los centros de salud del primer nivel de atención.
- ✓ Etapa de revisión documental en todas las etapas abarcando la formulación de la tesis hasta el informe final.
- ✓ Etapa de trabajo de campo con representante del PANTBC-Municipalidad de Lima.
- ✓ Etapa de trabajo de campo con usuarios de esquema sensible y resistente de fase I.
- ✓ Etapa de trabajo de campo con usuarios de esquema sensible y resistente de fase II.
- ✓ Etapa de recolección de datos mediante encuestas a 93 usuarios. de alta del servicio de PCT de los establecimientos de salud.
- ✓ Desarrollo de la matriz de sistematización.
- ✓ Etapa de análisis, resultados y conclusiones.

3.8 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Según el plan de trabajo de la investigación, se llevó a cabo el procesamiento y análisis de la información durante los meses de octubre y noviembre de 2023. Se empleó el programa estadístico SPSS 26 para el procesamiento de datos y realización de cálculos estadísticos. Además, los análisis se basaron conforme a los objetivos específicos propuestos en la investigación.

Los resultados del trabajo de campo se presentaron a través de cuadros y gráficos estadísticos para facilitar la identificación y difusión de los hallazgos obtenidos en las diferentes técnicas desarrolladas. La información recopilada permitió analizar la implementación efectiva del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis, evaluando la ejecución de los diferentes componentes en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro durante el periodo 2020-2023 para así mejorar la propuesta del sector salud. A través de una encuesta se recopiló las percepciones, satisfacciones y opiniones de los usuarios del servicio de PCT, específicamente aquellos con esquema I y que se encontraban en fase sensible y resistente. Se utilizó una muestra representativa para garantizar la validez de los resultados. Es relevante señalar que la recopilación de información se llevó a cabo entre los meses de abril y setiembre de 2023. Durante este periodo se realizaron entrevistas, observaciones y grupos focales, utilizando una muestra significativa compuesta por los principales actores implicados en la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo central de la presente investigación identificó los factores que han contribuido y/o limitado en la implementación eficaz del objetivo del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro durante los años 2020 a 2023, para ello fue necesario saber si la ejecución de los diferentes componentes del programa se ajustaba a los requerimientos y necesidades de los usuarios.

Así mismo, los resultados que se analizaron e interpretaron en la investigación, respondieron a tres lineamientos centrales de la investigación, como el abordaje de los determinantes de salud, implementación del componente de exposición de personas susceptibles y finalmente el aumento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios.

4.1 Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud

Bajo esta línea, el análisis sobre esta variable tiene como objetivo identificar los factores que contribuyen y/o limitan al abordaje de los determinantes de salud.

4.1.1 Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo

Las opiniones del profesional de la salud (médicos y enfermeras) entrevistados indican en su mayoría, que uno de los principales factores que limita el control de infecciones en los contactos de los usuarios es la falta de capacitación del personal de salud en medidas de prevención y control de infecciones, las cuales según (Minsa, 2007) son las administrativas, de control ambiental y respiratorio aplicadas tanto en los hogares como en el establecimiento de salud.

Es así que una de las mejoras para promover una participación más efectiva en la detección de nuevos casos de tuberculosis en la comunidad, además de mejorar la adherencia al tratamiento por parte de los usuarios es la formación continua que

reciben los profesionales de salud que integran el equipo multidisciplinario (Maciel et al., 2008).

Según las opiniones, los profesionales de salud no reciben capacitaciones frecuentes en este tema, lo que obstaculiza las acciones preventivas de los usuarios identificados como positivos ya sea en los que inicien en tratamiento sensible como resistente y al no seguir las medidas de protección como el uso de mascarillas dentro del hogar o la ventilación expone aún más al contagio en sus contactos cercanos como los miembros de sus hogares.

Además, la gran mayoría de profesionales de salud, como nutricionistas y psicólogos, que forman parte del abordaje multidisciplinario, no están siendo integrados en las capacitaciones y no reciben la réplica por parte de profesionales de la salud que sí recibieron capacitación en medidas de control e infecciones en los hogares de los usuarios. Ello se asemeja al estudio realizado por (Quispe, 2020) , en donde más de la mitad de los profesionales de la Institución de salud primaria no habían recibido un curso de capacitación y los que si habían recibido tenían un promedio de 3 años de no haber recibido otro más, sin embargo, la totalidad de ellos, manifestó su predisposición a recibir y replicar el mensaje.

Esta situación anteriormente expuesta, dificulta la replicación del mensaje por parte de otros profesionales de salud, ya que no permite que el profesional de salud del equipo multidisciplinario el correcto abordaje en los usuarios con enfermedades concomitantes más frecuentes como la diabetes mellitus y VIH. Siendo estas, parte de las enfermedades no trasmisible y trasmisibles correspondientemente que van en aumento en nuestro país, generando una mayor vulnerabilidad para el contagio de la tuberculosis. (DPCTB, 2022).

“Durante el tiempo que estoy, aún no he recibido capacitaciones y me parece importante para estandarizar el mensaje entre los colegas”.

*Cyndi Ojeda Marino
Nutricionista PCT C.S San Luis*

“No he recibido capacitaciones, no he tenido información sobre ello”.

Pedro Jesús Amado Vargas

Psicólogo PCT C.S San Sebastián

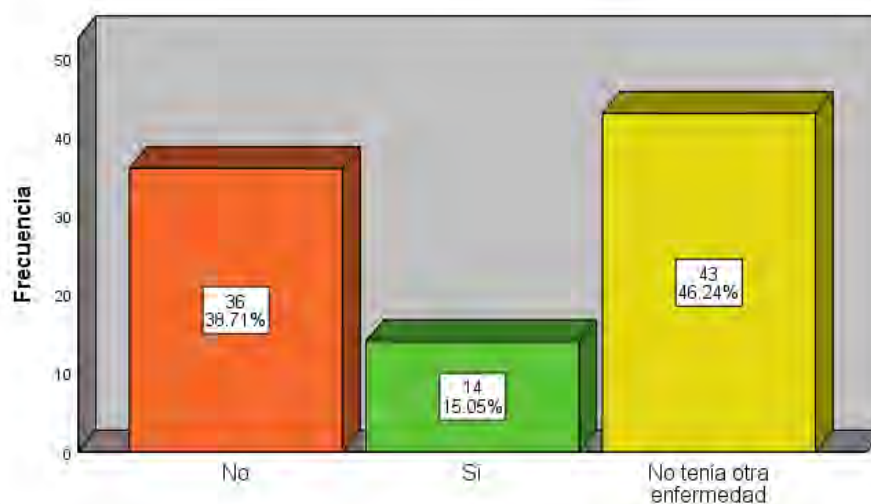
Según (Gebremariam et al., 2010) la orientación ofrecida durante las sesiones de consejería integral por parte de los profesionales de salud del equipo multidisciplinario promueve el cumplimiento en la toma de medicación de los usuarios, especialmente entre aquellos que comienzan la terapia antirretroviral a comienzos del tratamiento de la tuberculosis, a través del abordaje de las preocupaciones, en cuanto a posibles efectos secundarios del tratamiento, la carga de pastillas y la severidad de la propia enfermedad.

Ante ello, a través de la encuesta realizada a la población usuaria con esquemas sensible y/o resistente que tenía alguna enfermedad como diabetes mellitus o VIH durante su tratamiento, la cual representa más de la mitad de los encuestados (53.76%) en los diferentes centros de atención primaria de Lima Centro, refieren que durante su tratamiento no recibieron orientaciones específicas para ello, siendo el doble (38.75%) de los que si recibieron (15.05%).

Figura 4.1

Orientaciones específicas en caso de tener Diabetes y/o VIH

P12. ¿En caso de haber tenido otra enfermedad durante su tratamiento como diabetes o VIH recibió orientaciones específicas para ello?



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Durante la pandemia, se encontraron limitaciones para frenar los contagios intradomiciliarios debido a la imposibilidad que el profesional de salud realice visitas

domiciliarias, lo que retrasó el seguimiento y las dudas de los usuarios. Siendo las personas que han estado en contacto con los usuarios diagnosticados especialmente susceptibles a desarrollar la enfermedad, especialmente durante el primer año después del contacto, encontrando que la población mayormente vulnerable son niños menores de 5 años y aquellos que tienen VIH (Fox et al., 2012).

“Cuando realizamos la visita orientamos, como es la ventilación en la casa, porque tal vez la habitación del paciente no esté bien ventilada. En las vistas es mejor hacer ello, porque están los contactos, además también se les explica sobre la bioseguridad del paciente que tiene que estar con mascarilla. Sin embargo, en la pandemia no podíamos realizar, así que empleamos la videollamada, a través de ella, nos decían como era su casa, además se concientizó al paciente sobre las diversas medidas”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

“Durante la pandemia se empleó el telemonitoreo para la supervisión del tratamiento, y después en paralelo con el retorno de las visitas domiciliarias”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

Ante ello, la mayoría de los profesionales incorporó como factor clave para la implementación de medidas de seguimiento, el empleo de la Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC), empleado a través de la teleorientación, la cual está incluida en el Decreto Legislativo N°1490, emitido como respuesta a la pandemia del COVID-19, y que actualmente busca una mejor capacidad resolutive del sistema sanitario (MINSa, 2021).

Bajo esta línea, los profesionales de la salud emplearon llamadas y mensajes, para dar seguimiento a los usuarios desde que comenzó la pandemia del COVID-19. A raíz de ello, esta estrategia actualmente forma parte del abordaje de los profesionales de salud incluido dentro de sus actividades de seguimiento en la mayoría de los servicios de PCT de los establecimientos de salud del presente estudio.

Al respecto, durante las entrevistas el profesional resaltó que si bien es cierto que durante las visitas domiciliarias se les explica a los usuarios de acuerdo a las

características de su vivienda, las medidas de bioseguridad, como la ventilación , a raíz de que ya no se podía continuar con las visitas por las medidas de aislamiento, se empleó la teleorientación, en donde a través de videollamadas se podía seguir orientando la forma de una correcta ventilación en el hogar y mediante videos la toma del medicamentos diaria a usuarios más vulnerables como alternativa a lo estándar recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Por lo que la teleorientación es una de las formas que mejoran la observación directa al tratamiento en caso el usuario no pueda acudir a los centros de salud y previamente autorizado por la responsable del servicio de PCT del establecimiento de salud, tal como lo confirmo (Wade et al., Los videotelefonos domesticos mejoran la observación directa en el tratamiento de la tuberculosis: una evaluación de metodos mixtos, 2012) en donde se confirmó la posibilidad y aceptabilidad de emplear videollamadas en el hogar para la observación directa de la tuberculosis en tiempo real, además se evidenció la viabilidad de utilizar teléfonos móviles para grabar vídeos de la ingesta de medicamentos en los usuarios.

Tabla 4.1.

Llamada o visita domiciliaria por parte del profesional de salud durante el tratamiento de los usuarios

Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

¿Recibió alguna llamada o visita domiciliaria por parte del profesional de salud durante su tratamiento?	%	N° Usuarios
NO	50.5	47
SI	49.5	46
Total	100.0	93

Sin embargo, a pesar de que se emplearon las llamadas y/ videollamadas, la mitad de los usuarios (50.5%) que participaron en la encuesta, refieren que durante su tratamiento no recibieron alguna visita domiciliaria o llamada, siendo solo ligeramente mayor a los usuarios que si recibieron alguna llamada o visita domiciliaria.

Los usuarios que si recibieron alguna visita domiciliaria o llamada tienen una tendencia a afirmar que este seguimiento no solo le ayudo para dar continuidad a su tratamiento, sino era una forma de reforzar lo que les había indicado el profesional en el inicio de su tratamiento, desde temas de alimentación, soporte emocional y soluciones a algún problema de salud que se les hubiera presentado, además de la comodidad y flexibilidad para la continuidad en su tratamiento, siendo la última necesaria para permitir aspectos vitales en la vida de los usuarios como la generación de ingresos, estudios y el propio cuidado en el hogar (Lewis y Newell, 2009).

“Para saber que no estaba solo. Me dieron solución a varios problemas de mi salud.”

*Crisbel Leandris Rodriguez Torres
Usuario de alta PCT C.S.M.I Surquillo*

“Para poder conocer mejor mi tratamiento y cómo responder ante el.”

*Álvaro Rodas Pitar
Usuario de alta PCT C.S San Sebastián*

“Durante la pandemia, fue para saber sobre mi alimentación y como me encontraba, me ayudo a mejorar mi alimentación y saber que no estaba solo. Se me fue muy útil por qué me ayudaron a mejorar mi calidad de vida.”

*Luis Enrique Castro Zevallos
Usuario de alta PCT C.S San Sebastián*

Por otro lado, otro factor fue que, en su mayoría, los profesionales de salud entrevistados reconocieron que se favoreció con la continuidad en las acciones de prevención y control de casos, mediante la identificación de usuarios sospechosos en puntos céntricos de la comunidad para la recolección de muestras de esputo (bk) debido a la disponibilidad de vacunas contra el COVID, promoviendo la participación de las personas en la recolección de muestras.

“A los pacientes se les orientaba para que un familiar dejara el bk de contacto”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Iba a los puntos de concentración, para alcanzar los afiches y la recolección de muestras. Cuando llego la vacuna, las personas ya estaban más dispuestas”.

4.2.2 Prácticas saludables en la familia de los usuarios

De acuerdo a las estrategias empleadas para la incorporación de prácticas saludables en los usuarios y en sus hogares, existe una tendencia a la sensibilización por parte del profesional de salud hacia los usuarios como parte de un factor que contribuye a la apertura hacia las nuevas recomendaciones brindadas, enfatizando en la educación alimentaria y soporte emocional, a través de las visitas domiciliarias, lo que permite acercar al usuario a la adopción de mejoras de sus hábitos en un largo plazo, gracias al seguimiento continuo, pues refuerza los mensajes compartidos durante su primera entrevista con cada profesional de salud que integra el equipo multidisciplinario.

“La principal estrategia es la educación sanitaria, es decir la orientación a los pacientes y contactos”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Entrevistas, seguimiento de los pacientes, como les va. Para ellos, es un refuerzo, porque sienten que alguien se preocupa por ellos”.

*Carla Martínez Huamán
Enfermera PCT CS San Sebastián*

Este acercamiento al usuario, que va más allá del tratamiento médico, proporciona según (Hu et al., 2021) educación sobre salud junto con asesoramiento dietético puede ampliar la comprensión de los pacientes sobre la enfermedad y la nutrición para así aumentar la adherencia al tratamiento, mejorar el estado nutricional, potenciar los resultados del tratamiento y elevar su calidad de vida.

Sin embargo, a raíz de la pandemia del COVID-19, un factor limitante justamente fue continuar con el seguimiento y acompañamiento del usuario a través de las visitas domiciliarias, por lo que la mayoría de los profesionales de salud identificó como uno de los factores que contribuyeron a la incorporación de prácticas saludables el uso de la teleorientación como las llamadas era trascendental para dar continuidad en el seguimiento del tratamiento de los usuarios, pues al menos

era una forma de estar presentes con ellos, que se empleó con mayor relevancia durante la primera y segunda ola de la pandemia.

“Durante la pandemia, no hemos realizado vistas domiciliarias durante el 1 año. Algunas pacientes que en la primera visita nos captan, tenemos que estar recalcando, la importancia de la mascarilla, y la ventilación”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“A través de las videollamadas, para la supervisión del tratamiento. Las visitas domiciliarias se redujeron durante la pandemia”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

A raíz de ello, la mayoría de los profesionales de salud, postpandemia ya han incorporado la teleorientación como una de las actividades para darle seguimiento a los usuarios, además se ha retornado con las visitas domiciliarias que posibilita darle seguimiento más frecuente posibilitando la adherencia en los usuarios seguimiento a las indicaciones vertidas para la alimentación y soporte familiar.

Por otro lado, casi la totalidad del profesional entrevistado identifica a los ingresos económicos, siendo un determinante social de la salud, como un principal factor limitante ya que las condiciones de vida deficientes refuerzan la propagación de la tuberculosis, ya que es más prevalente en comunidades empobrecidas en comparación con aquellas más prósperas (Bhunu et al., 2011).

“En ellos, se encuentra más el apoyo emocional y los ingresos económicos. Ellos pueden poner mucho de su parte, pero si no está la familia, no se puede avanzar”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Considero que es el ingreso económico para acceder a una mejor salud física y emocional”.

*Carla Martínez Huamán
Médico PCT CS San Sebastián*

“Si, cuando viven solos, porque tienden a la tristeza y depresión”.

Jesús Amado Vargas

Psicólogo PCT San Sebastián

Esta situación condiciona la recuperación y éxito del tratamiento de los usuarios, pues al tener que descansar durante la fase positiva del tratamiento, dificulta la generación de ingresos y al no contar con apoyo a familiar agrava más la situación desde un panorama emocional , imposibilitando la continuidad del tratamiento que se complica aún más cuando el usuario es reportado con un cambio de esquema más duradero y complejo por la ampliación de medicamentos e inyectables, siendo complicado para los usuarios que ya estaban iniciando otro esquema menos agresivo.

Sin embargo, no fue el único factor limitante para que los usuarios no cumplan con las recomendaciones para las practicas saludables, pues para poder continuar con el abordaje en términos de alimentación balanceada y soporte familiar, se encuentra una tendencia a reconocer como la actitud reacia del propio usuario producto de las creencias, religión y muchas veces la influencia de testimonios de personas cercanas a ellos que influyen muchas veces con un mensaje de curación sin tratamiento, de esta manera cuando el enfoque de tratamiento para la tuberculosis choca con estas creencias, es común que las personas afectadas se sientan temerosas, ansiosas o incluso opten por distanciarse del abordaje con el profesional de la salud (Minsa, 2007).

Además, se encuentran las referencias de otros contextos, lo cual cobró un peso importante durante la pandemia, pues todo el equipo multidisciplinario se encontraba por horarios debido a las propias restricciones de aislamiento social en el establecimiento de salud, desencadenando una desconexión con el usuario.

“Su actitud y los conocimientos que ellos tienen. Pueden tener los conocimientos, pero sin la actitud es difícil su recuperación”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Si encontré dificultades, en algunas ocasiones el paciente se encontraba reacio a seguir las indicaciones”.

*Cyndi Ojeda Marino
Nutricionista PCT CS San Luis*

“La principal dificultad sería las creencias religiosas, y las creencias como " mi vecina se curó solita”

*Marcelo Gutiérrez
Psicólogo PCT Conde de la Vega Baja*

“Tenemos una población grande, hemos encontrado su cultura, son personas indigentes que tienen problemas con el alcohol y drogas. Las habitaciones de surquillo, no tienen una buena ventilación”

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

Por lo que, la mayoría de profesionales de la salud recalcaron que el abordaje no solo se limita conceptos en términos de corrección o mejoras de hábitos, sino desde un abordaje intercultural, en donde sea considerado las características de la población migrante indígena, como sus patrones culturales, la dimensión de los mitos o aspectos multiculturales, estilos de alimentación, entre otros para poder contribuir mejor en la recuperación y éxito del tratamiento, sin embargo ello aún no es plasmado, ya que actualmente no existen datos individualizados de la población migrante indígena en el sistema de vigilancia de tuberculosis (SIGTB) de Lima Centro, debido a que las herramientas como formatos donde se registra la información no se toma en cuenta en ello.

Por lo que, teniendo en cuenta que el factor étnico constituye un eje fundamental de la comprensión de la interculturalidad en salud (OPS, 2012), es indispensable su aplicación e implementación dentro de la ejecución del área de prevención y control de tuberculosis en los centros de salud.

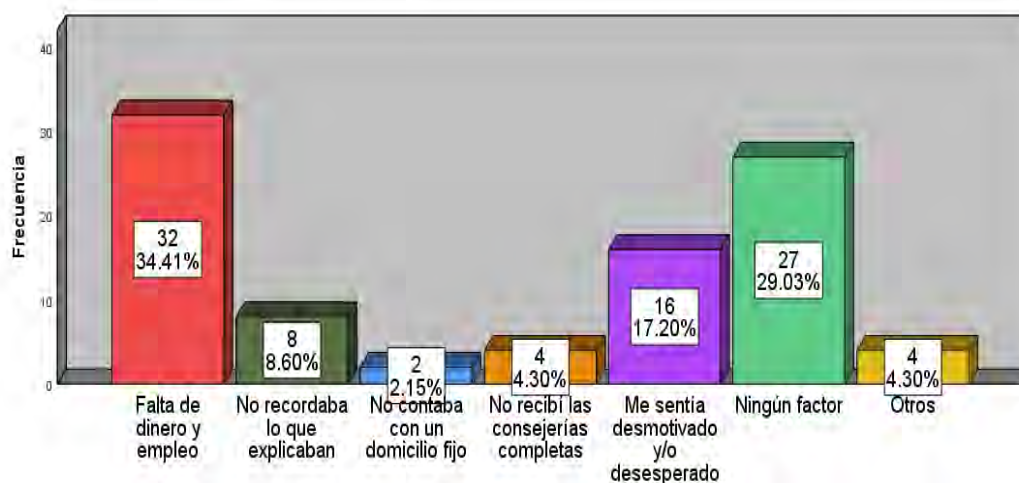
Es por ello, que, a través de las encuestas realizadas a los usuarios de alta, casi la mitad de los encuestados (51,6%) refieren que, si encontraron factores limitantes que impidieron poner en práctica lo aprendido en las consejerías por parte del profesional de salud, dentro de los cuales se resalta la falta de dinero y empleo (34.4%) así como la desmotivación y desesperación (17.2%)

Estos dos últimos factores se encuentran dentro de los hallazgos identificados como factores que favorecen la discontinuidad en el tratamiento (Rivera et al., 2019), ubicando al apoyo social dentro de los principales para la trasmisión.

Figura 4.2

Factores que impidió o limitó para poner en prácticas lo aprendido en las consejerías por parte del profesional de salud

P8. ¿Qué factor le impidió o limitó a usted para poner en práctica lo aprendido en las consejerías por parte del profesional de salud?



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

4.1.3 Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos

Las opiniones del profesional de salud señalan una inclinación a identificar como factor limitante para que el usuario no pueda recoger su canasta a tiempo, la disponibilidad de sus horarios, pues algunos retornan actividades como estudios o trabajos, lo que evidenciaría que el usuario no estaría comunicando a su trabajo o

estudio que está en tratamiento o que la institución en que caso de saberlo no le de ese apoyo que necesita, pese a que la Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú hace referencia que el empleado que ha sido diagnosticado con tuberculosis tiene el derecho, al finalizar su periodo de licencia médica, de iniciar su jornada laboral una hora más tarde o culminar una hora antes, durante los días que requiera tratamiento, con el objetivo de facilitar el cumplimiento de su terapia supervisada, sujeto a compensación (Congreso de la República, 2014)

Por otro lado, la coinfección con el COVID que muchos usuarios presentaron, los imposibilitó en recoger su canasta durante el tiempo establecido, pues varios vivían solos en hospedajes y no contaban con celulares.

Además, otro de los factores limitantes es la entrega inoportuna de las canastas del PANTBC a cargo de los municipios, pues el periodo en que dan es irregular. Cuando se llevaban a cabo estas entregas, localizar a muchos usuarios registrados era complicado debido a cambios frecuentes en sus números telefónicos o direcciones.

“En tiempo de pandemia, si había mucha carga laboral. Los cambios de dirección y la entrega inoportuna hacen que no reciban su canasta”.

*Carla Martínez Huamán
Médico PCT CS San Sebastián*

“Uno puede ser el tiempo de demora de la entrega de la canasta porque algunos cuando están en 2da fase ya retornan con su vida, su trabajo o estudios y a veces por eso no asisten a recoger su canasta”.

*Cyndi Ojeda Merino
Nutricionista PCT San Luis*

Esta situación es afirmada por casi la mitad de los usuarios de alta encuestados (48.4%) los cuales identificaron diversas circunstancias que lo imposibilitaron a recoger su canasta de alimentos a tiempo, siendo ligeramente mayor a un (47.3%) de usuarios que no mencionaron alguna dificultad para recoger su canasta. Ello, pone en relevancia el incumplimiento de las medidas orientadas a garantizar que las instituciones públicas cumplan con los compromisos que han asumido,

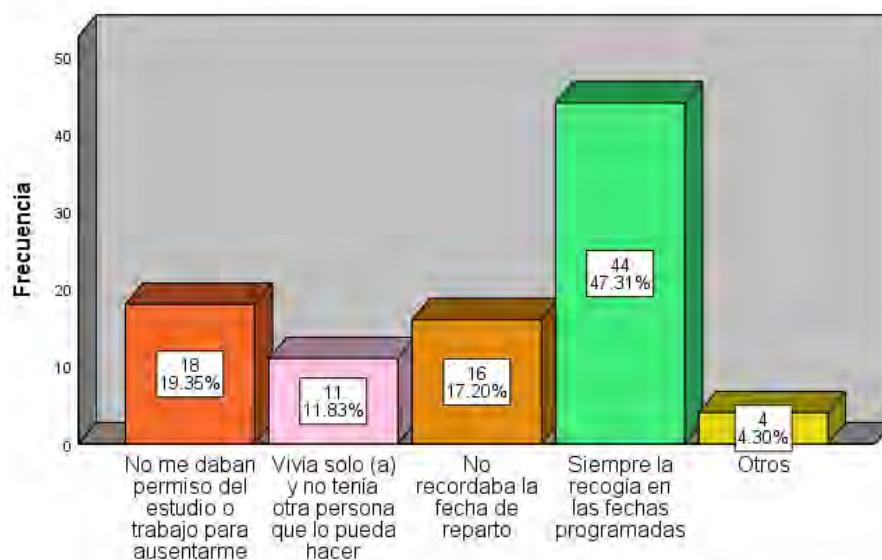
incluyendo el respeto a sus derechos (Gamero, 2004), ya que de cerca del 50% de la población beneficiaria, no estaría participando del Programa del PANTBC.

Dentro de las circunstancias identificadas como limitantes para recoger su canasta se encontraron principalmente el hecho de que no le daban permiso de su trabajo o estudio (19.4%), además que no recordaban la fecha de reparto (17.2%) así como el vivir solo y no tener otra persona que lo pueda hacer (11.8%).

Figura 4.3

Circunstancias que hicieron que no pueda recoger la canasta de alimentos en la fecha programada

P11. En caso de haber podido recoger su canasta en la fecha programada por el municipio, que circunstancias hicieron que no lo pueda recoger a tiempo?



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

“Se coloca como stock. Se le informa al CS, quienes son los beneficiarios se les da para que les hagan un seguimiento, como programa social hay un área de almacenamiento de productos, la cual es responsable el MIDIS, para ver la cantidad de productos sobreestocados y su caducidad”.

*María Vidaurre
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Lima (2019-2022)*

“Si el paciente no recogió en la fecha programada, esta queda en el almacén para el siguiente reparto. Queda como saldo en el almacén”.

*Heydi Galarreta Perales
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Surquillo (2019-2022)*

Así, al detectar a casi la mitad de los usuarios que no retiraron su canasta dentro del plazo establecido, y dado que no hacerlo en las fechas programadas resultaría en la pérdida del acceso a la misma hasta recibir una nueva notificación con la próxima fecha de distribución, siempre y cuando estén en la lista de beneficiarios proporcionada por el responsable del Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia (PANTBC) del establecimiento de salud.

Frente a esta situación, los encargados del Programa de Complementación Alimentaria (PCA) del Municipio de Lima explican en su totalidad que, si un usuario no recoge su canasta a tiempo, esta se guarda en el almacén. Además, la responsabilidad de identificar al usuario adherente recae exclusivamente en el personal de salud del establecimiento.

“Como centro, como responsable del padrón enviarlo a tiempo e incidir colocando la municipalidad se demora. Avisarle sobre la canasta y llamar para hacerle acordar. Ahora por medio de wsp y en el mismo centro se le avisa”.

*Judith Laguna Sánchez
Nutricionista PCT-CS Conde de la Vega Baja*

“Se les informa a los pacientes con anticipación cuando será el día de reparto de la canasta”.

Cyndi Ojeda Merino

En párrafos anteriores, se señaló que uno de los desafíos para la recolección de las canastas de alimentos es que los usuarios olviden la fecha de distribución. Por este motivo, las nutricionistas y enfermeras a cargo de la entrega de las canastas emplean principalmente estrategias como llamadas y mensajes para recordar a los usuarios las fechas de distribución. Además, se considera la posibilidad de que el personal técnico realice recordatorios dentro del servicio con el fin de garantizar que los usuarios no pierdan la oportunidad de recoger su canasta en las fechas establecidas por el municipio.

Sin embargo, en medio de la pandemia y con el propósito de garantizar medidas de ventilación para evitar aglomeraciones y posibles contagios, los profesionales de la salud resaltan una modificación implementada por los municipios en los lugares de entrega de las canastas. Inicialmente, estas entregas se realizaban en los establecimientos de salud. En cambio, el municipio de Lima optó por establecer diversos puntos de concentración, como polideportivos municipales, cercanos a los establecimientos de salud para la distribución de las canastas.

“Se entrego la canasta en los domicilios, en su primer momento la municipalidad monitoreaba el reparto de canastas, avisaba a los centros de salud la fecha en donde se programaba la entrega de la canasta para que en un solo día se maneje el reparto y se entregaban alrededor de 80 canastas”.

*María Vidaurre
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Surquillo (2019-2023)*

“Se fue de casa en casa entregando donativos de alimentos, como compensación a los 4 meses en los que no se les entregó nada”.

*Evelyn Fasanando Ruiz
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Lima (2019-2023)*

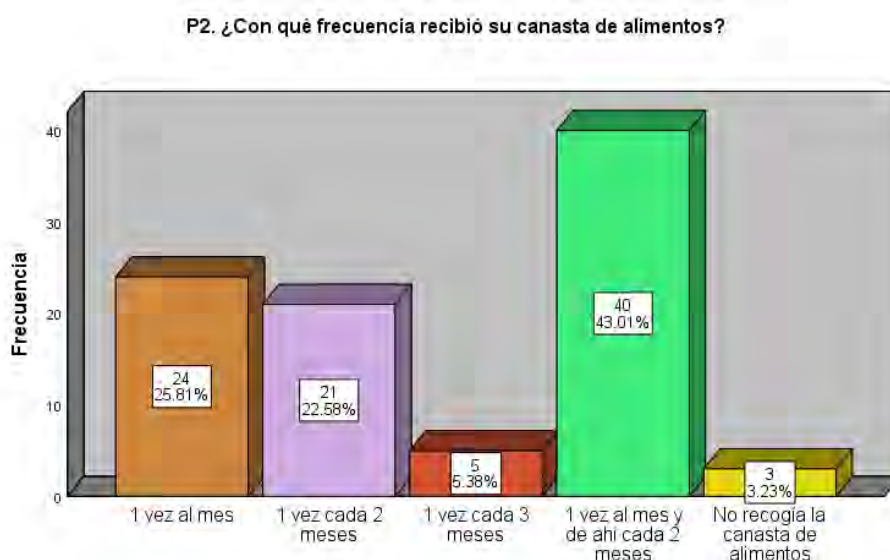
Por otro lado, el municipio de Surquillo asumió la responsabilidad de llevar a cabo los repartos directamente en cada domicilio, siguiendo la lista del padrón de adherentes previamente identificado. Estas medidas, por un lado, garantizaron la seguridad sanitaria y, por otro, facilitaron la continuidad en la entrega de las canastas. De esta manera, estas medidas aún persisten, ya que la entrega se lleva

a cabo en puntos céntricos cercanos a los establecimientos de salud, previamente coordinados con sus responsables.

Por otra parte, otro elemento que dificulta la entrega puntual es la frecuencia con la que el municipio distribuye las canastas a los usuarios. Se observó que casi la mitad de los encuestados registrados en el programa indicaron que retiraron su canasta de alimentos mensualmente, y luego cada dos meses; mientras que otros lo hicieron de manera irregular, espaciándolo a una vez cada dos o hasta tres meses, lo que representa un 71.0%. Esta cifra es tres veces mayor en comparación con los usuarios que afirmaron recibir su canasta de forma regular cada mes.

Figura 4.4

Frecuencia en la que recibió la canasta de alimentos-PANTBC



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Sin duda alguna, estas situaciones generan impactos negativos en el suministro de los requerimientos de macronutrientes para cubrir los requerimientos nutricionales de los usuarios y sus contactos dentro del hogar, apartándose del objetivo del Programa de Complementación Alimentaria para las personas afectadas con Tuberculosis, el cual es mejorar el estado nutricional de grupos de población con alto riesgo nutricional como son las personas afectadas por tuberculosis y sus

contactos, dejando en claro que para ello es necesario que las entregas sean mensuales (Minsa, 2014) .

La mayor parte de los profesionales de salud señalan que cuando los usuarios no recogen sus canastas a tiempo, esto propicia un aumento en el riesgo de contagio. Muchas personas inician su tratamiento y se ven obligadas a dejar sus empleos, lo que resulta en la disminución de sus ingresos mientras se recuperan. Lamentablemente, la falta de alimentos que satisfagan sus necesidades nutricionales, las cuales están aumentadas debido a la misma condición de enfermedad, limita su capacidad de recuperación y habilidad para dar continuidad al tratamiento.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS) elabora un acuerdo de gestión local con un municipio distrital, el cual requiere la firma de ambas partes para la transferencia de fondos, este último tiene la responsabilidad de llevar a cabo la licitación de bienes y distribuir los alimentos. Un problema previo era que estos convenios solían ser suscritos anualmente, lo que causaba retrasos en la obtención de bienes necesarios para la distribución de la canasta. Sin embargo, recientemente se ha modificado esta situación ya que, a partir de 2020, el convenio se ha suscrito hasta el año 2023 (Rojas, 2022).

Pese a ello, los profesionales de la salud indican que, durante el cambio de una administración a otra, las canastas pendientes no se entregaron puntualmente o estuvieron incompletas, un problema que se presenta habitualmente al comienzo de cada año. Esto resulta en la distribución de las canastas dos o tres meses después de haber iniciado los años 2020, 2021, 2022 y 2023.

“En el tiempo de COVID, la municipalidad ha ido a los domicilios, ya en el no hubo buena comunicación, no había fecha. En el 2022 lo de diciembre entregaron en enero. Este año han tenido problemas de 2 meses. Ellos lo habían repartido como entregas completas, solo llamaron a mitad de los pacientes y a otros no. El padrón de enero no era el mismo. A los pacientes no les han entregado y a los de alta tampoco. La gestión de ahora lo está realizando la regulación. Tenemos bastantes pacientes que no cuentan con apoyo. si no reciben oportunamente, el paciente con Bk (+) va a trasladarse para trabajar y va propiciar el contagio”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT-CSMI Surquillo*

“diferentes experiencias. La gestión ya tiene un método y cuando cambio de gestión el flujo de cambio y se ponía más lento por e persona que entra”.

*Judith Laguna Sánchez
Nutricionista PCT-CS Conde de la Vega*

Esta circunstancia identificada por los profesionales de salud cuenta con el respaldo desde el punto de vista administrativo, según lo indicado por las responsables del PCA de los municipios. De acuerdo con las opiniones compartidas, se destacan dos aspectos significativos: los retrasos en los procesos logísticos y las cancelaciones o fallos por parte de los proveedores, dentro de los cuales está las dificultades en el proceso obtención de productos que forman la canasta como la (leche evaporada entera), cuya presentación de 410 g cambió a 390 g durante el 2023, originando desabastecimiento y entregas incompletas de los productos especialmente en lo que respecta justamente a los únicos productos alimentarios de la canasta que cubren los requerimientos nutricionales de los usuarios, como las anchovetas y las latas de leche.

Similar hallazgo encontró (Rojas, 2022), en donde se encontró que durante la fase de entrega de fondos a las autoridades locales para la adjudicación y compra de productos de la canasta básica, es frecuente enfrentar desafíos logísticos como la disponibilidad de productos, la evaluación de proveedores y los plazos de entrega.

“Lo más frecuente, es que el proveedor a última hora, nos falla. Nos dice que no podrá a última hora. No contamos con movilidad propia”.

*Heydi Galarreta Perales
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Lima (2019-2022)*

“No hubo entregas incompletas durante 2022, actualmente si hay bastantes irregularidades. Estas debilidades, el cambio de la ficha técnica, el cambio del producto, los registros y eso ha generado la entrega retroactiva, entre julio y agosto del 2023”.

*María Vidaurre
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Surquillo (2019-2022)*

“Prácticamente, al inicio siempre hay impedimento de logística. Una o dos cosas hacen que se caiga todo el proceso, además hubo en pandemia que el proveedor de anchovetas estaba desabastecido. La mayor dificultad se encuentra con los proveedores, hubo un desabastecimiento durante 4 meses durante la pandemia. Mas afecta a los productos proteicos”.

Evelyn Fasanando Ruiz

Estos desafíos afectan el propósito fundamental del PCA PANTBC, el cual es apoyar la recuperación completa de los usuarios que reciben tratamiento del Estado a través de la ESNPCT, así como garantizar la protección de sus familias. Esto se logra mediante la implementación de actividades relacionadas con la educación alimentaria, la evaluación nutricional adecuada y la provisión de un suplemento alimentario tanto para la persona afectada por tuberculosis como para sus contactos realizado de forma oportuna, quienes se encuentran en un estado de vulnerabilidad debido a las demandas nutricionales elevadas derivadas de su diagnóstico y tratamiento médico.

Otro factor limitante en la distribución de las canastas es la escasa verificación de los alimentos tanto de la parte del establecimiento de salud como de los usuarios. En otras palabras, durante el proceso de entrega, se observa que la atención se centra en completar los formularios de conformidad de la canasta, es decir, asegurarse de que los usuarios firmen la hoja que detalla los alimentos correspondientes a ese período, descuidando la revisión de las condiciones de los productos.

Esta situación, estaría evidenciando que los usuarios no participan en la verificación de los productos que reciben durante las entregas, pues no es asumido como una responsabilidad propia, como lo menciona (Gamero, 2004) formando parte de la vigilancia y control, estableciendo una relación más horizontal.

Esto es evidente tanto por parte del profesional de salud presente como por parte de los usuarios, como se observa en las imágenes siguientes.



Nota. Fuente: Observación a usuarios adherentes durante el reparto de las canastas de alimentos. Lima Centro

Durante la distribución, el personal responsable del municipio utiliza un formulario de registro. En cuanto al usuario, si está presente, firma la lista de usuarios que recibirán la canasta proporcionada por el municipio. La nutricionista del establecimiento también está presente. Sin embargo, se nota que en el formulario que contiene el registro de la canasta no se incluye una sección para indicar si algún alimento estaba en mal estado, es decir, no hay un espacio destinado para informar sobre ello. Aunque existe una lista de verificación, el profesional de salud presente no lleva a cabo esta verificación.

Ello se ve reflejado en los usuarios que durante su tratamiento identificaron alimentos en mal estado (12.9%), a pesar de que es una cantidad inferior a los usuarios que durante el recojo de los alimentos no encontró algún alimento en mal estado como latas o atún abombado, arroz, maíz o menestras en mal estado (80.7%).

Tabla 4.2

Alimento de la canasta en mal estado, latas de leche o atún abombadas o alimentos como maíz, arroz o menestras en mal estado

¿Durante su tratamiento, encontró algún alimento de la canasta en mal estado, ¿latas de leche o atún abombadas o alimentos como maíz, arroz o menestras en mal estado?	%	Nº Usuarios
NO	80.65	75
SI	12.90	12
OTROS	6.45	6
Total	100.0	93

Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Se logró un resultado similar durante la distribución de las canastas, donde de un total de 15 usuarios, solo 2, equivalentes al 13% de los participantes, llevaron a cabo la revisión de sus canastas de alimentos. Descubrieron que, de los 9 productos que integra la canasta, el maíz estaba en condiciones deficientes. Posteriormente al realizar la revisión, la nutricionista identificó que efectivamente había 3 canastas en mal estado, las cuales fueron separadas para evitar su distribución.

Para la recogida, la canasta se encuentra en el camión. La persona que está en el vehículo entrega la canasta, pero la coloca en el suelo, pues no se cuenta con alguna parihuela que contribuya con la manipulación y traslado de las bolsas con 9 productos de alimentos. Las cuales están divididas en 2: 15 kg de arroz está en una bolsa, mientras que los otros 8 productos restantes (15 latas de leche evaporada, 5 kg de menestras entre lentejas, frejoles, alverjas, 5 kg de maíz, 2kg de quinua, 4 kg de papa seca, 4 L de aceite vegetal y 5kg de azúcar rubia) están en otra. Después de este proceso, proceden a llevarse las canastas, siendo el usuario responsable de transportar su propia canasta.

En cuanto al transporte, algunos usuarios optaron por tomar un taxi, mientras que la mayoría emplea el uso de moto como una carretilla para el traslado.



Nota. Fuente: Observación a usuarios adherentes durante el reparto de las canastas de alimentos. Lima Centro

Siendo el maíz uno de los alimentos húmedos, y que se encontró en mal estado es indispensable que se cuente con las condiciones necesarias que garanticen un buen almacenamiento, sin embargo, este es uno de los factores limitantes, las encargadas del PANTBC refieren en su mayoría que los alimentos de las canastas que no son recogidas a tiempo, son guardados en el almacén para un próximo reparto.

Las opiniones recabadas de las entrevistadas señalan que una de las problemáticas más recurrentes con respecto al almacenamiento de los alimentos de la canasta radica en la carencia de un almacén exclusivo para el área de subprogramas alimentarios. Esta falta de infraestructura se vincula directamente con dificultades en la conservación de los productos, ya que la ausencia de un adecuado espacio podría propiciar un aumento en la humedad, acelerando así su deterioro y provocando demoras en la entrega oportuna de las canastas a los usuarios.

“No contamos con almacén fijo, nos dificulta y hay que ver la disposición de otras subgerencias”.

*Heydi Galarreta Perales
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Surquillo (2019-2022)*

“En la entrevista poder indicarles que alimentos están utilizando. Las sesiones educativas son para reforzar los grupos son reducidos. No realizamos sesiones demostrativas, por el costo de alimentos, no nos envían alimentos por eso optamos por las imágenes”.

*Cyndi Ojeda Marino
Nutricionista PCT CS San Luis*

“Contamos con el equipo multidisciplinario, con la anterior licenciada de nutrición realizábamos la visita domiciliaria para saber si tenían los víveres. La actual nutricionista no realiza ninguna visita, tampoco ve el seguimiento de nutrición de los usuarios. No tenemos apoyo para el servicio de nutrición, como están preparando sus alimentos, como lo hacen”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CS San Luis*

Los problemas identificados en los alimentos por parte de los usuarios no siempre son informados, lo que podría explicar la falta de un elevado número de casos reportando productos en mal estado, a pesar de que durante la distribución se logran identificar tales problemas. En relación con este tema, los profesionales de la salud indican en su mayoría, que una vez que los usuarios reciben sus alimentos, la probabilidad de que los incorporen a través de preparaciones saludables es baja, ya que se requiere una sesión educativa y demostrativa previa con respecto a los alimentos. Sin embargo, no se estaría llevando a cabo esta práctica en todos los establecimientos.

Frente a diversos limitantes mencionados anteriormente que afectan la entrega puntual de los productos que integran la canasta de alimentos, según el avance de ejecución presupuestal del PCA PANTBC de los 14 gobiernos locales, 78% representa la categoría inadecuada en donde el municipio de Lima se ubica como ineficiente y el de Surquillo, regular. (Gestión del PCA PANTBC en Diris Lima Centro, 2023)

Ante ello, el municipio convoca a los responsables del área de PCT de los establecimientos de salud para comunicar ajustes en las entregas o las razones de los retrasos, siendo las dificultades con los proveedores un tema recurrente. Los responsables del PCA del municipio suelen señalar un cambio significativo en el enfoque del gobierno local en comparación con el año anterior, evidenciado mediante nuevos formatos de distribución y un compromiso más pronunciado para garantizar la entrega oportuna de alimentos, sin embargo, desde el primer trimestre del 2023 se evidenció retrasos en la canasta.

A pesar de estas mejoras, las opiniones de las entrevistadas difieren en cuanto a la efectividad de las modificaciones introducidas este año. Aunque existe un plan elaborado, aún se espera ver los resultados en beneficio de los usuarios y en la finalidad primordial de la entrega puntual de alimentos, la cual es una de las principales debilidades. Además, expresan la esperanza de que no haya muchos cambios cuando asuma una nueva administración.

“Solo en las reuniones se daba a conocer los cambios en las conservas o leches. Hasta el año pasado, solo había intentos de mejora, pero nada concreto”.

*Evelyn Fasanando Ruiz
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Lima (2019-2023)*

“El comité de gestión local manejaba los productos stockeados para saber que se hace, y no se pierda la canasta. Nos comunicamos con el MINSA para que estos productos no se pierdan”.

*María Vidaurre
Encargada del PANTBC -Municipalidad de Surquillo (2019-2022)*

4.1.4 Percepción de los usuarios sobre el abordaje multidisciplinario

A través de las valoraciones de los usuarios, se han detectado diversas áreas que muestran puntos débiles. Se destaca internamente la susceptibilidad inicial del cuerpo al comienzo del tratamiento, especialmente cuando se añade la condición previa de alguna comorbilidad como diabetes o VIH. Además, se inicia un régimen resistente con inyecciones diarias durante tres meses consecutivos, seguido de un esquema posterior de días alternos, lo que se suma a las reacciones del medicamento en el organismo.

En términos administrativos, aquellos usuarios que dejan de trabajar al iniciar el tratamiento experimentan la pérdida de su seguro social. Existe un retraso en la transferencia del seguro del hospital al Ministerio de Salud (Minsa), lo que implica que los usuarios se vean obligados a costear los exámenes de placas y otros medicamentos

“A veces un poco mal, por enfermería. Siempre me reprochan por las cosas que cuestan, siempre me lo recalcan. Yo sé que es mi deber, pero a veces las ampollas son tan fuertes y no he venido”.

*Margarita Donayre Poma
Usuario MDR PCT CS San Sebastián*

“En general he encontrado, debilidades como la derivación del hospital al MINSA, porque esto hace que pagué de forma particular, y actualmente no estoy laborando como antes”.

*Paul Quispe Felices
Usuario MDR PCT Mirones Bajos*

Otro aspecto limitante señalado por los usuarios durante el tratamiento es la falta de recepción de todas las consejerías por parte del equipo de salud multidisciplinario. Este grupo representa aproximadamente una cuarta parte (19.4%) de aquellos que sí fueron asesorados (80.6%). Estos últimos participaron en sesiones con el equipo multidisciplinario, conformado por profesionales de medicina, enfermería, obstetricia, nutrición y servicio social, al menos una vez durante todo el curso de su tratamiento.

Tabla 4.3

Atención por el equipo multidisciplinario: medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social durante su tratamiento

¿Logró pasar por todos los servicios: medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social durante su tratamiento	%	N° Usuarios
NO	19.4	18
SI	80.6	75
Total	100.0	93

Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

De esta manera, aquellos usuarios que no logran acceder a todos los servicios estarían perdiendo un respaldo importante. Pues en su mayoría, los usuarios expresan que los mensajes proporcionados durante las sesiones de consejería por parte del equipo multidisciplinario les brindan un apoyo significativo. Similar situación fue reportada por (Tejada et al., 2018) en donde aproximadamente el 68,7% de los usuarios recibían su primera consulta a los 31 a 60 días de haber iniciado el tratamiento.

Cabe resaltar que más de la mitad de los usuarios encuestados (80.60%) identifica como una influencia positiva para el término de su tratamiento, afirmando la importancia de recibir oportunamente las consejerías para lograr dicho objetivo.

Tabla 4.4

Motivación para terminar su tratamiento por parte de los mensajes del profesional de salud

Considera que los mensajes que le brindó el profesional de salud lo motivaron a terminar su tratamiento	%	N° Usuarios
NO	19.4	18
SI	80.6	75
Total	100.0	93

Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Por lo tanto, el hecho de recibir mensajes por parte del profesional de salud va más allá de proporcionar recomendaciones para garantizar que el usuario cumpla con la toma de su medicación. Para muchos usuarios, esto significa ser acompañados, sentir que no están solos y saber que, en caso de desánimo, los profesionales están disponibles para escucharlos y orientarlos en la medida de lo posible.

Con ello, se refuerza lo encontrado por (Parwati et al., 2021) , en donde la comunicación a los usuarios mejoró significativamente la adherencia a la medicación y el resultado del tratamiento en los usuarios necesitando la participación de sus contactos para fortalecer la credibilidad de los usuarios en su capacidad para manejar tratamientos prolongados de manera efectiva.

“Porque necesitaba hablar con alguien”.

*Javier Irving Valenzuela Bejarano
Usuario de alta PCT CS San Sebastián*

“Siempre me recalcaron que si cumplía con todo terminaría exitosamente. Me pusieron a disposición al personal de psicología que me ayudó muchísimo.”.

*Álvaro Rodas Pitar
Usuario de alta PCT CS San Sebastián*

Sin embargo, se ha identificado que algunos usuarios perciben que no se gestiona de manera discreta el diagnóstico por lo que existe una limitada expresión de empatía por parte del personal y profesional de salud.

Esto impacta en la confianza en sí mismo necesario para enfrentar el tratamiento, teniendo consecuencias incluso en el ámbito laboral, donde desafortunadamente persiste la discriminación hacia las personas con tuberculosis. Existe el temor de que sean marginadas y rechazadas en el entorno laboral debido al miedo a la posible propagación de la enfermedad, y ello propicia a que no puedan creer en la curación, encontrándose como una de las debilidades mencionada por el estudio de (Rivera et al., 2019) , en donde resalta que es uno de los principales obstáculos para contribuir en el abandono de sus tratamientos.

“Estaba en la puerta principal y un vigilante me dijo en voz alta, usted es de TBC, y justo estaba un familiar en el restaurant. Entonces le avisaron del trabajo, y me llegaron de sacar, justo en ese momento me encontraba lavando platos en un restaurant porque dijo que les iba a contagiar a todos, me votaron y me quedé sin nada para sostenerme, considero que lo hizo el personal de vigilancia no fue necesario decir en alto voz”.

*Cardicel Reategui Cesar
Usuario CS PCT San Sebastián*

“Al comienzo tuve un inconveniente que es la empatía. Yo bajo mi perspectiva hay maneras de ir y ser prudente, a mi siendo un paciente me da miedo, pero no voy hacer de imprudente de mirar con rechazo, tuve ese percance y se lo dije a la doctora. Hay que ser más prudentes, imagínese si yo vengo con carga depresiva y que me traten así. Yo escuché una vez que un paciente almorzaba con 6 soles y yo me preguntaba de donde sacaba eso, y es porque cada uno tiene un estilo de vida diferente, y por ignorancia quizás no se quejan... Llevar esto no es fácil, nadie está libre de eso”.

*Gloria Miracles Carrasco Rojas
Usuario CS PCT San Sebastián*

Aparte de eso, expresan haber presenciado comportamientos de maltrato hacia los usuarios en diversas ocasiones; no obstante, optan por no denunciarlos debido a la falta de conocimiento sobre dónde presentar quejas y a la limitación de tiempo para dar seguimiento a sus reclamaciones. Esta situación evidenciaría que no se estaría reconociendo a cada usuario como un individuo con derechos, respetando su cultura y circunstancias particulares, pues no estaría escuchando sus necesidades, brindarles atención con amabilidad y responder de manera rápida a sus requerimientos (Minsa, 2007)

“¡Porque no tienen tino para tratar a sus pacientes, la encargada tiene problemas de ira tanto con los pacientes y niños! ya ha tenido varios altercados con pacientes yo no denuncie por falta de tiempo. espero tomen correctivos! (yo entiendo que el diagnóstico de cualquier enfermedad es privado sobre todo VIH entre otras, la señorita muchas veces en voz alta delante de muchos gritaba su diagnóstico del paciente) también en una oportunidad se peleó con la señora que tenía un niño pequeño en brazo quien se trauma con la situación y ella no dejaba de gritar!

*Cesar Fabricio Carranza Carrasco
Usuario de alta PCT CSMI Surquillo*

Otro de los factores limitantes identificados por la mayoría de los usuarios que influye muchas veces en el impacto del mensaje brindado durante las consejerías por cada profesional de salud, es el no utilizar diversos recursos didácticos, tales como afiches, imágenes o dinámicas. Por ello, han mencionado que solo han recibido algunos folletos por parte del personal de nutrición.

Ello se manifiesta en la calidad de los mensajes brindados por el profesional de salud. Pues a pesar de que el 72% de los usuarios de alta califica como buena pues reconocen la utilidad de los mensajes proporcionados por el profesional de salud, destacando su facilidad de comprensión, alrededor de la tercera parte (28%) los ubica en la categoría de regular y mala.

Figura 4.5

Calidad de los mensajes que brindó el profesional de salud



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

De esta manera resaltan la importancia de utilizar imágenes como herramienta de apoyo, ya que consideran que esto facilitaría una comprensión más efectiva de la información proporcionada durante las primeras consejerías que le brinda el

profesional de salud, ya que según (Ziccardi, 1998) permite crear conciencia entre los beneficiarios para obtener su aceptación y participación en el programa.

“La única que uso folletos fue la nutricionista, me ayudo a conocer que alimentos debo consumir y cuales no, los demás no. Las imágenes de los pulmones pegada en la pared son necesario porque muchos de nosotros tenemos vergüenza de preguntar”.

*Manuel Penas Sandoval
Usuario PCT CS San Sebastián*

“No he recibido folletos durante la consejería, pero si me ayudaría a ver cómo puedo prevenir en mi casa”.

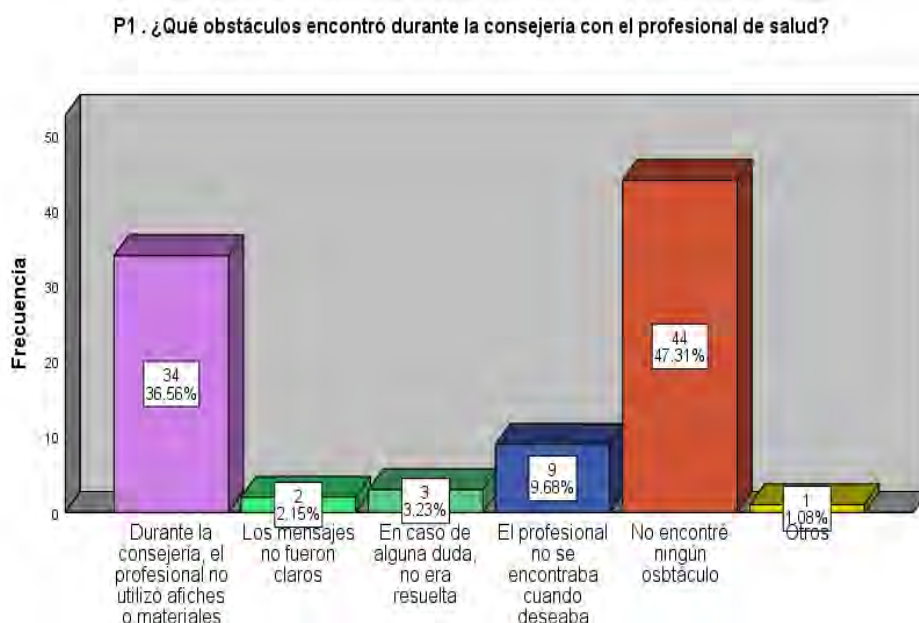
*Luis Eduardo Medrano Trazona
Usuario PCT Mirones Bajos*

Ante ello, similar resultado se encontró en los usuarios encuestados que manifestaron haber tenido algún obstáculo con el profesional de salud es ligeramente mayor (52.71%) a los que no encontraron algún obstáculo (47.31%).

El principal obstáculo que identifican la mitad de los usuarios es el hecho que, durante la consejería del profesional de salud, no utilizan algún afiche o material educativo, seguido de identificar que ante alguna duda los profesionales no se encontraban en dicho momento, coincidiendo con (Rivera et al., 2019) en ser estos obstáculos que conducen al abandono de usuarios con tratamientos más complejos y largos como el Multidrogorresistente (MDR), quienes necesitan un mayor seguimiento por parte del equipo multidisciplinario.

Figura 4.6

Los obstáculos durante la consejería por parte del profesional de salud.



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

4.1.5 Hallazgos relacionados a los factores que han contribuido o limitado la implementación del abordaje de los determinantes de salud

En la aplicación del componente del abordaje de determinantes de salud, se reconocieron 2 factores contribuyentes y 8 factores limitantes.

- Factores que han contribuido la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis

Identificación de usuarios sospechosos en puntos céntricos de la comunidad para la recolección de muestras de esputo (BK): Es importante mencionar que la recolección de muestras de esputo a usuarios sospechosos se realizaba antes de la pandemia del COVID 19 en el área de PCT de cada establecimiento de salud, sin embargo a raíz del aislamiento social como medida de prevención la estrategia de prevención y control de tuberculosis de Lima Centro, articuladamente con la ONG Socios en Salud realizó campañas de salud dirigida a los contactos de los usuarios así como los de alta, en donde se les hacía las placas de rayos x portátil y recolección de muestras en la comunidad.

Ante ello, se continuaron con las diversas campañas con los diferentes profesionales de salud del equipo multidisciplinario para abarcar la mayoría de los establecimientos de salud, como otra de las maneras de acceder a pruebas de diagnóstico temprano, lo cual no podría realizarse en el mismo establecimiento de salud.

Uso del telemonitoreo, como las llamadas, para dar continuidad en el seguimiento del tratamiento de los usuarios: Los usuarios resaltaron que es la empatía y la comunicación, el mejor nexo para aceptar y seguir las indicaciones a fin de continuar con el tratamiento, el cual incluye el cumplimiento de la toma del medicamento, el análisis del esputo o flema denominado baciloscopia (bk) , además de sus placas y otros exámenes auxiliares, sino en sentirse que no están solos para continuar durante los meses de tratamiento, pues existen abandonos cuando los usuarios ya vuelven a sentirse bien sin culminar el tratamiento, corriendo el riesgo de volver a contagiarse. Por lo que, los profesionales expresaron trabajar en la sensibilización para comprender la realidad de cada usuario, brindando alternativas para la adherencia.

Justamente una de estas alternativas empleando el recurso de la tecnología fue la implementación del telemonitoreo, siendo las llamadas y registro de la toma de medicamentos a través de videos a los usuarios que, por circunstancia de estudio, sintomatología, distancia alejada del establecimiento de salud o por ser adulto mayor, todo ello reportado a la enfermera encargada del servicio. Cabe resaltar, que ello antes de la pandemia no era empleado, debido a que el tratamiento era supervisado en el propio establecimiento de salud según la normativa

Sin embargo, los profesionales de salud responsables de ello, aseguran que el combinar esta estrategia además de permitir la continuidad de la adherencia en los usuarios, es también aplicar un trato humanizado para entender la realidad de los usuarios, facilitando el tratamiento a distancia.

- Factores que han limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis

Carencia de formación del equipo profesional de salud en prácticas de prevención y control de infecciones: De la información proporcionada por los profesionales de la salud se logró determinar que existía carencia de formación en temas relacionados a las prácticas de prevención y control de infecciones, los profesionales de nutrición y psicología no son incorporados dentro de estas capacitaciones, lo cual es evidenciado en la práctica de medidas preventivas que tienen los usuarios.

Esta formación en todo el equipo multidisciplinario es crucial, pues cada profesional en la respectiva consejería que tiene durante las evaluaciones con el usuario, permite reforzar los mensajes de prevención sobre todo en el uso de mascarillas, la ventilación, descanso y balance en la incorporación de alimentos saludables de acuerdo a la disponibilidad.

Incapacidad del personal para llevar a cabo visitas domiciliarias: Una de las actividades extramurales que permiten el seguimiento a los usuarios, reforzando lo que se les explicó durante las primeras evaluaciones con el profesional de salud y que además son oportunidades para la resolución de dudas y mejoras en la incorporación de nuevas prácticas saludables son las visitas domiciliarias, las cuales fueron limitadas durante el periodo de la pandemia, afectando la continuidad del apoyo al usuario.

Ello fue reflejado en los usuarios quienes reconocieron la necesidad de aprovechar este espacio para la resolución de sus inquietudes como el desarrollo de una mayor confianza comunicar sus preocupaciones durante el proceso del tratamiento.

Inclinación a reconocer una actitud renuente por parte de los usuarios: Es preciso mencionar que si bien, los profesionales del equipo multidisciplinario brindan la consejería correspondiente a los usuarios, existe una resistencia en ellos para poder colocarlas en práctica, pues las creencias, religión y testimonios de personas cercanas genera influencia para que no se sigan las indicaciones como lo sugieren los profesionales. Este factor sugiere que es necesario que el profesional trabaje en ello, a través del acompañamiento al usuario durante el

tratamiento, para que pueda existir la confianza necesaria para ello, ya que dificulta las intervenciones propuestas.

Obstáculos para aplicar conocimientos adquiridos durante las sesiones de consejería: De acuerdo a lo manifestado por los usuarios, existen razones para muchas veces no colocar en práctica lo manifestado por los profesionales de la salud durante las consejerías, ya sea por la misma vulnerabilidad de enterarse de una enfermedad que hasta el momento del diagnóstico era totalmente desconocida, el sentirse desesperados por saber en qué momento se encontraran bien para no contagiar a sus queridos. Por otro lado, la necesidad de volver a sus actividades laborales que permitan el sustento económico, pues muchos son despedidos del trabajo así que este es un gran obstáculo para cumplir con las practicas saludables para su recuperación.

Otra de las razones manifestada por los usuarios y profesionales de la salud es no contar con las consejerías completas por parte de todo el equipo multidisciplinario, limitando a los usuarios en la incorporación de nuevas prácticas saludables, más aún en términos de alimentación, donde al no contar con la orientación del nutricionista genera una incomprensión integral del tratamiento.

Por otro lado, se ha identificado la inexistencia de recursos didácticos como folletos durante las consejerías realizadas por el profesional de la salud, es reconocido por los usuarios como un elemento que les permitiría reforzar lo aprendido, porque al inicio del diagnóstico, se encuentran muy vulnerables emocionalmente, y no siempre recuerdan lo mencionado durante las primeras consejerías.

La entrega inoportuna de canastas por parte de los municipios: Tanto lo manifestado por los usuarios, profesionales de salud y encargados del PCA PANTBC del municipio de Lima y Surquillo, manifiestan efectivamente el desabastecimiento y entregas tardías de la canasta de alimentos, con un retraso que va desde 1mes a 3 meses de retrasos, donde se les entrega pero muchas veces incompleto, siendo justamente los alimentos proteicos como la leche y latas de atún lo que queda pendiente, que se regulariza en otra entrega. Teniendo en cuenta que la finalidad de ello es complementar el aporte de macronutrientes en la

alimentación del usuario, al ser irregular esta entrega influye en que muchos usuarios vean necesario trabajar aun cuando están con carga positiva para poder garantizar su ingesta diaria de nutrientes, arriesgando por un lado la propagación del contagio y por otro su recuperación adecuada. Siendo el gobierno local, responsable de las entregas, agregan las complicaciones como procesos logísticos y fallos de proveedores, incluyendo cambios en la presentación de productos esenciales, los cuales son reiterativos de una gestión a otra.

Escasa verificación de alimentos de la canasta de alimentos: Otro de los aspectos identificados como factor limitante, es la poca verificación de los productos de la canasta por parte de los usuarios y responsables del establecimiento de salud. Al darse los repartos en parques o complejos deportivos, el traslado de los productos se realiza en camiones, y para el despacho de estos no se emplean parihuelas para la conservación de los productos. Por otro lado, si algunos usuarios por su cuenta reconocen alimentos en mal estado, son cambiados, pero no hay registro dentro de la lista de conformidad de los productos, ante ello los responsables del municipio señalan que al no contar con un almacén con las condiciones adecuadas implicaría en la aparición de productos mal conservación

Desconocimiento de preparaciones de alimentos con los productos de la canasta: Las nutricionistas, quienes se encargan del seguimiento nutricional de los usuarios, manifiestan no realizar sesiones demostrativas en donde se pueda fortalecer la práctica de preparaciones que cubran los requerimientos nutricionales y diferencias según las principales debilidades concomitante en los usuarios como la diabetes y VIH elaborados a partir de la canasta de alimentos proporcionada por el gobierno local. En este sentido, se identifica que solo se cuenta con folletos de grupos de alimentos, mas no de información sobre cómo realizar las combinaciones u otras alternativas.

La expresión limitada de empatía por parte del personal y profesionales de salud: Se ha identificado en los usuarios que hay una limitada comprensión por parte de algunos profesionales de salud del equipo multidisciplinario a la hora de dirigirse al usuario, percibidas por el usuario como rechazo o alejamiento o no dando facilidades para usuarios que requieran de supervisión a distancia debido a

la susceptibilidad inicial del cuerpo al inicio del tratamiento, especialmente en presencia de comorbilidades como diabetes o VIH.

Otras es la reserva de su diagnóstico por parte de todo el personal del establecimiento de salud, lo cual afecta principalmente en la motivación del usuario para el término de su tratamiento.

Justamente existen en los usuarios dificultades para ir a tomar su medicación por temas laborales eventuales, en donde al recuperarse retornan sus actividades laborales, sin embargo, por temor a perder el trabajo no informan que deben acudir a su tratamiento, así que esta acción es una de las causantes de asistencia irregular que puede convertirse en algunos casos en el abandono del tratamiento. a disponibilidad de horarios se presenta como un factor limitante adicional. Por lo que, aún la comprensión de este aspecto por parte de los profesionales para dar continuidad y acompañar a estos casos aun es limitada.

4.2 Factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles

El análisis de esta variable tiene como objetivo exponer cuales son los factores contribuyen y/o limitan la exposición de personas susceptibles del Programa Presupuesta de tuberculosis.

4.2.1 Usuarios sin comorbilidades con detección oportuna

La mayoría de los profesionales de salud afirman que no experimentan dificultades en la entrega de resultados de los exámenes bioquímicos y de rayos X. En términos generales, indican que la disponibilidad de insumos es adecuada, y los resultados se entregan en un plazo de un día a otro.

“Se cumple con toda la batería de exámenes solicitados, si hay los insumos necesarios”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Actualmente, no hay dificultada para el reporte”.

*Carla Martínez Hauman
Médico PCT San Sebastián*

“Creo que no había insumos en rayos X, tuve que ir a otro lado de forma particular a sacarme la placa, lo malo era que estaba más de lo que podía pagar en ese momento, pero lo hice”.

*Luis Eduardo Carhuallanqui Borja
Usuario PCT CS San Sebastián*

“Ahora no hay para sacar placas, no sale la impresión, y estoy esperando para hablar con el médico, porque el costo de la placa no lo puedo pagar si lo hago de forma particular”.

*Luis Ángel Bonilla
Usuario PCT San Sebastián*

Sin embargo, en relación a los exámenes médicos, los usuarios afirman que no experimentaron dificultades al solicitar pruebas de sangre, aunque en algunos momentos se experimentaba cierta espera. La principal dificultad se presenta en la toma de rayos X, donde el equipo a veces se encontraba en mal estado o faltaban los insumos necesarios para la entrega de placas en formato físico. Esta situación obligaba a algunos usuarios a optar por realizarse los rayos X de forma particular, lo que implicaba un mayor gasto económico.

4.2.2 Grupos de riesgo con detección oportuna

El profesional de salud encargado de la detección y notificación de los grupos de riesgo destaca que los reportes se emiten en un plazo máximo de 48 horas. En este sentido, enfatiza la importancia de que la letra utilizada en los formatos de notificación de casos sea legible.

Sin embargo, se subraya que el proceso no se limita únicamente al llenado de los frascos de recolección de muestras; es crucial garantizar que el flujo del proceso

transcurra de manera adecuada. Se menciona que las únicas demoras que se podrían experimentar son aquellas relacionadas con la ausencia de la encargada de laboratorio debido a períodos de vacaciones.

“El reporte se da de manera inmediata, en máximo 48 horas”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS San Sebastián*

“En el 2022, hubo brechas pedían cierta cantidad de sintomáticos respiratorios, no solo es llenar el frasquito, se les tenía que explicar, En la entrega se explica bien el flujo, solo cuando la encargada de laboratorio sale de vacaciones, hay demoras. Si es de nuestra jurisdicción inicia aquí, sino se le deriva a otro centro de salud.”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

4.2.3 Personal de salud capacitado en captación de sintomático respiratorio

El personal de salud indica que recibió capacitaciones virtuales sobre el manejo del Sistema de Información para la Gestión de la Tuberculosis (SIGTB). No obstante, señalan que estas sesiones se llevaron a cabo durante la mañana, lo cual resultó tedioso debido a las actividades diarias que debían realizar. En relación a la última capacitación, mencionan que tuvo lugar en el 2023 y se centró en la socialización de la norma técnica, pero únicamente estuvo dirigida a médicos y enfermeros.

La mayoría de los entrevistados destaca que las capacitaciones fueron principalmente virtuales durante la pandemia y que recién en el 2023 se ofreció una capacitación presencial.

“En todo centro hay estas dificultades porque piensan que los deben captar solo los del programa de tuberculosis. Escuchen toser y no hacen caso. Lo ideal es cuando salgan positivo y no estamos haciendo en comunidad.”

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

“Se redujo un poco el personal, la capacidad era muy limitada”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“La dificultad, es que no había atenciones, solo era atención de emergencias, y la restricción para poder salir”.

*Rosalía López
Enfermera PCT Conde de la Vega*

En cuanto a los factores limitantes para la identificación y reporte de sintomáticos respiratorios, el profesional de salud menciona que se encontraron con limitaciones, especialmente debido a la reducción del recurso humano, con horarios diferenciados que dificultaban la educación al paciente de manera normal. Además, señalan que el resto del personal de salud no brindaba apoyo en caso de que alguna persona presentara síntomas.

Para superar estas limitaciones, el personal de salud informa que mejoraron la sala situacional de los casos de COVID-19. Con la implementación de la vacuna, la asistencia del personal se regularizó, y se mejoró la adquisición de equipos de protección personal (EPP). También se adoptó la estrategia de proporcionar frascos de recolección de esputo a otros servicios para ampliar la orientación relacionada con la captación de sintomáticos respiratorios.

“Conforme se iba mejorando la sala situacional, pueda asistir más personal de salud en los diferentes horarios”

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS San Sebastián*

“El año pasado se les había dado los frasquitos a los otros servicios, para que ellos puedan orientar este año, no.”

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

4.2.4 Condiciones de bioseguridad en el área de atención al servicio

El profesional de salud menciona que se han implementado dos modificaciones como medidas de prevención para los usuarios. A fin de contribuir en la bioseguridad de los usuarios, se destaca el uso obligatorio de mascarillas durante la atención, así como la sensibilización de las personas para llevar a cabo la detección activa de sintomáticos respiratorios y la promoción del lavado de manos. Sin embargo, se subraya que la infraestructura sigue siendo un limitante, ya que en un establecimiento de salud no se dispone de un espacio destinado para la unidad recolectora de muestras, lo que eleva el riesgo de contagio, desfavoreciendo la calidad de atención, pues no se estaría proporcionando los entornos de los establecimientos condiciones apropiadas tanto para los usuarios como para los trabajadores, con el fin de evitar la propagación de riesgos de transmisión (Minsa, 2007).

“La aplicación más frecuente es el lavado de manos cuando ingresan al servicio para la toma de sus medicamentos.”

*Rosalía López
Enfermera PCT Conde de la Vega*

“Mascarilla a los pacientes positivos o negativos para evitar contagio, así como el lavado de manos antes de tomar la medicación”.

*Carla Martínez Huamán
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“No tenemos unidad recolectora de muestras, el paciente debe recolectar en su casa y lo tiene que dejar acá, siempre ha estado así durante y después de la pandemia, esto aumenta el riesgo de contagio”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

Sin embargo, una principal limitante para garantizar la bioseguridad ha sido el abastecimiento de los equipos de protección personal (EPP). Para superar esta dificultad durante la pandemia, se implementaron estrategias como la organización para el uso de los EPP durante una semana y el establecimiento de horarios específicos para la toma de medicación.

Se destaca que, en este contexto, solo dos centros se organizaron para la diferenciación de horarios, mientras que en otro no se implementó esta medida.

“Principalmente el abastecimiento de los equipos de protección, teníamos que hacer durar 1 semana”. Nos organizamos para emplear lo necesario”

*Carla Martínez Huamán
Enfermera PCT CS San Sebastián*

“El aseguramiento de los EPP y la no aglomeración de los usuarios Se estableció horarios para la toma del medicamento”.

*Nélida Melgarejo Chamorro
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

4.2.5 Satisfacción de los usuarios durante la etapa de tratamiento

En cuanto a la interacción con los profesionales de salud, la mayoría de los entrevistados menciona que, cuando necesitaban resolver alguna inquietud, especialmente en casos que requerían un mayor respaldo psicológico, eran derivados a centros comunitarios.

“Me han trasladado a otro centro, para poder recibir mis medicamentos y estar más cerca de mi domicilio”.

José Sánchez Joño

Usuario MDR PCT CS San Sebastián

“Me han derivado al centro comunitario para recibir orientaciones psicológicas más personalizadas”.

Paul Quispe Felices

Usuario MDR PCT Mirones Bajos

No obstante, algunos usuarios expresaron su deseo de recibir información sobre el equilibrio en la preparación de alimentos, ya que no tenían acceso a este tipo de orientación, representando un limitante para su recuperación, así como algunas dudas en relación al tiempo necesario para experimentar mejoras, es decir, la reducción de los síntomas iniciales de las molestias. No obstante, se estaría incumpliendo una de las condiciones esenciales de la atención de calidad para usuarios del programa, que consiste en proporcionar información precisa, puntual y comprensible, para que puedan hacer elecciones informadas en relación a su salud (Minsa, 2007).

“Los mensajes si los entendía, pero era difícil saber en qué tiempo iba a estar bien y eso me hacía dudar mucho. Mi esposo decía que ya era 1 mes y mi hijo seguía tosiendo, si está tomando y no le pasa entonces lo lleve a otro servicio particular, en donde no me dieron el diagnóstico de tbc. Pero luego regrese a tomar la medicación, porque en el hospital me indicaron ello”

Paul Quispe Felices

Usuario PCT Mirones Bajos

4.2.6 Hallazgos relacionados a los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles

En la aplicación del componente de exposición de personas susceptibles, se reconocieron 2 factores contribuyentes y 4 factores limitantes.

- **Factores que han contribuido la implementación del componente de exposición de personas susceptibles**

Uso Obligatorio de mascarillas durante la atención: Cabe mencionar que el uso de mascarillas durante la atención antes de la pandemia no era obligatorio por parte de los usuarios, pues el hecho de usar mascarillas por parte de los profesionales de salud ya era suficiente. Incluso esto era suficiente, pues no todos usan el equipo de protección de bioseguridad, Es así que, una vez iniciada la pandemia, desde el 2020, se ha implementado el cumplimiento del uso de la mascarilla para todo usuario ya sea en fase positiva o negativo, es un requisito para asistir a su atención, permitiendo la reducción del riesgo de transmisión de enfermedades respiratorias. Esta medida repercute tanto en los profesionales de salud para mejorar su bioseguridad laboral como para los mismos usuarios al encontrarse en un área con alta carga de contaminación.

Promoción del lavado de manos: Otra de las medidas implementadas para evitar la exposición hacia la transmisión de enfermedades, fue incorporar el lavado de manos como una de las actividades antes de la toma de medicamentos de los usuarios, de acuerdo a los profesionales de la salud, el área del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis (PCT) se encargó de proporcionar jabón líquido y asegurar el uso del lavadero, así como alcohol gel para que los usuarios puedan usar ello, además de fomentar en todas las entrevistas el lavado de manos como una actividad regular como parte de los hábitos saludables.

Fue una medida que, al inicio, los usuarios reconocen que se demoraron en ir incorporándola poco a poco, pero que sigue actualmente como parte de una de las actividades cotidianas, e incluso el municipio durante los repartos de la canasta de alimentos llevaba un alcohol gel para todos los usuarios asistentes al recojo de su canasta.

- **Factores que han limitado la implementación del componente de exposición de personas susceptibles del Programa Presupuestal de Tuberculosis**

Dificultades en la toma de rayos X: Se reconoció mediante información suministrada por los usuarios que una de las principales dificultades para cumplir con la batería de exámenes, los cuales consisten en pruebas de sangre y rayos x, es esta última, pues si existe el equipo para ello, sin embargo no hay los insumos necesarios para la impresión de las placas, las cuales son necesarias para colocarlo en la historia clínica, ya que muchos son derivados al hospital, que mediante el medico consultor evalúa sus casos. Al ser tan necesario este recurso pues se usa justamente para los cambios de fase y alta del usuario, muchos recurren a establecimientos privados cercanos a la zona, cuyo costo no es proporcional con sus ingresos, sin embargo, lo tienen que hacer porque es un requisito y se les exige contar con ello.

De esta manera, es un requisito que muchas veces buscan los medios para realizarlo de forma particular, pero afectando su economía, la cual ya está susceptible pues muchos pierden sus trabajos eventuales y no cuentan con apoyo de familiares.

Limitaciones en la captación de sintomáticos respiratorios: La captación de personas sintomáticos respiratorios se ve afectada por la reducción del recurso humano y horarios diferenciados, lo que dificulta la educación normal al paciente. La limitación en recursos humanos podría afectar la efectividad de las estrategias de detección y prevención. Aunque se destaca la emisión rápida de reportes sobre grupos vulnerables en un período máximo de 48 horas, se identifica como factor limitante la legibilidad de la letra utilizada en los formatos de notificación. La dificultad para leer estos informes puede obstaculizar la comprensión y la toma de decisiones oportunas.

Infraestructura insuficiente para la unidad recolectora de muestras: Si bien es cierto , los establecimientos de salud cuentan una unidad recolectora de muestras de esputo, en donde los usuarios pueden realizar los procedimientos de recolección

de muestra o dejar allí estas como medida de bioseguridad, sin embargo uno de los establecimientos de salud no cuentan con ello, elevando las probabilidades de contagio, así mismo según lo manifestado por los usuarios y profesionales de salud, el espacio es reducido en donde no hay ventilación pues incluso el temor de asistir para la toma del medicamento, por encontrarse en una zona que aumente el riesgo de contagio

Limitaciones en la orientación sobre las expectativas del paciente: Uno de los temas manifestados por los usuarios es la duda sobre los cambios que experimentarán durante todo su tratamiento, ya que en general la principal preocupación es el sentirse débiles, sin apetito, así como la presencia de problemas gastrointestinales que afecta el balance en la incorporación de sus alimentos. La falta de esta orientación, al no contar con el profesional nutricionista en uno de los establecimientos de salud, genera las inquietudes de los usuarios. Otra de las dudas es el tiempo en donde la sintomatología va disminuyendo, así como cuando ya disminuye la carga bacilar, lo cual posibilita a que ya no se sienta con tantas preocupaciones sobre si será posible que contagie a sus seres queridos, así como la oportunidad de reinsertarse a sus actividades de estudio, laborales y domésticas.

La falta de esta información por parte de los profesionales como parte de iniciativa, contribuye a las limitaciones percibidas por el usuario durante la atención. Al generar estos vacíos en estas principales dudas se deja a que el usuario pueda cubrir esta información con lo que encuentran en la web o consejos de algunas personas cercanas a ellos, lo cual no es lo más efectivo para su recuperación.

4.3 Factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios

El estudio de esta variable busca revelar cuales son los factores que contribuyen y/o limitan la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios

4.3.1 Personal de salud capacitado en el manejo protocolizado de comorbilidades

Las percepciones del profesional de la salud entrevistado sugieren que, en su mayoría, no se estarían llevando a cabo capacitaciones para el abordaje de coinfecciones como VIH-TB y DM-TB. Además, señala que aquellos profesionales que han recibido capacitación, en su mayoría solo la han obtenido en el contexto de VIH-TB y no en el caso de DM-TB, lo que genera un limitante para la estandarización en los mensajes impartidos por todo el equipo multidisciplinario.

En lo que respecta a las capacitaciones recibidas durante la presencia de la pandemia, los profesionales de la salud indican que han sido mayoritariamente virtuales, particularmente en temas relacionados con VIH-TB.

“No recibo, pero me instruyo. En pandemia, el MINSA nos capacitó en VIH-TB. El control de la fuerza de voluntad. Muchos pacientes con DM2 hacen desorden, y dejan el tratamiento porque para ellos es demasiado con un tratamiento”.

*Marcelo Gutiérrez
Psicólogo PCT CS Conde de la Vega Baja*

“Si, lo he recibido de TB-VIH. Antes de pandemia eran presenciales, ahora solo plataforma virtual”

*Carla Martínez Huamán
Médico MDR PCT San Sebastián*

Ello se ve reflejado en las opiniones de los usuarios que presentan comorbilidades como diabetes o VIH junto, quienes señalan que no han recibido orientación específica para abordar estas condiciones de salud adicionales.

La mayoría de las opiniones de los entrevistados convergen en que uno de las principales limitantes para cumplir con las orientaciones sobre nutrición y psicología son factores personales, como las reacciones emocionales para tomar conciencia y el dominio de la fuerza de voluntad necesario para implementar cambios en los hábitos de prácticas saludables.

4.3.2 Usuarios que acceden a nuevos medicamentos con respecto a su esquema de tratamiento

Los expertos en salud indican que, durante la transición de fases del tratamiento, se explican los ajustes que se implementarán, empleando pruebas de negatividad

para que los usuarios puedan evaluar su avance. No obstante, en este proceso surgen complicaciones para reducir la carga positiva, es decir, cuando disminuyen las posibilidades de contagio. Esto ocurre principalmente debido al precario respaldo familiar y la ocurrencia de problemas de adicción a sustancias como drogas o alcohol por parte del usuario.

“Primero, pasa con la doctora, se le explica el tratamiento, luego lo regularizamos con el hospital. Siempre hay un stock para MDR (de medicamentos). Mayormente, cuando pasa de sensible a resistente, en la primera entrevista se le explica que todavía está pendiente la prueba de sensibilidad. Hay pacientes que lo aceptan y otros que por problemas de drogas se hace más difícil. De por si los pacientes sensibles cambian de fase, y se dan de alta. cuando hay este tipo de dificultades. Allí se necesita bastante apoyo se familia y psicología”.

*Katherine Olivera Guevara
Enfermera PCT CSMI Surquillo*

En el caso de usuarios con esquemas resistentes, durante la transición de esquemas sensibles a resistentes, se les brinda orientación sobre el uso de pastillas y ampollas, así como la frecuencia con la que recibirán estas últimas.

Los usuarios con esquema resistente mencionan en su mayoría que una de las dificultades experimentadas durante el cambio de un esquema a otro fue la incorporación del uso de ampollas. A pesar de que esto implicaba un mayor descanso y una mejora en la alimentación, generando un aumento en el apetito, también señalan que, a pesar del dolor asociado, siendo muchas uno de los principales obstáculos para darle continuidad al tratamiento, sin embargo, son conscientes de que es necesario.

“Al cambiar de fase, si recibe. Me ayudo a entender sobre todo que es necesario el uso de ampollas y pastillas para mi tratamiento”

*Margarita Donayre Poma
Usuario MDR PCT CS San Sebastián*

“Recuerdo que, si me explicaron, pero ya me he olvidado. Al inicio me dolían mucho las inyecciones, a veces me desanimaba en venir, pero lo hacía por mi hermano”.

*Rubí Catillo Juscamaita
Usuario MDR PCT San Sebastián*

4.3.3 Equipos multidisciplinarios de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la irregularidad

Los profesionales de salud que integran el equipo multidisciplinario señalan que varios factores han limitado la asistencia regular al tratamiento. Entre ellos, resaltan los casos de infección por COVID-19, los cuales prolongaban la hospitalización y dificultaban el proceso de recuperación. Además, la farmacodependencia de ciertos usuarios representaba un desafío, ya que, al experimentar mejoría en los primeros meses, cuando muchos de los síntomas como pérdida de apetito, fatiga y tos disminuyen, algunos abandonan el tratamiento, generando resistencia y contribuyendo al aumento de contagios en la población.

Además, las condiciones sociales como el desempleo y recursos económicos, que impiden cumplir con el descanso y cubrir los requerimientos nutricionales necesarios al inicio del tratamiento. Justamente, los profesionales destacan la falta de soporte familiar, ya que muchos usuarios viven solos o tienen dificultades debido a la adicción a drogas, lo que dificulta el cumplimiento del tratamiento.

Ante ello, una de las actividades principales empleadas para abordar estos desafíos fue brindar respaldo psicológico y apoyo familiar para fortalecer el seguimiento. Durante la pandemia, las visitas domiciliarias fueron restringidas, pero el uso de llamadas resultó crucial para monitorear el tratamiento.

“En la estrategia, siempre hubo un lema “adecuarnos al usuario”, ahora con la nueva normativa se nos permite los videos de la toma de”.

*Nélida Melgarejo
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“La enfermera reporta que usuarios está faltando y nosotras participaron con la visita domiciliaria. Por tema de exposición, no realizaba la VD”

*Cyndi Ojeda Marino
Nutricionista PCT San Luis*

Igualmente, la colaboración con promotores de salud resulta fundamental para contribuir con el éxito del tratamiento de los usuarios, ya que durante la pandemia permitió un trabajo conjunto para mejorar la adherencia al tratamiento. Esto fue

especialmente crucial en situaciones que involucraban a mujeres trans con comorbilidades. Sus horarios laborales y las condiciones de salud adicionales, como el VIH, afectaban su capacidad para seguir regularmente el tratamiento, llevando en muchos casos, lamentablemente, al abandono del mismo.

“Los promotores durante la pandemia no se encontraban porque eran vulnerables, sin embargo, socios si, nos ayuda en el seguimiento, sobre todo en los casos de mujeres trans con comorbilidades”.

*Carla Martínez Huamán
Médico PCT CS San Sebastián*

Otro actor clave que participó durante la pandemia, ofreciendo respaldo social y realizando exámenes auxiliares a usuarios que cumplían con criterios de ser diagnosticados por primera vez y carecían de apoyo familiar, fueron los promotores de salud de la ONG Socios en Salud. Se destaca que su contribución fue sumamente valiosa para numerosos usuarios en condiciones de extrema pobreza. Estos usuarios, al igual que otros, no recibían oportunamente su canasta de alimentos, y los promotores de salud no solo brindaron apoyo en este aspecto, sino que también ofrecieron respaldo emocional, como lo expresó uno de los usuarios entrevistados.

“Me dieron ánimo y cariño, porque en si yo me encuentro solo. El apoyo social que me dieron de la ONG Socios en Salud, porque me ayudaron con 200 soles, porque al inicio de mi tratamiento solo estaba recogiendo tomates malogrados, gracias a ellos que me dieron un vale eso fue lo más bonito que tuve, porque esperé para el reparto de canastas como 3 meses, y ahí yo no contaba con nada, mientras recogía alimentos de la basura.”.

*Cardicel Reategui Cesar
Usuario de alta PCT CS San Sebastián*

Es por ello que, como equipos multidisciplinarios, los profesionales de salud enfatizan la relevancia del trabajo en integración, adecuada comunicación y la empatía en el equipo multidisciplinario y compromiso del personal de salud del establecimiento. Estos aspectos son cruciales ya que los principales cuellos de botella es la irregularidad y abandono del tratamiento de los usuarios cuando ya notan mejorías en su salud sin terminar los esquemas de 6 meses, 9 meses o 1 y

año medio dependiendo su tratamiento. Por lo que trabajar articuladamente con los miembros de las familias, lo cual aún representa un limitante mediante actividades extramurales es efectivo para enfrentar dificultades internas en las familias, como la incapacidad de perdonar ciertos eventos que han marcado a algún miembro, brindar el soporte emocional en el entorno familiar y la sensibilización de sus contactos de acuerdo a la realidad de cada usuario.

“El compromiso de todo el personal de salud, no solo del área de PCT y fundamentalmente el soporte psicológico a los pacientes”.

*Nélida Melgarejo
Enfermera PCT CS Mirones Bajos*

“Se trabaja en equipo, todos conocen todo el paciente, si no es así no se puede dar la orientación y no fortalecer la adherencia al tratamiento. Si se conoce al paciente en sus debilidades y fortalezas, solo así se puede trabajar realmente”

*Judith Laguna Sánchez
Enfermera PCT CS Conde de la Vega Baja*

4.3.4 Opinión de los usuarios sobre el trato humanizado por parte del personal de salud

De acuerdo a la mayoría de las opiniones de los usuarios, un factor que contribuye para brindarles ánimo y de esta manera continuar con su tratamiento es la amabilidad como por parte de los profesionales de salud. Sin embargo, resaltan que la disposición y la amabilidad varían según la personalidad, notando que algunos profesionales son más accesibles y fáciles de tratar que otros, generando una cierta desconfianza para realizarles alguna pregunta ante una duda.

“La amabilidad y la facilidad. Estoy estudiando y me dan la medicina un día anterior, lo grabo y lo envié”.

*Paul Quispe Felices
Usuario MDR PCT CS Mirones Bajos*

“La doctora y enfermera me han atendido bien, va preguntando como voy, me va felicitando, y con ello veo mis mejoras eso me hace sentir tranquila y feliz”.

*Luis Eduardo Medrano Tarazona
Usuario PCT Mirones Bajos*

“En cuanto al trato siempre depende de la personalidad. Hay profesionales que son más tratables que otros, se puede confiar más y venir y entender sus dudas”.

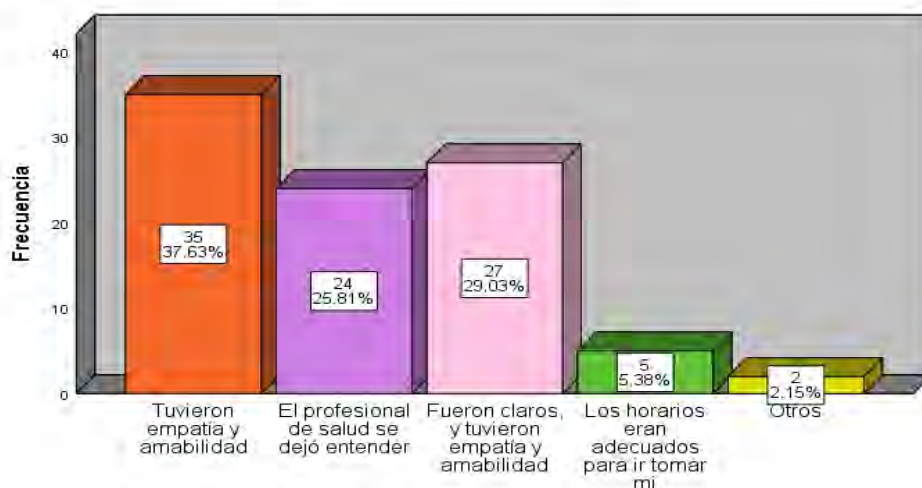
*José Sánchez Joño
Usuario PCT Mirones Bajos*

Ante la pregunta sobre los factores positivos que identifican durante su tratamiento por parte del profesional de salud, los usuarios de alta refieren que la empatía y amabilidad es uno de los principales factores positivos en la atención con el profesional de salud (37.63%), siendo ligeramente mayor la categoría de los que además de identificar empatía y amabilidad también fueron claros (29.03%).

Por lo que a pesar de que se resalta las características de empatía y amabilidad, la claridad con la que llega la información no estaría siendo identificada por la mayoría de los usuarios.

Figura 4.7 Factores positivos por parte del profesional de salud durante la consejería

P14. ¿Qué factores positivos encontró usted en la consejería que le brindo el profesional de salud?



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Precisamente, los usuarios han identificado factores adversos que podrían estar impidiendo que los mensajes sean percibidos de manera clara, lo que afecta la comprensión de los mismos. Esto se relaciona con aspectos como la preocupación acerca del riesgo de contagio, ya que existe limitantes para establecer un horario diferenciado para usuarios en fase positiva con riesgo de contagio y aquellos en fase negativa sin riesgo de contagio. Además, ciertos comportamientos durante la interacción con el usuario contribuyen a esta problemática. Entre ellos se destaca la tendencia a acortar la conversación cuando un usuario plantea preguntas, la falta de explicación de algunos procedimientos de bioseguridad y el distanciamiento abrupto durante las primeras consejerías. Estos aspectos, por consiguiente, tienen un impacto negativo en la calidad del servicio y la satisfacción del usuario con el profesional de salud.

“En cuanto al personal, algunos son cerrados, quieren como acortar el tema, a veces eso me molesta, pero como vengo con paciencia, entiendo que es un centro de salud”.

Paul Quispe Felices

Usuario MDR PCT CS Mirones Bajos

“Que a veces tenemos que estar todos los del tratamiento juntos, la primera vez me asusté, porque éramos 10 juntitos, pero bueno uno se acostumbra”.

Luis Eduardo Medrano Tarazona

Usuario PCT Mirones Bajos

“No veo aspectos negativos. Lo que si puede ser en la infraestructura sería mejorarlo. El espacio es ventilado, el techo, las divisiones”.

Luis Eduardo Carhuallanqui Borja

Usuario PCT San Sebastián

Lo anteriormente mencionado es respaldado por los usuarios de alta, quienes encontraron factores negativos, siendo casi la mitad que identifico algún factor

negativo (49.5%) muy similar a los que no encontraron algunos de estos durante su tratamiento.

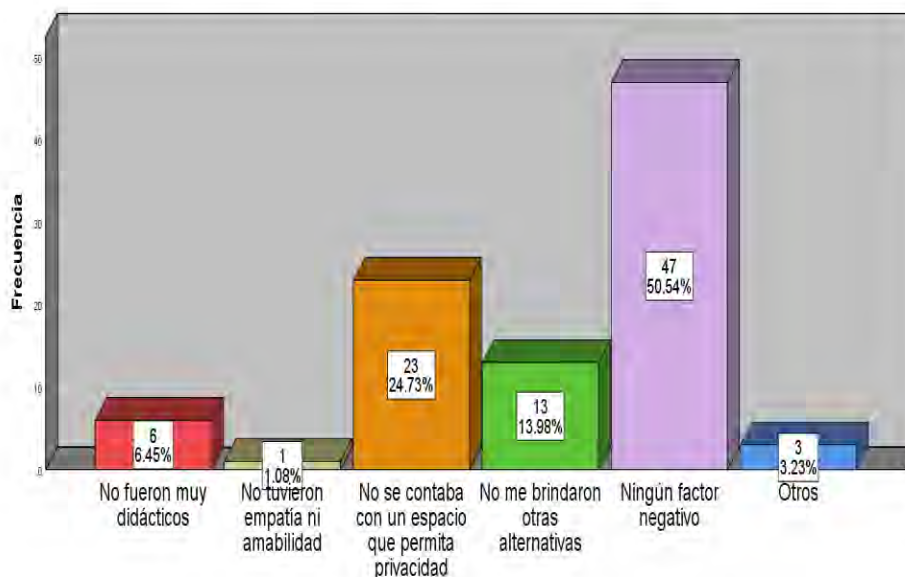
Dentro de los factores negativos se resalta que no se contaba con un espacio que permitiera privacidad durante las entrevistas (24.70%) con el profesional de salud, sobre todo con psicología.

Otro de los factores negativos que resalta, es el hecho de que no le brindaron alguna otra alternativa para la continuidad del tratamiento (14%) cuando presentaban alguna dificultad, lo cual alineado a la forma de como responden sus preguntas generan en ellos reticencia en seguir adelante con ciertos procedimientos o incluso se desaniman a ser constantes en la toma de su medicación.

Figura 4.8

Factores negativos durante la consejería por parte del profesional de salud

P15 . ¿Qué factores negativos encontró usted en la consejería que le brindó el profesional de salud?



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

Al realizar la consulta a los usuarios si en algún momento han experimentado rechazo o discriminación por parte del profesional de salud, han compartido que han sentido rechazo en los momentos en que han formulado preguntas, y han

experimentado respuestas cortantes por parte de los profesionales de salud, lo cual obstaculiza en tener consecuencias significativas en la participación activa y el cumplimiento del tratamiento por parte de los usuarios.

“No le voy a negar en un momento me afecto y dije que ya no quería tomar mis medicamentos. Pero gracias puedo tratarme en una clínica porque al menos ahí me tratan bien, pero me dijeron que TBC es netamente del programa.”

*Gloria Miracles Carrasco Rojas
Usuario MDR PCT CS San Sebastián*

“Rechazo como tal no, pero si he sentido un acortamiento o el querer terminar rápido”.

*José Sánchez Joño
Usuario PCT San Sebastián*

“Algunos son más quisquillosos, se alejan cuando dan alguna orientación, no solo conmigo, sino con los demás. Una vez la enfermera se puso 4 guantes para colocarme una inyección. Lo sentí un poco discriminador, sentí que eso fue muy extremista. El rato en que me puso la ampolla lo vi como una burla. Pasado ese suceso no me hablo”.

*Margarita Donayre Poma
Usuario MDR PCT San Sebastián*

Sin embargo, al ser formulada la pregunta a los usuarios, la mayoría de los encuestados no identifico alguna situación de rechazo o discriminación, el 9.68% de los usuarios si identifico dichas situaciones, afirmando de que, si existe la presencia de estas actitudes por parte del profesional de salud durante, el cual si es identificado por los usuarios.

Tabla 4.5

Experiencias de rechazo o discriminación por parte del profesional de salud durante su tratamiento

En algún momento de su tratamiento se sintió rechazado o discriminado por parte del profesional de salud	%	N° Usuarios
NO	90.32	84
SI	9.68	9
Total	100.0	93

Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro

A raíz del análisis anteriormente mencionado, las recomendaciones que manifiestan la mayoría de los usuarios van desde reforzar el trato que se mejore en la amabilidad y la empatía en dar facilidades en caso se presente alguna dificultad. Pues justamente la población afectada es económicamente activa, en donde la flexibilidad de horarios y formas de seguimiento empleando los medios digitales para el control de su tratamiento, juegan un rol importante en la actualidad.

“Seguir con las facilidades que me dan para el tratamiento. La enfermera dijo que iba a rezar por mi esposo, esa preocupación que sentí de parte de ella, más allá de que tomé algún medicamento, me hizo sentir que ella si se preocupaba por mí.”

*Luis Eduardo Medrano Tarazona
Usuario PCT CS Mirones Bajos*

“Que sigan entendiendo a los pacientes, la doctora Susana siempre está bien conmigo, me entendió, converso conmigo, con mis padres y sobre todo entendía que estaba llevando mis cursos en la academia”.

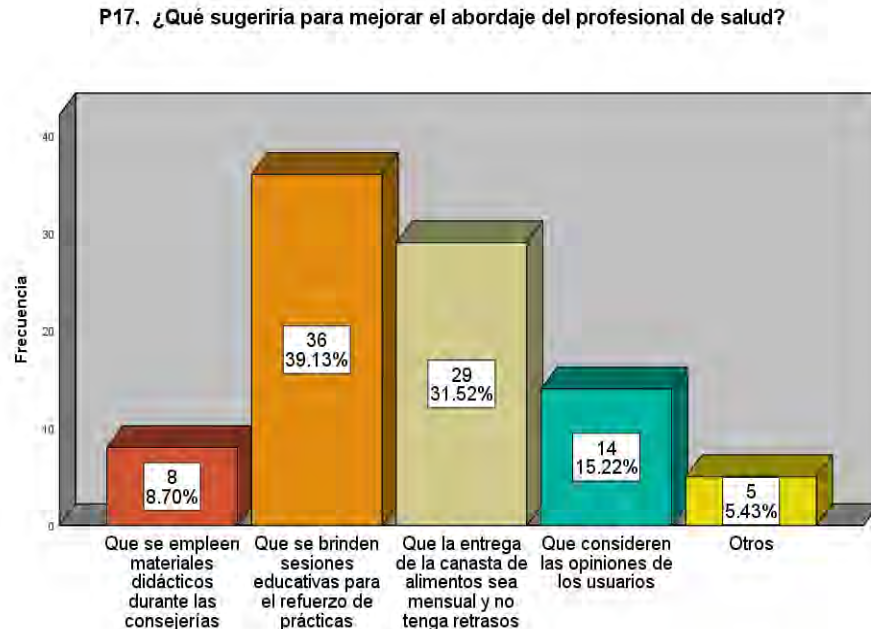
*Alexandra Castañeda Mendoza
Usuario PCT CSMI Surquillo*

Finalmente, los usuarios de alta resaltan que se brinden sesiones educativas para el refuerzo de prácticas saludables en psicología y nutrición (38.70%), seguido de que la entrega de canastas sea mensual y no tenga retrasos (31.2%), además el sugerir que las opiniones de los usuarios sean consideradas.

Estas sugerencias representan respuestas a los principales desafíos identificados por la mayoría de los usuarios. Sin que los profesionales de salud comprendan la realidad individual de cada usuario, es poco probable que se incorpore un ambiente de confianza en donde los usuarios se encuentren cómodos expresando sus inquietudes y adoptando nuevas prácticas saludables. Además, dada la vulnerabilidad de la salud de los usuarios, es crucial que el refuerzo a través de la alimentación se aborde de manera oportuna, ya que existe el riesgo de no favorecer la recuperación del usuario tanto desde una perspectiva nutricional como emocional.

Figura 4.9

Sugerencias para mejorar el abordaje del profesional de salud



Nota. Fuente: Encuesta a usuarios de alta de los establecimientos de salud. Lima Centro.

4.3.5 Hallazgos relacionados a los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios

En la aplicación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento, se reconocieron 2 factores contribuyentes y 4 factores limitantes.

- **Factores que han contribuido la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios**

Respaldo psicológico y apoyo familiar: Es preciso señalar que al tener restringido las visitas domiciliarias, los profesionales de psicología emplearon las llamadas para mantener la atención y monitorear de cerca el acompañamiento psicológico a los usuarios y sus familiares. Esto no era realizado antes, pues todo era durante las atenciones presencial.

Según lo manifestado por los profesionales, la manera de brindar apoyo emocional a los usuarios a pesar de que se empleó otro método, resultó ser mucho más eficaz porque podían conversar también con los miembros de la familia que estaban durante la llamada. Es así que los usuarios identificaron la necesidad de recibir este apoyo, pues los motiva a continuar con el tratamiento, y a sobrellevar la lucha interna de tristeza y desesperación que al inicio suelen experimentar.

Colaboración con promotores de salud: Al existir las restricciones en las visitas domiciliarias, mencionado anteriormente, por parte de los profesionales era difícil darles seguimiento a los usuarios irregulares quienes estaban en riesgo de abandono, a través de llevarles a sus domicilios su tratamiento por lo que a través de la participación de las promotoras de salud, quienes conocen la respectiva jurisdicción de sus establecimientos de salud y a las personas de esta, permitió mejorar la adherencia de los usuarios, al designarles un grupo de usuarios para ser responsables de ellos. emerge como un factor fundamental que contribuye al éxito del tratamiento de los usuarios.

Por otro lado, los usuarios manifestaron que los promotores de salud, quienes conformaban un número reducido le brindaron motivación y cariño para poder seguir continuando con el tratamiento, pues los usuarios asignados hacia ellos al final si lograron culminar su tratamiento con éxito y resalta importancia de incluir enfoques más flexibles.

- **Factores que han limitado la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de usuarios**

Limitada capacitación integral: De acuerdo a la información proporcionada por los usuarios y profesionales de salud, la totalidad de los profesionales que integran el equipo multidisciplinario no han recibido capacitaciones sobre el abordaje de usuarios con comorbilidades como diabetes (DM-TB) y VIH (VIH-TB), sobre todo los profesionales de psicología y nutrición manifiestan recibir capacitaciones de forma particular, ello crea una brecha en la estandarización de mensajes impartidos

por el equipo multidisciplinario lo que genera desafíos para abordar las diversas necesidades de los usuarios.

Ante ello, los usuarios con comorbilidades como diabetes o VIH señalan la falta de orientación específica para abordar estas condiciones e incluir cambios acordes a los requerimientos propios de su estado de salud.

Débil soporte familiar: Los profesionales de salud resaltan que las limitaciones personales, como las reacciones emocionales y la falta de fuerza de voluntad, como factores que obstaculizan el cumplimiento de las orientaciones sobre nutrición y psicología. Se detectó que la falta de respaldo familiar en donde las barreras individuales representan desafíos significativos para la implementación de cambios en los hábitos de prácticas saludables.

Se identificó que el trabajo articulado con los miembros de las familias se ve limitado por diversos factores, como la incapacidad de perdonar ciertos eventos que han marcado a algún miembro de la familia y que, al no trabajarse en conjunto con los profesionales de salud, representan barreras para la colaboración efectiva con las familias, lo que podría ser crucial en las etapas de tratamiento y recuperación de los usuarios.

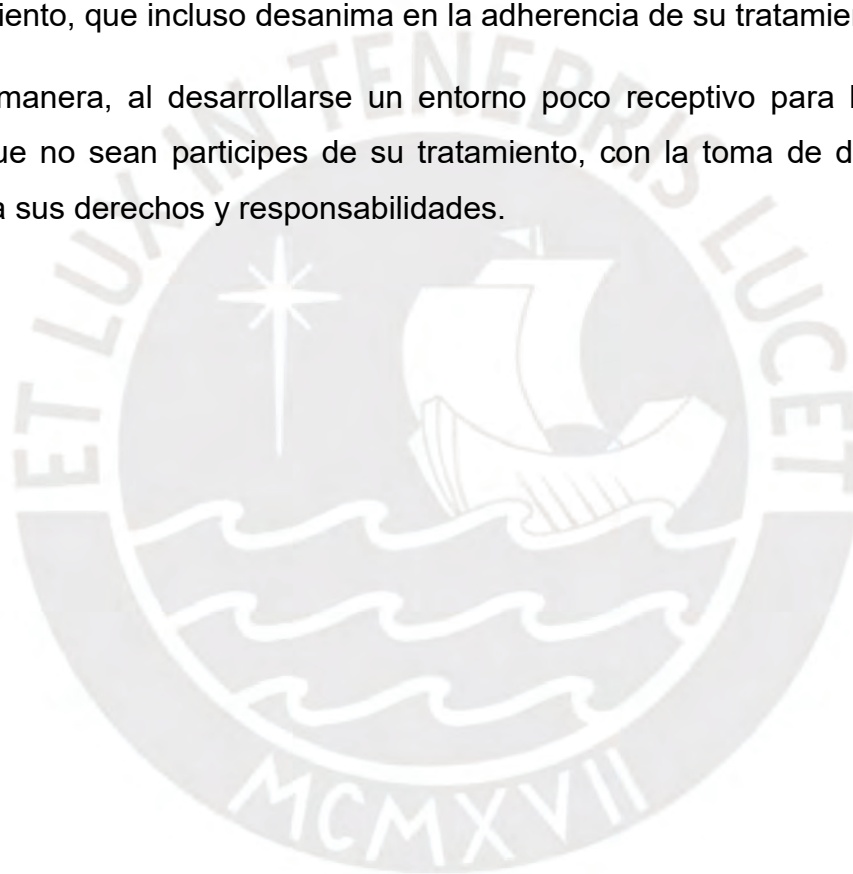
Farmacodependencia en los usuarios: Los usuarios con esquemas resistentes, cuyo tratamiento es más largo, son los que en su mayoría presentan como antecedentes adicciones al alcohol y/o drogas, por lo que se presentan mayores dificultades durante el cambio de un esquema con solo pastillas a otro como es el resistente que incluye la colocación de ampollas de forma diaria. Este desafío adicional, es para los profesionales el reto de hacer que continúen con su tratamiento, pues son los que tienen más faltas y no llegan de terminar su tratamiento, los cuales representan al grupo de usuarios que lo abandonan, pese a que se les vuelve a iniciar el tratamiento cuando regresan sin embargo ello generando resistencia y contribuyendo a las causas de aumento de contagios en la población.

Limitación en la participación activa de los usuarios: Durante las atenciones y el trato con algunos de miembros del equipo multidisciplinario, los usuarios sienten

ser rechazados al plantear preguntas sobre su tratamiento o condición de salud, y además perciben que estas respuestas son abruptas o cortantes, generando en ellos una percepción negativa sobre ellos. A raíz de ello, se sienten con desmotivados para volver hacer las consultas iniciales, limitándolos en el involucramiento activo de su tratamiento.

Se identificó que el temor al rechazo y la anticipación de respuestas poco receptivas actúan como barreras psicológicas que obstaculizan la disposición de los usuarios para formular preguntas, expresar inquietudes o buscar información adicional sobre su tratamiento, que incluso desanima en la adherencia de su tratamiento.

De esta manera, al desarrollarse un entorno poco receptivo para los usuarios, delega que no sean participes de su tratamiento, con la toma de decisiones de acuerdo a sus derechos y responsabilidades.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

La presente investigación dirigida al “Análisis de la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis. El caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023”, se concluye lo siguiente:

5.1.1 Conclusiones de la pregunta I: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud

- a. La identificación de usuarios sospechosos en lugares clave de la comunidad para la recolección de muestras de esputo (BK) permitió positivamente al proceso de diagnóstico temprano, en tiempos de aislamiento social, facilitando la detección de posibles casos permitiendo una intervención oportuna.
- b. La implementación exitosa del telemonitoreo mediante llamadas y registros de la toma de medicamentos resalta la capacidad de la tecnología para superar barreras y mejorar el acceso a la atención, ofreciendo un enfoque más conveniente al usuario y adaptable sus necesidades individuales.
- c. Los profesionales de salud del equipo multidisciplinario, en su mayoría, resaltan la carencia de formación de todos los integrantes en prácticas de prevención y control de tuberculosis, lo cual afecta al correcto empleo de las medidas preventivas hacia los usuarios.
- d. Existe limitación en la realización de visitas domiciliarias desde la pandemia siendo resaltada por los profesionales de salud, afectando en demoras del seguimiento y continuidad de apoyo en los usuarios, quienes manifiestan inquietudes y preocupaciones durante el proceso del tratamiento.
- e. Los usuarios, en su mayoría expresan una actitud reticente a la aceptación o participación en las intervenciones propuestas por los profesionales de salud, influenciada por creencias, religión y testimonios de personas cercanas.

- f. Se determinó que la falta de consejerías completas y sesiones demostrativas por parte del equipo multidisciplinario, especialmente en términos de orientación nutricional, limita la comprensión integral del tratamiento por parte de los usuarios, afectando directamente la capacidad de los usuarios para incorporar nuevas prácticas saludables, especialmente en el ámbito de la alimentación.
- g. Los usuarios, en su mayoría reconocen la ausencia de recursos didácticos, como folletos, durante las sesiones de consejería dirigido por los profesionales de salud, justamente en las etapas iniciales del diagnóstico, cuando la vulnerabilidad emocional afecta la retención de información.
- h. El gobierno local viene realizando entregas inoportunas de canastas por parte de los municipios producto de complicaciones logísticas, con usuarios enfrentando problemas como la falta de permisos, olvido de fechas de reparto y cambios administrativos que afectan la puntualidad y completitud de las entregas por parte del gobierno local.
- i. Existe una escasa verificación de alimentos de la canasta tanto por los responsables del área de PCT como usuarios, siendo un factor limitante significativo en el proceso de entrega y recepción de las canastas de alimentos del PANTBC.
- j. La expresión limitada de empatía por parte de los profesionales de salud impacta negativamente en la calidad del tratamiento y la motivación del usuario.

5.1.2 Conclusiones de la pregunta II: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente de exposición de personas susceptibles del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro

- a. La implementación del uso obligatorio de mascarillas durante la atención se destaca como una de las medidas de protección respiratoria significativa que contribuye a minimizar el riesgo de transmisión en entornos expuestos, promoviendo un ambiente más seguro para los profesionales de la salud y usuarios.

- b. La promoción del lavado de manos y concientización en los usuarios se posiciona como un factor esencial que contribuye a los hábitos saludables y a la reducción de la transmisión de enfermedades.
- c. Los usuarios, en su mayoría identificaron a la toma de rayos X como la principal dificultad, ya que el equipo a menudo se encuentra en mal estado o carece de los insumos necesarios para la entrega de placas físicas, afectando la calidad de los diagnósticos y la rapidez en su atención.
- d. Existe la ausencia de un espacio destinado para la unidad recolectora de muestras en un establecimiento de salud afectando la eficiencia en la recolección de muestras, sino también elevar el riesgo de contagio entre los usuarios y profesionales de salud.
- e. Los usuarios generalmente manifiestan preocupaciones sobre la duración de la sintomatología, la disminución de la carga bacilar y la posibilidad de contagio a seres queridos, así como la reintegración a las actividades diarias y alimentación equilibrada las cuales no estarían siendo resueltas.

5.1.3 Conclusiones de la pregunta III: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente al incremento de la tasa de éxito del tratamiento

- a. El respaldo psicológico y apoyo familiar a los usuarios se reveló como un factor clave para mejorar su seguimiento, más aún cuando las visitas domiciliarias estaban restringidas, la atención y el apoyo emocional mediante llamadas fueron herramientas cruciales para mantener la conexión y monitorear de cerca el tratamiento.
- b. La colaboración activa con promotores de salud como parte de la articulación de actores emerge como un factor fundamental que contribuye al éxito del tratamiento de los usuarios, al facilitar la comunicación, la educación y el respaldo necesario para cumplir las pautas preventivas y terapéuticas.
- c. La mayoría de los profesionales del equipo multidisciplinario no han recibido formación principalmente en el contexto de VIH-TB, lo que genera desafíos

- para abordar las diversas necesidades de los usuarios, creando una brecha en la estandarización de mensajes impartidos por el equipo multidisciplinario.
- d. Los usuarios con comorbilidades como diabetes o VIH señalan la falta de orientación específica para abordar estas condiciones de salud adicionales. La carencia de información específica representa un obstáculo para la gestión sanitaria, comprometiendo la efectividad de las intervenciones.
 - e. Se identificó que las orientaciones sobre nutrición y psicología se ve considerablemente afectada por las limitaciones personales y familiares de los usuarios como la presencia de barreras individuales, reacciones emocionales y la falta de fuerza de voluntad, que actúan como obstáculos significativos para la implementación exitosa de las recomendaciones.
 - f. Los usuarios con esquemas resistentes y antecedentes de farmacodependencia, son más propensos a experimentar interrupciones y faltas en su tratamiento, llegando a abandonarlo, generando un ciclo de abandono y reinicio que contribuye a la resistencia y, en última instancia, a las tasas de aumento de contagios en la población.
 - g. La identificación de barreras psicológicas, como el temor al rechazo y la anticipación de respuestas poco receptivas de profesionales de la salud, forman parte de obstáculos significativos para la disposición de los usuarios a participar activamente en su atención, siendo no partícipes activos de su tratamiento ni en la toma de decisiones acorde a sus derechos y responsabilidades

5.2 RECOMENDACIONES

Luego de culminar con la investigación respecto al “Análisis de la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis. El caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de Lima Centro, 2020-2023”, y revisando los principales hallazgos y conclusiones, se recomienda lo siguiente:

5.2.1 Recomendaciones de la pregunta I: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud

- a. Fortalecer y ampliar la formación del profesional encargado del equipo multidisciplinario a través de capacitaciones de la identificación de usuarios sospechosos no solo en el establecimiento de salud sino en lugares clave de la comunidad.
- b. Ante los resultados positivos de la implementación del telemonitoreo como medida alternativa de seguimiento en la verificación de la toma de medicamentos en los usuarios, se sugiere a nivel técnico de la estrategia de Lima Centro, explorar opciones de tecnología más avanzada para mejorar aún más la eficiencia de esta, como aplicaciones móviles o dispositivos de seguimiento remoto hacia los usuarios que se les brinda el tratamiento en domicilio
- c. Establecer sesiones regulares de actualización y capacitación continua para garantizar que todos los profesionales de salud que conforman el equipo multidisciplinario estén debidamente informados sobre las medidas preventivas de protección respiratoria, ambiental y administrativas para que este pueda ser replicado durante las consejerías respectivas con los usuarios y sus contactos.
- d. Para asegurar la adherencia en los usuarios, se recomienda al equipo multidisciplinario desarrollar protocolos claros para minimizar las demoras en el seguimiento y garantizar la continuidad del apoyo a los usuarios empleando medio digitales como wsp, llamadas telefónicas.
- e. Las intervenciones de salud deben ajustarse a los requerimientos individuales y valores culturales como creencias, costumbres de los usuarios, por lo que es necesario que el multidisciplinario personalice estas intervenciones integrales con enfoques de género e interculturalidad como parte del plan de trabajo del servicio.
- f. Implementar con regularidad sesiones demostrativas y consejerías más completas dirigido a los usuarios del área de PCT de los centros de salud, especialmente en términos de orientación nutricional, empleando réplica de kit de alimentos pues son menos costosos y tienen una duración prolongada.
- g. A los integrantes del equipo multidisciplinario como medicina, enfermería, nutrición, psicología y obstetricia garantizar la disponibilidad y distribución

- oportuna de recursos didácticos durante sus respectivas consejerías, especialmente en las etapas iniciales del diagnóstico.
- h. Ante la problemática de desabastecimiento y demora en las entregas de la canasta, se recomienda al área de alimentación complementaria del Gobierno local de Lima, implementar sistemas de monitoreo para evaluar la eficacia y la puntualidad de las entregas, realizando ajustes según sea necesario
 - i. Al profesional de nutrición, establecer un sistema de retroalimentación para que los usuarios que recibieron la canasta de alimentos durante las fechas programadas por el municipio informen cualquier problema con la calidad o cantidad de los alimentos.
 - j. Implementar programas de formación en habilidades comunicativas y empatía para el equipo multidisciplinario del área de PCT a fin de que los usuarios puedan recibir una atención con trato humanizado que garantice su adherencia.

5.2.2 Recomendaciones de la pregunta II: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente de exposición de personas susceptibles

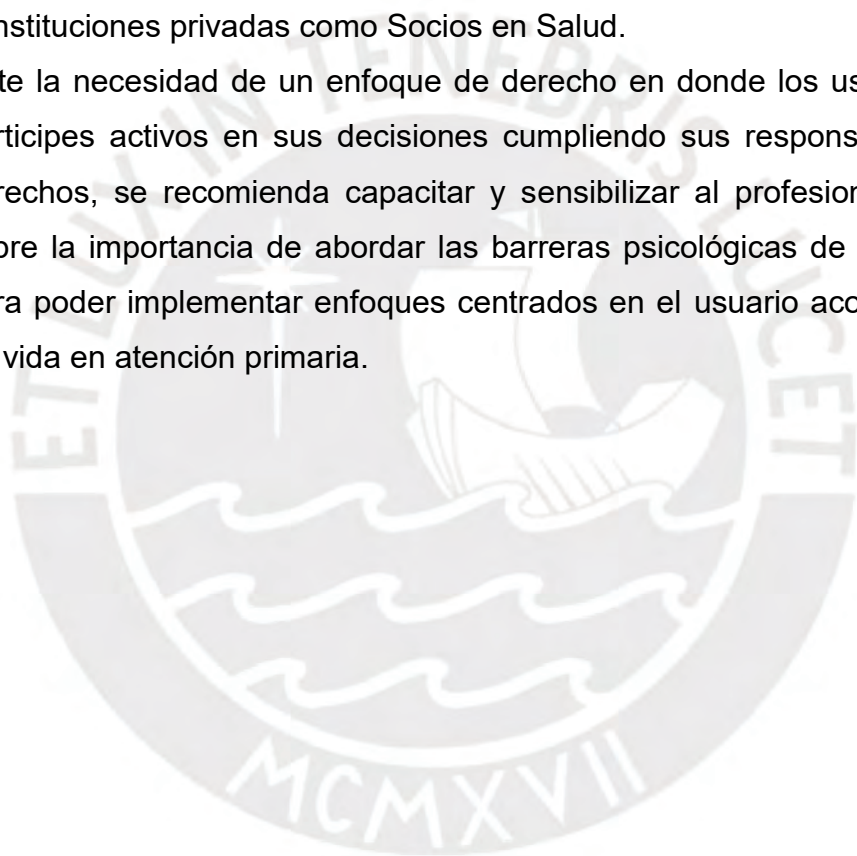
- a. La información que manejen los usuarios sobre una de las principales medidas para prevenir el contagio desde el inicio de su tratamiento es el uso adecuado de las mascarillas, por lo que es necesario incluirlo dentro de la agenda de capacitaciones de parte de la estrategia de DIRIS Lima Centro para todo el equipo multidisciplinario.
- b. Al médico responsable del establecimiento de salud, garantizar que la instalación de estaciones de lavado de manos sea en espacios estratégicos de los centros de salud, especialmente en la entrada del establecimiento y asegurar que el área de PCT cuente con ello.
- c. Se sugiere explorar la posibilidad de implementar tecnologías alternativas, como la radiografía digital, para aumentar la calidad y eficiencia de los diagnósticos asegurando que los usuarios tengan toda la batería de exámenes completos.

- d. Incluir en el área de PCT del establecimiento la implementación de un espacio específico y adecuado para la recolección de muestras, teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.
- e. Ante las inquietudes específicas de los usuarios sobre la duración de la primera y segunda fase de su esquema, se recomienda a los profesionales de salud elaborar sesiones de educación y consejería, incluyendo temas relacionados a la carga bacilar como a la reintegración a las actividades diarias.

5.2.3 Recomendaciones de la pregunta III: Factores que han contribuido o limitado la implementación del componente al incremento de la tasa de éxito del tratamiento

- a. Ante la necesidad del soporte emocional y familiar en los usuarios, se recomienda al profesional de psicología desarrollar servicios de apoyo psicológico remoto para usuarios, especialmente aquellos con restricciones en las visitas domiciliarias, así como ser la primera intervención que tenga el usuario a fin de que este pueda estar una mejor apertura para cumplir con las recomendaciones brindadas por el equipo multidisciplinario de salud.
- b. Al equipo multidisciplinario de salud, incluir canales de comunicación efectivos a ser empleados con los actores sociales para asegurar la transmisión adecuada de información en cuanto al acompañamiento, seguimiento y acciones que aseguren la adherencia del usuario.
- c. Facilitar a todo el equipo multidisciplinario oportunidades de educación continua y actualización sobre las últimas pautas y enfoques en el tratamiento de VIH-TB para lograr la colaboración interdisciplinaria para abordar las diversas necesidades de los usuarios que presenten estas comorbilidades.
- d. A la estrategia de PCT de los centros de salud de Lima Centro en conjunto con el equipo técnico de DIRIS, diseñar materiales educativos para usuarios con diabetes /TBC y VIH/TBC acordes a sus necesidades, para que puedan ser empleados en las consejerías y sesiones educativas.

- e. A los profesionales de nutrición y psicología, desarrollar las orientaciones nutricionales y psicológicas según las limitaciones individuales, familiares y determinantes sociales de los usuarios involucrando a familiares en el proceso educativo para crear un entorno de apoyo que facilite la implementación de recomendaciones.
- f. Debido a alta demanda de abandono de usuarios con esquemas resistentes y antecedentes de farmacodependencia, se recomienda desarrollar programas de apoyo específicos liderados por los profesionales de psicología para este grupo de usuarios articulados con los actores sociales e instituciones privadas como Socios en Salud.
- g. Ante la necesidad de un enfoque de derecho en donde los usuarios sean participes activos en sus decisiones cumpliendo sus responsabilidades y derechos, se recomienda capacitar y sensibilizar al profesional de salud sobre la importancia de abordar las barreras psicológicas de los usuarios para poder implementar enfoques centrados en el usuario acorde al curso de vida en atención primaria.



CAPÍTULO VI

PROPUESTA DE MEJORA

IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE TELEORIENTACIÓN MEDIANTE LAS TIC DIRIGIDA A USUARIOS CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA CENTRO QUE ASEGURE LA ATENCIÓN INTEGRAL OPORTUNA

Del presente estudio se analizaron un conjunto de factores que obstaculizan la ejecución del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Lima Centro , se han evaluado los componentes sanitarios, ambientales, sociales y culturales que deben considerarse para replantearlo, llevando el servicio de manera más eficiente y accesible para los usuarios y los diferentes grupos de interés, donde se priorice la atención oportuna e integral en las etapas de prevención, tratamiento y recuperación, promoviendo medidas que reduzcan las disparidades y desigualdades que surjan durante dicho proceso.

En el marco de la Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ENSPCT), cada centro de atención primaria de salud ofrece el servicio de Consejería Integral para la Tuberculosis (PCT), donde los usuarios reciben asesoramiento completo de los profesionales de la salud desde el comienzo de su tratamiento. Sin embargo, existe falta de conocimiento entre los usuarios sobre cómo llevar a cabo prácticas saludables para su recuperación debido a la falta de oportunidad en la recepción de sus consejerías.

Dado que el equipo multidisciplinario de salud conformado por profesionales del área de nutrición, psicología y servicio social no están exclusivamente asignados al servicio de PCT, es crucial involucrar otro medio de comunicación entre los usuarios y el profesional de la salud. Por lo tanto, es fundamental implementar un programa de teleorientación que garantice que los usuarios reciban sus asesoramientos de manera completa y puntualmente.

Es reconocido que el uso de la Tecnología de la Información y la Comunicación (TIC) está establecido en la normativa técnica para usuarios con tuberculosis. No obstante, es necesario asegurar que la unidad ejecutora de salud reconozca nuevas acciones para abordar la atención hacia los usuarios dentro del área de PCT en el primer nivel de atención.

6.1 Objetivo General

Implementar un programa de teleorientación para garantizar que los usuarios con tuberculosis reciban consejerías integrales de manera completa y oportuna, incorporando las Tecnologías de Información y la Comunicación (TIC).

6.2 Objetivo específico

6.2.1 Desarrollar un programa de teleorientación para usuarios con tuberculosis, estableciendo protocolos claros y eficientes en los servicios de nutrición, psicología y servicio social para consejerías integrales mediante las TIC.

6.2.2 Capacitar al profesional de salud de nutrición, psicología y servicio social, brindando las habilidades y herramientas necesarias para realizar consejerías integrales de manera efectiva y adaptada a las TIC.

6.3 Ejes transversales de la propuesta

6.3.1 Enfoque ambiental

El enfoque ambiental buscará promover la implementación de un programa de teleorientación a través de la telemedicina para usuarios con tuberculosis mediante la integración de prácticas sostenibles que reduzcan el impacto ambiental vinculadas al uso de tecnologías de información y comunicación (TIC). Además, se podría fomentar el uso de herramientas de teleorientación que permitan una reducción de materiales impresos empleados para atención presencial.

6.3.2 Enfoque intercultural

Este enfoque busca valorar el respeto hacia diversidad cultural de los usuarios, lo cual permitirá adaptar estrategias de comunicación y atención a sus necesidades específicas para ello es necesario la inclusión de profesionales de la salud con sensibilidad cultural y conocimiento de las diferentes prácticas y creencias

relacionadas con la salud durante el abordaje de su tratamiento, además de sensibilizar a otros actores que están involucrados con su atención de manera promocional como preventiva.

Asimismo, es importante que el uso de otra forma de comunicación sea accesible y culturalmente relevante que permita a los usuarios expresar sus requerimientos y necesidades de manera efectiva hacia los profesionales de la salud.

6.3.3 Enfoque de derechos

El reconocimiento de que la atención integral es un derecho esencial para todos, por lo que es relevante que el enfoque de derechos sea aplicado en los usuarios con tuberculosis por su condición de vulnerabilidad, en el reconocimiento del acceso a los servicios de salud y a la información sobre toda la duración de su tratamiento, abordando sus necesidades y preocupaciones de manera adecuada.

Para el desarrollo de esta propuesta es necesario asegurar que el programa de teleorientación se implemente de manera inclusiva y equitativa, garantizando que todos los usuarios, independientemente de su situación socioeconómica, cultural o de salud puedan acceder a las consejerías integrales por parte del profesional de salud de manera completa y oportuna.

6.4 Actividades a desarrollar (PRIORIDADES)

Desde el establecimiento de salud:

-Diseñar un plan de atención detallado que incluya los objetivos, actividades, cronograma y recursos necesarios para la aplicación de la teleorientación en las áreas de nutrición, psicología y servicio social.

-Establecer protocolos claros y eficientes para la prestación de consejerías integrales, definiendo roles y responsabilidades del profesional de la salud involucrado a través de uso de las TIC, considerando su accesibilidad, seguridad y capacidad para integrarse a ellas.

-Reunir un equipo multidisciplinario que incluya profesionales de nutrición, psicología y servicio social, los cuales promuevan un enfoque integral en la

prestación de consejerías a través de la cooperación y comunicación entre los integrantes del equipo de salud.

-Realizar entrevistas y encuestas a usuarios afectados por tuberculosis para entender sus necesidades y expectativas en cuanto a la consejería integral durante la teleorientación.

Desde el equipo técnico DIRIS Lima Centro:

-Capacitar al profesional de salud en el uso correcto de las herramientas tecnológicas seleccionadas, asegurando su familiaridad y competencia en su aplicación.

-Realizar evaluaciones periódicas para medir el impacto de la teleorientación en la consulta externa, identificando áreas de mejora y ajustándolos según sea necesario a las necesidades de los usuarios.

-Desarrollar manuales, guías y materiales educativos que apoyen la implementación de los protocolos de consejería integral, asegurando su comprensión y utilidad para el personal de salud y los usuarios.

6.5 Acciones estratégicas

6.5.1 La teleorientación como parte del protocolo de atención

Si bien la norma técnica para los usuarios afectados con tuberculosis (NTS N°200-MINSA/DGSP-2023) incluye la teleorientación como un método para acercar la atención al usuario, es crucial que se integre en los protocolos de atención de servicios como nutrición, psicología y servicio social, para ello es necesario que integre el protocolo de atención de los servicios de nutrición, psicología y servicio social, para ello los profesionales de la salud deben tener la predisposición para que forme parte de la consejería externa al usuario y el seguimiento por parte desde el equipo técnico de la DIRIS Lima Centro

6.5.2 Formar equipos multidisciplinares de la salud

La participación coordinada entre los diferentes profesionales de la salud que lo integra nutrición, psicología y servicio social como también el personal

administrativo que integran los establecimientos de salud será fundamental para llevar a cabo una correcta implementación del programa. Esto se logrará mediante una planificación y organización adecuadas, dada la variedad de actividades ya establecidas para los profesionales de la salud.

6.5.3 Implementar un seguimiento continuo a los usuarios

Es necesario realizar un seguimiento regular de la interacción y nueva experiencia de los usuarios con la consejería integral brindada por los profesionales de la salud, a fin de garantizar una atención oportuna y adaptada a sus necesidades, permitiendo la identificación de puntos claves para su adaptación y mejoras.

En la Figura 4.10 se muestra la zona de intervención con la implementación de un programa de teleorientación mediante las TIC dirigida a usuarios con tuberculosis de los establecimientos de Mirones Bajos, San Sebastián, así como en el Centro Materno Infantil de Surquillo que pertenecen a la Dirección de Redes Integradas de Lima Centro.

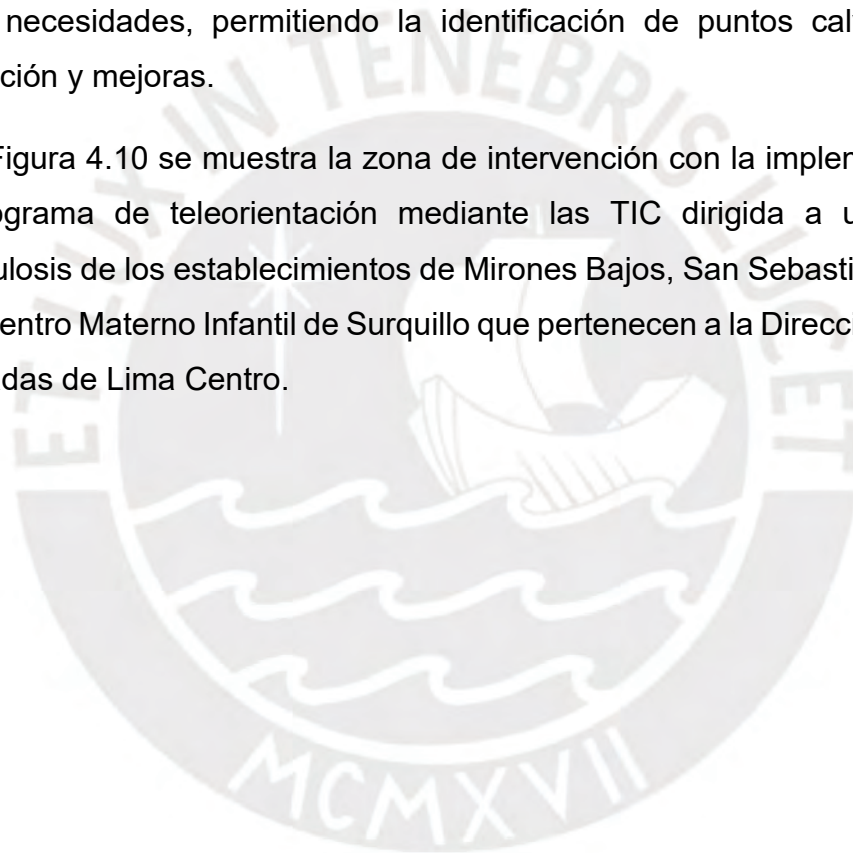
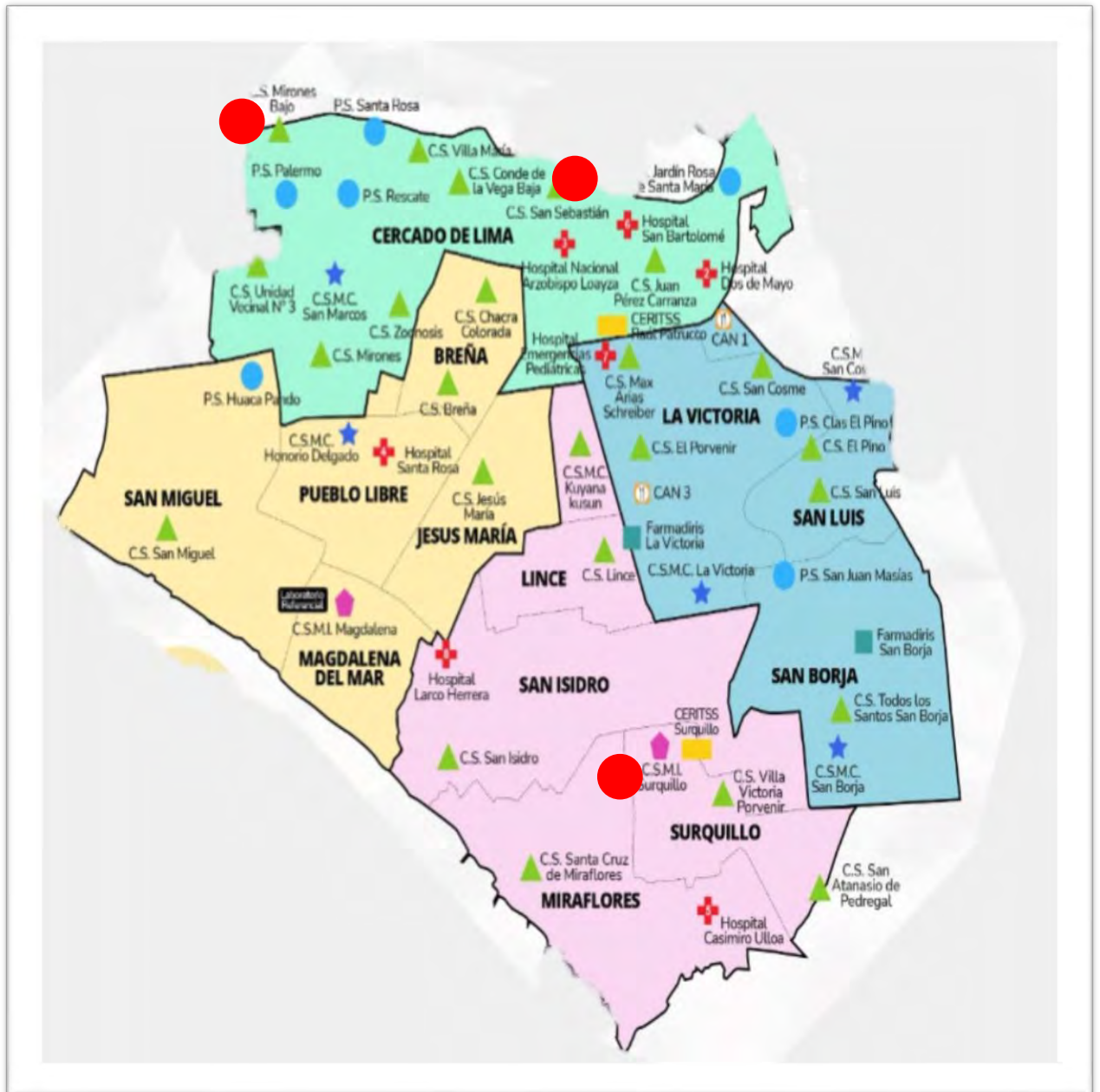


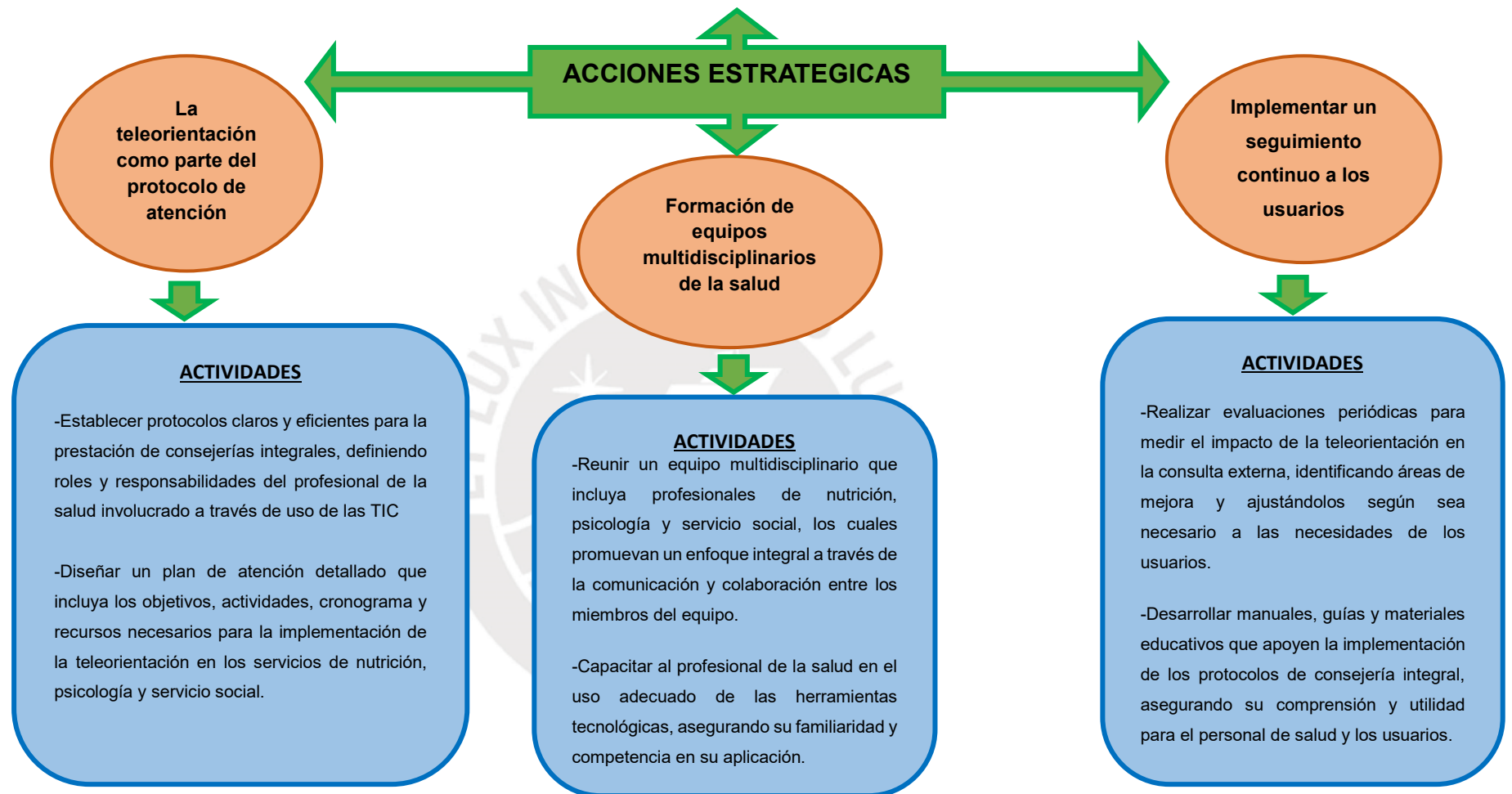
Figura 4.10

Mapa de la zona de intervención de la propuesta de mejora



Fuente: Mapa Jurisdiccional DIRIS Lima Centro, 2024

PROPUESTA DE MEJORA: "IMPLEMENTAR UN PROGRAMA DE TELEORIENTACIÓN MEDIANTE LAS TIC DIRIGIDA A USUARIOS CON TUBERCULOSIS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LIMA CENTRO QUE ASEGURE LA ATENCIÓN INTEGRAL OPORTUNA "



Fuente: Elaboración propia, en base a información recogida en campo.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, V., Alarcón, E., Figueroa, C., & Mendoza, A. (2017). Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Rev Peru Med Salud publica*, 1-12.
- Asenjo, J., & Loza, M. (2018). Mejora en la Optimización del uso de los cursos públicos del programa presupuestal TBC-VIH/SIDA para el componente de TB en Lima Metropolitana. *Postgrado Universidad Continental*, 1-138.
- Bernal, O., López, R., Montoro, E., Avedillo, P., Westby, K., & Ghidinelli, M. (2020). Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. *Rev. Panamericana de salud pública*.
<https://www3.paho.org/ods3/wp-content/uploads/2021/05/v44e1532020.pdf>
- Bernal, O., Lopez, R., Montero, E., Avedillo, P., Westby, K., & Ghidemelin, M. (2020). Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los. *Rev Panam Salud Publica*, 44:e153.
- Bhunu, C., Mushayabasa, S., & Smith, R. (2011). Evaluación de los efectos de la pobreza en la dinámica de transmisión de la tuberculosis. *Modelado matemático aplicado*, 36, 4173-4185.
- CDC. (12 de agosto de 2012). *Centros para el control y prevención de enfermedades*.
<https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/factsheets/drtb/mdrtbspanish.htm>
- CEPAL. (13 de agosto de 2022). <https://www.cepal.org/es/temas/agenda-2030-desarrollo-sostenible/objetivos-desarrollo-sostenible-ods>
- Congreso de la República. (14 de diciembre de 2014). Ley N°30287. Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. *El Peruano. Normas legales*, págs. 539860-239865.
- Costa, M., & López, E. (2005). Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Ediciones Pirámide.
- De la Vega, Á., & Santillán, M. (13 de Febrero de 2020). *El acceso a la energía*. Encyclopédie de l'énergie: <https://www.encyclopedie-energie.org/es/acceso-energia/>
- DIRIS Lima Centro. (2020). *Análisis Situacional de Salud*. Ministerio de Salud, Lima. <https://dirislimacentro.gob.pe/epidemiologia/>

- DPCTB. (10 de agosto de 2022). *MINSA*.
<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>
- DPCTB. (19 de octubre de 2023). DPCTB: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
- DRISLC. (10 de agosto de 2022). *Dirección de Redes Integradas de Lima Centro. portal Web*. <https://dirislimacentro.gob.pe/directorio-establecimientos/>
- Escobar, G., Schwalb, A., Lizarraga, K., Guerovich, P., & Gil, C. (2020). Coocurrencia espacio-temporal de focos críticos de tuberculosis, pobreza y contaminación del aire en Lima, Perú. *BMC*, 9:32.
- Espinoza, L., & Ysunza, A. (2022). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Ciencia Ergo Sum*, 293-301.
- ESSALUD. (10 de Marzo de 2024). *Biblioteca ESSALUD*.
<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/3629#:~:text=La%20tuberculosis%20sensible%20es%20la,mejor%20tratamiento%20adecuado%20para%20cada>
- Fox, G., Barry, S., Britton, W., & Marks, G. (2012). Investigación de contactos para la tuberculosis: una revisión sistemática y un metanálisis. *La Revista Respiratoria Europea*, 41, 140 - 156.
- Furukawa, N., Ticona, A., Alarcón, J., & Harrison, M. (2013). La asociación entre el transporte público y la tuberculosis activa en Lima, Perú. *European Respiratory Journal*, 1192-1195.
- Gamero, J. (2004). *Vigilancia social: teoría y práctica en el Perú*. Perú: CIES-DESCO-CAD.
- García, M., & García, L. (2010). La gestión para resultados en el desarrollo: avances y desafíos en América Latina y el Caribe.
- Gebremariam, M., Bjune, G., & Frich, J. (2010). Barreras y facilitadores de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis en pacientes que reciben tratamiento concomitante de tuberculosis y VIH: un estudio cualitativo. *Salud Pública de BMC*, 10, 651 - 651.
- Guardia, M., & Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y. *Journal*, Volumen 5 Numero 1 pp 81-90.
- Henckell, C. (2022). Incorporación del enfoque intercultural del sistema de atención de salud. *Saber Servir*, 1-19.
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.

- Herrera, T. (2017). La tuberculosis en Chile: situación epidemiológica y avances del Programa Nacional de Control y Eliminación 2017. *Rev Chil Enfer Resp*, 320-324.
- Hu, B., Ren, G., & Zhao, L. (2021). Efecto de la educación sanitaria combinada con orientación dietética sobre el indicador nutricional, el nivel inmunológico y la calidad de vida de pacientes con tuberculosis pulmonar. *Métodos computacionales y matemáticos en medicina*.
- INEI. (2017). *PERU: Crecimiento y distribución de la población, 2017*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Publicaciones digitales: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1530/libro.pdf
- INEI. (07 de Julio de 2022). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-afecto-al-275-de-la-poblacion-del-pais-en-el-ano-2022-14391/>
- IPE. (2019). *Portal del Instituto Peruano de Economía*. <https://www.ipe.org.pe/portal/indice-de-desarrollo-humano-idh/>
- IPE. (12 de agosto de 2022). *Instituto Peruano de Economía*. <https://www.ipe.org.pe/portal/indice-de-desarrollo-humano-idh/>
- Lewis, C., & Newell, J. (2009). Mejorar la atención de la tuberculosis en países de bajos ingresos: un estudio cualitativo sobre la comprensión de los pacientes sobre el "apoyo al paciente" en Nepa. *BMC Salud Pública*, 9, 190 - 190.
- Maciel, E., Viera, R., Milani, E., Brasil, M., Fregona, G., & Dietze, R. (2008). Trabajadores comunitarios de salud y control de la tuberculosis: conocimientos y percepciones. *Cuadernos de Saude Publica*, 1377-86.
- MEF. (12 de agosto de 2022). *Ministerio de Economía y Finanzas*. https://www.mef.gob.pe/es/?option=com_content&language=es-ES&Itemid=100751&view=article&catid=211&id=2313&lang=es-ES
- MINSa. (17 de Enero de 2005). *Plataforma digital única del Estado Peruano*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/43227-tratamiento-que-ofrece-el-minsa-permite-curar-al-92-de-pacientes-con-tbc>
- Minsa. (2007). Manuales de capacitación para el manejo de la tuberculosis. *CDC*, 13-20.
- MINSa. (2010). *Decreto Supremo 010-2010 SA. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional de la Tuberculosis 2010-2019*. Lima.

- MINSA. (2013). *Resolución Ministerial 715-2013*. Lima: Ministerio de Salud.
- Minsa. (2014). *Resolución Ministerial*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA. (2017). *Lineamientos de Política de la Promoción de la Salud en el Perú*. Lima: MINSA.
- MINSA. (2019). Memoria Dirección de Prevención y control de tuberculosis.
- MINSA. (2020). *Memoria 2016-2020*. Dirección de Prevención y control de tuberculosis-DPCTB: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5626.pdf>
- MINSA. (2021). Dirección de Prevención y control de tuberculosis. Memoria 2016-2020. Lima: EISA S.R.L.
- MINSA. (2021). MANUAL DE REGISTRO Y CODIFICACIÓN. HIS DE LA ATENCIÓN EN SALUD DEL SERVICIO DE TELEMEDICINA. 1-5.
- Minsa. (29 de febrero de 2023). *Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de la Persona Afectada por Tuberculosis, Familia y Comunidad*. Lima. [cdn.gob.pe: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4326959/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20%28Parte%201%29.pdf?v=1679925179](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4326959/Norma%20T%C3%A9cnica%20de%20Salud%20%28Parte%201%29.pdf?v=1679925179)
- MINSA. (01 de Julio de 2024). *Lineamientos de la política de promoción de la salud en el Perú*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf>
- Monje, C. (2011). *Metodología de la Investigación Cualitativa y Cuantitativa - Guía Práctica*. Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Morà, E., & Lazo, Y. (2001). Tuberculosis. *Revista Cubana de Estomatología*, 33-51.
- Nussbaum, M. (2012). Las capacidades centrales". *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- OMS. (2021).
- OMS. (2021). *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2021). *Informe Mundial sobre la Tuberculosis 2020*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- ONU. (2000). Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. *Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, (pág. 23). Ginebra.
- ONU. (18 de agosto de 2020). *Naciones Unidas*.
<https://www.un.org/es/ga/president/65/issues/sustdev.shtml#:~:text=Se%20define%20%20C2%ABel%20desarrollo%20sostenible,para%20satisfacer%20sus%20propias%20necesidades%20%20BB>.
- ONU. (13 de agosto de 2022).
<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- ONU. (15 de agosto de 2023). *Declaración de los derechos humanos*.
<https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- OPS. (2019). *Tuberculosis en las Américas. Informe Regional 2019*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- OPS. (2020). *Organización Panamericana de la Salud*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52815/9789275322741_spa.pdf?sequence=
- OPS. (09 de agosto de 2022). *Organización Panamericana de la Salud*.
[https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20\(TB\)%20es%20una,personas%20con%20enfermedad%20pulmonar%20activa](https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20(TB)%20es%20una,personas%20con%20enfermedad%20pulmonar%20activa).
- Ormeño, E. (2020). *Nivel de conocimiento en usuarios afectados por tuberculosis pulmonar sensible del centro de salud materno infantil El Porvenir-2020*. Lima.
- Parwati, M., Bakta, M., Putu, P., & Wirawan, W. (2021). Una entrevista motivacional basada en modelos de creencias de salud para la adherencia a la medicación y el éxito del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar.
- Pawarti, N., Bakta, H., Januraga, P., & Wirawan, A. (2021). Una entrevista motivacional basada en modelos de creencias de salud para la adherencia a la medicación y el éxito del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar. *Revista internacional de investigación medioambiental y salud pública*, 18, <https://doi.org/10.3390/ijerph182413238>.
- PCM. (15 de mayo de 2016). Aprueban el reglamento de la Ley N° 30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú. *El Peruano. Normas legales*, págs. 587360-587368.

- PCM. (2016). *Decreto Supremo N°008-2016-SA, Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. Lima.
- Peñaloza, K., Gutierrez, A., & Prado, M. (2017). Evaluaciones de diseño y ejecución presupuestal, un instrumento del presupuesto por resultados : algunas experiencias aplicadas en salud. *Rev Per Medica Experimental*, 521-527.
- Peruano, E. (22 de diciembre de 2012). *Congreso de la República. Leyes - Congreso de la República*:
<https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29969.pdf>
- PNUD. (2016). Informe sobre Desarrollo Humano. *Panorama general*, 40.
- Programa Nacional de Control de Tuberculosis. (1996). Informe de la Dirección General de Salud de las Personas.
- PUCP. (2022). *Investigación en Gerencia Social 1*.
https://paideia.pucpvirtual.pucp.edu.pe/pluginfile.php/300654/mod_resource/content/6/T7.pdf
- Quispe, R. (2020). Actitud hacia la tuberculosis en el personal de salud de un establecimiento de salud. Villa Maria del Triunfo, 2019. [Tesis] *Universidad Mayor de San Marcos*.
- Rebaza, H. (2011). *Gestión Territorial 2007-2011. La Libertad-Región Saludable*. La Libertad: Gobierno Regional de la Libertad.
- Rivera, O., Benites, S., Mendigure, J., & Bonilla, C. (2019). Abandono del tratamiento en tuberculosis multirresistente: factores asociados en un región con alta carga de la enfermedad en Perú. *Biomédica*, 44-57.
- Rivera, O., Rivera, I., & Bonilla, C. (2020). Determinantes del acceso a los servicios de salud y adherencia al tratamiento de tuberculosis. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Rojas, A. (2022). *Más que beneficiarios: El papel de la participación ciudadana en el Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia [Tesis]*. Lima.
- Rojas, A. (2022). *Más que beneficiarios: El papel de la participación ciudadana en el Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia [TESIS]*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Rosales, M. (2017). El desarrollo humano: una propuesta para su medición. *aldea mundo*, 65-75.
- Sampieri, R. (2006). *Metodología de la investigación*. México: Mc Grawll.
- Sen. (1998). Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI . *El desarrollo economico y social en los umbrales del siglo XXI*, 50-62.
- SIGTB. (2022). *Sistema de Informacion Gerencial de Tuberculosis*.
<https://appsalud.minsa.gob.pe/sigtbdata/wflogin.aspx>
- Simon, H. (2009). *El estudio de caso: teoría y práctica*. London: Morata SL.
- Tejada, B., Villadiego, M., & Ahumada, C. (2018). Efectividad del Programa de Control de Tuberculosis en las entidades estatales. Departamento de Colombia 2015. *Avances en salud*, 29-38.
- Uriarte, J. M. (31 de octubre de 2022). "Eficacia, Eficiencia y Efectividad".
humanidades.com: <https://humanidades.com/eficacia-eficiencia-y-efectividad/>
- Vasilachis de Gialdino, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. España: Gedisa.
- Verdejo, G., Lobarde, C., & Gonzales, M. (2015). *Tuberculosis: cuadernillo técnico N°3*. Estado Unidos: PAHO.
- Wade, V., Karnon , J., Elliot, J., & Hiller, J. (2012). Los videoteléfonos domésticos mejoran la observación directa en el tratamiento de la tuberculosis: una evaluación de métodos mixtos. *PLoS ONE* , 7.,
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0050155> .
- Wade, V., Karnon, J., Elliot, J., & Hiller, J. (2012). Los videotelefonos domesticos mejoran la observación directa en el tratamiento de la tuberculosis: una evaluación de metodos mixtos. *OPEN ACCESS*.

ANEXOS

Anexo 1. Matriz para el recojo de información

PREGUNTAS	VARIABLES	ACTOR/FUENTE	TÉCNICAS
<p>I.- ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?</p>	<p>1.1.- Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo</p>	<p>Médico responsable-PCT</p> <p>Lic. Enf-equipo PCT</p> <p>Lic. Psicología-equipo PCT</p> <p>Lic. Nut-equipo PCT</p> <p>Lic. Servicio Social-equipo PCT</p>	<p>Entrevista</p>
	<p>1.2.-Prácticas saludables en las familias de los usuarios</p>	<p>Contactos del usuario con TB sensible fase I</p> <p>Contactos del usuario con TB sensible fase II</p> <p>Contactos del usuario con TB Resistente en fase I</p> <p>Contactos del usuario con TB Resistente en fase II</p>	<p>Encuesta</p>
		<p>Médico responsable-PCT</p> <p>Lic. Enf-equipo PCT</p> <p>Lic. Psicología-equipo PCT</p> <p>Lic. Nut-equipo PCT</p> <p>Lic. Servicio Social-equipo PCT</p>	<p>Entrevista</p>
		<p>Usuarios adherentes con TB sensible en fase I</p> <p>Usuarios adherentes con TB sensible en fase II</p>	<p>Observación</p>

		<p>Usuarios adherentes con TB resistente en fase I</p> <p>Usuarios adherentes con TB resistente en fase II</p>	
	1.3-Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	<p>Lic. Enf Responsable del PANTBC del Centro de Salud</p> <p>Lic. Nut Responsable del PANTBC del Centro de Salud</p> <p>Lic. Nut. Equipo técnico-ESPCT Diris Lima Centro</p> <p>Lic. Psicología-equipos PCT</p> <p>Encargada del PCA PANTBC-Municipio de Lima</p>	Entrevista
	1.4.- Percepción de los usuarios sobre el abordaje multidisciplinario	<p>Usuarios con TB sensible fase I</p> <p>Usuarios con TB sensible fase II</p> <p>Usuarios con TB resistente fase I</p> <p>Usuarios con TB resistente fase II</p>	Entrevista
		<p>Usuarios con tratamiento completo de TB sensible</p> <p>Usuarios con tratamiento completo de TB Resistente</p>	Encuesta
II.- ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles Programa Presupuestal de Tuberculosis en	2.1.- Usuarios sin comorbilidades con detección oportuna	<p>Enfermera responsable-PCT</p> <p>LIC. Enf Equipo técnico-ESPCT Diris Lima Centro</p>	Entrevista

los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	2.2.- Grupos de riesgo con detección oportuna	Médico responsable-PCT Enfermera responsable-PCT Lic. Enf. Equipo técnico-ESPCT Diris Lima Centro	Entrevista
		Usuarios con tratamiento completo de TB sensible Usuarios con tratamiento completo de TB Resistente	Encuesta
	2.3.- Personal de salud capacitado en captación de sintomático respiratorio	Médico responsable-PCT Lic.Enf-equipos PCT Técnico(a) asistencial-equipos PCT Lic. Enf. Equipo técnico-ESPCT Diris Lima Centro	Entrevista
	2.4.- Condiciones de bioseguridad en el área de atención del servicio	Lic.Enf-equipos PCT Técnico(a) asistencial-equipos PCT	Entrevista
	2.5.- Satisfacción de los usuarios durante la etapa de tratamiento	Usuarios con TB sensible fase I Usuarios con TB resistente fase I	Entrevista
Usuarios con tratamiento completo de TB sensible Usuarios con tratamiento completo de TB Resistente		Encuesta	
III.- ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la	3.1.- Personal de salud capacitado en el manejo	Médico responsable-PCT Lic. Enf-equipos PCT	Entrevista

tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	protocolizado de las comorbilidades	Lic. Nut-equipos PCT	
		Lic. Psicología-equipos PCT	
	3.2.- Usuarios que acceden a nuevos medicamentos con respecto a su esquema de tratamiento	Usuarios con tratamiento completo de TB sensible	Encuesta
		Usuarios con tratamiento completo de TB resistente	
		Usuarios con TB sensible fase I	Entrevista
		Usuarios con TB resistente fase I	
		Usuarios con TB sensible fase II	Grupo focal
		Usuarios con TB resistente fase II	
		Usuarios con tratamiento completo de TB sensible	Encuesta
Usuarios con tratamiento completo de TB Resistente			
3.3.- Equipos multidisciplinarios de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la irregularidad y abandono de casos.	Lic. Enfermera(o) responsable-PCT	Entrevista	
	Lic. Enf. Equipo técnico-ESPCT Diris Lima Centro	Entrevista	
	Médico responsable-PCT		
	Lic. Enf-equipos PCT		
	Lic. Nut-equipos PCT		
Lic. Psicología-equipos PCT			

3.4.- Opinión de los usuarios sobre el trato humanizado por parte del personal de salud	Usuarios con TB sensible fase I y II	Entrevista
	Usuarios con TB resistente fase I y II	
	Usuarios con tratamiento completo de TB sensible	Encuesta
	Usuarios con tratamiento completo de TB Resistente	



Anexos 2: Metas de la Estrategia Fin de TB y de la ODS

Tabla N° 1. Los tres indicadores mundiales de alto nivel de la Estrategia Fin de la TB y de los ODS: metas e hitos correspondientes

Indicadores	Hito		Metas	
	2020	2025	ODS	Fin de la TB
	(%)	(%)	2030 (%)	2035 (%)
Reducción de número de muertes por TB en comparación con 2015 (%)	35	75	90	95
Reducción de la tasa de incidencia de la TB en comparación con 2015 (%)	20 ($<85 \times 100.000$ hab.)	50 ($<55 \times 100.000$ hab.)	80 ($<55 \times 100.000$ hab.)	90 ($<10 \times 100.000$ hab.)
Porcentaje de pacientes con TB cuyos hogares experimentan gastos catastróficos debidas a la TB	0	0	0	0

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia Fin de la Tb. Suiza. 2015

Tabla N°2: Indicadores y metas prioritarias mundiales para monitorear la ejecución de la Estrategia Fin de la TB

Cobertura de tratamiento N° de personas que desarrollaron TB y que fueron notificadas y tratadas, del N° total estimado de casos nuevos en el mismo año (%)	≥90%
Tasa de éxito de tratamiento N° de pacientes de Tb que fueron tratados con éxito, del N° total de casos de TB notificados (%)	≥90%
Cobertura de tratamiento preventivo N° de personas que viven con VIH y de niños que son los contactos de casos, que iniciaron tratamiento preventivo para la infección tuberculosis latente, de N total de personas elegibles para este tratamiento (%)	≥90%
Hogares afectados por la tuberculosis que enfrentan costos catastróficos N° de pacientes que padecen tuberculosis y sus hogares, que experimentaron costos catastróficos debido a la enfermedad, del total de pacientes con TB (%)	≥90%
Adopción de nuevos métodos diagnósticos y nuevos medicamentos -N° de pacientes con TB que fueron diagnosticados usando pruebas rápidas recomendadas por la OMS del total de pacientes con TB (%) -N° de pacientes con TB que fueron tratados con regímenes que incluyen nuevos medicamentos anti tuberculosis, del total de pacientes elegibles para recibir tratamientos con tales medicamentos (%).	≥90%

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Implementación de la Estrategia Fin de la Tb. Suiza. 2015

Tabla N°3: Productos del componente de TB del Programa Presupuestal 0016-TBC-VIH

Productos del componente TBC 54.9%	
3000612	Sintomáticos Respiratorios Con Despistaje De Tuberculosis
3000614	Personas Con Diagnostico De Tuberculosis
3000669	Personas Afectadas Con Tuberculosis Reciben Apoyo Nutricional
3000672	Persona Que Accede Al Establecimiento De Salud Y Recibe Tratamiento Oportuno Para Tuberculosis Y Sus Complicaciones
3043952	Familia Con Practicas Saludables Para La Prevención De VIH/SIDA Y Tuberculosis
30000691	Servicios De Atención De Tuberculosis Con Medidas De Control De Infecciones Y Bioseguridad En El Personal De Salud
3000613	Personas En Contacto De Casos De Tuberculosis Con Control Y Tratamiento Preventivo (General, Indígena, Privada De Su Libertad)
3000616	Pacientes Con Comorbilidad Con Despistaje Y Diagnostico De Tuberculosis
3043972	Persona Que Accede Al EESS Y Recibe Tratamiento Oportuno Para Tuberculosis Extremadamente Drogo Resistente (XDR)
3043974	Persona Con Comorbilidad Recibe Tratamiento Para Tuberculosis
3043956	Hogares De Personas Afectadas De TB MDR Con Viviendas Mejoradas
3000615	Personas Privadas De Su Libertad Tratadas
3043955	Hogares En Áreas De Elevado Riesgo De Transmisión De Tbc Que Acceden A Viviendas Reordenadas

Fuente: Distribución del gasto del presupuesto del sector público por programas presupuestales y pliegos. 2021

Anexo 3: Guía de entrevista-profesionales de la salud

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE SALUD: MEDICINA Y ENFERMERIA		COD-001
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación “Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023” que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
ENTREVISTADO:		
CARGO:		TIEMPO DE SERVICIO:
FECHA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas:

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
1.¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V1.1 Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo	1.1.1 ME	¿Cómo se vienen implementando las capacitaciones sobre los diversos tipos de medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo de contagio?
		1.1.2 ME	¿Qué dificultades o limitantes se presentaron durante la pandemia?
		1.1.3 ME	¿Cómo se superaron?
		1.1.4 ME	En qué grado, las medidas que se priorizan para disminuir el riesgo de infección intradomiciliario, son adecuadas y viables para su aplicación.
		1.1.5 ME	¿Cuáles son las medidas de control de infecciones que presentan mayor dificultad para su cumplimiento? ¿A qué se debería ello?

	V1.2 Prácticas saludables en las familias de los usuarios	1.2.1 ME	¿Qué estrategias se implementan para asegurar la incorporación de nuevas prácticas saludables en las familias de los usuarios?
		1.2.2 ME	¿Cómo se lograron adecuar estas estrategias durante la pandemia del Covid 19?
		1.2.3 ME	Después de orientar a las familias sobre las prácticas saludables
		1.2.4 ME	¿De qué manera se da el seguimiento para la realización de estas nuevas prácticas?
		1.2.5 ME	¿Qué problemática representa la brecha existente en los determinantes de la salud para la incorporación de nuevas prácticas saludables en las familias?
	V1.3 Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	1.3.1 ME	¿Qué estrategias a nivel del establecimiento de salud se implementan para que los usuarios en su totalidad puedan recibir oportunamente la canasta de alimentos? ¿Qué variaciones existieron en el contexto de la pandemia?
		1.3.2 ME	¿Cómo se verifica el consumo de los alimentos de la canasta en los usuarios y sus contactos? ¿Qué dificultades se presentaron durante la pandemia?
		1.3.3 ME	¿Qué acciones se promueven para incorporar los alimentos de la canasta en las preparaciones cotidianas del usuario y sus contactos?
		1.3.4 ME	¿Cuáles son las principales debilidades para que el usuario no acceda a recibir la canasta de alimentos?

<p>2. ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?</p>	V2.1 Usuarios sin comorbilidades con detección oportuna	2.1.1 ME	¿Qué debilidades presenta el servicio de laboratorio para la entrega de resultados oportuna, exámenes bioquímicos, rayos x de inicio y alta en los usuarios?
	V2.2 Grupos de riesgo con detección oportuna	2.2.1 ME	¿Qué brechas existen para la detección y notificación de los grupos de riesgo durante y post pandemia COVID 19?
	V2.3 Personal de salud capacitado en captación de sintomático respiratorio	2.3.1 ME	¿Qué tipo de capacitaciones recibe por parte de la DIRIS para el manejo de la captación de sintomáticos respiratorios?
		2.3.2 ME	¿Cómo se dan estas capacitaciones?
		2.3.3 ME	¿Qué dificultades encontraron para la captación de sintomático respiratorio en el establecimiento de salud y comunidad durante la pandemia del COVID 19?
		2.3.3 ME	¿Cómo superaron estas dificultades?
	V2.4 Condiciones de bioseguridad en el área de atención del servicio	2.4.1 ME	¿Qué modificaciones se han realizado a raíz del COVID 19 para la atención del usuario en el área de PCT del establecimiento de salud?

		2.4.2 ME	¿Cuáles fue la principal limitante para asegurar la bioseguridad para el área de PCT durante el COVID 19?	
		2.4.3 ME	2.4.3 ¿Cómo se superó esta dificultad?	
3 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V3.1 Personal de salud capacitado en el manejo protocolizado de las comorbilidades	3.1.1 ME	¿Qué tipo de capacitaciones reciben por parte de la DIRIS para el manejo de comorbilidades según la particularidad del grupo etario?	
		3.1.2 ME	¿Cómo se dan estas capacitaciones?	
		3.2.1 ME	En el proceso de darse el cambio de esquema a otro en un usuario ¿Qué resultados en la adherencia se obtienen al brindar la información oportuna?	
		V3.2 Usuarios que acceden a nuevos medicamentos con respecto a su esquema de tratamiento inicial	3.2.2 ME	Durante la pandemia del COVID 19, ¿Qué dificultades se presentaron para la evaluación del usuario que cambia a otro régimen de tratamiento?
			3.2.3 ME	¿Qué estrategias se implementaron para mejorar ello?
	V3.3 Equipos multidisciplinares de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la irregularidad y abandono de casos		3.3.1 ME	Durante la pandemia del Covid 19 ¿Qué dificultades se presentaron para la recuperación de casos con asistencia irregular al tratamiento sensible y resistente?
		3.3.2 ME	¿Qué acciones se realizaron para superar estas dificultades?	
		3.3.3 ME	Actualmente, ¿Qué tipo de circunstancias identifica como factores claves que contribuyen a una baja adherencia del tratamiento en los usuarios?	

		3.3.2 ME	¿Qué aprendizaje se obtiene al trabajar articuladamente con los promotores de salud y Socios en Salud para la recuperación de la adherencia al tratamiento?
		3.3.3 ME	En caso el usuario por diversas razones no pueda acceder diariamente a su tratamiento ¿Qué estrategias se emplean para la continuidad de su tratamiento?
		3.3.4 ME	A nivel del establecimiento de salud ¿Qué fortalezas considera que el equipo multidisciplinario presenta para enfrentar los casos de abandono y poca adherencia al tratamiento?

Agradecimiento y despedida.

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE SALUD: NUTRICION		COD-002
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación "Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023" que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
ENTREVISTADO:		
CARGO:		TIEMPO DE SERVICIO:
FECHA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
1 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del	V1.1 Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo	1.1.1PNS	Cómo parte del equipo multidisciplinario ¿Recibió capacitaciones sobre los diversos tipos de medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo de contagio? ¿Cuáles?

primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?		1.1.2 PNS	¿Cuáles son las estrategias que emplea para reforzar en los usuarios el cumplimiento de las medidas de control de infecciones en sus hogares? ¿Qué dificultades encontraste para su realización durante la pandemia?
	V1.2 Prácticas saludables en las familias de los usuarios	1.2.1 PNS	Qué determinante de la salud considera que representa la mayor brecha para la incorporación de nuevas hábitos alimenticios prácticas saludables en las familias
		1.2.2 PNS	Ante ello, ¿Qué estrategias incorpora para mejorar la adquisición de nuevas prácticas saludables en términos de alimentación en las familias de los usuarios?
		1.2.3 PNS	¿Qué dificultades se presentaron durante la pandemia para su realización?
	V1.3 Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	1.3.1 PNS	¿Qué estrategias a nivel del establecimiento de salud se implementan para que los usuarios en su totalidad puedan recibir oportunamente la canasta de alimentos?
		1.3.2 PNS	¿Qué variaciones existieron en el contexto de la pandemia?
		1.3.3 PNS	¿A través de que estrategias se verifica el consumo de los alimentos de la canasta en los usuarios y sus contactos?
		1.3.4 PNS	¿Qué dificultades para la verificación del consumo de alimentos se presentaron durante la pandemia?
		1.3.5 PNS	¿Qué acciones se promueven para incorporar los alimentos de la canasta en las preparaciones cotidianas del usuario y sus contactos?
		1.3.6 PNS	¿Cuáles son las principales debilidades para que el usuario no acceda a recibir la canasta de alimentos?

3 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V3.1 Personal de salud capacitado en el manejo protocolizado de las comorbilidades	3.1.1 PNS	¿Recibe capacitaciones para el abordaje nutricional en caso de que el usuario presente comorbilidades? ¿Cuáles?
		3.1.2 PNS	¿Cuáles son las principales dificultades que encuentra para que se de abordaje nutricional en usuarios con comorbilidades?
	V3.3 Equipos multidisciplinares de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la irregularidad y abandono de casos	3.3.1 PNS	¿A nivel del establecimiento de salud, como se da el proceso de abordaje multidisciplinario para mejorar irregularidad y abandono de casos? ¿Durante la pandemia se presentaron?
		3.3.2 PNS	Cómo parte del equipo multidisciplinario ¿Qué estrategias emplea para contribuir con la reducción de casos de irregularidad y abandono?
		3.3.3 PNS	¿Qué debilidades encuentra para la aplicación de estas estrategias?

Agradecimiento y despedida.

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE SALUD: PSICOLOGÍA		COD-003
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación "Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023" que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
ENTREVISTADO:		
CARGO:		TIEMPO DE SERVICIO:
FECHA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
-------------------------------------------	----------	--------------------	---------------------

1 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V1.1 Personal de salud capacitado en medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo	1.1.1 PNS	Cómo parte del equipo multidisciplinario ¿Recibió capacitaciones sobre los diversos tipos de medidas de control de infecciones en hogares con elevado riesgo de contagio? ¿Cuáles?
		1.1.2 PNS	¿Cuáles son las estrategias en el abordaje psicológico que emplea para reforzar en los usuarios el cumplimiento de las medidas de control de infecciones en sus hogares? ¿Encuentra dificultades para ello?
	V1.2 Prácticas saludables en las familias de los usuarios	1.2.1 PNS	Qué determinante de la salud considera que representa la mayor brecha para la incorporación de nuevas prácticas saludables en las familias seguimiento
		1.2.2 PNS	Ante ello, ¿Qué estrategias incorpora para mejorar la adquisición de nuevas prácticas saludables en términos de apoyo emocional en las familias de los usuarios?
		1.2.3 PNS	¿Qué dificultades se presentaron durante la pandemia para la realización de estas estrategias? ¿Cómo superaron estas dificultades?
	3 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V3.1 Personal de salud capacitado en el manejo protocolizado de las comorbilidades	3.1.1 PNS
		3.1.2 PNS	¿Cuáles son las principales dificultades que identifica en los usuarios encuentra para que el abordaje psicológico en usuarios con comorbilidades?
V3.3 Equipos multidisciplinarios de salud que incorporan estrategias focalizadas en reducción de la		3.3.1 PNS	De acuerdo a su abordaje psicológico ¿A nivel del establecimiento de salud, como se da el proceso de abordaje multidisciplinario para mejorar irregularidad y abandono de casos?

	irregularidad y abandono de casos		
		3.3.2 PNS	Cómo parte del equipo multidisciplinario. ¿Qué estrategias emplea para contribuir con la reducción de casos de irregularidad y abandono?
		3.3.3 PNS	En el entorno familiar ¿Qué dificultades encuentra para la aplicación de estas estrategias? ¿Qué intervenciones realiza para mejorar el soporte emocional en el entorno familiar?

Agradecimiento y despedida.

Anexo 4: Guía de entrevista-Gobierno Local

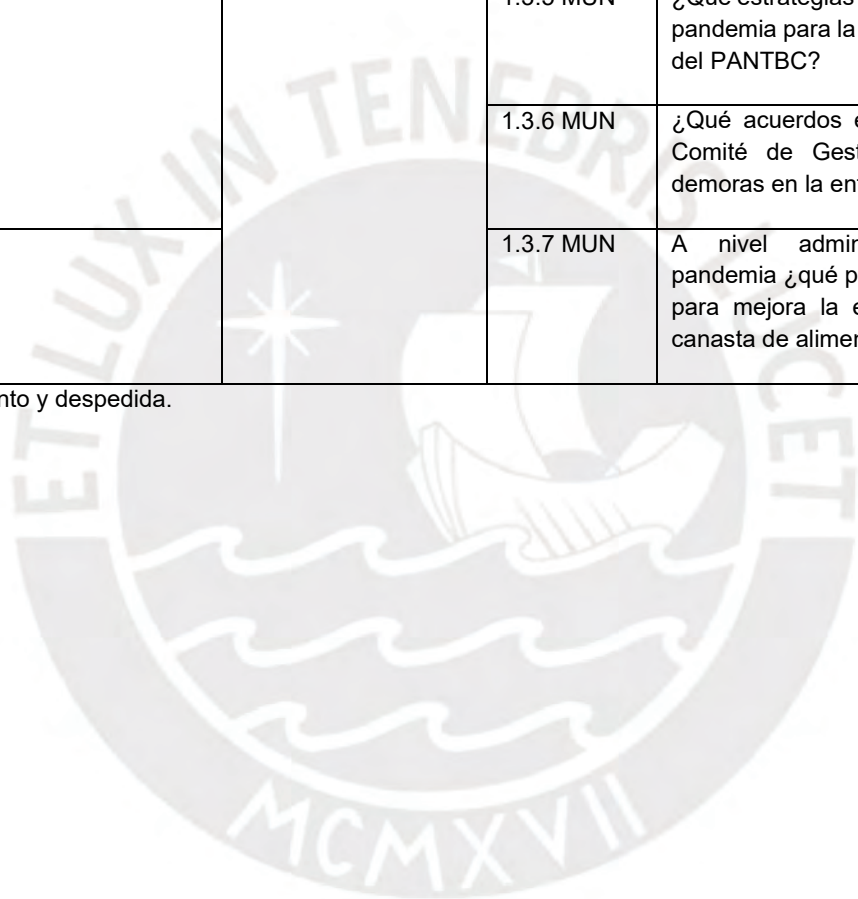
GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA AL GOBIERNO LOCAL:		COD-004
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación "Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023" que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
ENTREVISTADO:		
CARGO:		TIEMPO DE SERVICIO:
FECHA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
1. ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V1.3 Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	1.3.1MUN	En casos especiales en el el usuario no asista a su fecha de canasta ¿Cuáles son los lineamientos que permiten que un usuario que no recogió a tiempo acceda a la canasta del PANTBC?
		1.3.2 MUN	¿Qué hacen con las canastas de alimentos que no se entregan en las fechas coordinadas?

			¿Qué obstáculos presenta el área de almacenamiento de alimentos?
		1.3.3 MUN	A nivel administrativo ¿Cuáles son las debilidades más frecuentes que prolongan la entrega incompleta o irregular de la canasta de alimentos?
		1.3.4 MUN	¿Cuáles son las principales dificultades para los retrasos y entregas incompletas de los alimentos del PANTBC?
		1.3.5 MUN	¿Qué estrategias se emplearon durante la pandemia para la entrega de las canastas del PANTBC?
		1.3.6 MUN	¿Qué acuerdos establece el equipo del Comité de Gestión Local para evitar demoras en la entrega de canastas?
		1.3.7 MUN	A nivel administrativo, durante la pandemia ¿qué propuestas se plantearon para mejora la entrega oportuna de la canasta de alimentos?

Agradecimiento y despedida.



Anexo 5: Guía de entrevista-Usuarios en tratamiento

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A USUARIOS EN TRATAMIENTO:		COD-005
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación "Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023" que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
ENTREVISTADO:		
ESQUEMA:		INICIO DE TRATAMIENTO:
FECHA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas:

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
1 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V1.4 Percepción de los usuarios sobre el abordaje multidisciplinario	1.4.1 EU	¿Cuáles son las debilidades que ha encontrado durante la consejería por parte del profesional de salud?
		1.4.2 EU	¿Cree que los mensajes que recibe por parte del profesional de salud son los mejores para motivarlo a continuar con su tratamiento? ¿Por qué?
		1.4.3 EU	Durante la consejería, el profesional de salud emplea recursos didácticos, ¿cómo afiches, imágenes o dinámicas? ¿Cuál de ellos, le gusta más?
		1.4.5 EU	En caso de haber presentado alguna dificultad para asistir a tomar su medicamento, recibió alguna llamada o visita domiciliaria por parte del equipo multidisciplinario ¿De qué manera le fue útil este seguimiento?

2. ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente de exposición de personas susceptibles Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V2.5 Satisfacción de los usuarios durante la etapa de tratamiento	2.5.1 EU	Considera que los mensajes que recibe por parte del profesional de salud son claros. De ser así, qué mensajes recuerda en estos momentos que le está ayudando en su tratamiento
		2.5.2 EU	¿Cuándo desea recibir orientación en algún servicio del equipo multidisciplinario, presenta alguna dificultad para ello?
		2.5.3 EU	¿Qué dificultades encuentra cuando le solicitan exámenes de sangre, pruebas de rayos x y su bk de control?
3 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado en la implementación del componente relacionado al incremento de la tasa de éxito del tratamiento de los usuarios del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V3.1 Personal de salud capacitado en el manejo protocolizado de las comorbilidades	3.1.1 EU	En caso de tener alguna comorbilidad, recibe orientaciones específicas para ello durante su tratamiento de tbc
	V3.2 Usuarios que acceden a nuevos medicamentos con respecto a su esquema de tratamiento inicial	3.2.1 EU	Recibe orientaciones sobre los efectos del nuevo esquema
		3.2.2 EU	Que dificultades encuentra durante el cambio de un esquema a otro
	V3.3 Opinión de los usuarios sobre el trato humanizado por parte del personal de salud	3.3.1 EU	Que aspectos positivos tiene el trato del profesional de salud durante el abordaje de su tratamiento
		3.3.2 EU	Que aspectos negativos tiene el trato del profesional de salud durante el abordaje de su tratamiento
		3.3.3 EU	De qué manera estos aspectos negativos influyen en la inasistencia o irregularidad en su tratamiento. Explique
			3.3.4 EU
		3.3.5 EU	Que recomendaciones de mejora plantearía al profesional de salud como ayuda de su actual tratamiento supervisado

Agradecimiento y despedida.

Anexo 6: Guía de encuesta a usuarios con tratamiento sensible y resistente

GUIA DE ENCUESTA DIRIGIDA A USUARIOS:		COD-006
<p>La presente encuesta forma parte de la investigación “Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023” que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta encuesta:</p>		
ENTREVISTADO:		
ESQUEMA:		DURACIÓN DE TTO:
FECHA DE ALTA:		

A continuación, responda las siguientes preguntas

I. Salud Nutricional

1.4 Percepción de los usuarios sobre el abordaje multidisciplinario

1.1.1 ¿Qué obstáculos encontró durante la consejería con el profesional de salud?

- Durante la consejería, el profesional no utilizó afiches o materiales didácticos
- Los mensajes no fueron claros
- En caso de alguna duda, no era resuelta
- El profesional no se encontraba cuando deseaba pasar por algún servicio
- No encontré ningún obstáculo
- Otros:.....

1.1.2 Con qué frecuencia recibió su canasta de alimentos

- 1 vez al mes
- 1 vez cada 2 meses
- 1 vez cada 3 meses
- 1 vez al mes y de ahí cada 2 meses
- No recogía la canasta de alimentos
-

1.1.3. Logro pasar por todos los servicios: medicina, enfermería, obstetricia, nutrición, servicio social durante su tratamiento

- Sí
- No

1.1.4 Recibió alguna llamada o visita domiciliaria por parte del profesional de salud durante su tratamiento

- Si
- No

En caso de ser afirmativo. Explique cómo le fue útil

II. Exposición de personas susceptibles

2.5 Satisfacción de los usuarios durante la etapa del tratamiento

2.5.1 ¿Cómo califica los mensajes que le brindó el profesional de salud?

- a. Bueno
- b. Regular
- c. Malo

2.5.2 ¿Que dificultades encontró cuando le solicitaron exámenes de rayos x, prueba de esputo o pruebas de sangre?

- a. El equipo de rayos x no se encontraba en buen estado
- b. Se demoraban para la toma de sangre
- c. No le explicaban los requisitos para su prueba
- d. Ninguno

2.5.3 En caso de haber tenido alguna dificultad para ir en las mañanas o todos los días al centro salud. ¿Le dieron otras alternativas?

- a. Recogía durante la tarde o noche
- b. Recogía 1 vez a la semana y envía la grabación de la toma
- c. No me dieron otras alternativas, tenía que al centro de salud
- d. Nunca tuve alguna dificultad para asistir al Centro de Salud
- e. Otros

2.5.4 Qué factor le impidió o limitó a usted para poner en práctica lo aprendido en las consejerías por parte del profesional de salud?

- a. Falta de dinero y empleo
- b. No recordaba lo que explicaban
- c. No contaba con un domicilio fijo
- d. No recibí las consejerías completas
- e. Me sentía desmotivado y/o desesperado
- f. Ningún factor
- g. Otros

2.5.5 Durante su tratamiento, encontró algún alimento de la canasta en mal estado, ¿latas de leche o atún abombadas o alimentos como maíz, arroz o menestras en mal estado?

- a. Si
- b. No
- c. No recuerda

2.5.6 En caso de ser afirmativo, ¿le dieron alguna solución?

- a. Si
- b. No

2.5.7 En caso de haber podido recoger su canasta en la fecha programada por el municipio, que circunstancias hicieron que no lo pueda recoger a tiempo?

- a. No me daban permiso del estudio o trabajo para ausentarme
- b. Vivía solo (a) y no tenía otra persona que lo pueda hacer

- c. No recordaba la fecha de reparto
- d. Siempre la recogía en las fechas programadas
- e. Otros: _____

III. Incremento de la tasa de éxito del tratamiento

3.1 Personal de salud capacitado en el manejo de comorbilidades

3.1.1 ¿En caso de haber tenido otra enfermedad durante su tratamiento como diabetes o VIH recibió orientaciones específicas para ello?

- a. Si
- b. No

3.3 Opinión de los usuarios sobre el trato humanizado

3.3.1 ¿Considera que los mensajes que le brindó el profesional de salud lo han motivaron a terminar su tratamiento?

- a. Sí
- b. No

¿Por qué?

3.3.2 ¿Qué factores positivos encontró usted en la consejería que le brindo el profesional de salud?

- a. Tuvieron empatía y amabilidad
- b. El profesional de salud se dejó entender
- c. Fueron claros, y tuvieron empatía y amabilidad
- d. Los horarios eran adecuados para ir tomar mi medicamento
- e. Otros: _____

3.3.3 ¿Qué factores negativos encontró usted en la consejería que le brindo el profesional de salud?

- a. No fueron muy didácticos
- b. No tuvieron empatía ni amabilidad
- c. No se contaba con un espacio que permitiera privacidad durante las consejerías
- d. En caso de alguna dificultad, no me brindaron otras alternativas para la toma de mi tratamiento
- e. Ningún factor negativo
- e. Otros: _____

3.3.4 En algún momento de su tratamiento se sintió rechazado o discriminado por parte del profesional de salud?

- a. Si
- b. No

3.3.5. ¿Qué sugeriría para mejorar el abordaje del profesional de salud?

- a. Que se empleen materiales didácticos durante las consejerías
- b. Que se brinden sesiones educativas para el refuerzo de prácticas saludables en psicología, nutrición
- c. Que la entrega de la canasta de alimentos sea mensual y no tenga retrasos
- d. Que consideren las opiniones de los usuarios
- e. Otros: _____

¡Gracias por su participación!



Anexo 7: Guía de observación a usuarios

GUIA DE ENTREVISTA DIRIGIDA A USUARIOS EN TRATAMIENTO:		COD-007
<p>La presente entrevista forma parte de la investigación “Análisis de la ejecución del programa presupuestal de tuberculosis. el caso del primer nivel de atención de la jurisdicción de lima centro, 2020-2023” que se realiza para la maestría en Gerencia Social de la PUCP. Agradecemos a usted su participación en el presente estudio y solicitamos que responda las preguntas con libertad y sinceridad. Las respuestas vertidas en el presente instrumento serán estrictamente confidenciales.</p> <p>Usted acepta de manera voluntaria responder las preguntas de esta entrevista</p>		
LUGAR:		
HORA DE INICIO:		HORA DE TERMINO:
FECHA:		

Preguntas específicas de la investigación	Variable	Código de pregunta	Pregunta a realizar
1 ¿Cuáles son los factores que han contribuido o limitado la implementación del componente del abordaje de los determinantes de salud del Programa Presupuestal de Tuberculosis en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la Jurisdicción de Lima Centro?	V1.3 Consumo de alimentos de la canasta PANTBC por parte de los usuarios y sus contactos.	1.3.1 OB	Se le explica al usuario el mes de adherencia que está recibiendo
		1.3.2 OB	El usuario verifica los alimentos de la canasta
		1.3.3 OB	En caso, de tener alguna esta es resuelta
		1.3.4 OB	El personal se asegura que el usuario traslade su canasta
		1.3.5 OB	Los usuarios son acompañados por algún familiar
		1.3.6OB	Existe retraso en el flujo de entrega de los usuarios Requisitos para que reciban su canasta Acciones que realiza el personal de salud durante la entrega Acciones que realiza el personal del municipio durante la entrega Acciones realiza el personal de salud con los usuarios que no recogieron su canasta Cantidad de productos entregados Espacio que mantenga la conservación de los alimentos Medidas de bioseguridad durante el reparto