

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

ESCUELA DE POSGRADO



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

“MOVILIZACIÓN DEL CAPITAL SOCIAL PARA EL CONTROL DE LA
TUBERCULOSIS EN LA JURISDICCIÓN DEL CERRO SAN COSME: EL
CASO DEL PLAN TBCERO”

Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social

AUTORES

DAYANA URDAY FERNÁNDEZ

ANDY CHIMAJA PÉREZ

ASESOR

TERESA TOVAR SAMANEZ

JURADO

MARCELA CHUECA MARQUEZ

ELIZABETH ALIAGA HUIDOBRO

LIMA - PERÚ

2014

AGRADECIMIENTOS

A Dios por permitirnos crecer como profesionales y como personas a través de nuestro estudio.

A la comunidad del cerro San Cosme por permitirnos realizar la presente investigación y compartirnos sus testimonios.

A nuestras familias por ser nuestro soporte cada día.

“Lo que inicialmente empezó como una mera discusión se volvió una curiosidad intelectual del mundo diferente, del mundo “de económicamente pobres” pero socialmente ricos, un mundo que coexiste a pesar de las limitaciones impuestas por el mundo material”.

	ÍNDICE	Pág.
RESUMEN EJECUTIVO		5
INTRODUCCIÓN		7
CAPÍTULO I		
1.1. Contexto y Problemática		10
1.1.1. La Tuberculosis en la Historia		
1.1.2. Tuberculosis resistente a medicamentos (variantes drogorresistentes)		11
1.1.3. Dimensión del problema en el Perú		13
1.1.4. Estado de las variantes de TB resistentes a medicamentos		14
1.2. Tuberculosis como problema social		15
1.2.1. Tuberculosis y Determinantes Sociales de la Salud		17
1.2.2. El Plan TBCero		21
1.2.3. Normatividad nacional para el control de la Tuberculosis		23
1.3. Enfoques y Conceptos Claves		30
1.3.1. Enfoque de Desarrollo de Capacidades		31
1.3.2. Enfoque de Desarrollo a Escala Humana		33
1.3.3. Capital Social		46
1.3.4. Capital Social Individual y Capital Social Comunitario		49
1.3.5. Interacción entre Capital Social Individual y Capital Social Comunitario		50
1.3.6. Capital Social y Salud		51
1.3.7. Capital Social y Resiliencia Comunitaria e Individual		51
1.4. Antecedentes		
1.4.1. Una experiencia de movilización de capital social basado en Enfoque de Desarrollo a Escala Humana		54
CAPÍTULO II: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN		59
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		68
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		131
PROPUESTA DE MODELO DE INTERVENCIÓN		137
BIBLIOGRAFÍA		140

RESUMEN EJECUTIVO

La presente tesis tiene como objetivo general analizar si la movilización del capital social en la jurisdicción del Cerro San Cosme ha sido un factor facilitador para la implementación del Plan TBCero.

La tesis se divide en 04 capítulos, el primero presenta el marco teórico referencial de la investigación que es abordado en 04 partes:

En primer lugar, se aborda el contexto y problemática, detallando sobre la tuberculosis en la historia, la relevancia y el estado de las variantes de tuberculosis resistentes a medicamentos, y la dimensión del problema en el Perú.

En segundo lugar, se aborda la tuberculosis como problema social en donde se desarrolla la relación entre la tuberculosis y los determinantes sociales de la salud y la desigualdad como determinante social.

En tercer lugar, se detallan los enfoques y conceptos claves bajo los cuales se ha realizado la investigación, entre ellos se detalla el Enfoque de Capacidades, en comparación con el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana, dimensiones que conforman el capital social, la diferenciación entre el capital social individual y el capital social comunitario así como su interacción, capital social y salud, capital social y resiliencia comunitaria e individual.

En cuarto lugar, algunos antecedentes de importancia, como son: la normatividad nacional para el control de la tuberculosis, el Plan TBCero, y se hace referencia a una experiencia de movilización de capital social basado en el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana.

En el capítulo II se detalla el diseño de la investigación mostrándolo en dos partes: la primera la justificación y ubicación en el campo de la gerencia social y la segunda la

estrategia metodológica que se establece para la aplicación de la tesis, la muestra de la investigación cualitativa elegida, la forma de investigación, y el abordaje metodológico de la investigación.

En el capítulo III se relatan los hallazgos obtenidos gracias a la aplicación de entrevistas individuales y grupales y la revisión de documentos, realizando un análisis de dichos hallazgos a la luz del marco teórico y la experiencia de los investigadores en el tema.

El capítulo IV contiene las conclusiones y recomendaciones.

Finalmente, figura el listado de la revisión bibliográfica utilizada y los anexos complementarios.



INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades que más afecta a las grandes ciudades y sobretodo a aquellos grupos sociales más pobres del mundo por lo cual concentra esfuerzos de académicos, políticos, pacientes y comunidad afectada para poder proponer intervenciones que ayuden a su control. No obstante, estos esfuerzos han sido insuficientes para frenar el avance de la enfermedad debido, en parte, a que las intervenciones se han basado en un enfoque biomédico con descuido del abordaje de los factores sociales que condicionan la evolución de la enfermedad (determinantes sociales).

En el año 2009 la DISA V Lima Ciudad en alianza con la Municipalidad de La Victoria inició la implementación de un plan para el control de la tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Salud San Cosme: el Plan TBCero. Se caracteriza por ser un modelo de abordaje integral, sistémico y humanista en el cual se incluye al paciente, la familia, la comunidad y sus autoridades como centro de atención. Esta intervención constituye un claro ejemplo de cómo abordar los Determinantes Sociales que inciden sobre la TB en zonas de alto riesgo de transmisión, bajo el liderazgo y responsabilidad inherente de las autoridades locales por la salud de su comunidad.

El fortalecimiento del capital social como estrategia que favorece el control de la tuberculosis en la jurisdicción del centro de salud “San Cosme” ha sido el motivo de nuestra investigación. Para ello se tuvo como objetivo principal “Determinar los efectos que ha producido el capital social en la implementación del Plan TBCero en la jurisdicción del cerro San Cosme durante los años 2011-2012”.

A través de este estudio de caso se puede evidenciar cómo una intervención que parte de un problema de salud, origina procesos locales que fortalece condiciones del entorno para que los seres humanos se potencien a sí mismos y se desarrollen satisfaciendo

necesidades humanas fundamentales bajo una mirada integral que va más allá del acceso a servicios públicos o bienes materiales.

Los diferentes y complejos problemas que se plantea nuestra sociedad actual demanda cambios muy importantes, no se pueden diseñar intervenciones suficientes para superar la pobreza o el subdesarrollo si no estamos en condiciones de comprender la naturaleza compleja y la dinámica del desarrollo. En tal sentido, el desarrollo es una cuestión de elevada complejidad cuyo entendimiento requiere propuestas basadas en concepciones que no sean lineales sino holísticas, sistémicas, integrales centradas en la persona.

Este ejemplo de abordaje integral, multisectorial, transdisciplinario de un problema de salud con una propuesta liderada por el gobierno local de La Victoria y la DISA V Lima Ciudad captó nuestro interés como alumnos de la Maestría de Gerencia Social y analizamos el caso bajo el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana. Elegimos este enfoque bajo el convencimiento de que es necesario contribuir a la discusión sobre desarrollo humano y social desde concepciones que permitan analizar la naturaleza compleja del mismo empleando modelos mentales holísticos y centrados en las personas, puesto que el objetivo de toda propuesta de desarrollo debe ser crear las condiciones que faciliten al ser humano su tránsito a la satisfacción de sus necesidades humanas fundamentales en el campo espiritual, emocional, y físico.

Otro aspecto fundamental que motivó la investigación y se puede evidenciar a lo largo de la misma es cómo el capital social propio de los actores involucrados en la implementación del Plan TBCero viene jugando un rol importantísimo en la reducción de la incidencia de la enfermedad, la disminución del abandono del tratamiento, y sobre todo al desarrollo las personas. De esta manera, más allá de la contribución al estudio de los aportes del capital social a nivel comunitario, el principal aporte de esta investigación pretende ser poner en evidencia la utilidad del capital social para contribuir a la satisfacción de necesidades humanas fundamentales a nivel individual y comunitario y cómo esto repercute en la mejora de un problema de salud que está directamente relacionado con las condiciones socioeconómicas y que afecta directamente el desarrollo humano.

Esperamos que los hallazgos y las recomendaciones propuestas en la presente tesis contribuyan a los esfuerzos por formular intervenciones que luchen contra la pobreza y la tuberculosis como una expresión de la misma, desde una mirada transdisciplinaria, multisectorial, dando énfasis al desarrollo de la persona y a “lo local”. Así mismo este trabajo contribuye a una línea de investigación e intervención orientada a proponer respuestas innovadoras para enfrentar los problemas de salud que tienen como común denominador los determinantes sociales.

Estamos conscientes que las discusiones sobre el capital social no están cerradas y por eso es nuestra intención contribuir aportando una mirada del mismo, no solo mirándolo como una fuente de producción de medios económicos sino considerándolo como satisfactor de muchas necesidades humanas, tales como la necesidad de afecto, de pertenencia, de identidad y que favorecen el desarrollo de las personas.

Finalmente, consideramos que se requieren más estudios e instrumentos validados abocados a temas similares. Si estos análisis continúan aplicándose a casos concretos y llevándose a la práctica, el resultado será de una relevancia social que no debe ser menospreciada, teniendo en cuenta que el énfasis en los aspectos cualitativos de los procesos sociales y la participación de la comunidad en los procesos locales de cambio implica una mayor probabilidad de desarrollo de la misma.

MOVILIZACIÓN DE CAPITAL SOCIAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN LA JURISDICCIÓN DEL CERRO SAN COSME: EL CASO DEL PLAN TBCERO

1.1. CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA

1.1.1. La tuberculosis en la historia

La tuberculosis (TB) es la enfermedad que ha causado la mayor mortalidad entre los seres humanos a través de la historia. Ha causado enfermedad en casi todas las antiguas civilizaciones del mundo, pasando por los egipcios, hindúes, chinos, incas, mayas, entre otros. Es causada por el bacilo *Mycobacterium Tuberculosis* (bacilo de Koch), y la vía de transmisión es generalmente aérea. El paciente afectado expulsa secreciones con bacilos cuando tose, habla o estornuda, formándose las gotas de Pflügger (100 micras aprox.) las cuales son inhaladas por el receptor. Así mismo al desecarse, estas gotitas se convierten en partículas más pequeñas que pueden permanecer mucho tiempo en suspensión y ser transportadas por el aire.

Aunque existen muchas personas infectadas con el bacilo, la enfermedad se presenta sólo cuando las bacterias están en división activa y ello puede ocurrir como consecuencia de cualquier factor que reduzca la inmunidad, como la infección por el VIH, el envejecimiento, diabetes, tratamiento crónico con corticoides u otras afecciones.

La propagación de las bacterias causantes de la TB depende de factores como el número y la concentración de personas infectadas en cualquier lugar, junto con la presencia de personas con un riesgo mayor de contagiarse (por ejemplo, aquellas con infección por el VIH/sida). El riesgo de contagio aumenta con el tiempo que una persona pasa en la misma habitación que la persona enferma. El riesgo de propagación aumenta donde hay una concentración elevada de bacterias TB, como en las casas abarrotadas de gente, los hospitales o las prisiones. El riesgo aumenta aún más si la ventilación es inadecuada. De otro lado, el riesgo de propagación se reduce y con el tiempo desaparece si los pacientes que pueden contagiar la enfermedad reciben un tratamiento adecuado. El riesgo de contraer la tuberculosis es muy bajo al aire libre.

Desde el siglo XIX la TB fue identificada por Virchow y otros científicos de la época como una enfermedad social vinculada con la pobreza, y con las malas condiciones de trabajo y vida. No obstante, la existencia de países con bajos niveles de pobreza que tienen áreas con alta prevalencia de TB, o viceversa, nos muestra que en realidad la relación no es lineal, sino que es bastante más compleja e implica diversas condiciones asociadas con la pobreza tales como inequidad e injusticia social.(Mendoza y Gotuzzo 2008)

1.1.2. Tuberculosis resistente a medicamentos (variantes drogorresistentes)

En general, la TB puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos de uso corriente denominados “de primera línea¹” (TB sensible). Si estos medicamentos se utilizan o administran mal, puede presentarse una variedad de tuberculosis resistente al tratamiento o “drogorresistente”.

La TB multidrogorresistente (TB-MDR) es una forma específica de tuberculosis drogorresistente que ocurre cuando las bacterias causantes de la TB son resistentes a por lo menos dos de los medicamentos antituberculosos más potentes² de primera línea, en cuyo caso debe tratarse la enfermedad por más tiempo y con diferentes drogas (tratamiento de segunda línea). A su vez, si los medicamentos para el tratamiento de la TB-MDR (fármacos de segunda línea³) se utilizan o administran mal, se vuelven ineficaces, presentándose la tuberculosis extremadamente drogorresistente (TB-XDR) en la cual se presenta resistencia a dichos medicamentos, y a otros antibacterianos potentes.⁴ La mala utilización de dichos medicamentos se relaciona con programas de control de la tuberculosis de pobre desempeño, por ejemplo, cuando no se proporciona el apoyo debido a los pacientes para que finalicen el tratamiento completo, cuando se prescribe el tratamiento o la dosis equivocados, o por un período demasiado corto;

¹Fármacos de primera línea: Isoniacida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomina

²Resistentes por lo menos a la isoniazida y la rifampicina,

³Fármacos de segunda línea: Ácido paraaminosalicílico (PAS), cicloserina, amikacina, kanamicina, capreomicina, viomicina, etionamida, protionamida, tiosemicarbazona.

⁴Resistente a los de segunda línea y a todos los tipos de fluoroquinolonas y a por lo menos uno de los tres medicamentos inyectables de segunda línea (capreomicina, kanamicina y amikacina). Definición acordada por el Grupo Mundial de Trabajo de la OMS sobre TB-XDR en octubre de 2006.

cuando el suministro de los medicamentos es irregular o cuando los medicamentos son de mala calidad.(Organización Mundial de la Salud s.f.).

De otro lado, a veces se adquiere la forma multidrogorresistente(TB MDR) cuando las bacterias transmitidas durante la propagación proceden de una persona que padece esta variedad y por lo tanto los microbios que ingresan al organismo ya son drogorresistentes.

El tratamiento de la TB-MDR es más costoso, más prolongado y tiene más efectos colaterales. Asimismo, dado que la TB-XDR es resistente a los medicamentos de primera y segunda línea, las opciones de tratamiento son muy limitadas. Siendo la TB en general una enfermedad prevenible y curable, llegar a un estado de padecer una variante virtualmente incurable y a mediano o largo plazo letal como es la TB XDR, es para algunos expertos, un indicador de negligencia en salud pública.(Mendoza y Gotuzzo 2008).

Según lo establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) los países pueden prevenir la TB-XDR al procurar que sus programas nacionales de control de la tuberculosis y todos los profesionales que trabajan con tuberculosis, cumplan con las Normas Internacionales para el Tratamiento de la Tuberculosis en las cuales se recalcan aspectos como el diagnóstico y el tratamiento adecuados para todos los enfermos con tuberculosis, incluidos los aquejados de tuberculosis drogorresistente; garantizar suministros periódicos y oportunos de todos los medicamentos antituberculosos; lograr la administración adecuada de los medicamentos antituberculosos y el apoyo a los pacientes para maximizar la adherencia al tratamiento prescrito; prestar atención a los pacientes con TB-XDR en centros ventilados adecuadamente, y reducir al mínimo el contacto con otros pacientes, en particular los infectados con el VIH, sobre todo al comienzo del tratamiento (Organización Mundial de la Salud s.f.)

Finalmente, la disponibilidad de nuevas drogas antituberculosas no será posible por varios años. Por lo tanto, la administración de las actuales drogas de segunda línea debe ser hecha con los mejores estándares de control, dado que constituyen el último recurso terapéutico disponible. Científicos y líderes de salud pública del mundo se reunieron y firmaron la Declaración de Cambridge por la cual se acepta que la TB drogorresistente es una emergencia de salud pública(Mendoza y Gotuzzo 2008).

1.1.3. *Dimensión del problema en el Perú*

En el caso de los niños, en el Perú en los últimos años la tasa de TB pulmonar frotis positivo (TBFPF⁵) en menores de 10 años se incrementó de manera sostenida. Es posible que las tasas de incidencia de TB en los niños en general (no sólo las que resultan positivas en el frotis), sean mucho mayores puesto que por cada caso frotis positivo existirían otros dos casos frotis negativo. (Ministerio de Salud 2010)

En el caso de los grupos de adolescentes, desde el año 1996-2008 las tasas de incidencia anual de TB permanecieron estacionarias, lo cual desvirtúa la eficiencia del programa que debiera lograr una disminución sostenida en los grupos más afectados. (Ministerio de Salud 2010)

Para el caso de los adultos jóvenes y adultos maduros (de 20 a 44 años), en este mismo periodo, se encontró que la evolución también fue casi estacionaria, con algunos años en los que aumentó y algunos en los que disminuyó. En los adultos y adultos mayores (de 45 años a más) se observa un incremento sostenido y reciente de las tasas de incidencia (Ministerio de Salud 2010)

Según los datos de la Estrategia Sanitaria Nacional para el Control de la Tuberculosis (ESNPCT) para el 2007 y 2008 las regiones con mayor morbilidad anual fueron Tacna, Madre de Dios y Ucayali (aunque Tacna y Madre de Dios aportaban juntos menos de 800 casos). Las regiones del litoral aportaron 27,345 casos de TB en todas sus formas (78,5% de la morbilidad total estimada para el año 2007), los de la sierra y ceja de selva aportaron 4,849 casos (13.9%) y los de la selva 2617 casos (7.51%) con una tasa de morbilidad anual estimada de 122 x 100,000 habitantes para el 2007 y 116.65 para el 2008, siendo Lima, Callao, Ica y Tacna en la costa y todas las regiones de la selva las que tienen elevadas tasas de morbilidad. Para el año 2008, Lima y Callao aportaba con casi 58% de casos (Ministerio de Salud 2010).

⁵Tuberculosis Pulmonar en la que se pueden detectar al microscopio los bacilos en una muestra de esputo del paciente afectado.

Los datos epidemiológicos brindan evidencias del deterioro de las actividades de control de TB en los primeros años de la década del 2000, probablemente relacionado a la implementación de la reforma sobre los programas de enfermedades transmisibles en general, y una reactivación del esfuerzo a partir del 2004. El importante número de casos sin detectar deben haber transmitido la enfermedad entre sus contactos, lo que explicaría la elevación de las tasas de morbilidad e incidencia en todos los grupos de edad, principalmente en niños (Ministerio de Salud 2010).

1.1.4. Estado de las variantes de TB resistentes a medicamentos

El Perú padece una severa endemia⁶ de TB-MDR. La mayor proporción de casos en retratamiento para TB-MDR se encuentra en la costa peruana (96.7%). En general es aceptado que el litoral o costa concentra el mayor número de casos, especialmente Lima-Callao que concentra el 83% de los casos aproximadamente. Así mismo se observó un incremento en el número de casos de adolescentes y menores de 18 años ingresados a tratamiento para TB-MDR entre el 2000 y 2003, afortunadamente con tendencia a aplanarse a partir del año 2005, muy probablemente relacionado al mayor acceso a diagnóstico y tratamiento oportunos de los casos índices adultos, a lo cual contribuyó el soporte financiero de la cooperación externa (Ministerio de Salud 2010). La mayor proporción de casos de TB-MDR son varones, especialmente en el grupo de edad de 20-40 años (razón de 1.53 varones por mujer).

Respecto a la TB-XDR, la información a finales del 2009 establecía que en el Perú habían 202, sin embargo es probable que esta cifra sea mayor, puesto que para detectar casos de TB-XDR se requiere una red de laboratorios que realicen Pruebas de Sensibilidad (PS) con medicamentos de segunda línea, pero recién desde el 2005 se ha incrementado significativamente el número de PS de segunda línea realizados, de manera que los casos existentes previamente no fueron detectados como tales (Ministerio de Salud 2010).

En el cuarto reporte de la resistencia global a drogas antituberculosas de la OMS, publicado en el 2008, se comprueba el incremento global de casos de TB-MDR en el

⁶Cuando la presencia de una enfermedad afecta permanentemente a la población de un área geográfica se dice que tiene carácter de endemia.

mundo. Entre los 81 países y dos regiones administrativas especiales de China, el incremento de TB-MDR en casos nuevos se produjo sólo en Corea y Perú. En el caso de Corea este incremento es explicado por la inclusión del sector privado en sus reportes nacionales y en Perú por un debilitamiento en el control básico de la TB incluyendo el manejo de la TB-MDR. Definitivamente la TB-XDR es un problema sanitario muy grave en Sudáfrica, por la coinfección con el VIH y en las ex repúblicas socialistas soviéticas, por la carga de enfermedad, al igual que India, China, Corea del Sur, el sudeste asiático y Perú (Mendoza y Gotuzzo 2008).

Perú ocupa el primer lugar en reportar más casos de TB-MDR y TB-XDR en todo el continente americano. En nuestro país se produce el 33% de todos los casos de TB-MDR que anualmente se estiman en América. Según el tercer estudio de vigilancia nacional de la resistencia a drogas antituberculosas en el Perú, el 5,8% de los casos con TB MDR cumplen el criterio de TB XDR (Mendoza y Gotuzzo 2008).

Las zonas más afectadas de TB-MDR y TB-XDR son 18 distritos que tienen como denominador común un alto índice de hacinamiento: Ate, San Juan De Lurigancho, El Agustino, La Victoria y El Cercado de Lima, Santa Anita, San Martín de Porras, San Juan de Miraflores, Villa María del Triunfo, Villa EL Salvador, Comas, Independencia, Los Olivos, El Rímac, y los distritos de Callao (Mendoza y Gotuzzo 2008).

A pesar de la recomendación de la OMS de aislar estos pacientes hasta que termine su estado contagiante en instituciones especializadas para tal fin, esto no se está dando en el Perú y se continúa con la transmisión de estas cepas en las viviendas, lugares de estudio, trabajo o probablemente en los vehículos de transporte público (Mendoza y Gotuzzo 2008).

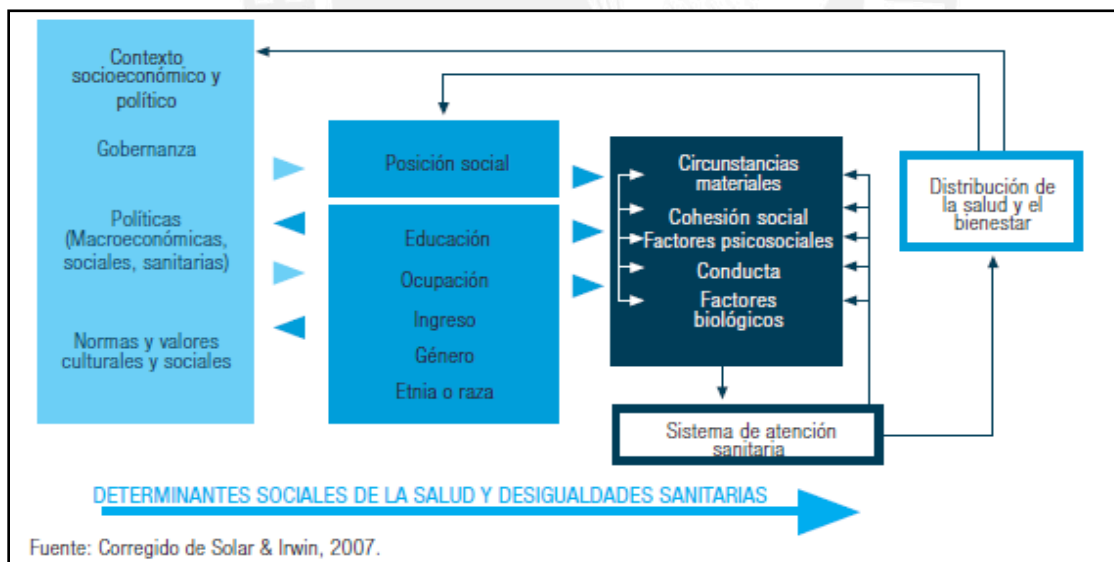
1.2. TUBERCULOSIS COMO PROBLEMA SOCIAL

1.2.1. Tuberculosis y determinantes sociales de la salud

La relación entre el estado de salud y ciertos condicionantes sociales fue propuesta el año 1974 por Mark Lalonde quien planteó cuatro factores: los estilos de vida, el medio ambiente, los aspectos biológicos y los servicios de salud, los cuales no tenían la misma prioridad política o presupuestal ni el mismo impacto en el estado de salud. A estos

factores se denominó “determinantes sociales de la salud” (DSS). Tres décadas después (2009), la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS elaboró el informe “**Subsanar las desigualdades en una generación**” en el cual amplía el espectro de los determinantes sociales abarcando todas aquellas circunstancias en las cuales las personas nacen, crecen, se desarrollan, trabajan y mueren, tales como la pobreza, la escolarización, la seguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la calidad de la vivienda, la falta de higiene en los primeros años de vida, la calificación laboral, etc. La deficiencia y disparidad de estas condiciones constituyen factores determinantes de buena parte de las desigualdades que existen en lo que respecta al estado de salud, las enfermedades y la mortalidad de las personas. A su vez, dicha deficiencia y disparidad son consecuencia de factores estructurales que, en conjunto, determinan la organización social: políticas y programas sociales deficientes, acuerdos económicos injustos y una mala gestión política (**determinantes estructurales**). Por lo tanto, para modificar los DSSes preciso actuar desde las condiciones estructurales de la sociedad hasta las condiciones de vida más próximas en que las personas crecen, viven y trabajan (**determinantes intermediarios**).

Figura 1.- Determinantes Sociales de la Salud



Para el caso de la TB los determinantes estructurales clave incluyen inequidades socioeconómicas globales derivadas de la aplicación de ciertas políticas de Estado, altos niveles de movilidad de la población, rápida urbanización y crecimiento poblacional. Estas condiciones generandistribuciones inequitativas de los determinantes sociales clave de TB: inseguridad alimentaria, malnutrición, pobres condiciones financieras, geográficas y

barreras culturales para acceder al cuidado de la salud. Estos determinantes sociales influyen diversos estadios de la TB: a) Exposición a la bacteria, b) Infección (cuando la bacteria ingresa al organismo por inhalación de gotitas contaminantes; no todos los que se infectan desarrollan la enfermedad), c) Desarrollo y evolución de la enfermedad y d) Acceso a cuidados sanitarios y resultados, que incluye evaluaciones para el diagnóstico y la administración del tratamiento de acuerdo a los estándares establecidos. En la figura 2 adaptada del artículo publicado por Hargreaves et al (Hargreaves, y otros 2011) se ilustra cómo diferentes condiciones o determinantes sociales y biológicos (por ejemplo la existencia de otras enfermedades como diabetes, infección por VIH, desnutrición, silicosis⁷) alteran el curso de la enfermedad.

Figura 2.- Determinantes Sociales y evolución de la tuberculosis

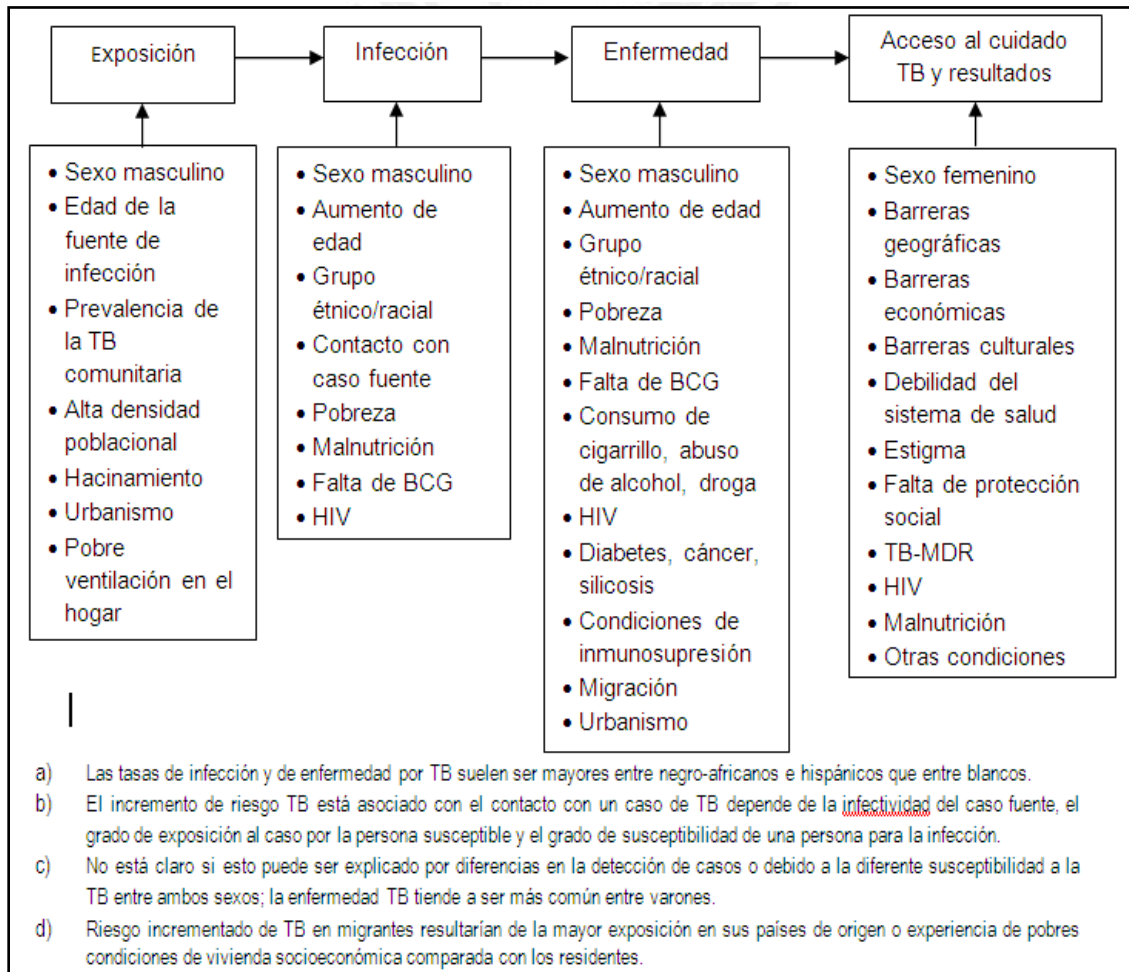


Figura 1.- Factores de riesgo de diferentes estadios de la enfermedad TB y epidemiología.

⁷Enfermedad crónica del aparato respiratorio, frecuente entre los mineros, canteros, etc., producida por el polvo de sílice

Traducido de: Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action (Hargreaves, y otros 2011).

- BCG: Vacuna que se aplica al nacer para evitar las formas más complicadas de la tuberculosis.
- Inmunosupresión: Estado en el cual la función de las defensas del organismo (sistema inmune) está deteriorada.
- TB-MDR: Variante de tuberculosis resistente a medicamentos convencionales (multidrogorresistente)

En el Perú, la TB también encuentra como principales determinantes sociales a la pobreza e inequidad, estado de nutrición, hacinamiento y vivienda, discriminación y exclusión social, empleo, educación, servicios de salud y seguridad social.

Respecto a la situación de la vivienda, además del hacinamiento, la inadecuada ventilación y el escaso ingreso de luz solar son importantes factores asociados a la transmisión de TB; estas características son comunes en centros laborales y en medios de transporte público en el Perú. En la actualidad, aproximadamente 40% de las viviendas en Lima tienen entre una y dos habitaciones y en 42% de ellas viven entre cuatro y seis personas, esto refleja las condiciones de hacinamiento en las que viven las personas. Por ejemplo, el Cerro San Cosme (La Victoria, Lima), presenta altos niveles de hacinamiento y posee una tasa de morbilidad por TB de 1347 por 100 000 habitantes, casi diez veces el promedio nacional (Fuentes-Tafur 2009)

La pobreza y la enfermedad producen pérdida de recursos económicos pero también de autoestima y autonomía, lo cual expone al sufriente a conductas frecuentes de exclusión y discriminación dentro de sus familias, en la comunidad y en los centros laborales, lastimando aún más el sentimiento de valía de estas personas enfermas. Rápidamente se pierde el soporte social generando desánimo y depresión, lo cual, además de disminuir las defensas del organismo, resulta en desinterés y abandono del tratamiento.

Respecto al impacto de los niveles de educación, al analizar los distritos de Lima Metropolitana, se encontró una correlación positiva entre los niveles de analfabetismo en población mayor a 12 años y tasas de morbilidad total por TB. Así mismo diferentes estudios han mostrado que las personas afectadas por TB dejan de estudiar temporalmente o abandonan los estudios, lo que genera impactos económicos en los jóvenes y en la familia, y contribuye aún más, al empobrecimiento del capital humano nacional, en especial de los más pobres (Fuentes-Tafur 2009).

La accesibilidad a los servicios de salud es otro de los determinantes sociales más importantes, por ello, el estado garantiza el derecho a la atención de los afectados por TB y se considera la atención gratuita de esos pacientes como una prioridad. No obstante, existen insuficientes recursos humanos en salud para atender la creciente demanda de los afectados por TB, por lo cual es necesario contar con el apoyo de los agentes comunitarios de salud. Así mismo, el Seguro Integral de Salud (SIS), busca facilitar la accesibilidad económica a los servicios de salud pero aún no logra sus objetivos, de manera que en la jurisdicción del Cerro San Cosme-La Victoria sólo 53% de la población asegurable estaba inscrita en el SIS y 21% no sabía que existía (Fuentes-Tafur 2009).

La OMS ha planteado nuevas estrategias para lograr mejores resultados en el control de la TB; la mayor parte de ellas buscan actuar sobre la infección o la enfermedad y no sobre otras causas fundamentales (los determinantes sociales). Por ejemplo, se está buscando disponer de una vacuna que, a semejanza de la viruela, polio o sarampión, genere una inmunidad (defensas contra las infecciones) adecuada, disponer de pruebas rápidas para el diagnóstico de TB y la determinación de la susceptibilidad de la bacteria a sustancias antimicrobianas, disponer de medicamentos más efectivos que permitan la cura en un lapso no mayor de cuatro meses. Es seguro que todo ello es importante, pero también es seguro que dichas intervenciones no estarán al alcance de todos. El desarrollo de dichas herramientas podrían mejorar sustancialmente el control, pero este impacto sería potenciado si además se combate los determinantes sociales y económicos.

Actualmente se viene implementando la estrategia DOTS (“tratamiento acortado directamente observado”, anexo 1 para mayor detalle) formulada por la OMS en la mayoría de jurisdicciones en nuestro país. Esta estrategia tiene un fundamento social, pero no enfrenta los problemas de fondo, tales como la pobreza e inequidad, mala nutrición, hacinamiento y vivienda, sumados a la discriminación y exclusión social, empleo, educación, servicios de salud y seguridad social. Recientemente, en un estudio internacional aleatorio desarrollado en Lima, se mostró una tasa de abandono⁸ de 8,4% a pesar de ofrecer al paciente un seguimiento cercano, así como movilidad y alimentación durante su tratamiento. Es decir, se ofreció un DOTS mucho más fortalecido que a muy

⁸La tasa de abandono se refiere al porcentaje de pacientes que inician el tratamiento contra la TB pero lo abandonan antes de culminarlo. En estos casos existe un gran riesgo de adquirir las variedades resistentes y transmitirla.

duras penas permitió disminuir la tasa de abandonos en cerca de un 50%; ello demuestra la existencia de factores ajenos a la estrategia que perturban su eficiencia (Ticona 2009).

La persistencia de los DSS hace perpetuar la enfermedad, por lo que la intervención sobre ellos es una urgencia. En palabras de E. Ticona ***“Estos factores no se necesitan descubrir, ya que subyacen a las condiciones sociales de nuestro país, y el intervenir sobre ellos, no sólo permitirá disminuir la TB, sino nos reivindica como una sociedad humanizada”***(Ticona 2009).

Algunos autores proponen que los determinantes sociales de la TB sean abordados principalmente a través del fortalecimiento de la protección social y mejorando la vivienda y los patrones de urbanismo(Hargreaves, y otros 2011). En el primer caso se proponen como componentes clave el otorgamiento de transferencias condicionadas directas de alimentos o dinero para hogares pobres, así como el incremento al acceso de oportunidades de microfinanzas para mantener el desarrollo de negocios.

Los programas de transferencias económicas condicionadas actualmente están beneficiando a poblaciones pobres en Latinoamérica y África subsahariana. Las condiciones están diseñadas para asegurar que los programas actúen como instrumentos para fortalecimiento de capital humano a largo plazo así como brindar asistencia en el corto plazo. Se ha demostrado que estos programas incrementan el consumo de los hogares, reducen la vulnerabilidad a shocks económicos, mejoran la seguridad y calidad alimentaria, incrementan la participación en servicios de salud y mejoran los resultados en salud(Hargreaves, y otros 2011).

De otro lado los proyectos dirigidos al mejoramiento urbano pueden afectar la epidemiología de la TB a través de dos vías: en primer lugar afectando el ambiente físico y social de las comunidades (polución, ventilación, disponibilidad de espacio) al modificar la organización social en las comunidades e influenciar el comportamiento de los individuos y, en segundo lugar, contribuiría al mejoramiento del estándar de vida de los residentes y el incremento al acceso de servicios de salud, transporte, mercado, escolaridad, oportunidades de ocupación para miembros de la comunidad, etc.

Desigualdad como determinante social

Como se mencionó en párrafos previos, las condiciones sociales y económicas ejercen una gran influencia sobre la salud de la población en general, ya que son las que hacen que las personas enfermen y necesiten atención médica. Por tal motivo, las desigualdades en el estado de salud entre los distintos grupos sociales aumentan o disminuyen a medida que cambian las condiciones sociales y económicas (Organización Mundial de la Salud s.f.). Según informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas que viven en los estratos más bajos de la escala social suelen estar sometidas, como mínimo, a un riesgo doble de padecer enfermedades graves y muertes prematuras que las personas que viven más cerca de los estratos superiores. Estas diferencias se extienden a través de toda la sociedad, de tal manera que incluso dentro del grupo de la clase media, las personas en las categorías inferiores padecen muchas más enfermedades y están más expuestas a una muerte prematura que las personas que ocupan las categorías superiores.

La situación de desventaja se muestra de muchas formas. Puede incluir tener pocos bienes familiares, recibir una educación pobre durante la adolescencia, tener un empleo inestable o de riesgo, vivir en viviendas en malas condiciones, vivir con una pensión de jubilación insuficiente, etc. Estas desventajas tienden a concentrarse alrededor de las mismas personas y sus efectos acumulativos sobre la salud se prolongan durante toda la vida. El desgaste que sufren las personas que viven en circunstancias sociales o económicamente estresantes y desfavorables aumenta al prolongarse el tiempo que están expuestas a ellas y, en la misma medida, se reducen sus posibilidades de disfrutar de una vida sana (Organización Mundial de la Salud s.f.).

1.2.2 El Plan TBCero

El centro de salud San Cosme para el año 2008 contaba con una población asignada de 19,744 habitantes, con algunas características sociodemográficas particulares: alta densidad poblacional, hacinamiento, pobreza, inmigración con población flotante, trabajo precario, población en riesgo social (alcoholismo, drogadicción, prostitución), población con problemas legales entre otros. La morbilidad total por TB reportada para ese año fue de 266 casos, 35 de ellos TB MDR y 7 fallecidos, vale decir, una tasa de 177.3 x 100,000 tasa de incidencia anual (TIA) de TB MDR y 35.5 x 100,000 de mortalidad, con lo cual se

constituye el establecimiento de salud de mayor carga de TB sensible y TB MDR de la DISA V Lima Ciudad.

En respuesta, el año 2009 se aprobó e inició la implementación del Plan TBCero cuya base teórica se sustenta en el enfoque de los DSS descrito en párrafos anteriores, la salud como derecho humano, gobernanza y gobernabilidad y descentralización local. El actor central de este plan es el ciudadano afectado por TB, ya sea como paciente (PAT), familiar, contacto, vecino y el personal de salud que lo atiende; la finalidad es contribuir al control de la TB en la jurisdicción del Centro de Salud San Cosme.

Como hemos revisado hasta aquí, para enfrentar la TB se requiere la articulación de los diferentes sectores del Estado, la sociedad civil, el sector privado y los propios afectados; esta articulación ha sido muy bien plasmada en el Plan TBCero. En lo referente al sector salud, se le ha delegado el liderazgo técnico para el diagnóstico oportuno y tratamiento eficaz. El sector educación participa brindando información a la población escolar la cual se halla en alto riesgo de enfermar. El sector vivienda aporta con la mejora de las condiciones de vivienda puesto que la inadecuada ventilación en las viviendas condiciona mayores posibilidades de infección en los co-habitantes. El sector trabajo tiene programas destinados a la incorporación de las PATs a fuentes de empleo. El sector interior ayuda a combatir el pandillaje, la criminalidad y el tráfico de estupefacientes que están fuertemente asociados a la enfermedad. Para que este trabajo articulado sea posible se reconoce el liderazgo político del alcalde distrital y quien se encarga de conducir este plan. La sociedad civil expresada por las organizaciones sociales de base y las ONGs son co-partícipes relevantes en este proceso.

El objetivo del Plan TBCero es disminuir la incidencia de la TBC en un 30% en un período de 5 años en la jurisdicción del Centro de Salud de San Cosme, La Victoria. Al 2010 entre los logros más importantes se puede citar la participación activa del gobierno local a través de la implementación de políticas públicas afirmativas, la participación activa de las personas afectadas y la humanización de la atención de los afectados a nivel individual/familiar/comunitario. En el momento actual la gestión municipal viene mejorando las condiciones de salubridad y ordenamiento territorial de la zona. Así mismo al 2010 se ha conseguido (en comparación al 2008): el incremento en la detección de sintomáticos respiratorios de 6.1 a 7.9%, la disminución de la tasa de abandonos de 20.4% a 7.7%, el

incremento de la tasa de curación de 74.6% a 87.7% y la disminución de la tasa de incidencia de 1028 por 100,000 habitantes en el año 2008 a 784 por 100.000 habitantes para el año 2010(Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas DISA V 2011).

Algunas de las estrategias que comprende el Plan TBCero es la implementación de la Casa de Alivio, cuya finalidad es la administración por personal de salud del tratamiento antituberculoso estrictamente supervisado en boca a pacientes que han presentado pruebas de esputo positivas al bacilo y cuenten con prueba de sensibilidad a antibióticos en curso o con los resultados; de esta manera se fortalece la continuidad y amplificación de la estrategia DOTS y DOTS PLUS. Los pacientes que han sido diagnosticados con tuberculosis en el centro de salud San Cosme acuden a la Casa de Alivio que pertenece a la Municipalidad de La Victoria y se encuentra en coordinación constante con el centro de salud San Cosme. Al llegar los pacientes se encuentran en un lugar cómodo, debidamente ambientado y que cuenta con personal calificado que lo apoya en lo que necesite. Médico, enfermera, trabajadora social y psicólogo están a su disposición para brindarle charlas de información y consejería.

A la luz de los resultados logrados durante su primer año y medio de ejecución, la implementación del Plan TBCero ha logrado una fina y efectiva interacción de actores en los diferentes determinantes sociales de la TB en el cerro San Cosme, y una movilización del capital social en la jurisdicción, lo cual refleja la implementación de prácticas de gerencia social que merecen ser estudiadas con mayor detenimiento para poder obtener lecciones que permitan aprendizajes y escalamiento hacia otros contextos.

1.2.3 Normatividad nacional para el control de la tuberculosis

A nivel nacional, para el control de la Tuberculosis, el Ministerio de salud cuenta con la **Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis ESN-PCT**, órgano técnico normativo responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú; garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Según la resolución directoral 106/2009/DG/ DISA V Lima ciudad, que aprueba el Plan TBCero, la normatividad que antecede y es el documento marco para la aplicación del mismo es la Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis (2006), cuya finalidad era lograr hacia fines del año 2010 consolidar y expandir la estrategia DOTS y DOTS Plus, permitiendo el fortalecimiento de la atención de personas con tuberculosis sensible, tuberculosis resistente y coinfectados con VIH/SIDA en los establecimientos de salud del MINSA en particular y en los demás establecimientos del sector salud priorizando las regiones con mayor carga de tuberculosis.

La norma técnica presentó como objetivo general “Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno, gratuito y supervisado de las personas con tuberculosis (TB) en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas”.

Como objetivos específicos se presentaron los siguientes:

1. Asegurar la continuidad y amplificación de la estrategia DOTS mediante planes para el desarrollo del Sector Salud.
2. Fortalecer la capacidad gerencial en todos los niveles de atención.
3. Realizar la localización de casos de TB en forma precoz y oportuna a través del examen gratuito de los sintomáticos respiratorios identificados en los servicios de salud.
4. Mantener la gratuidad y supervisión estricta del tratamiento a los enfermos con TB.
5. Fortalecer la Estrategia DOTS Plus a nivel nacional.
6. Garantizar el desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológica veraz, oportuna y de calidad para la toma de decisiones.
7. Establecer estrategias de promoción de la salud a través del desarrollo de los componentes información, educación, comunicación y abogacía (IECA) y promoción social.
8. Promover la comunicación estratégica en el marco de desarrollo de la ciudadanía en salud.
9. Fortalecer las dimensiones de salud pública, gerencial, epidemiológica y operacional de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la TB.

10. Propiciar la investigación operacional, epidemiológica, clínica y de salud pública, priorizando áreas problemáticas, como son TB MDR, coinfección TB-VIH/SIDA, áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (AERT TB) y poblaciones vulnerables (poblaciones indígenas, prisiones y otras).

11. Establecer alianzas estratégicas con la sociedad civil y organizaciones de afectados debidamente acreditados.

La norma técnica del 2006 tuvo carácter de aplicación obligatoria en todos los establecimientos del sector salud a nivel nacional.

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESN-PCT), es la respuesta socio-sanitaria al problema de la tuberculosis, considerado como una prioridad sanitaria nacional, multisectorial e interinstitucional; que permite un abordaje multifactorial para el control, reducción y prevención de esta enfermedad, mediante una movilización nacional de recursos orientados a acciones de alto impacto, concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones y con un enfoque de costo-efectividad de alta rentabilidad económica y social.

El Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT garantiza que las personas afectadas accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con un enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza, etnia u otros.

En el nivel nacional así como en el nivel regional donde la tuberculosis es un problema de salud pública, se contó con un comité técnico integrado por las dependencias de la institución, involucradas en la implementación y ejecución de las actividades de prevención y control de la tuberculosis y un comité consultivo integrado por representantes de instituciones de la sociedad civil y organizaciones de afectados que desarrollen y ejecuten planes de abogacía que garanticen el compromiso político con la asignación de recursos necesarios en cada uno de los niveles de atención para la aplicación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis.

En el nivel local las autoridades competentes garantizarán el cumplimiento de la norma técnica con la participación de equipos multidisciplinarios y asegurarán consulta médica, detección, diagnóstico y tratamiento gratuitos, ofreciendo buenas prácticas de atención y respeto a los derechos humanos.

La ESN-PCT en los diferentes niveles e instituciones del Sector Salud, promoverá la plena participación de las organizaciones de personas afectadas debidamente acreditadas, fomentando el desarrollo de ciudadanía en salud, que implica el ejercicio de derechos y responsabilidades.

Para el desarrollo ordenado de la respuesta socio-sanitaria, ante la complejidad de las necesidades de salud, se deben considerar las siguientes disposiciones específicas:

La ESN-PCT, considera necesario incorporar mayores elementos para la reflexión bioética y de los derechos humanos, como orientadores del accionar del personal de salud en el desarrollo de las actividades de prevención y control de la tuberculosis en nuestro país.

- Dignidad humana

La dignidad humana está en la base de los derechos humanos reconocidos universalmente, siendo éstos indivisibles, integrales, imprescindibles, irrenunciables, inalienables y progresivos.

La dignidad humana es condición propia de toda persona, por su sola condición de humano, por ello la persona es un fin en sí mismo y no puede ser considerado como un medio, objeto o instrumento. Por eso toda persona merece ser tratada con respeto y consideración, en situación de salud o enfermedad, e independientemente de su condición social, raza o credo religioso.

- Ética/ bioética

Lo ético es inherente a la condición humana, por ello la reflexión y práctica de la ética son indispensables para una convivencia armónica; aplica a todos los ámbitos. La bioética, es

una ética aplicada y una respuesta a los retos que crean los avances científicos y tecnológicos en torno a la vida. Es una disciplina que tiene mucho que aportar al campo de la salud, como valiosa herramienta de reflexión que promueve una atención sanitaria de calidad.

La corriente principalista de la bioética reconoce 4 principios clásicos:

- Respeto a las personas, que enfatiza el respeto a su autonomía, es decir la facultad de autodeterminarse por sí mismos de modo consciente y responsable, teniendo como base una adecuada información.
- Beneficencia: maximizar los beneficios para el paciente.
- No maleficencia: no causar daño, minimizar los posibles riesgos.
- Justicia: imparcialidad en riesgos y beneficios. Equidad en la distribución de los recursos.

Estos principios se convierten en derechos de las personas sanas o enfermas que juntamente con los derechos humanos ameritan ser tomados en cuenta por los prestadores de servicios de salud para ofrecer una atención integral de calidad.

- Derechos Humanos, Derechos en Salud

Los derechos humanos son “condiciones esenciales del género humano, materiales y espirituales, que necesitamos para satisfacer nuestras necesidades y realizarnos como seres humanos” (Declaración Universal de los Derechos Humanos). El derecho a la vida, la libertad personal, privacidad, seguridad, igualdad ante la ley, la no discriminación, la expresión, el libre tránsito, la asociación, entre otros, son derechos humanos civiles y políticos. El derecho a la salud, educación, condiciones dignas de vida y de trabajo son derechos humanos que corresponden al grupo de derechos económicos, sociales y culturales.

Todos son derechos fundamentales de toda persona, que se mantienen vigentes también en situaciones de enfermedad. Estos han sido reconocidos, suscritos y ratificados por la mayoría de países, entre ellos el Perú.

La bioética y los derechos humanos constituyen pues, poderosos instrumentos de reflexión, cuyo conocimiento y práctica promueven una asistencia sanitaria de calidad.

- Promoción de los Derechos Humanos y Ética en la ESN-PCT.

La promoción de los derechos humanos y ética en la ESN-PCT tiene como objetivos:

- Promover en el personal de salud de los diferentes niveles de atención y en las personas con tuberculosis, la información, capacitación y reflexión sobre los derechos humanos y bioética, para fomentar su práctica.
- Fomentar el derecho a la información que tiene la persona con tuberculosis sobre su enfermedad, alternativas de la conducta terapéutica a seguir, pronóstico y promover el ejercicio del principio de autonomía.
- Promover la práctica de los derechos humanos y de los principios bioéticos en el quehacer diario de los prestadores de servicios y personas con tuberculosis en los establecimientos de salud.
- Fomentar el respeto a la dignidad de cada individuo, el derecho a la intimidad y confidencialidad de la persona con tuberculosis en todos los momentos de la relación entre la persona con tuberculosis y el prestador del servicio de salud.
- Lograr una mayor satisfacción en los usuarios internos y externos de la ESN-PCT por el trabajo realizado en los diferentes niveles.

Entre las actividades a realizar tenemos:

- El MINSA a través de las ESN-PCT promoverá y facilitará la capacitación del personal de salud y personas con tuberculosis en derechos humanos y bioética.
- Capacitación para la práctica del consentimiento informado.
- Información clara, veraz, completa y comprensible según el nivel social y cultural de la persona con tuberculosis.

- Difusión de los derechos y responsabilidades de la persona con tuberculosis en forma visible en los establecimientos de salud.
 - Monitorear que los protocolos de investigación en seres humanos que se aplican en personas con tuberculosis, cuenten con la aprobación de los Comités de Ética de Investigación según niveles.
 - Consulta a los Comités de Ética asistencial (Bioética) sobre aquellos casos donde existen conflictos de valores.
- Elaboración de guías para la atención de casos especiales, respetando los principios bioéticos.

PEM TB Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú.

Mediante Decreto Supremo N° 010-2010SA, se aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2010-2019, cuya visión es:

“En el año 2019, el Estado y la sociedad civil han logrado enfrentar a la TB y sus determinantes sociales con enfoque de derechos humanos, género, equidad e interculturalidad en forma integrada y eficaz. La incidencia de TB sensible, TB MDR/XDR muestra tendencias decrecientes siendo que las personas en riesgo y vulnerables están más protegidas y las personas afectadas son atendidas y tratadas de modo integral en pleno ejercicio de su ciudadanía y con el compromiso de familias y comunidades. Asimismo, el estigma asociado a la enfermedad se ha reducido significativamente, predominando un entorno social respetuoso y solidario”.

Para lograr su visión, el plan presenta el siguiente objetivo y resultados esperados:

Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbimortalidad por tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas de manera que para el año 2019 alcancemos una incidencia TBP-FP menor de 40 casos por 100 000 habitantes.

Resultado 1: Todas las personas afectadas de TB, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite recuperar su salud, mejorar su calidad de vida y reducir su vulnerabilidad a abandonos y recaídas.

Resultado 2: Las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad.

Resultado 3: La población en general está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, ambientales y culturales para erradicar progresivamente la TB en el Perú.

Resultado 4: Las personas afectadas de TB participan organizada y activamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando y consolidando redes y desarrollando procesos de incidencia pública y política.

Resultado 5: Los programas sociales y el sistema de servicios de salud se encuentran fortalecidos y tienen la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB en forma oportuna, eficaz gratuita y con calidad.

Resultado 6: El sector público en sus niveles nacional, regional y local, el sector privado y la sociedad civil tienen una respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el país.

El presupuesto del PEM tuberculosis será de \$ 55 824 241 anuales.

1.3.- ENFOQUES Y CONCEPTOS CLAVES

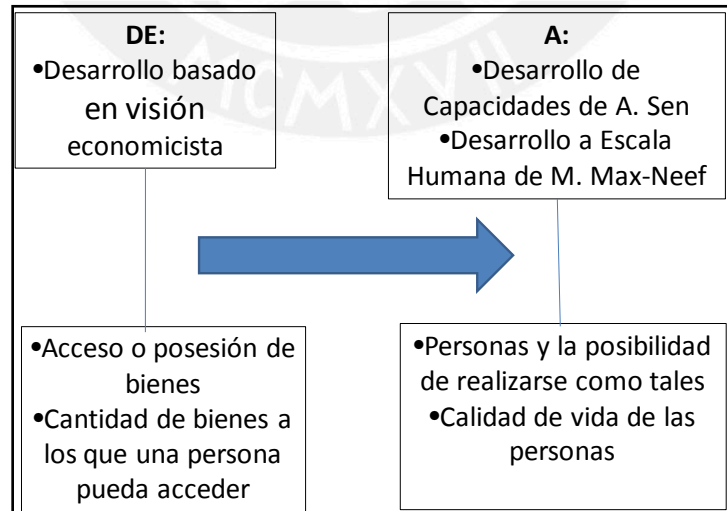
El concepto de desarrollo aplicado a una sociedad es muy poderoso, dado que sirve como guía para la definición de políticas e intervenciones sociales, así como para las metas que deberían alcanzarse como sociedad. Es un concepto vivo, no es único, sino que varía de acuerdo a los retos que enfrentan las diferentes sociedades a lo largo de la historia en sus procesos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales.

Aún en la actualidad los conceptos vinculados al desarrollo (social) están siendo sometidos a una drástica revisión en todo el mundo, tanto por académicos como por

organizaciones, alejándolo cada vez más del concepto de desarrollo relacionado solamente con el crecimiento económico. En esta revisión se busca el reencuentro con la axiología del desarrollo, con los valores que lo definen, cuestión que quedó oculta bajo el peso del pensamiento puramente económico. Así el concepto se acerca mucho a lo subjetivo, lo valórico, lo intangible, lo holístico, lo sistémico, lo cultural, la complejidad, para citar sólo algunas de las características. Utilizando las palabras de Celso Furtado: *“El verdadero desarrollo es principalmente un proceso de activación y canalización de fuerzas sociales, de avance en la capacidad asociativa, de ejercicio de la iniciativa y de la inventiva. Por lo tanto, se trata de un proceso social y cultural, y sólo secundariamente económico. Se produce el desarrollo cuando en la sociedad se manifiesta una energía capaz de canalizar, de forma convergente, fuerzas que estaban latentes o dispersas”* (Boisier Octubre 2003).

Dos enfoques: el Enfoque de Desarrollo de Capacidades de Amartya Sen-Martha Nussbaum y el de Desarrollo a Escala Humana de Manred Max-Neefse han vuelto emblemáticos en la redefinición del concepto predominante de desarrollo basado en una visión economicista, trasladando el énfasis desde el acceso o la posesión de bienes hacia las personas y sus posibilidades de realizarse plenamente como tales, vale decir, desde la cantidad de bienes a los que una persona puede acceder a la calidad de vida de las personas.

Figura 3.- Esquema cambio de perspectivas en desarrollo humano



Elaboración propia

1.3.1 Enfoque de Desarrollo de Capacidades

De acuerdo a AmartyaSen, el desarrollo es el proceso de expansión de capacidades humanas, vale decir, la expansión de lo que las personas son capaces de hacer o ser. Dichas capacidades humanas reflejan la libertad de una persona para escoger entre diferentes maneras de vivir. Se hace énfasis en el dominio que tienen las personas sobre las cosas y las circunstancias, pero sobretodo sobre sus propias vidas para subsistir. Se reconoce que las capacidades de las personas dependen en parte del conjunto de bienes que estén bajo su dominio, pero también se reconoce que el acceso a los bienes y servicios necesarios para vivir no sólo dependen de las actividades humanas vinculadas con la producción (Varisco 2008). Así mismo se da importancia a la ampliación de los derechos de las personas para acceder a los bienes y servicios que requieren para satisfacer sus necesidades y mejorar sus niveles de bienestar. Los derechos se adquieren a través de las instituciones y mecanismos de participación política, por lo que es importante que las personas participen de la propia definición de esos derechos, la participación política como parte del desarrollo (Varisco 2008)

De acuerdo a lo señalado por Martha Nussbaum, (Nussbaum 2000) “el Enfoque de las Capacidades” sobre la calidad de vida fue introducido en materia económica por AmartyaSen y ha sido desarrollado filosóficamente por ella a partir de la descripción aristotélica del funcionamiento humano. Tal enfoque sostiene que deberíamos centrarnos en la pregunta ¿Qué son realmente capaces de hacer y ser las personas de un grupo o país? A diferencia de una aproximación centrada en la utilidad, donde la utilidad se traduce como la satisfacción de la preferencia subjetiva, el enfoque de las capacidades sostiene que las preferencias no siempre son indicadores fiables de la calidad de vida, en tanto pueden ser deformadas de múltiples formas por la opresión y las privaciones. A diferencia del tipo de enfoque liberal que solo se ocupa de la distribución de recursos, el enfoque de las capacidades sostiene que los recursos no tienen valor en sí mismos fuera de su papel en la promoción del funcionamiento humano.

Nussbaum plantea las siguientes capacidades humanas centrales:

-Vida, capacidad de vivir hasta el término de una vida humana de duración promedio. No morir prematuramente o cuando la propia vida se haya deteriorado tanto que ya no valga la pena vivir

- Salud física. Capacidad de gozar de una buena salud, incluida la salud reproductiva. Estar adecuadamente nutrido. Contar con un techo adecuado.
- Integridad física. Capacidad de desplazarse libremente de un lugar a otro. Seguridad en contra de asaltos violentos, incluidos el asalto sexual y la violencia doméstica.
- Sentidos imaginación y pensamiento, capacidad de usar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar y de hacer todo ello de un modo “verdaderamente humano”, formado y cultivado por una educación adecuada que tome en cuenta el adiestramiento en letras, ciencias y matemáticas básicas.
- Emociones. Capacidad de relacionarse con las cosas y personas distintas de nosotros mismos, de amar a aquellos que nos aman y cuidan.
- Razón práctica. Capacidad de formarse una concepción de lo bueno y de comprometerse con una reflexión crítica sobre la planificación de la propia vida.
- Afilación. Capacidad de vivir con los otros y para con ellos, de reconocer y mostrar preocupación por otros seres humanos, de comprometerse con formas variadas de interacción social.
- Otras especies. Capacidad de vivir con muestras de interés y relación para con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.
- Juego. Capacidad de reír, jugar y disfrutar de actividades recreativas.
- Control sobre el propio medio a) Política. Capacidad de participar efectivamente en las opciones políticas que gobiernan la propia vida b) Material, capacidad de tener propiedades (tanto bienes muebles como inmuebles).

Como lo concibe Nussbaum, “El Enfoque de Capacidades” afirma que una vida carente de cualquiera de estas capacidades, sin importar cual, no ha de ser una vida humana buena.

Finalmente, en palabras de Iguñiz, en el enfoque de capacidades de Senya *no se trata solamente de cuántas cosas se producen por las personas (productividad), ni de cómo se las reparten entre ellas (equidad), ni si dichas cosas alcanzan para vivir o desempeñarse adecuadamente en la vida (necesidades básicas). Se trata más bien de saber cuántas vidas y cuánta vida, entendidas como capacidades y desempeños, se logran con la utilización de ciertas cosas por el ser humano*”(R. Mendoza s.f.).

1.3.2 El Enfoque de Desarrollo a Escala Humana (EDEH)

El Enfoque de Desarrollo a Escala Humana nos propone una nueva filosofía del desarrollo. Postula que éste debe partir desde la persona quien es protagonista de su desarrollo y así rompe con la visión paternalista de ver a la persona como objeto y no como sujeto de desarrollo. Así mismo, postula que el mejor proceso de desarrollo será el que permita elevar la calidad de vida de las personas, vale decir, las posibilidades que tienen las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales.

Manfred Max Neef señala que el Desarrollo a Escala Humana *concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia y en la articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología*, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social (...). “En el desarrollo a escala humana se avanza en la subjetivización del desarrollo, se categorizan los recursos no convencionales (capital intangible) y se hace hincapié a la sinergia como motor de desarrollo. Tales similitudes hablan por sí mismas de una época de transición paradigmática” (Boisier Octubre 2003).

“Necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas son los pilares fundamentales que sustentan el Desarrollo a Escala Humana. Para servir a su propósito deben también apoyarse sobre una base sólida la cual se construye a partir del protagonismo real de las personas, como consecuencia de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios en la que el protagonismo sea realmente posible” (Max-Neef 1993). Lograr la transformación de la persona-objeto en la persona-sujeto del desarrollo es, entre otras cosas, un problema de escala porque requiere una mirada diferente a la habitual que es la mirada de organización jerárquica “de arriba hacia abajo” en la cual se diluye el protagonismo de la persona. Una mirada de Desarrollo a Escala Humana exige un nuevo modo de interpretar la realidad

La importancia de un enfoque transdisciplinario

El EDEH postula también que no podemos seguir atacando la creciente magnitud y complejidad de las problemáticas sociales mediante la aplicación exclusiva de políticas convencionales y miradas no sistémicas “unidisciplinarias”. Sólo una mirada transdisciplinaria nos permitirá comprender, por ejemplo, de qué manera las

condiciones políticas, económicas y de salud forman círculos viciosos. Descubrimos así, casos cada vez más numerosos donde la mala salud es el resultado de la “mala política” y de la “mala economía”, lo cual ha sido ya desarrollado a través del Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud en esta tesis.

Lamentablemente, cada disciplina al hacerse más reduccionista ha creado un propio ámbito de deshumanización, pues la naturaleza humana exige una mirada holística, integral. “Sólo la voluntad de apertura intelectual puede ser el cimiento fecundo para cualquier diálogo o esfuerzo transdisciplinario que tenga sentido y apunte a la solución de problemáticas reales que afectan nuestro mundo. La humanización y la transdisciplinariedad responsables son nuestra respuesta a las problemáticas y son, quizás, nuestra única defensa. Si no asumimos el desafío, nadie será inocente, todos seremos cómplices de generar sociedad enfermas” (Max-Neef 1993). En tal sentido, es de mucha contribución investigar problemáticas sociales estimulando enfoques y perspectivas transdisciplinarias, la complejidad de nuestras sociedades así lo requiere.

Necesidades humanas

El EDEH plantea que las **necesidades humanas son universales, finitas y clasificables**, son las mismas en todas las culturas y en todos los períodos históricos. Se diferencian de los **satisfactores** -formas cómo se satisfacen dichas necesidades-, y de los **bienes** –medios utilizados para la satisfacción-; tanto los satisfactores como los bienes para lograr la satisfacción de las necesidades pueden variar a través del tiempo y las culturas. *“La persona es un ser de necesidades múltiples e interdependientes, por lo que las necesidades humanas deben entenderse como un sistema en que las mismas se interrelacionan e interactúan. Simultaneidades, complementariedades y compensaciones (trade-offs) son características de la dinámica del proceso de satisfacción de las necesidades”*(Max-Neef 1993)..

Las necesidades **son concebidas como potencia y no sólo como carencia**, en la medida que comprometen y movilizan a las personas. Concebirlas solo como carencia, las reduce a lo fisiológico, sin embargo, en la medida que las necesidades comprometen, motivan y movilizan a las personas, son también potencialidad y, más aún, pueden llegar a ser recursos. En este sentido, es más apropiado hablar de que las necesidades se

vivan, se realicen y se potencien. Así, por ejemplo la necesidad de participar es potencial de participación, la necesidad de crear es potencial de creación.

En este punto se evidencia una diferencia con las intervenciones que parten de una concepción de las necesidades en las comunidades como carencias (“lo que les falta”). Es importante recalcar entonces que el enfoque de necesidades básicas humanas insatisfechas (NBI) que es ampliamente utilizado para evaluaciones socioeconómicas en nuestro país y por ende para algunos programas sociales, tiene similitud con el enfoque de necesidades de Max Neef y el enfoque de capacidades de Sen en tanto señalan que el objetivo del desarrollo es brindar a los seres humanos la oportunidad de una vida plena; sin embargo, divergen en lo siguiente:

- Las necesidades básicas se definen en términos de bienes y servicios y no de las capacidades.
- Las necesidades básicas se interpretan con base a un mínimo de cantidades específicas de bienes y servicios concretos. El enfoque de capacidades, no pone límites.
- El concepto de capacidades se basa en la libertad para hacer algo (¿Qué puede hacer una persona?), mientras que el de necesidades con la plena satisfacción de sus necesidades (¿Qué se puede hacer para satisfacer esa necesidad de la persona?)

En el EDEH las necesidades humanas afectan todo el contexto social, no sólo se relacionan con los bienes y servicios, sino también **con prácticas sociales, formas de organización de modelos políticos y valores que repercuten sobre las formas en que se expresan necesidades**. Pueden desagregarse de diversas formas. En la propuesta de Max Neef se han clasificado las necesidades de acuerdo a criterios existenciales y axiológicos:

a) Criterios existenciales: Ser (atributos personales o colectivos, que se expresan como sustantivos), Tener (Instituciones, normas, mecanismos, herramientas (no en sentido material), leyes ,etc.), Hacer (acciones personales o colectivas que pueden ser expresadas como verbos).

b) Criterios axiológicos: (relacionados con la constitución del ser). Subsistencia, Protección, Creación, Participación, Afecto, Identidad, Entendimiento, Ocio, Libertad

De la clasificación propuesta se desprende que, por ejemplo, alimentación y abrigo no deben considerarse como necesidades, sino como satisfactores de la necesidad fundamental de subsistencia. Del mismo modo, la educación (ya sea formal o informal), el estudio, la investigación, la estimulación precoz y la meditación son satisfactores de la necesidad de entendimiento (Max-Neef 1993).

En el EDEH las necesidades forman un sistema en el que no cabe establecer jerarquías, donde unas se consideren necesidades primarias y secundarias. *Todas las necesidades humanas son prioritarias* y, al ser universales, son las mismas para todas las personas

El EDEH y la noción de pobreza

En el EDEH se reinterpreta la noción de “pobreza” ligada a las carencias económicas, para ampliar su aplicación a cualquier necesidad humana no satisfecha. En tal sentido, hablamos de “pobrezas”:

Tabla 1.-Tipos de pobreza bajo el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Necesidad humana fundamental no satisfecha	Situación característica
a) Pobreza de subsistencia	Alimentación y abrigo insuficientes
b) Pobreza de protección	Sistemas de salud ineficientes, violencia, la carrera armamentista,
c) Pobreza de afecto	Autoritarismo, la opresión, las relaciones de explotación con el medio ambiente natural, etc.
d) Pobreza de entendimiento	Deficiente calidad de. la educación, débil capacidad de reflexión, etc.
e) Pobreza de participación	Marginación y discriminación de mujeres, niños y minorías
f) Pobreza de identidad	Imposición de valores extraños a culturas locales y regionales, emigración forzada, exilio político, etc.

Elaboración propia a partir del texto Desarrollo a Escala Humana (Max-Neef 1993)

Cuando se rebasan límites críticos de intensidad y duración en cuanto a la insatisfacción de una pobreza, pueden desencadenarse **patologías**. En la actualidad muchas de las patologías sociales o mentales colectivas han tenido tratamientos ineficaces, carentes de enfoques transdisciplinarios. Así mismo nuevas patologías colectivas se originarán en el corto y largo plazo si continuamos con enfoques tradicionales y ortodoxos: no tiene sentido sanar a un individuo para luego devolverlo a un ambiente enfermo. Es así como encontramos una vez más que el EDEH coincide con el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud abordado en párrafos anteriores.

Satisfactores

Uno de los aspectos que definen la cultura es la elección de los satisfactores, vale decir todo aquello **que por representar formas de ser, tener, hacer y estar, contribuyen a la realización de necesidades humanas**. Incluye formas de organización, políticas, prácticas sociales, valores y normas, comportamientos y actitudes, etc. Por ejemplo, son satisfactores de las necesidades de subsistencia la alimentación, la salud física. Son satisfactores de las necesidades de participación, los derechos, el respeto, la solidaridad; la familia puede considerarse un satisfactor de la necesidad de protección, etc.

Tabla 2.- Necesidades humanas fundamentales y Satisfactores según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Necesidades según categorías existenciales	SER	TENER	HACER	ESTAR
Necesidades según categorías axiológicas				
SUBSISTENCIA	Salud física, salud mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	Alimentación, abrigo, trabajo	Alimentar, procrear, descansar, trabajar	Entorno vital, entorno social

PROTECCIÓN	Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad	Sistemas de seguros, ahorro, seguridad social, sistemas de salud, legislaciones, derechos, familia, trabajo	Cooperar , prevenir, planificar, cuidar , curar , defender	Contorno vital, contorno social, morada
AFECTO	Autoestima, solidaridad , respeto , tolerancia , generosidad , receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor	Amistades, parejas, familia , animales domésticos, plantas jardines	Hacer el amor, acariciar, expresar emociones , compartir, cuidar, cultivar, apreciar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro
ENTENDIMIENTO	Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	Investigar, estudiar, experimentar, aduar, analizar, meditar, interpretar	Ámbito de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familia
PARTICIPACIÓN	Adaptabilidad, receptividad, solidaridad , disposición, convicción, entrega , respeto , pasión, humor	Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo	Afiliarse , cooperar , proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar	Ámbitos de interacción participativa, cooperativas, asociaciones, iglesias , comunidades , vecindarios , familia

Necesidades según categorías existenciales	SER	TENER	HACER	ESTAR
Necesidades según categorías axiológicas				

OCIO	Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad	Juegos, espectáculos, fiestas, calma	Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar	Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes y paisajes
CREACIÓN	Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad	Habilidades, destrezas, método, trabajo	Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar	Ámbitos de producción y retroalimentación, talleres, ateneos, agrupaciones, audiencia, espacios de expresión, libertad temporal
IDENTIDAD	Pertenencia, coherencia, diferencia, autoestima, asertividad	Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia , sexualidad, valores, normas, roles , memoria histórica, trabajo	Comprometerse, integrarse, confundirse definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer	Socio-ritmos, entornos de la cotidianeidad , ámbitos de pertinencia, etapas madurativas
LIBERTAD	Autonomía, autoestima, voluntad, pasión, asertividad , apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia	Igualdad de derechos	Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar	Plasticidad espacio-temporal

“Las necesidades humanas fundamentales de un individuo que pertenece a una sociedad consumista son las mismas de aquel que pertenece a una sociedad ascética. Lo que cambia es la elección de cantidad y calidad de los satisfactores, y/o las posibilidades de tener acceso a los satisfactores requeridos... El cambio cultural es-entre otras cosas, consecuencia de abandonar satisfactores tradicionales para reemplazarlos por otros nuevos y diferentes” (Max-Neef 1993) .

Mientras que un satisfactor es en sentido último el modo por el cual se expresa una necesidad, los bienes son en sentido estricto el medio por el cual el sujeto potencia los satisfactores para vivir sus necesidades. No obstante *“cuando la forma de consumo y producción de bienes conduce a erigir los bienes en fines en sí mismos, entonces la presunta satisfacción de una necesidad empaña las potencialidades de vivirla en toda su amplitud. Queda allí abonado el terreno para la conformación de una sociedad alienada que se embarca en una carrera productivista sin sentido. La vida se pone entonces al servicio de los bienes en vez de los bienes al servicio de la vida”(Max-Neef 1993).* Así, la esencia del concepto de calidad de vida queda recubierta por la obsesión de incrementar la productividad de los medios. No es raro encontrar sociedades cuyo desarrollo se basa en el acceso a bienes económicos, que la velocidad de producción y diversificación de los bienes aumentan su dependencia y crece su alienación a tal punto que es cada vez más frecuente encontrar bienes económicos que ya no potencian la satisfacción de necesidad alguna, sino que se transforman en fines en sí mismos.

De otro lado en el EDEH, el desarrollo está relacionado con el proceso mismo de acceder a satisfactores de las necesidades y no con el acceso a bienes de la economía. *“En algunos de los sectores marginados por la crisis y en grupos contestatarios a los estilos de desarrollo dominantes se generan procesos contrahegemónicos en que satisfactores y bienes económicos vuelven a subordinarse a la evolución de las necesidades humanas. Es en esos sectores donde podemos encontrar ejemplos de comportamientos sinérgicos que, de alguna manera, aportan un germen posible respuesta a la crisis que apabulla”.*

Así mismo de acuerdo al modelo de Max Neef podemos distinguir 5 tipos de satisfactores:

- a) **Violadores o destructores:** por sus efectos colaterales aniquilan la posibilidad de satisfacer una o más necesidades. Por ejemplo, frente a la necesidad de protección, el armamentismo.
- b) **Pseudo-satisfactores:** estimulan una falsa sensación de satisfacción: Por ejemplo, la limosna frente a la necesidad de subsistencia.
- c) **Satisfactores inhibidores:** por el modo en que satisfacen una necesidad (sobre-satisfacen), dificultan la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Por ejemplo, ante la necesidad de protección, el paternalismo.

- d) **Satisfactores singulares:** satisfacen una sola necesidad y son neutros frente a otras necesidades. Se institucionalizan. Por ejemplo, frente a la necesidad de protección, ejércitos profesionales.
- e) **Satisfactores sinérgicos:** por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Por ejemplo, ante la necesidad de subsistencia, un satisfactor sinérgico es la producción autogestionaria en la medida que satisface además necesidades de participación, creación, identidad, libertad.

Tabla 3.- Ejemplos de satisfactores violadores o destructores según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Supuesto satisfactor	Necesidad que se pretende satisfacer	Necesidad cuya satisfacción imposibilita
Armamentismo	Protección	Subsistencia, afecto, participación, libertad
Exilio	Protección	Afecto, participación, identidad, libertad
Censura	Protección	Entendimiento, participación, ocio, creación, identidad, libertad
Burocracia	Protección	Entendimiento, afecto, participación, creación, identidad, libertad
Autoritarismo	Protección	Afecto, entendimiento, participación, creación, identidad, libertad

Adaptado de “Desarrollo a Escala Humana” (Max-Neef 1993)

Tabla 4.- Ejemplos de seudosatisfactores según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

(Pseudo) Satisfactor	Necesidad que aparenta satisfacer
Sobreexplotación de recursos naturales	Subsistencia
Estereotipos	Entendimiento
Prostitución	Afecto
Limosna	Subsistencia
Modas	Identidad

Adaptado de “Desarrollo a Escala Humana” (Max-Neef 1993)

Tabla 5.- Ejemplos de satisfactores inhibidores según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Satisfactor	Necesidad	Necesidad cuya satisfacción se inhibe
Paternalismo	Protección	Entendimiento, participación, libertad, identidad
Familia sobreprotectora	Protección	Afecto, entendimiento, participación, ocio, identidad, libertad
Mesianismos	Identidad	Protección, entendimiento, participación, libertad
Televisión comercial	Ocio	Entendimiento, creación, identidad

Adaptado de “Desarrollo a Escala Humana” (Max-Neef 1993)

Tabla 6.- Ejemplos de satisfactores inhibidores según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Satisfactor singular	Necesidad que satisface
Programas de suministro de alimentos	Subsistencia
Medicina curativa	Subsistencia
Voto	Participación
Nacionalidad	Identidad
Regalos	Afecto

Adaptado de “Desarrollo a Escala Humana” (Max-Neef 1993)

Tabla 7.- Ejemplos de satisfactores sinérgicos según el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

Satisfactor	Necesidad	Necesidad cuya satisfacción estimula
Lactancia materna	Subsistencia	Protección, afecto, identidad

Producción autogestionada	Subsistencia	Entendimiento, participación, creación, identidad, libertad
Sindicatos democráticos	Protección	Entendimiento, participación, identidad
Juegos didácticos	Ocio	Entendimiento, creación
Meditación	Entendimiento	Ocio, creación, identidad
Televisión cultural	Ocio	Entendimiento

Adaptado de “Desarrollo a Escala Humana” (Max-Neef 1993)

La visión humanista propuesta exige entender y desentrañar la complejidad de la interacción entre necesidades, satisfactores y bienes económicos. Esto a fin de pensar formas de organización económica y social en que los bienes potencien satisfactores para vivir las necesidades de manera coherente, sana y plena. Entonces, ya no se trata de relacionar necesidades solamente con bienes y servicios sino de relacionarlas además con prácticas sociales, formas de organización, modelos políticos y valores que repercuten sobre las formas en que se expresan las necesidades. El análisis crítico de los problemas que afectan una localidad no sólo requiere que se especifiquen cuáles son los satisfactores y bienes económicos dominantes al interior de ella, sino presentarlos además como productos constituidos a través del tiempo y, por lo tanto, susceptibles de ser modificados.

Tradicionalmente los satisfactores han sido impulsados de arriba hacia abajo. En la última categoría (satisfactores sinérgicos), se suele encontrar procesos impulsados por la comunidad desde abajo hacia arriba. Es eso lo que los hace **contrahegemónicos** aún cuando en ciertos casos también pueden ser originados en procesos impulsados por el Estado (Max-Neef 1993).

La importancia del concepto de sinergia para el desarrollo local

Las necesidades humanas fundamentales conforman un sistema en el que no cabe establecer jerarquías lineales. Esto significa, por una parte, que ninguna necesidad es per sé más importante que otra y que no hay una secuencia fija entre éstas.

La opción de trabajar con esta mirada “sistémica” de satisfacción de necesidades y no lineal es fundamental para la propuesta de estrategias de desarrollo. “Regirse por la lógica de la linealidad da origen a patrones de acumulación divorciados... Si se opta por la linealidad, la estrategia establecerá prioridades a partir de las pobrezas de subsistencia observadas”. Las necesidades serán entendidas exclusivamente como carencias y, en el mejor de los casos, los satisfactores que el sistema promueva serán singulares. De otro lado, ***si se opta por el supuesto sistémico***, la estrategia priorizará la generación de satisfactores endógenos (originados en la comunidad) y sinérgicos. Las necesidades serán entendidas simultáneamente como carencias y como potencias, permitiendo así romper con el círculo vicioso de la pobreza y dependencia. La ***manera en que se entiendan las necesidades y el rol y atributos que se asignen a los satisfactores posibles, son absolutamente definitivos para la definición de una estrategia de desarrollo.***

Es justamente uno de los propósitos del EDEH, que los estados latinoamericanos sean capaces de mutar su rol tradicional de generador de satisfactores exógenos- adoptados desde otras culturas-, en estimulador y potenciador de procesos que sigan la lógica “de abajo hacia arriba” en los cuales se generen satisfactores endógenos, propios de la comunidad. “El rescate de la diversidad es el mejor camino para estimular los potenciales creativos y sinérgicos que existen en toda sociedad. Parece aconsejable y coherente aceptar la coexistencia de distintos estilos de desarrollo regionales dentro de un mismo país, en vez de insistir en la prevalencia de “estilos nacionales” (Max-Neef 1993) que han demostrado hasta ahora ser eficientes para promover el desarrollo de algunas localidades hegemónicas a costa de otras.

“El Desarrollo a Escala Humana no excluye metas convencionales como crecimiento económico para que todas las personas puedan tener acceso digno a bienes y servicios. Sin embargo, la diferencia respecto a los estilos dominantes radica en *concentrar las metas del desarrollo en el proceso mismo del desarrollo, vale decir, que las necesidades humanas fundamentales pueden comenzar a realizarse desde el comienzo y durante todo el proceso de desarrollo; o sea que la realización de las necesidades no sea la meta, sino el motor del desarrollo mismo.* Ello se logra en la medida en que la estrategia de desarrollo sea capaz de estimular permanentemente la generación de satisfactores sinérgicos. Integrar la realización armónica de necesidades humanas en el proceso de

desarrollo significa la oportunidad de que las personas puedan vivir este desarrollo desde sus comienzos, dando origen a un desarrollo sano, autodependiente y participativo, capaz de crear los fundamentos para un orden en el que se pueda conciliar el crecimiento económico, la solidaridad social y el crecimiento de las personas y de toda la persona” (Max-Neef 1993).

El EDEH representa para muchosla más acertada propuesta para un verdadero desarrollo, pero que, lamentablemente, ha tenido poco alcance más allá del mundo académico(Boisier Octubre 2003).

De otro lado, en la actualidad el concepto de desarrollo humano utilizado por el PNUD incorpora los enfoques de Max-Neef (necesidades humanas) y de Sen (capacidades humanas), entre otros. Podemos señalar así que ambos enfoques, el de “Desarrollo de Capacidades” y el “Enfoque de Desarrollo a Escala Humana” son similares y complementarios puesto que ambos centralizan su atención sobre la persona y de lo que ésta es capaz de hacer o desarrollar siendo protagonistas de su propio desarrollo.

En resumen, los puntos más relevantes del Enfoque de Desarrollo a Escala Humana empleados en esta investigación son:

- a) La concepción del desarrollo desde la persona, desde abajo hacia arriba.
- b) Lamirada sistémica de las necesidades humanas.
- c) Las necesidades como potencialidades y no sólo como carencias.
- d) El desarrollo es un proceso que se va construyendo y no sólo el cumplimiento de ciertas metas o indicadores establecidos desde arriba.
- e) La importancia del enfoque transdisciplinario.

1.3.3. Capital Social

Existe una vasta literatura sobre la importancia del capital social para enfrentar las situaciones desventajosas en las que se encuentran los grupos sociales en situación de pobreza. Al respecto, Bernardo Kliksberg menciona **“El capital social se ha transformado en uno de los temas sobre los que más se investiga, escribe y trabaja en el ámbito internacional, y en una cantera muy rica para la renovación de los diseños de desarrollo tradicionales. Las Naciones Unidas a través de todas sus**

agencias lo invocan continuamente como un tema clave para el diseño exitoso de proyectos y políticas”(Kliksberg y Rivera, Desarrollo del capital social en Comunidades Especiales s.f.).

Aunque no existe consenso respecto al concepto de capital social, sus alcances y límites, podría resumirse señalando que comprende el clima de confianza interpersonal y general, las capacidades de asociatividad, el grado de civismo y los valores éticos predominantes.

El **clima de confianza** puede medirse indirectamente a través de indicadores. Si los indicadores de desconfianza en un grupo social son altos, ello se traduce en un incremento de costos destinados a elaborar contratos más rígidos, reglamentos mucho más detallados, mayor necesidad de abogados, tribunales, policía, aparatos, etc. que garanticen el cumplimiento de los pactos y acuerdos; además se incrementan los costos de oportunidades perdidas por contratos o acuerdos que se dejan de realizar debido a la desconfianza. En un nivel más macro, el bajo clima de confianza hacia las instituciones y los grupos dirigentes atenta contra la legitimidad que asignan (o no) los ciudadanos a sus instituciones y autoridades, lo cual ejerce un rol fundamental en el funcionamiento de las democracias, puesto que a menor legitimidad menor gobernabilidad democrática. La posibilidad de que puedan adoptarse políticas innovadoras depende en gran manera de que puedan lograrse concertaciones nacionales entre los gobiernos, la sociedad civil, las empresas, los actores fundamentales de la sociedad, lo cual requiere bases de confianza.

La segunda dimensión del capital social es la **capacidad de asociatividad, vale decir, la capacidad de una sociedad de generar diversas formas de cooperación y sumar esfuerzos de manera que todos los involucrados puedan ganar**. Va desde formas básicas de cooperación como los vecinos que hacen cosas en conjunto por el vecindario, hasta las grandes alianzas nacionales. *Es lo que hoy podríamos llamar la capacidad de una sociedad de producir sinergias permanentemente* (B. Kliksberg, Escándalos éticos 2011).

El grado de asociatividad se expresa en la densidad del tejido social, vale decir, cuántas organizaciones hay en la sociedad, cuánta gente participa en las organizaciones, cuántas horas dedican, qué compromisos adquiere la gente con ellas. La densidad de la sociedad

civil y la fuerza de sus organizaciones de base son un factor absolutamente incidente en la economía y en la democracia (B. Kliksberg, Escándalos éticos 2011).

La *tercera dimensión del capital social es la **conciencia cívica, vale decir, las actitudes que las personas de una sociedad tienen frente a aspectos*** que son de interés colectivo, de interés público (B. Kliksberg, Escándalos éticos 2011).

Finalmente, la cuarta dimensión del capital social son los **valores éticos**. En palabras de Amartya Sen: “Los valores éticos de los empresarios y profesionales de una sociedad son parte fundamental de los activos productivos de esa sociedad”. Los valores éticos están operando todos los días; marginarlos o subestimarlos constituye un grave error.

A su vez, se ha definido un tipo de **capital social cognoscitivo**, que se refiere a aquel subyacente a la estructura visible, que tiene que ver más con componentes psicológicos o emocionales, deriva de procesos mentales e ideas reforzadas por la cultura, la ideología, las normas, valores, actitudes y creencias que contribuyen al comportamiento corporativo; y **capital social estructural**, que incluye los roles, reglas, precedentes, procedimientos, así como la amplia variedad de redes que contribuyen a la cooperación.

Tanto la forma estructural como la forma cognoscitiva del capital social tienen su origen en procesos mentales y conceptos, pero la primera (estructural) es mediante acuerdos expresos o tácitos entre las personas, lo cual la hace relativamente objetiva en comparación con la forma cognoscitiva (Uphoff 2003). Podría decirse que la forma cognoscitiva constituye la esencia, mientras que las formas estructurales son los instrumentos o la infraestructura mediante los cuales se expresa el capital social cognoscitivo (mental y emocional). “Cuando tenga una comunidad más capital social cognoscitivo en la mente y corazón de las personas, más capital social total habrá para aprovecharlo”. (Uphoff 2003)

Tabla 8.- Diferencias entre Capital Social Cognoscitivo y Capital Social Estructural

	Estructural	Cognoscitiva
Deriva de:	Estructura y organización social	Lenguaje y conceptos, componente psicológico,

		vínculos emocionales
Manifestaciones:	Funciones y normas, procedimientos que respaldan la acción colectiva	Normas y valores, actitudes y creencias que favorecen la acción colectiva.
Agregados complementarios:	Redes sociales en relaciones	Ideologías que ponen el énfasis en el interés común
Contribución a la acción colectiva mutuamente beneficiosa	Favorece este tipo de acción al tornarla más fácil, definir procedimientos, convertir el comportamiento cooperativo en una cuestión formal	Predisposición a la acción mutuamente beneficiosa, hace este tipo de acción más deseable y que la gente se sienta más comprometida con ella

Adaptado de: El Capital Social y su capacidad de reducción de la pobreza.
Norman Uphoff

1.3.4 Capital social individual y Capital social comunitario o colectivo

Según Durston y otros autores existen dos formas diferentes de capital social: a) el individual y b) el colectivo o comunitario. El **capital social individual** se manifiesta principalmente en las relaciones sociales de confianza y reciprocidad que establecen las personas entre sí, y se extiende a través de redes interpersonales (egocentradas). Durston señala que uno de los elementos del capital social individual es el crédito que ha acumulado la persona en la forma de “reciprocidad difusa”, vale decir, reciprocidad que puede reclamar, en momentos de necesidad, a otras personas a las cuales ha brindado servicios o favores, en forma directa o indirecta, en cualquier momento pasado. Este recurso reside en las relaciones entre las personas y no en la persona misma. (Durston 2003)

De otro lado, el **capital social colectivo o comunitario** se expresa en la interacción de instituciones complejas, y tiene más bien un sentido de cooperación y gestión. Consiste en las estructuras e instituciones sociales de cooperación de una localidad. Las instituciones son órganos que realizan las funciones sociales, tienen una estructura de

roles reglamentados, tienen características propias de los sistemas, y forman a su vez parte de sistemas más complejos. A diferencia del capital individual, el capital social colectivo o comunitario no reside en las relaciones interpersonales, sino en estos sistemas complejos, en sus estructuras normativas de gestión y sanción (implica mayor complejidad que las redes interpersonales)(Durston 2003).

1.3.5 Interacción entre el Capital Social Individual y el Capital Social Colectivo

Los procesos por los cuales el capital social institucional comunitario —nivel *meso*— surge del capital social individual —nivel *micro*— y, eventualmente lleva a formas intercomunitarios regionales e incluso nacionales (nivel *macro*), son complejos y variados, y hasta ahora no hay una comprensión clara al respecto. Parece claro que las dos formas no son opuestas: el capital social individual se comporta como un precursor del capital social comunitario.

Las formas específicas que adopta el capital social en los tres niveles son diferentes (nivel micro –meso y macro) pero tienden a retroalimentarse entre el nivel individual y el comunitario. En tal sentido, Coleman *considera que la existencia de redes (interpersonales) densas es una condición necesaria para el surgimiento del capital social (colectivo)*. No obstante, en muchas circunstancias las lógicas individuales, las del grupo particular y las de la comunidad pueden entrar en conflicto entre sí, por lo que la existencia de capital social en el nivel micro no garantiza que surja el capital social en el nivel meso.

Por lo general, el capital social individual de las redes y el capital social comunitario de las instituciones son sinérgicos, es decir, se refuerzan y complementan. Los individuos suelen respetar las normas relevantes, porque han internalizado sus valores y porque su violación va seguida de sanciones del grupo contra el trasgresor. Además las normas colectivas que estimulan la reciprocidad, pueden ser fuente de beneficios y premios, como el prestigio y el acceso a los bienes colectivos. Al actuar conforme a estas normas, las conductas personales refuerzan la institucionalidad.

En las normas institucionales, los beneficios personales quedan circunscritos a aquellos beneficios que no dañan los intereses de la colectividad: contactos útiles para la persona,

la confianza que se logra a nivel interpersonal, pero no el desvío de los recursos colectivos para la consecución de fines exclusivamente personales.

1.3.6 Capital social y salud

Desde el campo de la salud en general y la salud pública en particular, diferentes autores han propuesto nuevos conceptos y estudiado los aportes del capital social. Existen varias hipótesis explicativas de la relación entre capital social y salud que repercutiría en el estado de salud física y mental. Ellas se refieren a 03 niveles: comportamientos saludables asociados, acceso a servicios y procesos psicosociales (Ichiro Kawachi 2007)

Tabla 9.- Vías hipotéticas de conexión entre capital social y salud

<p>Comportamientos saludables asociados</p>	<p>El capital social influiría en las conductas saludables de los miembros de una comunidad, promoviendo la difusión de la información respecto a salud o incrementando la probabilidad de que normas de comportamiento saludable sean adoptadas. A su vez, ejercería un control social previniendo las conductas poco saludables, p. ej: tabaquismo, violencia.</p>
<p>Acceso a servicios</p>	<p>La comunidad unida solicitaría y accedería más fácilmente a servicios. Por ejemplo, existe evidencia empírica que indica que la comunidad en base al trabajo social en redes, normas, con interacción común, facilita la mejoría en los sistemas de agua y saneamiento</p>
<p>Procesos psicosociales</p>	<p>El capital social proveería soporte afectivo que favorecería la autoestima y el respeto mutuo y con ello mejores indicadores de salud, por ejemplo, en salud mental</p>

Adaptado de: "Capital Social y Promoción de la Salud", de IchiroKawachi y Jaime Sapag

1.3.7 Capital social y resiliencia comunitaria e individual

Según algunos autores la resiliencia es “la capacidad de una persona o de un grupo para desarrollarse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves”. Es un concepto que se analiza desde las capacidades de las personas, familias y comunidades para enfrentar y superar las condiciones deficientes de su ambiente a través de la implementación de distintas estrategias, donde se articulan recursos propios y de su entorno. Estas capacidades se desarrollan y construyen durante toda la vida de las personas y muy especialmente en contacto con un entorno *favorecedor* del desarrollo de habilidades y capacidades (Gauto s.f.).

Resiliencia individual

De acuerdo con los estudios de resiliencia encontrados, en todos los procesos de enfrentamiento y superación de las adversidades analizados, se identificó la presencia de *factores internos* y *factores externos* a las personas, como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 10.- Resiliencia y recursos para su desarrollo

Recursos activos o capitales humanos	Recursos activos o capitales sociales	Recursos activos o capitales físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Introspección • Independencia • Capacidad de • Relacionarse • Iniciativa • Creatividad, humor • Moralidad • Laboriosidad • Autoestima consistente, Educación • Trabajo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Familia • Adulto significativo • Amigos • Vecinos • Comunidad, la sociedad y las relaciones interpersonales de protección • Apoyos comunitarios y familiares 	<p>Todos aquellos recursos materiales.</p>

Adaptado de: Gauto, G. Resiliencia para enfrentar los contextos de desigualdad y pobreza

vinculados a los procesos salud-enfermedad y hábitat desde la mirada de los derechos humanos de tercera generación y la vulnerabilidad social

Asimismo, un estudio de los factores resilientes y del capital social y humano de familias participantes del Sistema Chile Solidario (Solidario 2006) “Resiliencia es un concepto cuyo origen radica en una mirada positiva del enfrentamiento de situaciones adversas o incluso traumáticas. Indaga en aquellos sujetos que, habiéndose visto enfrentados a situaciones límite, han demostrado una capacidad inusual para sobreponerse y seguir adelante. En estos términos, el estudio de la resiliencia se aboca a sujetos cuyas respuestas son consideradas atípicas. Se reconoce así el alto grado de variabilidad de las respuestas que los sujetos pueden tener ante situaciones idénticamente estresantes. El estudio señala que las personas, a pesar de nacer y vivir en situación de adversidad, se desarrollan psicológicamente sanas y exitosas.

Una de las dificultades para hablar de resiliencia es que se trata de un atributo que no es posible observar si es que los sujetos no se “prueban” ante situaciones de estrés. Al respecto, cabe mencionar que la pobreza es entendida por diversos autores como una situación de estrés permanente, comparable al vivir con padres con patologías mentales severas, tipo esquizofrenia.

Algunos psicólogos consideran que no es posible afirmar que una persona es resiliente, pero que sí se puede decir que está resiliente, vale decir que la resiliencia es un atributo que se desarrolla y que por tanto es posible potenciar.

Resiliencia comunitaria

Si bien desde la perspectiva teórica de resiliencia, este concepto engloba al término de capital social y capital individual, también es posible entenderlos de manera complementaria. El punto clave para relacionar resiliencia comunitaria con capital social comunitario es el concepto de riesgo, vale decir, cómo el capital social contribuye a que las personas de una comunidad se adapten y se sobrepongan a situaciones de riesgo y viceversa.

1.4 ANTECEDENTES

1.4.1 Una experiencia de movilización de capital social basado en el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana

El capital social es importantísimo como simiente del desarrollo, pero no lo es más que otras formas de capital, material e inmaterial. Lo importante en definitiva radica en los fenómenos articulados y sinérgicos. La confianza interpersonal, en medios de reciprocidad difusa y ejercida para el logro de fines legítimos es algo deseable de fortalecer pero un alto nivel de capital social no garantiza en modo alguno ni la superación de un problema específico ni menos, la superación del subdesarrollo.

En un estudio sobre capital social en las comunidades agrícolas de Vhembe, provincia de Limpopo (Sudáfrica) NicolaasJakobus, plantea la reconceptualización del concepto de capital social luego de concluir que en la literatura actual existe un desbalance en el que predomina el estudio y la práctica de su utilidad en la satisfacción de necesidades económicas, de manera que no se provee con claridad explicación respecto a su aporte en la satisfacción de otras necesidades de la persona. Señala que una intervención comunitaria que vea el capital social sólo como un factor para satisfacer “necesidades económicas” es mecanicista, es poco integral y es poco probable que triunfe puesto que no se debe perder de vista las potencialidades del capital social relacionadas con la satisfacción de necesidades humanas (no específicamente económicas). Al diseñar intervenciones comunitarias si las necesidades no son correctamente identificadas y claramente formuladas, los miembros de la comunidad no participarán o participarán por las razones equivocadas. Así mismo, concentrarse en conseguir muchos satisfactores económicos puede ser contraproducente para el desarrollo de satisfactores sinérgicos endógenos mediante la disminución de cualidades propias de las localidades comunales. (Vermaak 2006)

Jacobus N. sustenta que el capital social podría ser mejor visto como un recurso sinérgico para la satisfacción de varias necesidades (multidimensional) en lugar de entender el capital social como un satisfactor singular o un “factor de producción” para satisfacer necesidades económicas, definición que es incompleta e inexacta. Diferentes ejemplos en comunidades rurales del mundo en desarrollo muestran que la gente del campo usa estrategias sociales como recursos para satisfacer necesidades individuales y colectivas,

no sólo para satisfacer necesidades materiales sino un rango de necesidades no materiales también. Por lo tanto las motivaciones económicas son importantes pero sólo deben ser vistas como parte del paradigma de capital social.

Considerando los tipos de satisfactores de Max-Neef y manteniendo las perspectivas teóricas vigentes sobre capital social, éste puede ser percibido en diferentes formas cuando se refiere a satisfacción de necesidades:

- 1.- Dado que el capital social es activo en los procesos económicos, políticos, culturales e institucionales de las comunidades, el capital social puede ser considerado un satisfactor de necesidades por sí mismo.
- 2.- El capital social puede ser empleado en un sentido negativo, a través de satisfactores inhibidores y destructores.
- 3.- Si es movilizado adecuadamente, el capital social existente puede funcionar como un recurso para mejorar el acceso a otros satisfactores expuestos.

Las instituciones y procesos sociales pueden ser generadores de capital humano para propósitos de desarrollo humano en lugar de generar capital humano sólo para propósitos económicos. Por ende y dado que el potencial de capital social puede satisfacer un amplio rango de necesidades humanas en comunidades rurales, es necesario que sea protegido.

Una mirada del capital social bajo el EDEH permite evidenciar que el capital social se manifiesta en varias formas en la vida de la comunidad y permite visibilizar su aporte en la satisfacción de necesidades más allá de las que se pueden expresar por métodos e indicadores cuantitativos. Provee la capacidad de proponer alternativas pro desarrollo a partir de la construcción en las fortalezas existentes en las comunidades.

Tabla 11.- Capital social y algunos satisfactores sinérgicos observados en las comunidades

<ul style="list-style-type: none"> • Integración de comunidades en una sociedad más amplia, contribución a la resiliencia comunitaria frente a los efectos negativos de la modernidad. • Contribuye a la socialización de los individuos en las comunidades, el funcionamiento de la familia y el rol que las familias cumplen en la sociedad civil. • Como recursos, permite satisfacer la necesidad de subsistencia, afecto y protección se satisfacen a través de la provisión de comida, abrigo, cuidado, entendimiento
<ul style="list-style-type: none"> • A través de los vínculos con personas de otras generaciones, los jóvenes están capacitados de un bagaje que les permite experimentar la socialización con otras personas en sociedad
<ul style="list-style-type: none"> • El rol de la familia en el soporte del niño (particularmente en años escolares) es de vital importancia en la operación del sistema educativo.
<ul style="list-style-type: none"> • La información es un recurso para el capital social y el capital social es un recurso para el flujo de la información. La información y las tecnologías de comunicación han abierto nuevas posibilidades para la formación de capital social y movilización en el desarrollo rural, así como la distribución de conocimiento en instituciones formales.
<ul style="list-style-type: none"> • Sirve como un satisfactor sinérgico en la protección de las comunidades.
<ul style="list-style-type: none"> • El capital social puede servir como un recurso para la sanidad individual; a pesar de que existen muchos avances en el campo de la medicina, muchas personas en áreas rurales todavía confían en la medicina tradicional. Salud mental: las personas que tienen buenos amigos y familia están mejor dotados para lidiar contra el estrés que aquellos que no. En las comunidades africanas, particularmente en áreas rurales el soporte social recibido por una persona es altamente valorado y puede considerarse un recurso de satisfacción de salud física y mental. • Establecimiento pequeñas empresas familiares. • Se pueden satisfacer así necesidades de subsistencia, participación, protección.

Elaboración propia

Entre los hallazgos de su investigación N. Jakobus describe que “lo que inicialmente empezó como una mera discusión con un grupo de mujeres rurales se volvió una curiosidad intelectual del **mundo diferente, vale decir del mundo “económicamente pobre” pero socialmente ricos. Es un mundo que coexiste a través de las**

limitaciones impuestas por el mundo material”. Los esfuerzos de los individuos, de manera colectiva, se vuelven capital social y esto actúa como satisfactor de necesidades humanas y sociales.

Los resultados provistos por la investigación de Jakobus revelan un perfil inusual de capital social. La formación de grupos AD HOC durante el desastre del diluvio muestra que el capital social puede ser funcional para las comunidades durante tiempos malos durante un buen periodo de tiempo. El capital social que existe en Vhembe puede ser interpretado únicamente en una escala pequeña (micronivel), dado que está confinado a amistades y subsistencia de familias rurales. Este capital social a escala pequeña parece existir sólo para satisfacer las necesidades de grupos pequeños; puede sólo ser interpretado como semillas de capital social en un contexto comunitario más amplio. Dado que el capital social funciona como un sustituto para la satisfacción de otras necesidades (status social, identidad cultural y entretenimiento), parece existir una fuerte relación entre capital social y satisfacción de necesidades.

En un nivel micro, las necesidades de las personas son evidentes, estas personas buscan satisfacer sus redes con confianza, cooperación y relaciones con personas e instituciones fuera de la familia. En segundo lugar, en el nivel macro, la formación de capital social y su distribución fueron influenciados por las políticas del gobierno sudafricano así como procesos globales de alianzas con otras instituciones públicas y privadas.

Desde el punto de vista de las diferentes variedades de capital social, sus cualidades más deseables para la satisfacción de necesidades aparentemente radican en la habilidad de satisfacer un amplio rango de necesidades (satisfactores sinérgicos). Desafortunadamente la ingente cantidad de necesidades comúnmente concebidas son concretas aunque las necesidades invisibles debieran concebirse como aspectos igualmente importantes satisfechos a través de capital social. A su vez la satisfacción de necesidades abstractas sirve como recursos para capital social

Se encontró también que el capital social puede ser utilizado como recurso para alcanzar pseudosatisfactores como el ejemplo citado por N. Jakobus en el cual un grupo de agricultores se asociaron para la adquisición de tierras quedando en duda si esta

adquisición resultaría en agricultura sustentable para viñas comerciales en la región. Algunas de las tierras eran beneficiosas comercialmente y proveía empleo y significativas contribuciones en cuanto a producción, por ello se creaba una impresión de satisfacción de necesidades como subsistencia y protección, a pesar que los agricultores simplemente no iban a tener la capacidad de sostener las actividades para el funcionamiento de las grandes viñas. Algunos hacen nuevas conexiones con agricultores, otros fortalecen las existentes con amigos y familia, etc. El capital social cumple la función de ser un recurso para los esfuerzos de desarrollo comunitario.



CAPÍTULO II: DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Justificación y ubicación de la investigación en el campo de la gerencia social

En el caso de la lucha contra la tuberculosis y a la luz de los compromisos nacionales e internacionales se requiere el estudio de experiencias exitosas en el abordaje de los determinantes sociales a nivel local que permita su escalamiento a nivel nacional e implementación en otros contextos.

Tal como lo señala E. Ticona: “(Si)...seguimos sólo con los planteamientos de nivel internacional vigente, podremos encontrarnos con bolsones de pacientes con TB incurables o con bajas tasas de curación, con un elevado costo económico y social. Si hasta la actualidad no hemos sido capaces de controlar la TB drogo sensible⁹ ¿será posible controlar una situación de endemia por TB MDR, TB XDR¹⁰, si los factores sociales no son considerados en la intensidad que se requiere? Ese es el RETO”.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones para el control de la TB es abrumadoramente biomédica y no se centra en los determinantes sociales de salud, a pesar que el potencial de mejora de la salud de estos últimos podría superar al de los avances en la asistencia sanitaria. Para poder intervenir sobre las desigualdades en salud las cuales resultan de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud es necesario contar con la evidencia necesaria generada en los propios contextos del país. Así mismo, para entender los procesos que generan, reproducen o hacen frente a las desigualdades en salud es necesario ir más allá de las metodologías cuantitativas, habitualmente más empleadas en epidemiología social y usar metodologías cualitativas que permitan profundizar en ellos.

⁹La variedad más fácil de tratar porque es sensible a las drogas del esquema farmacológico convencional.

¹⁰Variedades de tratamiento más complejo y duradero puesto que la bacteria causante de la enfermedad es resistente a los medicamentos utilizados en los esquemas farmacológicos convencionales: TB-MDR, tuberculosis multidrogorresistente y TB-XDR, tuberculosis extremadamente resistente.

Adicionalmente, respecto a la investigación en capital social, se requiere llevar adelante estudios que midan sus aportes más allá de los beneficios económicos o acceso a bienes materiales, considerando que en sí mismo puede satisfacer necesidades no materiales individuales y colectivas también, contribuyendo de manera fundamental al desarrollo de la persona y de la comunidad. Las motivaciones económicas son importantes pero sólo deben ser vistas como parte del paradigma de capital social. Así mismo es menester considerar los factores que influyen o merman el desarrollo del capital social o peor aún, las circunstancias en las que es utilizado para fines que atentan contra el desarrollo, dar cuenta de las lecciones que pueden extraerse de experiencias ejemplares y de las condiciones que se requieren para su replicabilidad, etc.

Finalmente, el análisis y manejo de buenas prácticas gerenciales como las que se vienen implementando en el Plan TBCero dotará a los gerentes sociales de mayores herramientas para la creación de valor público, al aumentar su capacidad de proponer soluciones que efectivamente resuelvan problemas importantes para las aspiraciones y valoraciones de la ciudadanía. Las prácticas gerenciales exigen ser estudiadas como un todo, holísticamente, considerando toda la configuración de eventos en estrecha interacción con el contexto dinámico en el cual tienen lugar con la finalidad de optimizar el rendimiento de los esfuerzos de los actores sociales y los resultados de la inversión social.

Esta investigación fue posible gracias a la disponibilidad de los entrevistados para participar en las entrevistas, no obstante el acceso a la información ha sido difícil debido a la dificultad para realizar el trabajo en la zona (caracterizada por altos niveles delincuenciales).

Objetivo general:

Determinar los efectos que ha producido el capital social en la implementación del Plan TBCero en la jurisdicción del cerro San Cosme durante los años 2011-2012.

Objetivos específicos:

- Identificar las condiciones de asociatividad en la jurisdicción del cerro San Cosme para la implementación del Plan TBCero.
- Conocer el grado de empoderamiento de los pacientes afectados y familiares en la jurisdicción del cerro San Cosme.
- Diferenciar como ha variado la continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios del Plan TBCero en la jurisdicción del cerro San Cosme.
- Conocer si se fortalece la participación comunitaria para hacer más exitosa la implementación del Plan TBCero.

Estrategia metodológica

La estrategia metodológica que hemos aplicado en nuestra investigación es cualitativa, y nos permitió responder al problema planteado, es decir, si la movilización del capital social funciona como un facilitador para la implementación del Plan TBCero en la jurisdicción del cerro San Cosme. Asimismo, responder de qué manera se desarrolla la asociatividad en dicha jurisdicción para la implementación del Plan TBCero, si dicha asociatividad brinda aportes para la evolución de los pacientes y familiares, si es mayor la continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios del Plan TBCero y si se fortalece la participación comunitaria para hacer más exitosa la implementación del plan.

La estrategia metodológica cualitativa permite investigar la información referida a uno o varios procesos indagando sobre las percepciones, opiniones, emociones y capacidades generadas en los actores que son parte de la implementación del Plan TBCero, utilizando instrumentos de recojo de información como entrevistas individuales, entrevistas grupales y revisión de documentos.

La información obtenida mediante entrevistas semi estructuradas, entrevistas grupales y observaciones directas ha sido triangulada para tener más confiabilidad de sus datos. Reconocemos que la literatura teórica y el conocimiento acumulado sobre el tema nos permitirán un mayor análisis e interpretación de la información obtenida.

Forma de investigación

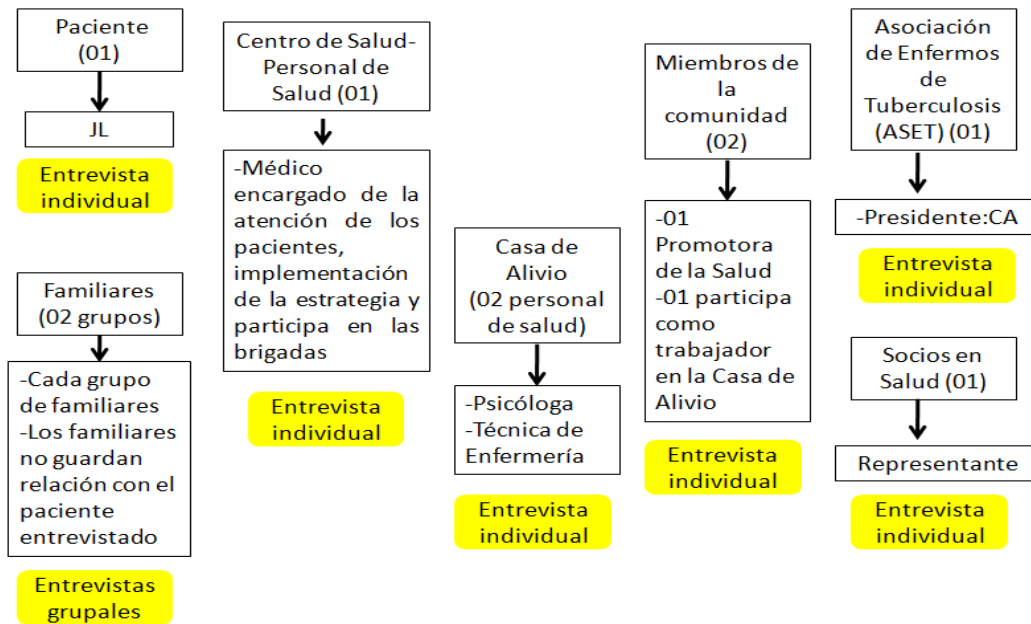
La forma de investigación aplicada es el estudio de caso, la cual nos ha permitido abordar de mejor forma los aspectos de nuestro tema, desde los actores y sus procesos.

Muestra de investigación cualitativa

Esta investigación es cualitativa, por lo cual hemos seleccionado una muestra que contemple los diferentes tipos de actores que participan en la implementación del Plan TBZero. Hemos definido la muestra por juicio o conveniencia para poder obtener información relevante con respecto a nuestro tema de investigación.

Muestra por conveniencia:

El muestreo se realizó de la siguiente manera:



En total se han realizado 07 entrevistas individuales y 02 entrevistas grupales en las que participaron familiares de pacientes afectados.

En cuanto a la revisión documental se ha revisado:

- a) Un listado de avance de actividades de la Casa de Alivio

- b) Convenio Específico entre la DISA V Lima Ciudad-Municipalidad de La Victoria
- c) Resolución Directoral que aprueba el Plan TBCero.
- d) Norma Técnica de Salud para el control de la TBC , año 2006
- e) Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019.
- f) Publicación: "PlanTBCero: Un Enfoque Integral para el control de la TBC" en la Revista Acta Médica Peruana.
- g) Documento de internet: Presentación "Plan TBcero" de la Gerencia de Desarrollo Social.

Preguntas y abordaje metodológico de la investigación

Las preguntas formuladas inicialmente para el desarrollo de nuestra investigación nos facilitaron el diseño de los instrumentos y el recojo de información. A partir de las preguntas se abordaron aspectos más específicos como son las variables de la investigación, se definieron las unidades de análisis, las fuentes de información y las técnicas.

A) Las condiciones de asociatividad en la jurisdicción del cerro San Cosme para la implementación del Plan TBCero

Pregunta 1.- ¿Cuál es el grado de asociatividad en la jurisdicción del cerro San Cosme para la implementación del Plan TBCero?

Para investigar la pregunta 1 se escogieron 03 variables: a) Diversificación de la sociedad civil organizada, b) Diversificación de redes, c) Desarrollo de alianzas público-privadas. Estas variables tenían como unidades de análisis representantes de las organizaciones sociales y familiares de pacientes afectados.

B) Los aportes que brinda la asociatividad para la evolución de los pacientes y familiares afectados por TBC en la jurisdicción del cerro San Cosme

Pregunta 2.- ¿La asociatividad brinda aportes para la evolución de los pacientes y familiares de los afectados por TB en la jurisdicción del cerro San Cosme?

Para investigar la pregunta 2 se escogieron 04 variables: a) Percepción del respaldo de redes por parte de los pacientes y familiares, b) Ganancia de aportes materiales, c) Ganancia de aportes socio-emocionales d) Ganancia de autoestima. Estas variables tenían como unidades de análisis a pacientes y familiares de pacientes afectados.

C) Grado de empoderamiento de los pacientes afectados y familiares en la jurisdicción del Cerro San Cosme

Pregunta 3: ¿Cuál es el grado de empoderamiento de los pacientes afectados y familiares en la jurisdicción del cerro San Cosme?

Para investigar esta pregunta se escogió como variable: a) Percepción de ejercicio de derechos, considerando como unidad de análisis el paciente afectado y el familiar del paciente.

D) Continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios

Pregunta 4: ¿Es mayor la continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios del Plan TBCero en la jurisdicción del cerro San Cosme?

Para investigar esta pregunta se escogió como variable: Continuidad de tratamiento, para lo cual se escogió como unidad de análisis el paciente afectado.

E) Fortalecimiento de la participación comunitaria para hacer más exitosa la implementación del Plan TBCero

Pregunta 5.- ¿Se fortalece la participación comunitaria para hacer más exitosa la implementación del Plan TBCero?

Para investigar esta pregunta se definieron dos variables: a) Asunción de roles para la implementación del Plan TBCero y b) Generación de capacidades para la participación ciudadana en los procesos del Plan TBCero, considerando como unidades de análisis a representantes de los actores sociales, pacientes afectados y familiares de pacientes.

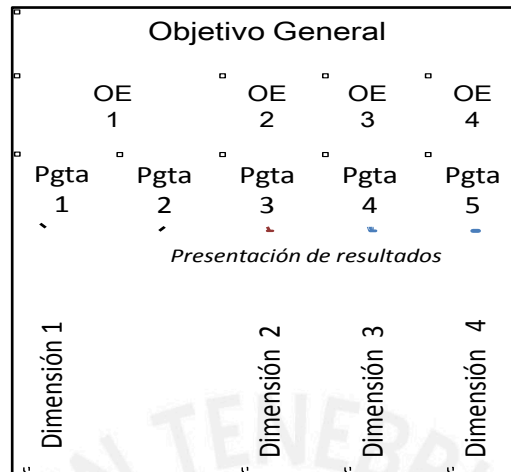
Luego del trabajo de campo y en virtud del análisis de la información obtenida, fue necesario reestructurar las dimensiones previstas inicialmente, con la finalidad de contar con una presentación más clara de los hallazgos, su análisis e interpretación. Finalmente quedaron las siguientes dimensiones con sus respectivos componentes:

•Existencia de capital social para la implementación del Plan TBCero en el Cerro San Cosme.	
a) Capital social individual	Incluye preguntas 1 ,2, 3
b) Capital social comunitario	
•Una visión diferente del capital social desde el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana.	
	Incluye preguntas 1,2,3,4,5
•El capital social aporta a la evolución de la tuberculosis, su tratamiento y su control a nivel comunitario.	
	Incluye preguntas 2 y 4
•Una propuesta de desarrollo “desde abajo”	
	Incluye preguntas 1, 2,3,4,5

Tabla de equivalencias planteada entre objetivos específicos y las preguntas relacionadas		
Objetivos específicos	Preguntas relacionadas	
OE1.- Identificar condiciones de asociatividad	Pgta 1.- ¿Cuál es el grado de asociatividad en la jurisdicción del C.S. San Cosme para la implementación del Plan TBCero?	Dimensión clave: ASOCIATIVIDAD
	Pgta 2.- ¿La asociatividad brinda aportes para la evolución de pacientes y familiares afectados?	
OE2.- Conocer el grado de empoderamiento de los pacientes afectados y familiares	Pgta 3.- ¿Cuál es el grado de empoderamiento de los pacientes afectados y familiares?	Dimensión clave: EMPODERAMIENTO
OE3.- Diferenciar cómo ha variado la continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios del Plan TBCero en la jurisdicción de San Cosme	Pgta 4.- ¿Es mayor la continuidad del tratamiento entre los pacientes beneficiarios del Plan TBCero?	Dimensión clave: CONTINUIDAD DEL TRATAMIENTO
OE4.- Conocer si se fortalece la participación comunitaria para hacer más exitosa la implementación del Plan TBCero	Pgta. 5.-¿Se fortalece la participación comunitaria para hacer más exitoso el Plan TBCero?	Dimensión clave: PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

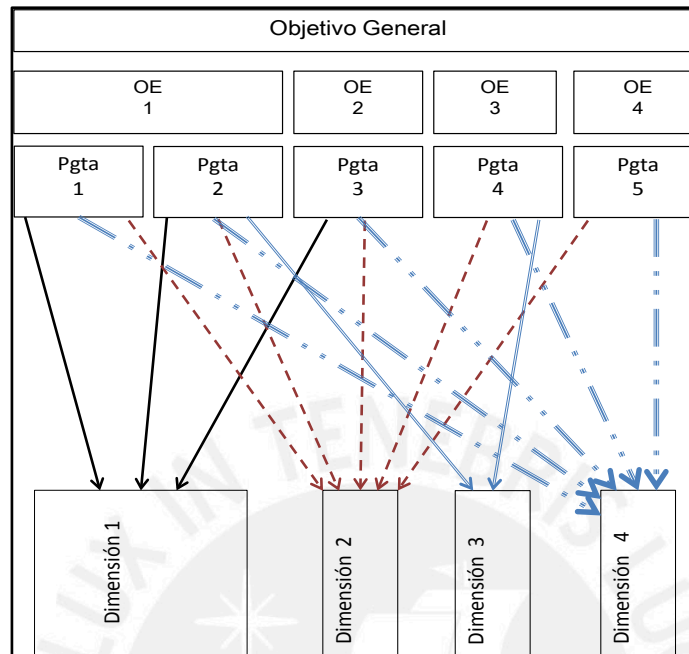
Durante la elaboración del marco metodológico, vale decir, antes del trabajo de campo, se había previsto que la presentación de resultados sería de acuerdo a dimensiones clave que se corresponderían uno a uno con los objetivos específicos y las preguntas

(exceptuando la dimensión 1 que respondería al objetivo específico 1, pgta. 1 y 2), tal como se ilustra en el siguiente esquema:



No obstante, posterior al trabajo de campo, debido a la riqueza y complejidad de la información obtenida a partir de las diferentes preguntas de investigación e instrumentos de recolección, se vio necesario replantear la presentación de los resultados, sin que esto afecte el logro de los objetivos inicialmente planteados, tal como se ilustra en la siguiente tabla y esquema:

Tabla de equivalencias entre las dimensiones de los resultados, los objetivos específicos y las preguntas que dieron origen a la investigación.		
	Aborda la pregunta:	Aborda el objetivo específico:
Dimensión 1.- (3.1) Existencia de capital social	Pgta. 1	OE1
	Pgta. 2	OE1
	Pgta. 3	OE2
Dimensión 2.- (3.2) Una visión diferente del capital social desde el enfoque de DEH	Pgta. 1	OE1
	Pgta. 2	OE1
	Pgta. 3	OE2
	Pgta. 4	OE3
	Pgta. 5	OE4
Dimensión 3.- (3.3) Capital social aporta a la evolución de la TBC, tto y control	Pgta. 2	OE1
	Pgta. 4	OE3
Dimensión 4.- (3.4) Propuesta de desarrollo desde abajo	Pgta. 1	OE1
	Pgta. 2	OE1
	Pgta. 3	OE2
	Pgta. 4	OE3
	Pgta. 5	OE4



Trabajo de campo

El trabajo de campo de la presente investigación fue realizado entre los meses de mayo a julio del año 2012. En estos meses, además de la aplicación de los instrumentos hubo coordinación con la DISA V Lima Ciudad y el personal del Centro de salud San Cosme.

Entre las dificultades que se tuvieron para la aplicación de los instrumentos tenemos:

- Demora en la obtención de las autorizaciones por parte de la DISA V para poder realizar la investigación en el centro de salud San Cosme.
- Alta peligrosidad de la zona de San Cosme, por el alto índice de delincuencia, por lo tanto sólo podían realizarse las visitas por las mañanas.
- Riesgo de contagio de la enfermedad al momento de realizar las entrevistas en el centro de salud (área de Programa de Control de Tuberculosis-PCT) y a los pacientes en la Casa de Alivio.
- Cruces de horarios para encontrar a los pacientes en la Casa de Alivio.
- El tiempo tomado en cada entrevista fue variable tomándose en algunos casos un tiempo mayor al considerado inicialmente, lo cual hizo que se extendieran los plazos inicialmente previstos.

- Dificultad para convocar a los familiares de los pacientes de la Casa de Alivio.

Entre las limitaciones del método de investigación empleado tenemos:

- Los resultados de la investigación no pueden ser generalizados a otras realidades o situaciones.
- La interpretación de los resultados obtenidos está relacionada con la subjetividad de los investigadores.

CAPITULO III: ANALISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

3.1. Existencia de la asociatividad como componente del capital social para la implementación del Plan TBCero en el cerro San Cosme.

El objetivo específico que buscaba nuestra investigación era identificar las condiciones de asociatividad en la jurisdicción del cerro San Cosme para la implementación del Plan TBCero.

En tal sentido, nuestro principal hallazgo en la presente investigación es que para la implementación del Plan TBCero en el cerro San Cosme sí se cuenta con capital social, entendido éste como la asociatividad y las relaciones de confianza y apoyo que se dan en la comunidad del cerro San Cosme.

Basándonos en la propuesta de Durston podemos decir que en la jurisdicción del cerro San Cosme se cuenta con un fuerte capital social individual el cual se encuentra expresado a través de relaciones de apoyo, preocupación y confianza entre los pacientes, sus familiares, el personal del centro de salud, de la Casa de Alivio y de la asociación de enfermos de tuberculosis del distrito de La Victoria- ASETB La Victoria, lo cual tiene relación directa con el aspecto anímico del paciente y contribuye a la continuidad y finalización del tratamiento así como a fortalecer capacidades de resiliencia de los pacientes y familiares.

3.1.1. Existencia de capital social individual y sus diferentes manifestaciones

- i) La existencia de redes de apoyo familiar facilita el cumplimiento cabal del tratamiento**

JL (paciente).- "...Familiares sí, mi hermana Julia, todas mis hermanas que tengo me ayudaban, hasta un amigo que tengo acá por Andahuaylas, pero amigos, amigos, con los que yo estaba por esa cosa que me enfermé, no..."

"...Al día siguiente salgo a la mitad no más del corralón de mi papá y boon! boté un coágulo de sangre y dije ya me voy a morir ya...ya fui dije, ya no, pero al toque fui y le dije a mi hermana mira...y mi hermana Julia me dio 50 soles y me dijo anda a verte, come algo y deja tu esputo..."

La información obtenida en las entrevistas nos señala que los pacientes, familiares y personal de salud reconocen la importancia de la red de apoyo por parte de los familiares para que los pacientes continúen su tratamiento y lo finalicen.

En el caso de uno de los pacientes, se reconoce además el apoyo de tipo material por parte de una de sus familiares para el inicio de su tratamiento. Cuando el paciente afectado no es totalmente independiente, ya sea porque es niño o porque padece alguna limitación física, el apoyo de la familia es aún más crítico, pues el familiar cuidador es quien lleva al paciente para que reciba su tratamiento.

***N (padre de paciente):**"Ah sí, lo que nos dan por ejemplo los víveres que nos dan mensual están al tanto que nos lo dan, que nos exigen que traigan al niño, entonces también yo no trato de faltar ningún día para que mi hijito también esté bien, bueno el Dr. también siempre te pregunta, tu hijito como está evolucionando, cómo está en sus estudios también le digo, más bien con el Dr. Eloy más que nada siempre nos sujetamos una conversación, con la Dra, con las licenciadas también que están ahí, son bastante amables te ayudan bastante"*

También se pudo evidenciar que para el caso de un niño, ante la falta de cuidado por parte de los familiares directos (papá, mamá, hermanos, hijos) otros familiares (tíos, sobrinos, primos) pueden proporcionar el apoyo.

CM. (Casa de Alivio).- "...Es un niño con TBC Meníngea y eso hace que no pueda hablar, convulsione y bueno como los papás trabajan no lo cuidan, no le dan la atención que necesita. Mayormente lo trae a tomar su tratamiento el hermanito que tiene 07 años, él tiene 05 y bueno...vienen acompañados con otros

primitos, sobrinitos, viven en la parte alta del cerro, desde el cerro bajan, vienen acá a tomar su medicamento..."

Se evidenció también que la trascendencia del apoyo familiar para la continuidad del tratamiento es parte del enfoque y la capacitación que brinda el personal de salud:

EV.(Médico del Centro de Salud).- "...quese le concientiza a él y a la familia respecto a la enfermedad, el problema no es solo de él sino de la familia y no sólo de la familia sino de la comunidad. Tratamos de que el paciente conozca la dosis, que conozca cómo se trata y cómo se cura, aunque no se crea la enfermedad de la TBC produce unión, refuerza los vínculos, hay familias que se reúnen, apoyan al que está malito y eso refuerza. Esto en gran parte es por el trabajo que se hace con la psicóloga, con la nutricionista, con la asistente social y por supuesto con las brigadas del Plan TBZero en donde está un médico de familia y una promotora de salud..."

Basándonos en el “Enfoque de Desarrollo a Escala Humana”, podemos señalar también que los pacientes y familiares reconocen la necesidad de apoyo emocional por parte de las personas que las rodean. A su vez, el satisfactor de esta necesidad se convierte en un satisfactor de tipo sinérgico, puesto que además de cubrir la necesidad de afecto que tienen los pacientes, cubre la necesidad de continuidad y finalización del tratamiento, logrando un mejor estado de salud.

ii) La capacidad de asociación entre el personal de salud-paciente-líder de la comunidad se nutre de fuertes vínculos de confianza

Tabla 1 Importancia de los vínculos entre el personal de salud –pacientes- líderes de la comunidad

ENTREVISTADO	PACIENTE
YM (Casa de Alivio)	“...el vínculo que se crea con el paciente va mas allá de la aplicación de la estrategia DOTS: Es una experiencia de repente, un poquito fuera de lo que es el ámbito de enfermería, yo soy técnica de enfermería, acá es la atención más personalizada, con el paciente mismo, ver sus problemas, tratar de apoyarlo no solamente con la administración de medicamentos, claro que eso es importante, la aplicación de la

	<p>estrategia DOTS pero también es importante ver el sentimiento de cada persona, porque cada persona que acá viene con diferente problemática”.</p> <p>“...Mientras vas conociendo y cogiendo confianza vas conociendo mejor te das cuenta que tiene diversos problemas y lo que quiere Casa de Alivio es que ese paciente no solamente se vaya terminando su tratamiento sino que también se vaya a enfrentarse a la sociedad habiendo superado la enfermedad propiamente dicha, la discriminación y también su persona misma, no?”</p> <p>“...Para que un paciente no abandone el tratamiento, para que persevere en definitiva para mí es el trato del personal porque ninguna persona creo si yo fuera paciente, no me sentiría cómoda en un lugar donde me dan el medicamento mirándome mal o no hablándome o tomando callada. ¿Pero hasta una persona sana, no? Si tu vas a un lugar donde te conversan, te levantan la moral, te dan ánimo, te levantan la autoestima, te dan ese consejo que de repente necesitas, entonces tú personalmente vas a querer ir a tomar tu medicamento y también que te den una palabra de aliento entonces eso es lo que hace que el paciente no abandone el tratamiento.”</p>
EV (Centro de salud)	<p>“...Lo que se recibe es que se les concientiza a él y a la familia, respecto a la enfermedad, el problema no es solo de él sino de la familia y no solo de la familia sino de la comunidad. Tratamos de que el paciente conozca la dosis, que conozca como se trata y como se cura aunque no se crea la enfermedad de la TBC producen unión, refuerza los vínculos, hay familias que se reúnen, apoyan al que esta malito y eso refuerza. Esto en gran parte es por el trabajo que se hace con la psicóloga, con la nutricionista con la asistente social y por su puesto con las brigadas del plan TBZero en donde están</p>

	<p>un médico de familia y una promotora de salud.</p> <p>“...Cuando llega el paciente, tienes que tratarlo de la mejor manera, si tienes que quedarte 2 horas con el paciente, te tendrás que quedar 2 horas con el paciente porque cuando llega el paciente es un paciente deprimido, con una serie de problemas, que nos impide cumplir la norma técnica, una de las cosas que dice la norma es que el paciente no debería trabajar pero en la realidad en la que estamos no puede dejar de trabajar quien le va a pagar la luz, el agua a fin de mes, no puede dejar de trabajar, es imposible que deje de trabajar eso también tendríamos que ver con nuestras autoridades como mejorar ese aspecto...”</p>
<p>CA (presidente ASETB “La Victoria”)</p>	<p>“...los pacientes tiraban los medicamentos a la basura pero ahora no, ahora pasan adentro los MDR , las enfermeras los vigilan y se hacen amigos con ellos y les ayudan cualquier problema, la psicóloga también cualquier problema sino tienen a los consejeros pares que también están ahí, no dejamos que el paciente se deprima ni que abandone el tratamiento y que tengan reacciones secundarias, hay mas acercamiento mismo a los médicos, a los médicos de familia que son excelentes personas y esto se hizo a través de la DISAV Lima Ciudad...”</p>

Elaboración propia

En la tabla N° 1 podemos observar el vínculo que se forma entre los pacientes, personal de salud y líderes de la comunidad. Se puede constatar la importancia que cumple la capacidad de asociatividad expresada a través de las relaciones de confianza, apoyo y comprensión entre el personal de salud y los pacientes que vienen llevando el tratamiento para curarse de la TBC.

Las necesidades de confianza, apoyo y comprensión por parte de los pacientes (necesidades de afecto según Max Neef), son tenidas en cuenta por el personal de salud, quienes reconocen que su rol no es solo de proveedores que cumplen una normativa sino también de personas con calidad humana que deben atender y comprender a otras

personas que se encuentran en una situación de necesidad; respecto al personal de salud, según el EDEH la necesidad que se satisface es de participación.

El satisfactor para este tipo de necesidad vuelve a ser sinérgico puesto que cubre o atiende otro tipo de necesidades como las de apoyo a la familia, de soporte y de cuidado (afecto que necesita el paciente y la familia) y la necesidad de participación que tiene el personal de salud.

Podemos observar que se forman otros vínculos que van más allá del vínculo paciente-personal de salud, lo cual genera y fortalece el capital social individual en la comunidad y la resiliencia en los pacientes, quienes al ver la preocupación y dedicación por parte del personal de salud sienten mayores deseos de recuperarse y salir adelante.

Cabe recalcar que se identificó como facilitador para la interacción y profundización de los vínculos entre paciente-familia-personal de salud el hecho que haya poca cantidad de pacientes a ser atendidos en la Casa de Alivio. Así mismo, esta mayor interacción permite que el personal de salud conozca mejor los determinantes o condiciones del entorno que influyen en la evolución de cada paciente, y por lo tanto, pueda brindar un apoyo más integral.

CM (Casa de Alivio).- "Es tanto el trato personalizado, trato amable, cálido así como el acompañamiento solidario...en algún momento fue una debilidad pero ahora ya lo veo una fortaleza el que tengamos pocos pacientes porque te permite hacer un trabajo sistémico no solamente al paciente sino también la familia, no sólo vemos que el paciente debe tomar su medicamento punto porque la enfermedad de la TBC es 'solo una punta del iceberg, debajo hay toda una problemática más subyacente, violencia, pobreza, alcoholismo..."

Se pudieron identificar los siguientes facilitadores para la construcción de confianza:

- 1) El enfoque integral de la enfermedad: el problema no es solo del paciente sino de la familia y de la comunidad. El abordaje integral promueve la construcción de una red de apoyo.
- 2) La transmisión de información respecto al tratamiento: el paciente va adquiriendo conciencia de que la solución para la enfermedad no es cuestión de azar, sino de cumplir paso a paso con las indicaciones.

EV (Centro de Salud).- "...Lo que se recibe es que se les concientiza a él y a la familia respecto a la enfermedad, el problema no es solo de él sino de la familia y no solo de la familia sino de la comunidad. Tratamos que el paciente conozca la dosis, que conozca cómo se trata y cómo se cura aunque no se crea la enfermedad de la TBC produce unión, refuerza los vínculos..."

- 3) La percepción por parte del paciente de un interés genuino hacia su persona y no únicamente el interés de proveer un servicio.

JL (paciente de la Casa de Alivio).- "...yo una vez fui porque mi hermana estaba mal yo le dije Dr. yo quiero que me ayuden, que puedan hablar con mi hermana, que la puedan ayudar y todo por favor...ya está bien me dijo, voy a ir con la Dra. y a tu hermana le vamos a hablar. Entonces fueron, estaban hablando con mi hermana todo y ya yo me quedé normal porque fueron los doctores y ya todo... Y mi hermana ahora está un poco sana, tiene una bolsa de colostomía a ella le operaron de cáncer de colon pero ya le operaron y está que se recupera, entonces ya me alegré más y seguí, seguí adelante hasta terminar el tratamiento. Porque los doctores ahí son buenos, me ayudaron bastante..."

En el caso de un personal de la Casa de Alivio, el facilitador para la generación de confianza es el hecho que él es también una persona de la comunidad, que suele participar en actividades sociales en pro de los más necesitados en la comunidad:

Sr. D.- "...como vivo acá en La Victoria desde los 7 años, porque vine de Ayacucho, vine con mi hermana aquí a La Victoria, conozco casi toda La Victoria, San Luis, toda esta parte acá ó la conozco la zona como es todo, como trabajé dos años en turno noche en limpieza, no querían cambiarme al turno día, me estaba aburriendo...Siempre me gusta seguir trabajando aquí, siempre me ha gustado ser solidario porque en la Sierra he pasado de niño, me acuerdo no tenía juguetes, mi papá me había juguetes de madera o juntaba dos corontas de maíz, los juntaba como un buey así como arado cuando veo niños que no tienen, traigo cosas que mis hijos ya no usan o pido también donaciones o las llevo, les doy con mucho cariño, me gusta colaborar y apoyar a las personas que se curen pes por eso...me faltó no más ser médico..."

iii) Existe capital social individual que actúa como potenciador de las alianzas interinstitucionales

CM Casa de Alivio“... entonces si de repente se les pedía la placa no se la sacaban, se iba se averiguaba porque si no tenían seguro nosotras mismas tramitábamos su seguro, el AUS para que puedan sacar su placa o de repente, hemos tenido pacientes psiquiátricos también, hemos gestionado nosotros mismos el inicio de su tratamiento psiquiátrico en el hospital referencial, ya sea en el Hospital Dos de Mayo, hemos tenido pacientes también con violencia familiar, con dificultades en la pensión de alimentos, como que nuestra atención se hace más integral debido a que nuestro origen es municipal, pertenece al gobierno local entonces podemos nosotros articular beneficios servicios de la municipalidad para nuestros pacientes, ya no se dirige solamente al tratamiento médico farmacológico, sino también a engarzar con los sectores de la municipalidad en beneficio de ellos.”

Podemos señalar que el capital social individual, formado principalmente por el vínculo entre pacientes, familiares y personal de salud (tanto de la Casa de Alivio como del centro de salud San Cosme”, se convierte en un catalizador o potenciador de las alianzas interinstitucionales (capital social comunitario). La necesidad de acceder a otros servicios por parte de los pacientes y sus familias se convierte en una oportunidad para que el personal de salud y los líderes comunitarios formen, amplíen y/o consoliden sus redes con otros sectores y actores.

En otros casos, la necesidad de acceder a otros servicios (legales, de aseguramiento, etc.), por parte de los familiares y pacientes y el compromiso por parte de los líderes y el personal de salud logra que el capital social individual se potencie y lleve a las formaciones de capital social comunitario.

CA (ASET-TB “La Victoria).- De hace 2 años atrás, antes de empezar este Plan TBCero, 2010 más o menos, y como ustedes vieron que esto se estaba dando a conocer por la prensa en donde habían familias enteras que caían en el centro de salud, el cual no se abastecía, estaba colapsando prácticamente por tanto paciente que había sobre todo en la TB multidrogorresistente nos juntamos una vez, tratábamos de hacer una mesa multisectorial en La Victoria, pertenecía en ese entonces a un comité multisectorial de lucha contra la TB en La Victoria que ahorita bueno, no está, no está funcionando por muchos motivos pero nosotros como asociación éramos parte de ese comité y nos reunimos con un representante de la Municipalidad de La Victoria tanto como con representantes de la DISA V Lima Ciudad, con los sectores de la sociedad civil, tanto comedores, vaso de leche, juntas vecinales, comisarías también, colegios, directores de colegios todo un equipo de sectores que estaban interesados en este problema y de ahí lanzar una propuesta para hacer un

plan y aprovechar esos presupuestos del presupuesto participativo y también la DISA como estaba como Ministerio de Salud tenía que hacer algo por la población de La Victoria ya que pertenece a su jurisdicción entonces se elaboró una buena propuesta.

iv) El componente ético-axiológico actúa como potenciador de las asociaciones interpersonales

C. A. (ASET TBC) "Mi principal motivación es que nosotros, las personas afectadas, podemos aportar a la solución, que no solo nos consideren como parte del problema sino que podemos dar mucho como sociedad civil afectada y podemos dar mucho para que nuestros pares conozcan más del tema, a veces es como parte del desconocimiento de la enfermedad que la misma siga avanzando a veces hay discriminación hay casos de gente que la han botado de su casa con colchón y todo afuera, en otros casos infectadas por VIH, la discriminación y estigma no ayudan a que se pueda superar la enfermedad y esta condición ha hecho que la enfermedad vaya en aumento por eso me animé a trabajar en estas dos cárceles pero más que todo me animé a trabajar en lo que es TB para que de alguna forma pueda ayudar también a la victoria a disminuir la incidencia de la tuberculosis".

Podemos señalar que las principales motivaciones del personal de salud, líder comunitario y paciente están relacionadas a valores propios como el de la justicia, de servicio, de contribuir a la sociedad así como valores derivados de la fe cristiana que algunos profesan.

Según las categorías axiológicas, se cubre la necesidad de participación (solidaridad, entrega, convicción) por parte del personal de salud y el presidente de la ASETB, buscando que se de un bien común en los pacientes y en la comunidad. Esto constituye un satisfactor de tipo sinérgico puesto que cubre además necesidades de afecto de los pacientes (autoestima, solidaridad, respeto), familiares y de la comunidad en general.

v. La implementación del Plan TBCero se da a través de una mirada transdisciplinaria en el abordaje del problema de salud que promueve la formación de asociaciones.

Tabla3 .- La mirada transdisciplinaria en la implementación del Plan TBCero

ENTREVISTADO	RESPUESTA
CM (Casa de alivio)	<p>“...una fortaleza tener pocos pacientes porque te permite hacer un trabajo sistémico, no solamente el paciente sino también la familia, no sólo vemos que el paciente debe tomar su medicamento porque la enfermedad de la TBC es sólo una punta del iceberg debajo hay toda una problemática más subyacente, violencia, pobreza, alcoholismo, el trabajo como un medio, pero acá yo creo que ya deja de ser un medio, se transforma en un fin, eso creo que lo tienen bien metidos ellos, por eso acá hay tanto problema de embarazo adolescente, deserción escolar, violencia familiar, porque no hay un soporte efectivo, fuerte de la familia, no hay un verdadero apoyo como debería ser, por eso que muchas familias acá se resquebrajan rápidamente, porque están metidos en su trabajo, o el poco tiempo que pasan lo pasan tomando, no todos, no te voy a decir todos porque también hay familias muy lindas, en las que sí se nota esa unión, se nota ese apoyo...”</p>
EV (médico del Centro de Salud San Cosme)	<p>“...La IE José Martí es una de ellas, se empezó a trabajar el año pasado, se trabajó con un 50% de los alumnos, se está trabajando con el mercado mayorista, con los sectores, se ha evaluado el 100% del sector Choclo, con las comunidades a través de los puntos focales, se está trabajando con el municipio lo cual es una gran fortaleza también...”</p> <p>“...La consejería es personal, global, con toda la familia y en cuanto a la secuencia es la brigada, el médico de familia, en lo sucesivo lo va abordando la nutricionista, la asistente social y la psicóloga por supuesto, hay otra psicóloga exclusiva para las consejerías de casos de VIH...”</p>

Elaboración propia

De la tabla N° 3 podemos afirmar que la mirada transdisciplinaria para el abordaje del problema de la tuberculosis a través del Plan TBCero está muy bien interiorizada por el personal de salud quienes señalan que para abordar el problema de salud de la TBC en San Cosme es necesario trabajar de manera articulada con otros profesionales y sectores, como el sector educación y el gobierno local a fin de hacer sinergia frente a la problemática.

La necesidad de entendimiento y participación (por parte del personal de salud) se convierte en una oportunidad de trabajo conjunto y articulado lo cual potencia el capital social a nivel comunitario tal como lo veremos en el siguiente punto.

3.1.2. Existencia de capital social comunitario

Existencia de capital social comunitario expresado a través de las relaciones de asociación entre las diferentes organizaciones que trabajan en la jurisdicción del centro de salud San Cosme.

Uno de los hallazgos que hemos encontrado, es que en la jurisdicción del centro de salud San Cosme, que es en donde se viene desarrollando el Plan TBCero, se encuentran trabajando diferentes tipos de organizaciones: no gubernamentales, del estado y del gobierno local.

A) DEL TRABAJO CON LA ORGANIZACIONES NO ESTATALES:

ONG "MANOS DEL ALFARERO":

El aporte de dicha ONG, reconocido por el personal de la Casa de Alivio consiste en combatir uno de los determinantes más importantes de la TBC como es la desnutrición, no obstante esta colaboración está condicionada a la administración bajo supervisión diaria, lo que ha significado destinar horas de un personal de la Casa de Alivio para que realice dicha supervisión. Es importante recalcar que esta **vinculación estaría supeditada** a la existencia de una persona asignada para la supervisión diaria del consumo de los suplementos nutricionales.

CM (Casa de Alivio)....unas niñas que estaban con un caso de desnutrición, tenían las hermanitas tuberculosis con los padres también o sea era una familia bien vulnerable de salud, se les ha conseguido la

donación de unos suplementos vitamínicos diarios de una organización norteamericana que se llama Manos del Alfarero... *pero la condición para poder administrarlo es que esté supervisado diario*, entonces como muchas veces las niñas no venían para acá tenemos un personal asignado para llevarles a domicilio ese suplemento”

ONG SOCIOS EN SALUD

La organización sin fines de lucro “Socios en Salud” participa a través del proyecto “Epidemiología de latuberculosis multidrogorresistente en el Perú” (EPI), el cual culminará en el año 2012 (Socios en Salud, Memoria Anual 2009). Los principales aportes que realiza Socios en Salud (Socios en Salud, Memoria Anual 2009):

A los pacientes participantes en el proyecto se les realiza gratuitamente exámenes como baciloscopía, prueba de Elisa (para la detección de VIH-SIDA), descarte de embarazo y radiografías de tórax, además de seguimiento por 24 meses. En tanto, a sus contactos domiciliarios se les hace seguimiento hasta por 12 meses, se les somete a la prueba de Elisa y, si son diagnosticados con la enfermedad, se les refiere al programa de TB del establecimiento de salud, se les cubre exámenes como baciloscopías, cultivo, descarte de embarazo, radiografías de tórax, aplicación y lectura del test de tuberculina (PPD). De forma paralela, ayudan a mejorar el diagnóstico temprano de la TB en la comunidad, así como la captación de sintomáticos respiratorios y la cobertura de contactos familiares en los establecimientos de salud. La participación de Socios en Salud es valorada por el personal del centro de salud pero no es considerada estable.

Tabla4.- Rol de la ONG Socios en Salud

JC (Socios en Salud).- “La intervención es a través de un proyecto, el proyecto EPI, que es de epidemiología”. “Venimos trabajando desde el 2010 y tenemos proyectado continuar hasta el mes de agosto de este año”.

EV (médico Centro de Salud San Cosme).- **La ONG socios en salud también nos apoya**, con la toma de placas, la toma de pruebas rápidas para VIH, nos apoya, **en parte no?, no mucho pero nos apoya**....Municipio y Socios en Salud son las organizaciones estables a la fecha con la que están coordinando o colaboran para

la implementación...

ASET LA VICTORIA

Esta es una organización que agrupa a los pacientes afectados con TBC en la jurisdicción de San Cosme y otras de La Victoria. Según lo descrito, su nivel organizacional aún es débil debido en parte al escaso número de afiliados lo cual además dificulta su inscripción como una organización social en el Registro Único de Organizaciones Sociales de la Municipalidad de La Victoria (número requerido de afiliados: 15).

De acuerdo a lo señalado por los entrevistados, ASET La Victoria tiene como principal objetivo fortalecer las capacidades de sus afiliados en cuanto a cuidados de salud en el entorno de la TB, así como brindar soporte (apoyo motivacional) para la culminación del tratamiento.

Esta organización coordina en ocasiones la asistencia a eventos con la Casa de Alivio, con la finalidad de hacer incidencia sobre la problemática de la TBC en redes externas (la comunidad en general u otros).

El líder de dicha organización también estuvo afectado por la enfermedad, y tiene una gran sensibilidad para volcar su experiencia hacia el soporte de los pacientes y familiares. Este líder participa además en eventos donde interactúa con otras organizaciones que trabajan por la tuberculosis. Para él ninguna ONG está apoyando en la implementación del Plan TBCero.

CM (Casa de Alivio).- *“en el caso del ASET TB también se le ha ofrecido inscribirlo en el Registro de Organizaciones Sociales, la condición es que tengan 15 miembros pero creo que todavía no llegan a esa cantidad así que nos ha pedido que tratemos de invitar, le hemos conseguido uno que otro participante, pero bueno todavía faltan....Ellos se reúnen de vez en cuando pero sí, son independientes... **todavía no pueden consolidar su institución porque son pocos, pero ahí se reúnen para eventos...**por ejemplo cuando fue el aniversario del día de la Lucha contra la TBC en marzo que fue el primer aniversario de La Casa de Alivio **vinieron ellos dieron su testimonio en el estrado, se hizo una caminata con pancartas** todo también nos apoyaron, participaron, entonces con*

Cesitarnos comunicamos, él nos avisa derrepente si hay algún evento o taller donde contar nuestra experiencia multisectorial de acá de esta intervención...”

B) EL TRABAJO CON OTRAS DEPENDENCIAS DEL ESTADO

LA RED DE ATENCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER: DEMUNA- CENTRO DE EMERGENCIA MUJER DE LA VICTORIA (MIMP) Y OTRAS ORGANIZACIONES

Es una red funcional constituida por un conjunto de organizaciones del Estado (Centros de Salud, C.L.A.S., Comisarías Instituciones Educativas, servicios públicos, CEM) y de la sociedad civil y parroquias que trabajan con la población vulnerable de los distritos de La Victoria y El Agustino. Como red cuenta con más de 10 años de actuación coordinada para sensibilizar, difundir información preventiva y de atención antesituaciones de violencia. Agrupa a ONGs como ASPEM, CESIP, Consorcio SwissContact y otras organizaciones como DEMUNA, Casa de Alivio, Centro de Salud San Cosme, Centro de Salud El Pino, Clas El Pino, Teatro Vivo, el Centro de Emergencia Mujer del MIMDES.

Dichas organizaciones se reúnen periódicamente (mensual) para analizar la problemática en torno a algún caso de violencia familiar y plantear soluciones de acuerdo a sus competencias. Para el caso de los pacientes de la Casa de Alivio, los casos de violencia familiar ponen en riesgo la continuidad del tratamiento, por lo que se ha presentado casos de niños en los que el apoyo principalmente ha sido la coordinación para el internamiento en albergues en los que puedan estar bajo los cuidados adecuados.

Es importante señalar aquí que **hay redes que no son sostenibles** y cuyo trabajo iniciado puede quedar inconcluso al retirarse la organización de ese campo de acción. Esto ha ocurrido anteriormente en lo referente a trabajo infantil.

EI TRABAJO CON LA DISA V LIMA CIUDAD

La DISA V Lima Ciudad tiene el liderazgo técnico del Plan TBCero, mientras que el liderazgo político lo tiene la Municipalidad de La Victoria. En ejercicio de este liderazgo técnico, la DISA V Lima Ciudad capacita al personal de la Casa de Alivio en las

estrategias propias del Sector como es la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud basado en la Familia y Comunidad (MAIS BFC), que es el modelo de atención en salud actualmente vigente.

C.M. (Casa de Alivio) "El año pasado recibimos la capacitación de la DISA, porque hay un convenio firmado entre la municipalidad y la DISA, una de las cláusulas es que la DISA dará el soporte técnico a la Casa de Alivio, entonces nos enviaron a la responsable del programa familiar quien nos indujo a lo que es el programa MAIS-BFC basado en familia comunidad, hemos adoptado ese enfoque para tratar a los pacientes tratando siempre de enfatizar el aspecto de la familia, buscar el compromiso del paciente con su comunidad y su salud (RED DISA- MUNICIPALIDAD (CASA DE ALIVIO))."

TRABAJO CON LA MUNICIPALIDAD (OTRAS DEPENDENCIAS)

La Casa de Alivio es una dependencia de la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria y recurre a varios de los servicios sociales de dicha gerencia para la atención de situaciones de vulnerabilidad social de los pacientes con TBC que ahí se atienden, como son falta de empleo, falta de albergue, etc. (Determinantes Sociales de la Salud).

Además de ello, la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria realiza la supervisión y evaluación de las actividades que se realizan en la Casa de Alivio.

Otro aporte sustancial de la Municipalidad de La Victoria ha sido la contratación de personal para la implementación del Programa Médico de Familia Municipal, además de campañas médicas y clausura de focos de "mal vivir".

Otro aporte fundamental ha sido el encalamiento de las paredes, para lo cual se realizó una jornada donde participó la comunidad y otras instituciones; esto podría contribuir a reducir los niveles de transmisión intradomiciliaria, pero sobre todo contribuye a mejorar el ornato y la autoestima de la comunidad.

A partir del convenio suscrito entre la DISA V y la Municipalidad de La Victoria para la implementación del Plan TBCero, se formalizó el liderazgo político de la Municipalidad de La Victoria en esta área. No obstante según C. A. (ASET) previamente se evidenciaba que la Municipalidad no prestaba suficiente interés en esta problemática.

El apoyo que da la Municipalidad de La Victoria a través de la Casa de Alivio es considerado fundamental por el personal del centro de salud (Dr. E), toda vez que contribuye a romper la cadena de transmisión de la TB al poder brindar servicios y la medicación a pacientes seleccionados según criterios preestablecidos en un ambiente diferente a donde transitan los pacientes que aún son contagiantes.

Este hallazgo ha sido corroborado por los documentos que se detallarán en los puntos siguientes.

EV (Centro de Salud San Cosme).- "Se ha implementado lo que es una casa, una Casa de Alivio para dar tratamiento a los pacientes sin factores de riesgo alguno como son la drogadicción, el alcoholismo, antecedentes de abandono. Los pacientes ejemplares por ejemplo pasan a la Casa de Alivio, con la finalidad de romper la cadena de que tal vez se puedan seguir contagiando acá. Ahí llegan pacientes...los pacientes sin factores de riesgo se mejoran, se rompe esa cadena. La municipalidad nos apoya, es una gran fortaleza para la estrategia". (Otros servicios en la Casa de Alivio).- Provisión de Medicamentos, consejería nutricional, psicológica, hay un médico que está trabajando, hay atención médica.

EL TRABAJO CON LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA "JOSÉ MARTÍ":

La principal vinculación señalada fue la capacitación a alumnos en temas relacionados a la TB.

Dr. E.- "La I.E. José Martí es una de ellas (instituciones con las que se trabaja), se empezó a trabajar el año pasado, se trabajó con un 50% de los alumnos, se está trabajando con el mercado mayorista, con los sectores, se ha evaluado el 100% del sector choclo, con las comunidades a través de los puntos focales, se está trabajando con el municipio lo cual es una gran fortaleza también"

EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS-OFICINA DE SEGUROS)

El SIS es el seguro de salud destinado principalmente a la población pobre y extremadamente pobre que no cuenta con otro seguro de salud y se encarga del financiamiento del total de atenciones de salud que reciban sus afiliados en la red de establecimientos del MINSA, así como del pago de los medicamentos o insumos que

requieran para su atención. Opera a través de las oficinas/unidades de seguros de los hospitales ó centros de salud. Es percibido como una fortaleza por el personal del establecimiento de salud.

EV (Centro de Salud San Cosme).- "Otra fortaleza que también es para nosotros es el seguro, el famoso AUS o el SIS es una fortaleza para nosotros..."

A manera de síntesis, podemos resumir los hallazgos en cuanto al aporte de cada uno de los actores de la siguiente manera:

Tabla 5.- Síntesis de los aportes percibidos por los entrevistados desde las organizaciones participantes en la implementación del Plan TBCero

ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN	DEPENDENCIA	APORTE FRENTE A LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA TBC
DISA V	Salud	Líder técnico del Plan TBCero (estable lineamientos técnicos)
CASA DE ALIVIO	MLV	Administra tratamiento para la TBC Fortalecimiento de aspectos socio-emocionales
CENTRO DE SALUD "SAN COSME"	Salud	Abordaje integral de la TBC
SIS	Salud	Brinda la cobertura de atenciones para pacientes asegurados
MANOS DEL ALFARERO	ONG	Brinda suplementos nutricionales.
SOCIOS EN SALUD	ONG	Brinda placas y exámenes de laboratorio para pacientes con TBC
IGLESIA	Iglesia	Asistencia con medicamentos Apoyo espiritual y emocional
DEMUNA	MLV	Asesoría, defensa y promoción de los derechos de los niños, niñas y

		adolescentes
ASPEM	ONG	Forman parte de la red de atención y prevención de la violencia familiar.
SWISS CONTACT	ONG	
CESIP	ONG	
TEATRO VIVO	Asociación	
CENTRO DE EMERGENCIA MUJER-CEM	MIMP	Asesoría frente a casos de violencia familiar
I.E. JOSÉ MARTI	Educación	Fortalecimiento de capacidades en escolares para la prevención y detección temprana de la TBC
PROMOTORAS DE SALUD	Comunidad	Participan en las brigadas de los equipos de familia. Brinda información a nivel comunitario

Elaboración propia.

En este punto, se puede evidenciar que el capital social comunitario se apoya en la existencia de capital social estructural (derivado de la estructura y las organizaciones sociales), el cual a su vez es la manifestación de valores socioemocionales y éticos de los integrantes de las redes, como fue analizado en el punto 1 (capital social cognitivo). Uno de los principales aportes del capital social estructural es que permite que se organicen los esfuerzos de asistencia entre los integrantes de las redes, al definir roles y funciones específicas, evitando duplicidades y trabajo desarticulado.

Como lo señalara N. Uphoff (Uphoff, 2003) *“tanto la forma estructural como la forma cognoscitiva del capital social tienen su origen en procesos mentales y conceptos pero la primera se expresa en el ámbito social interpersonal mediante acuerdos expresos o tácitos entre las personas”*. Es evidente que en este caso *“las formas cognoscitivas del capital social constituyen su esencia, mientras que las formas estructurales son los instrumentos o la infraestructura mediante los cuales se expresa el capital social cognoscitivo (mental y emocional)...Ambas formas están tan conectadas entre sí y son tan interdependientes que resulta lógico reconocer sus funciones y contribuciones respectivas”*.

La interdependencia es fundamental para que ambas formas de capital social puedan contribuir de manera exitosa como se ha detallado en el punto 1, puesto que si las personas sienten indiferencia por los demás, pueden mantener algunos tipos de capital social estructural sólo por intereses personales, y los vínculos podrían ser más frágiles y menos duraderos.

Es importante el hallazgo de estos dos tipos de capital social para la implementación del Plan TBCero debido a que algunos autores han descrito que si un organismo exterior a la comunidad quiere intervenir en el fortalecimiento de capital social, es muy difícil que pueda llegar a influenciar en las formas cognoscitivas, *“la confianza puede aumentar cuando se crean situaciones en que es más productiva y respetada, pero es más probable que ocurra lo contrario. Al igual que otras formas de capital, es más fácil que el capital social disminuya, no que aumente”* (Uphoff, 2003). Sin embargo, sería más factible para dicho organismo incrementar capital social estructural a través del establecimiento y definición deliberado de más (y mejores) funciones, normas, precedentes y procedimientos, ampliando las redes de contacto y flujos de comunicación entre las personas.

En este hallazgo podemos evidenciar que se han definido funciones y normas en concordancia con “las cuatro funciones básicas de toda organización social” que según N. Uphoff son necesarias para que este tipo de capital social (estructural) aumente de manera eficaz:

Tabla 6.- Propuesta de funciones básicas de toda organización social por N. Uphoff

Función	Organización
<ul style="list-style-type: none"> Adopción de decisiones 	Liderazgo político: Municipalidad de La Victoria Liderazgo técnico: DISA V Lima Ciudad
<ul style="list-style-type: none"> Mobilización y gestión de recursos 	DISA V Lima Ciudad y Municipalidad de La Victoria han definido a través de convenio y otros documentos oficiales cuáles son las funciones y responsabilidades para la movilización y gestión de recursos
	Además de los flujos de información a través

<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación y coordinación 	<p>de informes periódicos, se ha previsto en el Convenio un Comité Técnico integrado por representantes de la DISA V y la Municipalidad que serán encargados de desarrollar los compromisos de manera conjunta y coordinada.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Solución de conflictos 	<p>No se encontró evidencia documentaria al respecto, únicamente lo que consta en el Convenio Específico entre la Municipalidad de La Victoria y la DISA V Lima Ciudad se establece que las partes celebrantes tratarán en lo posible de resolver cualquier desavenencia o diferencia de criterios que se pudieran presentar durante la ejecución del Convenio, mediante el trato directo y de común entendimiento. De no ser posible se resolverá mediante arbitraje de Derecho.</p>

Elaboración propia

Se ha encontrado que *“...cuando estas capacidades están incorporadas en una comunidad, organización, región o sociedad, puede facilitar la acción colectiva mutuamente beneficiosa aún en ausencia de un fuerte apoyo de capital social cognoscitivo. Se puede decir que habrá más capital social disponible cuando existan funciones, normas, etc para el desempeño de tres funciones de todas ellas y no solamente para una o dos.”* (Uphoff, 2003)

3.2.2 La fuerte alianza que asocia el municipio con la DISA V Lima Ciudad representa una propuesta de desarrollo desde “lo local”

El rol de la Municipalidad en la implementación del Plan TBCero es reconocido por casi todos los actores entrevistados. Asimismo, contrario a lo que esperábamos, no se logró identificar alguna organización de base que ejerza un rol protagónico.

El personal de la Casa de Alivio, en concordancia con la naturaleza de la gerencia a la que pertenecen, la “Gerencia de Desarrollo Social” de la Municipalidad de La Victoria, evidencia tener una .mayor interacción con diversos actores, tanto estatales como no estatales. Aunque ellos no empleen el término, es evidente también su enfoque integral y de determinantes sociales de la salud que motiva sus acciones, tal como se detallará en acápite subsiguientes.



Tabla 7.- Rol de la Municipalidad de La Victoria

JMG (Casa de Alivio): "la municipalidad se preocupa por estos pacientes"... están también los ojitos de la municipalidad acá preguntando, viendo cómo van, los informes que mandamos y ellos también se conectan con otras organizaciones.

CM (Casa de Alivio).-"Incluso (los pacientes del Plan TBCero) tienen el mismo beneficio de la Bolsa de Trabajo, de la Asistente Social de la Municipalidad"... Ahora la municipalidad se ha puesto la camiseta con este enfoque del Ministerio de Salud y para complementar nuestro trabajo y fortalecer nuestra función ha creado el Programa del Médico de la Familia Municipal...hemos tenido pacientes también con violencia familiar, con dificultades en la pensión de alimentos, como que nuestra atención se hace más integral debido a que nuestro origen es municipal, pertenece al gobierno local entonces podemos nosotros articular beneficios, servicios de la municipalidad para nuestros pacientes, ya no se dirige solamente al tratamiento médico farmacológico, sino también a engarzar con los sectores de la municipalidad en beneficio de ellos.

- *"De la coordinación del trabajo con el C.S.: En el centro de salud también aplican la ficha familiar, entonces nosotros preguntamos por qué sectores habían avanzado ellos para no cruzarnos y generar duplicidad".*

Sr. D (Miembro de la Comunidad y Trabajador de la Casa de Alivio).- De parte de la municipalidad apoya en campañas médicas, también el apoyo del encalamiento de las calles que empezó este año en enero...el pintado de los postes, todo el cerro, hubo un día que hasta el alcalde mismo subió...Por la calle San Pablo que es la más conocida, allí hay un sitio por donde hay mucho alcoholismo hay dos o tres bares que ya los han clausurado pero los señores que toman están en la calle, allí hay un ambulante que vende alcohol en una carreta vende alcohol combinado no se con que ahí están en fila 8 a 1 personas (determinantes) sentadas ahí solamente que ese es el problema que no cambia esa parte San Pablo, pero las demás partes todo está tranquilo, más limpio, a lo que era antes pues hace años...en cuanto a limpieza también las personas en cuanto a delincuencia.

C.A. (ASET TB).- "me interesó mucho este proyecto puesto que veíamos que la municipalidad no tomaba cartas en el asunto por el problema de la salud pública, mas se preocupaban por levantar pistas y veredas, hueco por aquí, hueco por allá pero al final había un problema en el cerro San Cosme. Para mí en lo personal me preocupaba mucho este problema de la tuberculosis que había bastante en el

cerro san Cosme y íbamos a dar charlas a los pacientes, a los familiares".

EV (Centro de Salud San Cosme).-“Se ha implementado lo que es una casa, una Casa de Alivio para dar tratamiento a los pacientes sin factores de riesgo alguno como son la drogadicción, el alcoholismo, antecedentes de abandono. Los pacientes ejemplares por ejemplo pasan a la Casa de Alivio, con la finalidad de romper la cadena de que tal vez se puedan seguir contagiando acá. Ahí llegan pacientes...los pacientes sin factores de riesgo se mejoran, se rompe esa cadena. La municipalidad nos apoya, es una gran fortaleza para la estrategia”.

(Otros servicios en la Casa de Alivio).- “Provisión de medicamentos, consejería nutricional, psicológica, hay un médico que está trabajando, hay atención médica”.

Este hallazgo también se ha evidenciado en la revisión documentaria como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 8.- Funciones y roles de la Municipalidad de La Victoria y la DISA V Lima Ciudad obtenidos a partir de la revisión documentaria

Fuente	Descripción
<ul style="list-style-type: none"> Publicación en “Acta Medica Peruana”: “El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la tuberculosis” (Fuentes-Tafur, Ticona, Velasco, Vidauro, Guido, & Canelo, 2012) 	<ul style="list-style-type: none"> La Casa de Alivio (CdA) es un centro que dispensa medicamentos y coopera en el apoyo asistencial terapéutico físico, psicológico, social y espiritual. En él se imparte una atención personalizada. La CdA está a cargo de personal de salud de la MLV bajo la conducción de un médico de la MLV y el jefe de centro de salud de San Cosme; ellos también realizan visitas y atención médica domiciliaria integral. CdA es financiada totalmente por la municipalidad y los pacientes son incorporados a los programas sociales municipales (redes de apoyo, estudios, empleo). CdA está dirigida a los pacientes con TB sensible BK (-) y cultivo (-) y su manejo consta de un protocolo innovador Se ha conseguido financiamiento 650 000 nuevos soles

	<p>de la MLV a través del Presupuesto Participativo (9 % y 6 % entre los años 2010 y 2011 a diferencia de menos del 1 % el año 2009) y la agendación de una política pública a través de un convenio entre la MLV y la DISA V LC para la implementación del Plan TBCero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha sustentado técnicamente el pedido de la municipalidad para la reubicación de La Parada por ser el "atractor" social que fortalece los determinantes sociales asociados a la tuberculosis. <p>Promoción de la salud y comunicación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con la MLV para mejorar y ordenar el comercio informal en la zona de La Parada y el centro comercial de Gamarra. Limpieza de techos y mejora de la limpieza pública en la zona de San Cosme. • Elaboración de propuesta y etapa de inducción de estrategia comunicacional para la ejecución la táctica "TB te veO" (Intervención en los centros laborales para la búsqueda de sintomáticos respiratorios, detección de casos y educación para la salud). • Desarrollo de actividad de enclamiento (cal en las paredes domiciliarias) con el objetivo de mejorar el aspecto arquitectónico de la zona, lo cual contribuye a fortalecer la salubridad y estima comunitaria.
	<p>Acciones ejecutadas por la Municipalidad de La Victoria en torno a la problemática de la TB en San Cosme, se considera como antecedente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Año 2008: Mesa multisectorial de Lucha contra la TBC • Año 2009: Donación de 1000 placas radiográficas, con los reactivos respectivos, al centro de salud San Cosme para la evaluación de los contactos internos de los afectados por TB. Desarrollo del "Plan piloto de mejora de captación de contactos", mediante el cual

	<p>se incentivó económicamente a las promotoras de salud de la jurisdicción de San Cosme a fin de lograr el descarte oportuno en los contactos de afectados que recibían tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Año 2009: Inicio de acciones de “Plan TBCero”, conducido por la Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISA VLC) y la Municipalidad Distrital de la Victoria (MLV), con la participación de las personas afectadas por la TB, con el objetivo de contribuir a la disminución de la tasa de incidencia de la tuberculosis en un 30%, en un período de 5 años. Implementación de la estrategia DATOS (Detección, análisis y tratamiento observado socialmente), que permite fortalecer el DOTS (Terapia directamente observada de corta duración) en las AERT-TB (áreas de elevado riesgo de TBC). Dicha estrategia DATOS es la interface entre el enfoque biomédico y el social: significa la organización de los servicios de salud para incorporarse a la comunidad en el abordaje de los determinantes sociales; se complementa con la incidencia política sobre otros actores sociales, la participación de los afectados y el rol protagónico del gobierno local de La Victoria.• Uno de sus componentes es la atención diferenciada por niveles, siendo la Municipalidad de la Victoria el actor principal a nivel comunitario por la implementación de la Casa de Alivio.• Según dicha publicación, en el 2010 la Casa de Alivio atendió un total de 66 pacientes (pacientes derivados por el centro de salud San Cosme) y de enero-mayo 2011 hubo ya un total de 54 pacientes atendidos, 27 pacientes dados de alta, 24 pacientes menores de 19 años con quimioprofilaxis. En este mismo año 2010 se realizaron atenciones psicológicas (300), talleres de
--	---

	<p>psicología (14), visitas domiciliarias (225), raciones de refrigerio nutritivo entregadas: 1750.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asimismo de manera quincenal se realiza la presentación de candidatos potenciales que el C.S. San Cosme derivará para su atención en la Casa de Alivio.
<p>Convenio Específico de Cooperación entre la Dirección de Salud V Lima Ciudad y la Municipalidad Distrital de La Victoria</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La DISA V Lima Ciudad a través de su Director General suscribe en su condición de órgano desconcentrado del Ministerio de Salud encargado de conducir, regular y promover la implementación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS) a nivel subregional, con la finalidad de lograr el desarrollo de la persona humana a través de la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de su salud y el desarrollo en su entorno saludable, con pleno respeto de los derechos fundamentales de la persona. • La Municipalidad de La Victoria a través del Alcalde suscribe en su condición de órgano de gobierno local, siendo la entidad básica de la organización territorial del Estado y el canal inmediato de participación vecinal en los asuntos públicos, que gestiona con autonomía los intereses propios de la colectividad. • El objeto del convenio es crear el marco de cooperación entre las partes para la articulación de actividades orientadas a la atención y prevención de los problemas prioritarios de salud de la población en temas de TBC, acorde con las políticas y planes de desarrollo local así como en el marco del Plan TB Cero, considerando en este campo como prioritaria la implementación de la “Casa de Alivio” en el ámbito de la jurisdicción municipal en coordinación con la DISA V Lima Ciudad así como la implementación de la estrategia DATOS como parte integrante del Plan

	<p>TBCero.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como objetivos específicos se establece: Regular y normar la ejecución de las acciones para el control de la TBC en la jurisdicción territorial de la Municipalidad de La Victoria en coordinación con DISA V Lima Ciudad y de la estrategia DATOS, establecer canales de participación para que los miembros de la comunidad puedan asumir un rol activo en el cuidado de la salud de su medio familiar y de su comunidad, apoyar el desarrollo de políticas locales de salud y de redes sociales en el distrito de La Victoria. • Se establecen como responsabilidades de la Municipalidad de La Victoria: <ol style="list-style-type: none"> a) Elaborar y ejecutar conjuntamente con la DISA V Lima Ciudad el Proyecto de “la Casa de Alivio” y la implementación de la estrategia DATOS en el marco del Plan TBCero y de las políticas municipales saludables b) Para el desarrollo de actividades de la denominada “Casa de Alivio” la Municipalidad asume la responsabilidad contractual del inmueble, así como el acondicionamiento respectivo. c) Para la implementación de la denominada “Casa de Alivio” la Municipalidad pondrá a disposición: 1 licenciada de enfermería, 02 técnicas de enfermería, 1 psicólogo, 1 personal de limpieza d) Supervisar el desempeño del personal asignado por el municipio. <p>A su vez, la DISA V Lima Ciudad tiene como funciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Brindar asesoramiento técnico y capacitación a los cuadros técnicos municipales y del Ministerio de Salud en temas relacionados con el cuidado de
--	---

	<p>salud pública.</p> <ul style="list-style-type: none"> b) Facilitar el uso de la infraestructura de los servicios, equipamiento y medios de protección personal de bioseguridad, según disponibilidad existente tanto física como funcional. c) Administrar la Casa de Alivio. d) Remitir los informes correspondientes cuando sean solicitados por la Municipalidad respecto al desarrollo de actividades realizadas en la Casa de Alivio. e) Brindar apoyo gratuito, diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación al personal de salud implicado en este proyecto que ante la situación de su labor pueda resultar afectado por la tuberculosis. <p>COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL</p> <p>Se establece que los compromisos que se desarrollan como producto del convenio serán ejecutados de manera conjunta y coordinada por el Comité Técnico que estará conformado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Director de la DISA V Lima Ciudad y/o su representante designado debidamente acreditado b) Representante de la Municipalidad a través de su Alcalde y/o su representante designado, debidamente acreditado. c) Responsable de convenios de la DISA V Lima Ciudad. <p>Así mismo, dos representantes de la DISA V Lima Ciudad y 02 representantes de la Municipalidad. Se establece que la duración del Convenio Específico de Colaboración Interinstitucional tendrá una vigencia de 03 años contados a partir de la firma del convenio.</p>
--	---

Se evidencia que el rol de la Municipalidad de La Victoria es protagónico y está definido tanto en los hechos como en los respectivos documentos. Además del financiamiento

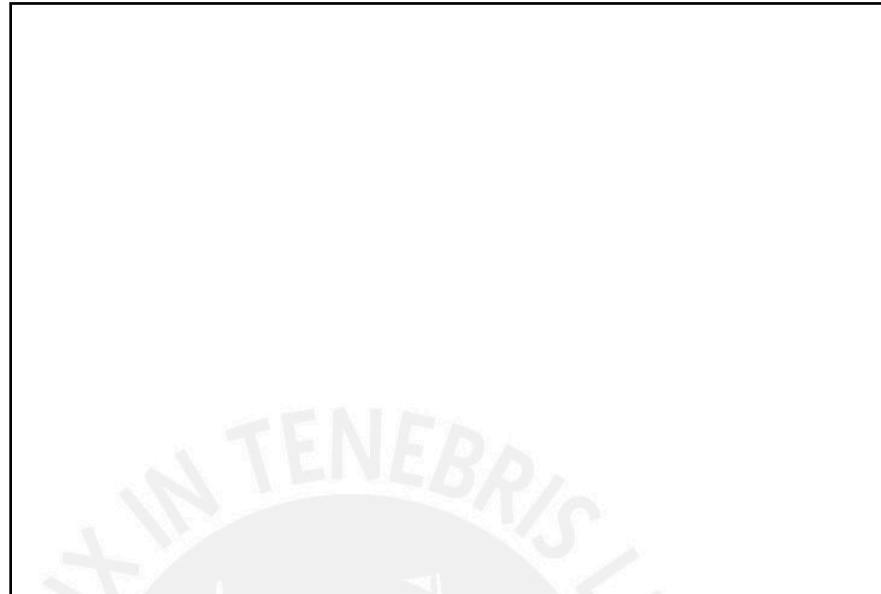
que otorga para el funcionamiento de la Casa de Alivio y la implementación de estrategias en el marco del Plan TBCero, vemos que interviene en otros factores que constituyen determinantes sociales de la tuberculosis.

Podemos evidenciar así una ilustración de la propuesta de Enfoque de Desarrollo a Escala Humana que establece que dicho desarrollo *“se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, en la generación de niveles crecientes de autodependencia...se avanza en la subjetivización del desarrollo, se categorizan los recursos no convencionales (capital intangible) y se hace hincapié a la sinergia como motor de desarrollo”*.

Asimismo el llamado que se hace a través del EDEH de trabajar con una mirada *“sistémica”* de satisfacción de necesidades y no una mirada lineal, podemos evidenciarlo a través de la preocupación de la Municipalidad de La Victoria-Casa de Alivio y la DISA V Lima Ciudad-centro de salud San Cosme por abordar al paciente como ciudadano inmerso en una serie de determinantes sociales que afectan los diferentes estadios de la enfermedad, desde el contagio hasta el tratamiento y resultado final. Al respecto recordamos que en el EDEH se señala: *“Si se opta por la linealidad, la estrategia establecerá prioridades a partir de las pobreza de subsistencia observadas, las necesidades serán entendidas exclusivamente como carencias...si se opta por una mirada sistémica las necesidades serán entendidas simultáneamente como carencias y como potencias, permitiendo así romper con el círculo vicioso de la pobreza y dependencia”* y también *“la creciente magnitud y complejidad de las problemáticas sociales no pueden seguir siendo abordadas mediante la aplicación exclusiva de políticas convencionales y miradas no sistémicas “unidisciplinarias”*. Esto significa un gran avance, puesto que la mirada unidisciplinaria, vale decir, el enfoque eminentemente biomédico ha sido uno de los grandes errores en los que han incurrido muchas propuestas de control de tuberculosis.

Finalmente, para la implementación del Plan TBCero y el rol protagónico asumido por la Municipalidad de La Victoria, en acuerdo con la DISA V Lima Ciudad se puede ver el rol del estado como *“estimulador y potenciador de procesos que sigan la lógica “de abajo hacia arriba” en los cuales se generan satisfactores endógenos, propios de la comunidad”*.

Figura 4.- Objetivos de la Casa de Alivio



Fuente: Guía de Implementación Casa de Alivio

3.2.3 Los diferentes vínculos entre las organizaciones e Instituciones se dirigen a combatir diferentes problemas del paciente y familia: una mirada de abordaje desde el capital social comunitario a los diferentes determinantes sociales sociales de la tuberculosis

Como hemos visto en párrafos anteriores existen determinantes sociales claramente definidos que afectan el curso de la tuberculosis. Bajo el enfoque integral planteado y desarrollado a través del Plan TBCero podemos evidenciar que se busca mitigar el efecto de cada uno de estos determinantes. En la tabla 9 podemos evidenciar algunas respuestas al respecto:

Tabla 9.- Percepciones relacionadas al trabajo con los determinantes sociales de la tuberculosis

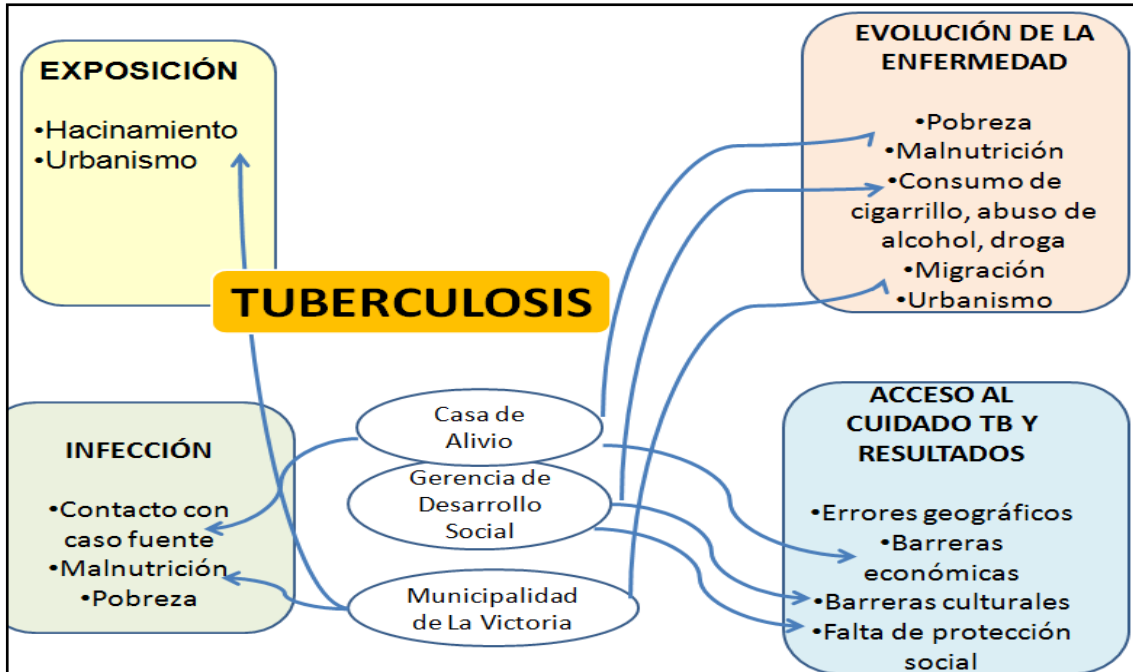
JL (paciente)	<ul style="list-style-type: none"> - “Yo me enfermé porque un día me tomé un sporade y llené la botella de gaseosa heladita, y tomé un poquito no más porque mi barriga me quemaba, quería marihuana no más, ...Al día siguiente salgo a la mitad no más del corralón de mi papá y
---------------	---

	<p>boon! boté un coágulo de sangre y dije ya me voy a morir ya...ya fui dije, ya no...y el miércoles no más al toque me fui al Hospital Dos de Mayo y el doctor allá me dijo, anda vete no más, mira los tres días que tú has estado acá has estado botando sangre, con eso tu puedes contagiar a cualquiera, así que ahorita, ahorita ni un papel hagas anda vete para que tomes tus pastillas, porque me vio botando sangre, yo no me quejaba, yo lo tomaba con mi mano y lo botaba al tacho no más, yo pensaba que se me iba a pasar pero no...”</p>
<p>EV (Centro de Salud San Cosme</p>	<p>¿QUÉ ES LO QUE QUEDA POR HACER? “Sería bueno dar más apoyo social a la comunidad, trabajo, seguridad acá la gente no quiere venir a trabajar puesto que es muy insegura la zona hay mucha delincuencia. Hay que dar más apoyo a la comunidad, puestos laborales, falta mayor seguridad en la zona”.</p>

Elaboración propia

Asimismo en el gráfico 5 se puede apreciar que la Municipalidad de La Victoria, ya sea directamente o a través de la Gerencia de Desarrollo Social a través de la Casa de Alivio interviene en determinantes sociales como son la malnutrición, la pobreza, el contacto con caso fuente (determinantes que afectan el riesgo de infección), asimismo interviene mejorando las condiciones de urbanismo (por ejemplo el encalamiento de las calles) y dando charlas de orientación respecto a los peligros de la vivienda en condiciones de hacinamiento, ambos factores predisponen a una mayor exposición a la infección. Adicionalmente, intervienen en el control del consumo de alcohol y droga, así como la concientización a través de charlas para la reducción de los hábitos tabáquicos, estos factores contribuirían a la mejora en la evolución de la enfermedad. Finalmente, en cuanto al componente de acceso a los servicios de salud el personal de la Gerencia de Desarrollo Social y la Casa de Alivio contribuyen a la afiliación de los asegurados a los que corresponde el SIS, así como a la tramitación de sus atenciones de salud cuando son derivados a establecimientos más especializados. De esta manera contribuyen a que los asegurados puedan, efectivamente, ejercer su derecho a la salud.

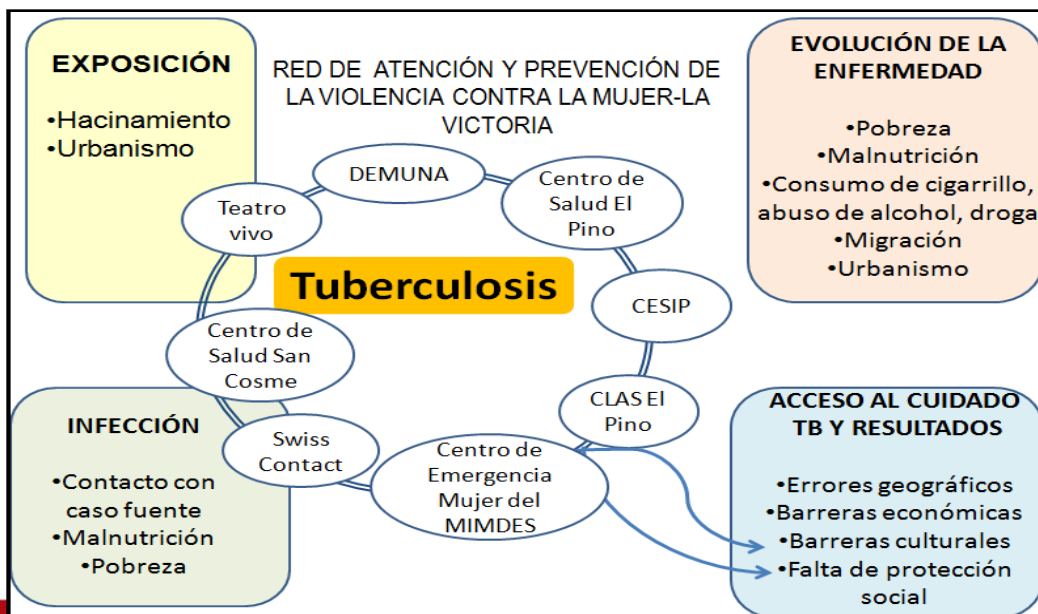
Figura 5.- La Municipalidad de La Victoria y su acción sobre Determinantes Sociales



Elaboración propia

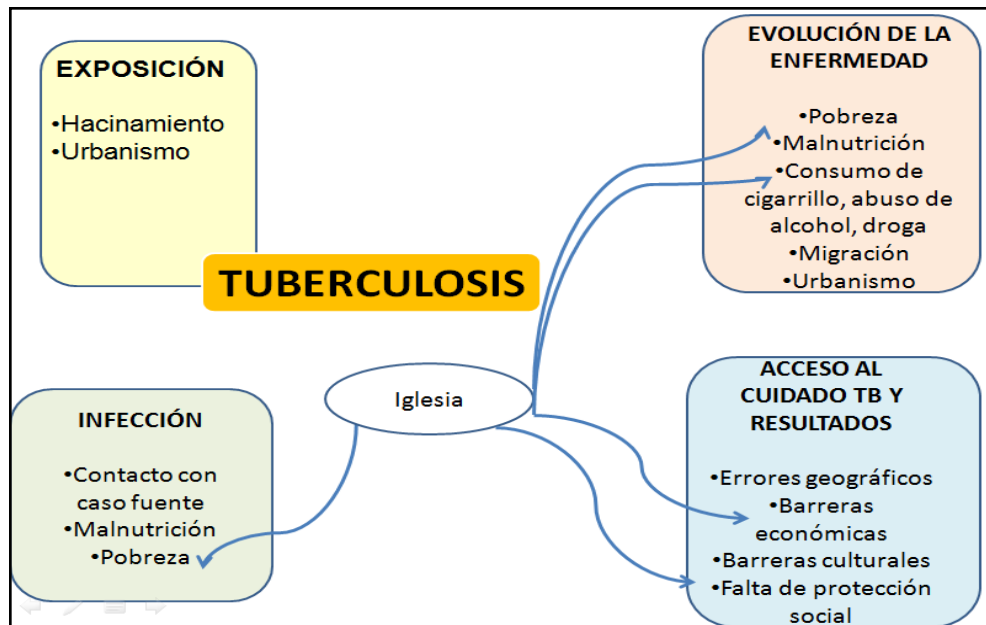
En cuanto al rol que ejerce la Red de Atención y Prevención de la Violencia contra la Mujer-La Victoria, su intervención se da a través de la coordinación para la solución de la problemática de alto riesgo, vulnerabilidad o violencia/abandono de los pacientes, contribuyendo a mitigar ciertos determinantes sociales como la falta de protección.

Figura 6.- La Red de Atención y Prevención de la Violencia contra la Mujer-La Victoria y su acción sobre determinantes sociales



En cuanto al rol que cumple la Iglesia, ya sea a través del apoyo emocional, espiritual o a través de la provisión de bienes o medicamentos a manera de asistencia, se observa que cumple su rol contribuyendo al acceso al cuidado de TB y resultados, disminuyendo barreras culturales (a través del cultivo de la fe) así como la falta de protección social, a través de las acciones de caridad.

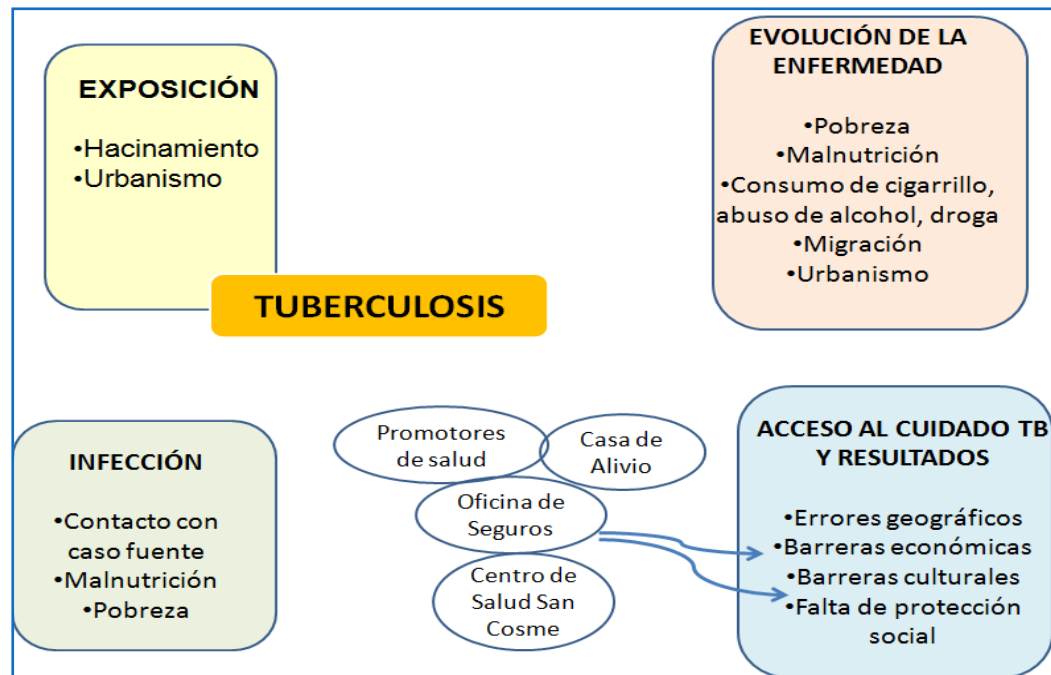
Figura 7.- La Iglesia y su acción en los determinantes sociales



Elaboración propia

Respecto al rol que cumple la Oficina de Seguros a través de la gestión del seguro para los pacientes del SIS, su función se ve potenciada por las actividades que realiza el personal de la Casa de Alivio quienes además de promover la afiliación de los asegurados en ocasiones los acompañan a los establecimientos más especializados para poder realizar todos los trámites que permitan hacer efectiva su cobertura. De esta manera, en cuanto al acceso al cuidado y resultados, la Oficina de Seguros a través del SIS reduce las barreras económicas de acceso y mitiga el efecto de una débil protección social.

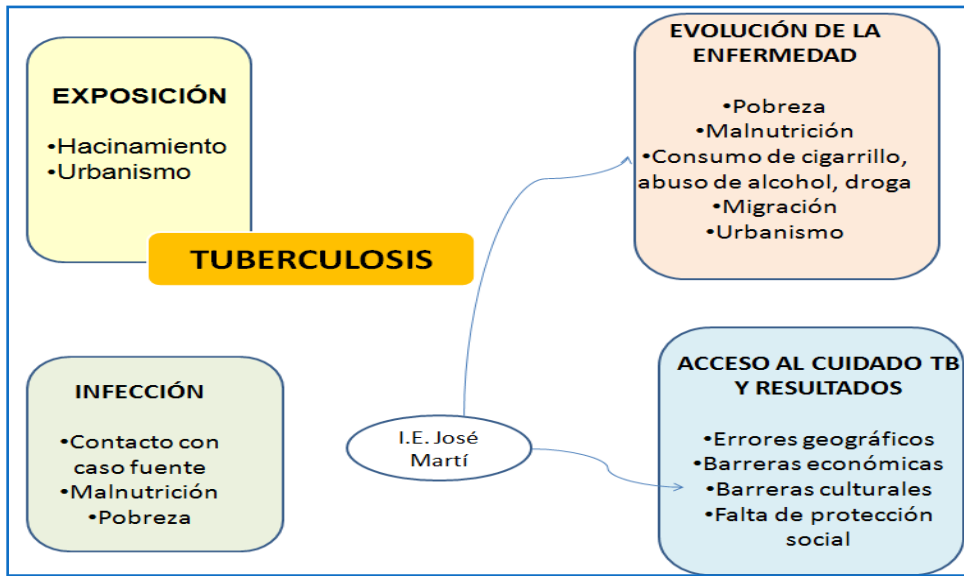
Figura 8.- Rol de la Oficina de Seguros y otros actores en los determinantes sociales



Elaboración propia

Respecto al rol que cumple la IE José Martí, podemos evidenciar que a través de las charlas que ahí se imparten respecto a promoción de la salud en general , disminución de hábitos tabáquicos, consumo de alcohol y drogas, así como información sobre detección precoz y prevención de la tuberculosis, se contribuye a disminuir la incidencia de factores que determinan un mal pronóstico de la enfermedad así como los casos de tuberculosis pulmonar propiamente dicha.

Figura 8.- Rol de la I.E. José Martí en los determinantes sociales



Elaboración propia

3.2.-El capital social movilizado constituye un satisfactor sinérgico bajo el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana a través de la formación de redes:

Para el desarrollo de este punto nos basamos principalmente en las respuestas brindadas para las preguntas relacionadas al grado de empoderamiento, la formación de redes de asociación y la participación comunitaria. En tal sentido, con una mirada desde el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana podemos señalar que los pacientes y familiares reconocen sus necesidades humanas básicas y utilizan diferentes satisfactores para enfrentarlas.

Según el mencionado enfoque, el mejor proceso de desarrollo es el que permite elevar la calidad de vida de las personas, la calidad de vida dependerá de las necesidades de las personas para satisfacer sus necesidades y del contexto. La necesidad de participación se ve satisfecha en la implementación del Plan TBCero, en donde cada actor comunitario cumple un rol de vital importancia. Las redes de apoyo conformadas (no solo a nivel colectivo sino también individual), reflejan que se ha fortalecido la participación comunitaria haciendo más exitosa la implementación del Plan TBCero.

Tabla 10.- Redes de apoyo que se forma entre familiares-pacientes-trabajadores del Centro de Salud-Trabajadores de Casa de Alivio- promotoras de salud. Tipo de satisfactor: Sinérgico

Protección	La necesidad de protección es abordada a través del cuidado que se brinda a los pacientes y la solidaridad evidenciada por sus familiares, los trabajadores de salud y las promotoras que asumen el compromiso del trato humano y solidario, aunque esto implique dar más tiempo de lo que les correspondería
Afecto	Los pacientes ven satisfechas en parte la necesidad de afecto cuando el personal de salud establece un vínculo con ellos, se comunica con ellos al igual que las promotoras en un abordaje humano y solidario. Asimismo el personal de salud y promotoras a través de estas relaciones pueden manejar su necesidad de afecto a través del compromiso con el que realizan su labor, la generosidad que expresan.
Participación	Los promotores de salud que participan en las brigadas abordan esta necesidad a través del tiempo que dedican al cuidado de los pacientes u otras actividades propias del plan, asumiendo responsabilidades en el mismo. Ellos y el personal de salud abordan esta necesidad de participación desarrollando receptividad hacia los pacientes y la problemática familiar, convicción y compromiso en el trabajo.
Identidad	Hacia los pacientes, la necesidad de identidad se aborda a través de las charlas para el reforzamiento de la autoestima, cuando la comunicación con el personal de salud es fluida, y los grupos de apoyo que se forman entre los pacientes. Por parte del personal del centro de salud, Casa de Alivio y promotoras, esta necesidad se aborda a través de la coherencia entre su accionar y su vocación de servicio que en parte se alimenta de la fe cristiana que profesan, así mismo a través de la integración entre ellos y el compromiso asumido.
Libertad	Hacia los pacientes, los satisfactores para la necesidad de libertad una vez más es abordada a través de las charlas de autoestima, autonomía, asertividad, así como la información que ellos mismos se transmiten respecto al seguro o canastas de víveres que les corresponde.

Elaboración propia

Tabla 11.- Red interpersonal que se forma entre el personal de la Casa de Alivio-personal asistencial del centro de salud-personal de Oficinas de Seguro-personal de Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad de la Victoria-beneficiarios.

Tipo de Satisfactor: Sinérgico

Protección	Los beneficiarios reciben protección en diferentes servicios propios de la Gerencia de Desarrollo Social que incluye bolsa de trabajo, a veces asistencia en bienes materiales, acceso a seguro de salud, etc.; el rol de las Oficinas de Seguro en este aspecto es fundamental así como del personal de la Casa de Alivio que agiliza el proceso de afiliación al SIS.
Afecto (Solidaridad)	El personal de salud recibe en esta red charlas que refuerzan su autoestima, cuidados y un trato afectuoso.
Participación	El personal del centro de salud y de la Casa de Alivio, que incluyen las Oficinas de Seguros se afilian y cooperan mutuamente para que los beneficiarios puedan acceder a su derecho al seguro de salud.
Identidad	En esta red, en aras de que los beneficiarios puedan acceder al seguro de salud se cumplen previamente todos los requisitos para la tramitación del documento de identidad (DNI) lo cual constituye un requisito para que los beneficiarios sean reconocidos en diferentes servicios que brinda el Estado u otras instituciones.
Libertad Igualdad de Derechos)	En esta necesidad es fundamental la promoción de la igualdad de los derechos, lo que se realiza en parte procurando el acceso al documento de identidad (derecho a la identidad), el derecho al aseguramiento (componente del derecho a la salud).

Elaboración propia

Tabla 12.- Red de Violencia Familiar: Instituciones-Beneficiarios. Tipo de Satisfactor: Sinérgico

Subsistencia	A través de la red se busca proveer a aquellos pacientes en situación de vulnerabilidad social (violencia intradomiliaria o abandono) de entornos vitales más seguros, velando por la mejora en su alimentación, abrigo, etc.
Protección	A través de la red se busca proveer a aquellos pacientes en situación de vulnerabilidad social (violencia intradomiliaria o abandono) de entornos vitales más seguros, protegiéndolos de atentados contra su seguridad y promoviendo su derecho a vivir en un lugar seguro para su normal desarrollo.
Afecto (Paciente y Personal de Salud)	Una vez que los beneficiarios son rescatados del entorno inseguro, son trasladados a lugares en los cuales pueden crecer en ambientes de respeto, tolerancia y, en algunos casos, pueden incluso establecer un hogar.
Participación	El personal de todas las organizaciones de la red se afilia y cooperan con los beneficiarios para promover su derecho a vivir en un entorno seguro, así como otros derechos que se ven atacados en un entorno de violencia familiar. Las personas en estas instituciones discuten los casos, intercambian opiniones y acuerdan medidas a tomar de manera conjunta.
Identidad (Personal que trabaja en las redes)	La necesidad de identidad, en este caso principalmente para el personal de salud se ve abordada a través de los satisfactores de la integración y el compartir de valores, roles, normas.
Entendimiento (Personal de las redes)	El personal de las organizaciones se reúne para ahondar la comprensión y análisis así como mejorar la interpretación de ciertos casos emblemáticos, desarrollan así satisfactores tipo conciencia crítica, análisis, etc. que llevan a la implementación de medidas para la solución de la problemática presentada.

Elaboración propia

3.2.2. Existencia de capital social negativo y los satisfactores destructores (la existencia de capital social por sí mismo no garantiza una contribución al desarrollo)

También pudimos observar que existen varios condicionantes socioeconómicos que afectan el bienestar de los pobladores en la comunidad del cerro San Cosme y que amenazan el desarrollo del capital social encontrado para la implementación del Plan TBCero, según lo descrito en el punto 1.

A las condiciones de acceso deficitario a agua potable de red, se suman las conductas disociales como la delincuencia, pandillaje, violencia familiar y alcoholismo. Al respecto JL, paciente que ha culminado tratamiento señala:

Tabla 13.- Factores que revelan un capital social negativo desde la percepción de un paciente afectado

Durante el tratamiento, ¿Qué sentías, qué te decías en tu mente?

JL (paciente) “Ah me decía “ya te recuperarás”... **a veces los malos amigos me querían llevar vuelta...** pero no! dije no, mejor no! Y me iba a otros lados, me fui a vivir a otro lado y ya no me encontré con ellos, por lo que si yo me quedaba allí vuelta iban a querer a llevarme a tomar a eso no? y me puse fuerte, después llegué a terminar mi tratamiento, más fuerte estaba estudiando, me fui, trabajaba y todo, porque estaba en nada, totalmente, **había vendido todas mis cosas...es que yo...por lo que me enfermé fue porque yo consumía marihuana no más**, no comía solamente comía keke y una maracuyá”

(Respecto a la Casa de Alivio)

“Señorita por qué me manda pa acá, acá mucho me hablan... **mis amigos me decían no, que no te hablen no contestes nada porque te van a decir que eres loco** la psicóloga te van a decir...”

Elaboración propia

Asimismo, respecto a la red de apoyo que se forma entre el personal del centro de salud San Cosme, de la Casa de Alivio y las promotoras, conviene resaltar que en algunos casos existe una actitud de desconfianza al personal de los establecimientos de salud, que, en este caso particular, ha sido revertida, pero que podría significar por parte de los pacientes una actitud inicial de rechazo. Al respecto, JMG, técnica de enfermería señala:

Tabla 15.- Factores que revelan un capital social negativo desde la percepción de un personal de salud: factor desconfianza

JMG (Casa de Alivio): "En el Centro de salud (no voy a decir el nombre) ...lamentablemente el personal de salud es un poquito seco, distante, lo sientan al paciente ... y no tienen ese diálogo, solamente administran el medicamento"

"Hay pacientes que vienen derivados de otros lugares y se topan con el Centro de Salud y entran con miedo, porque piensan que los van a tratar igual, y reciben de una mala manera y ya tienen el temor...Dios quiera que en otros centros de salud, en otros establecimientos tomen conciencia..."

JL (paciente) : "Hasta que un día (la señorita Analía) me dijo José Luis, tú no tienes para comer, creo?...Y qué te parece si te mandamos a la Casa de Alivio para que estés allí...No, Uds. me quieren internar y yo no quiero, yo pensaba que era internado no, no quería"

JL (paciente): "(en la Casa de Alivio) entonces yo decía, señorita sabe que? Yo voy a tomar mis pastillas porque yo quiero terminar pero yo no quiero que me hablen porque ustedes me quieren sacar..."

"...Entonces las señoritas no me aguantaban acá pes porque me comportaba mal también me comportaba mal, no quería conversar, me amargaba que me hablaran, yo venía a tomar mis pastillas y se ponían a conversar, hasta que poco a poco ya he ido participando."

De lo que está descrito podemos identificar los siguientes pseudosatisfactores:

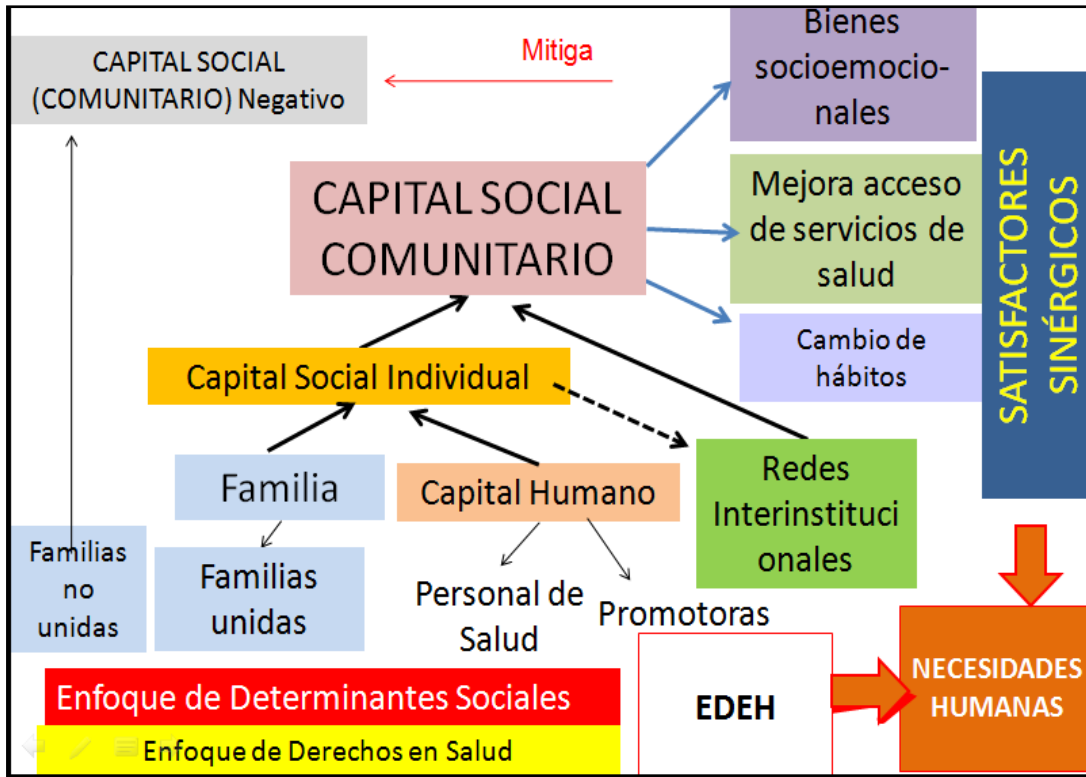
- Pandillaje, necesidad que se busca satisfacer: identidad, afecto
- Alcoholismo, necesidad que se busca satisfacer:: supervivencia, etc.
- Desconfianza, necesidad que se busca satisfacer:

Y el satisfactor inhibidor:

- Hacinamiento

A manera de síntesis presentamos el siguiente esquema que ilustra el comportamiento del capital social de acuerdo a los hallazgos descritos en el presente estudio:

Figura 9.- Modelo de Movilización de Capital Social en Plan TBcero-Cerro San Cosme



Elaboración propia

En la figura 9 se puede observar un esquema de elaboración propia respecto a los hallazgos descritos en este estudio y su vínculo con el Enfoque de Desarrollo a Escala Humana, que nos ha servido como marco para el análisis. El capital social comunitario (positivo), aporta bienes socioemocionales, contribuye a la mejora al acceso a los servicios de salud y al cambio de hábitos perjudiciales de los pacientes y las personas. Así mismo proporciona satisfactores sinérgicos que permiten cubrir las necesidades humanas, promoviendo el desarrollo desde las propias personas o desde las comunidades (Enfoque de Desarrollo a Escala Humana).

El capital social comunitario a su vez se soporta sobre el capital social individual y las redes interinstitucionales, puesto que la existencia de capital social comunitario es posible sólo cuando hay buenas relaciones y confianza entre los miembros de una determinada comunidad. Finalmente, el capital humano que se evidencia en el personal de salud, los pares que asumen liderazgo y los promotores de salud, así como los vínculos de unión de

algunas de las familias son pilares del capital social individual. Cabe recalcar que para el caso del personal de salud, líderes de la comunidad y promotores, durante la investigación se evidenció compromiso con los principios del Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y de Derechos en Salud, aunque estos enfoques no siempre fueron mencionados.

No obstante, existen también estructuras familiares pobres que constituyen uno de los principales factores para el fortalecimiento de capital social negativo, vale decir, alianzas para comportamientos destructivos del tejido social y de las personas como por ejemplo el pandillaje, violencia familiar o embarazos no deseados.

Algunos de los bienes obtenidos a través del capital social comunitario (por ejemplo bienes socioemocionales) buscan mitigar el efecto nocivo del capital social negativo, una dinámica que llamó bastante nuestra atención por desenvolverse en una zona urbano marginal.

3.3.- El capital social aporta a la evolución de la tuberculosis, su tratamiento y su control a nivel comunitario, más allá de la continuidad del tratamiento.

Si bien inicialmente (antes del trabajo de campo) circunscribimos el aporte del capital social a la evolución de la enfermedad, principalmente a la continuidad del tratamiento, pudimos evidenciar a través de las respuestas que el impacto del capital social trasciende este aspecto.

Tal como se ha podido revisar, tanto a nivel individual como a nivel comunitario, el capital social aporta al control y tratamiento de la TBC en el Cerro San Cosme. Las diferentes necesidades de afecto, participación, entendimiento entre otras se han convertido en oportunidades de desarrollo personal y social en la comunidad. A continuación la tabla N° 36 nos brinda testimonio de lo señalado:

Tabla 16.- Aportes desde componentes del capital social para el control y tratamiento de la tuberculosis

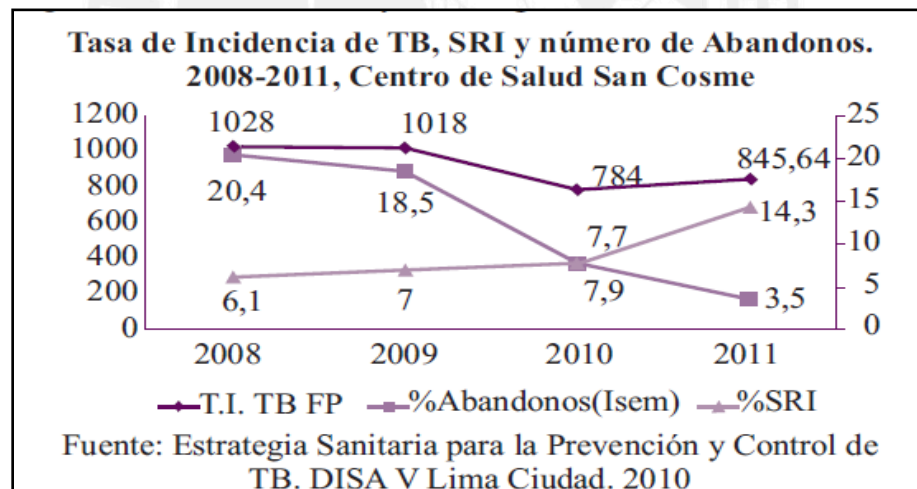
ENTREVISTADO	RESPUESTA
CA (presidente de la Asociación de enfermos con tuberculosis de La Victoria)	<p><i>"...yo he visto gracias a Dios, cuando uno le ponía ganas por ejemplo yo he visto una chica Lucero en el centro de salud el pino que tenía XDR, los médicos prácticamente la habían desahuciado a ella prácticamente le decían que ya no había nada para ella hasta el punto que quería suicidarse pero nosotros mismos le animábamos a Lucero para que tome el tratamiento, la visitamos a su casa hasta la llevábamos a salir a pasear, lo hicimos hasta que un día le dieron de alta y mejoró y hasta ahora nos comunicamos hicimos amistad del tiempo que a ella la operaron de 1 pulmón y ahora está estudiando actualmente y hasta ya se va a casar creo, pero al igual que ella habían muchos pacientes y todo está en el ánimo de inyectarle esa fe de recuperación a la persona..."</i></p>
EV (Centro de salud San Cosme)	<p><i>"...Gran porcentaje de ellos mejora, salen con una perspectiva positiva, de acá, salen con un plan dicen antes no he hecho tal cosa, me he enfermado y ahora voy a hacer tal cosa dicen voy a estudiar, voy a trabajar, antes no he visitado a mi familia ahora la voy a visitar, voy a dejar de tomar si se nota un cambio en la mayoría, no en todos pero si se nota un cambio. Aquí también hay grupos, los pacientes de MDR han formado un grupo, se salen, hemos salido con ellos, hemos ido a un paseo..."</i></p>
José (paciente de la casa de alivio)	<p><i>"...Mi tío, mi tío me decía que no deje, me hablaba, me conversaba y a veces me daba para ir a comer algo, yo ya había vendido todas mis cosas y estaba flaquito....y un día le dije al Señor, Señor, ya no quiero estar así, por favor ayúdame, siempre a las 5 de la mañana ya estaba fuera de mi casa y decía Señor, Señor le decía llorando y el Señor me ayudó, me ayudó a través de mis hermanas y después me recuperó, leí la Biblia, servía todo muy bien, en ese momento ya me sentía más tranquilo, me empecé a recuperar y seguía y tengo que seguir adelante porque no tengo que retroceder, si no retrocedo el Señor es grande..."</i></p>

Sin lugar a dudas, las necesidades de subsistencia y de afecto que atraviesan los pacientes con TBC, una vez satisfechas se convierten en una oportunidad de desarrollo personal gracias al capital social obtenido, ampliando sus redes de soporte, mejorando sus interrelaciones y fortaleciendo su resiliencia.

Asimismo, a partir de documentos revisados respecto a la ejecución del Plan TBCero se evidencia que han habido mejoras en los indicadores relacionados a la enfermedad: un incremento en la captación de Sintomáticos Respiratorios Identificados (SRI) de 6,1% el año 2008 a 14,3% el 2011 y se ha disminuido el porcentaje de abandonos de 20,3% el año 2008 a 3,5% el año 2011. Cabe recalcar que, por definición, **la disminución del porcentaje de abandonos implica un aumento en la continuidad del tratamiento.**

Además, respecto a la tasa de incidencia de tuberculosis –que en el año 2008 era de 1028 por 100 000 habitantes- ha disminuido a 845,64 por 100,000 habitantes al año 2011, equivalente a una reducción de 20%.

Figura 10.-



Extraído del artículo: Plan TBCero: Un Enfoque Integral para el control de la TBC(Fuentes-Tafur, Ticona, y otros 2012)

3.4. Una propuesta de desarrollo “desde abajo”.

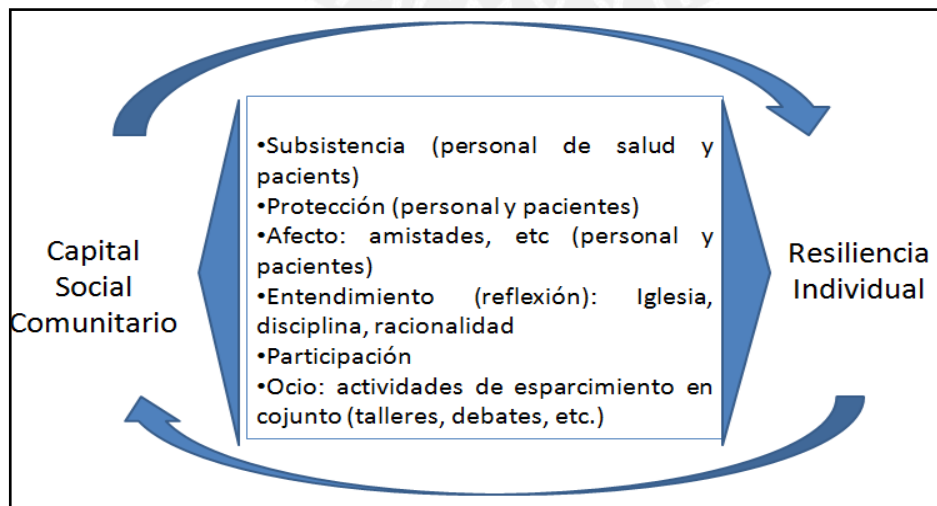
3.4.1. La movilización del capital social y la resiliencia desarrollados en la implementación del Plan TBCero contribuyen al desarrollo humano individual y de la localidad

En este punto el abordaje inicial de la investigación planteó el análisis de la participación comunitaria. No obstante en el trabajo de campo, la información obtenida trascendió esta información.

En tal sentido, de acuerdo a los hallazgos obtenidos, podemos señalar que la resiliencia individual, entendida como la capacidad que tiene una persona para superar obstáculos que se le presentan a lo largo de su vida, aporta al capital social para la implementación del Plan TBCero y su vez, el capital social, entendido como los vínculos de confianza, soporte, solidaridad y apoyo, tanto a nivel individual como a nivel comunitario fomenta la resiliencia en algunas personas.

Luego de revisar los hallazgos, hemos podido conocer situaciones en que más de una de las personas afectadas por TBC ha podido salir adelante gracias a sus deseos y ganas de vivir, lo cual forma parte de su capacidad individual de resiliencia. A su vez hemos podido también conocer situaciones en las cuales, las personas no han sido o estado resilientes (considerando a la resiliencia como un estado) y el capital social expresado a través de redes de apoyo ha logrado que aquellas personas hayan recuperado su estado de resiliencia y superar la enfermedad, continuando su tratamiento e iniciando y/o mejorando su plan de vida. Podemos decir entonces que la resiliencia y el capital social forman parte de un círculo virtuoso tal como se señala en el siguiente gráfico:

Figura 11.- Esquema de Necesidades Humanas Fundamentales (EDEH) – Resiliencia Individual-Capital Social en el contexto del Plan TBCero



Elaboración propia

JL (paciente): “Ah me decía “ya te recuperarás”...a veces los malos amigos me querían llevar vuelta...pero no! dije no, mejor no! y me iba a otros lados, me fui a vivir a otro lado y ya no me encontré con ellos, por lo que si yo me quedaba allí vuelta iban a querer a llevarme a tomar a eso no? y me puse fuerte, después llegué a terminar mi tratamiento, más fuerte estaba estudiando, me fui, trabajaba y todo, porque estaba en nada, totalmente, había vendido todas mis cosas...es que yo...por lo que me enfermé fue porque yo consumía marihuana no más, no comía solamente comía keke y una maracuyá... Y allí están pes la Señorita Carla, la señorita Carmen y otras señoritas también que eran muy buenas y ahora ya no están pero yo cuando me acuerdo yo les digo señorita, hermanita le digo, hermanita Laura, así me he acostumbrado a decir, cuando se fueron ya...a veces uno se pone un poco triste pero después la tristeza no es para todos los días ni para todo el año, solamente es un rato, después ya viene la alegría y así tranquilamente terminé, escribí mi papelito de recuerdo ...acabé dije, al fin acabé y llegó la hermanita Carmen y ella me llevó a hacer mi retiro en la cual también allí más todavía porque conocí al Señor, me quedé tres días, fue bonito”.

i) El sentido de propósito y la responsabilidad por el otro

Una vez más vemos cómo tanto para pacientes que en este caso es además un líder de la comunidad y para el personal de salud este atributo contribuye a su resiliencia, tal como se ha descrito en estudios previos.

Tabla 17.- La responsabilidad por “el otro”, el sentido de propósito y el proyecto de vida como componentes de la resiliencia

	Respuestas
C.A. (ASET TB)	<p><i>“Mi principal motivación es que nosotros, las personas afectadas, podemos aportar a la solución, que no solo nos consideren como parte del problema sino que podemos dar mucho como sociedad civil afectada y podemos dar mucho para que nuestros pares conozcan más del tema, a veces es como parte del desconocimiento de la enfermedad que la misma siga avanzando a veces hay discriminación hay casos de gente que la han botado de su casa con colchón y todo afuera, en otros casos infectadas por VIH, la discriminación y estigma no ayudan a que se pueda superar la enfermedad y esta condición ha hecho</i></p>

	<p>que la enfermedad vaya en aumento por eso me animé a trabajar en estas dos cárceles pero más que todo me anime a trabajar en lo que es TB para que de alguna forma pueda ayudar también a La Victoria a disminuir la incidencia de la tuberculosis</p>
<p>JMG</p>	<p>“Me motivaba a seguir los pacientes, en realidad el tratar de apoyar, el tratar de dar un poquito más. El paciente terminaba su tratamiento y no te sentías conforme porque sabías que había terminado su tratamiento pero derepente seguía con un problemita más y luchar de repente con la municipalidad, con una ONG, cómo poder ayudar, no? Y derepente ahora me he salido del trabajo y vengo así de visita como me ve, vengo a visitar a algunos pacientitos porque de repente todavía no me siento tranquila de ver cómo los he dejado con algunos problemas. Hay pacientes que yo los he conocido los he dejado con algunos problemas y ves si ya se han solucionado y tranquila porque la gente que trabaja acá yo sé que hace lo posible por tratar de solucionar, dar la estabilidad mejor a los pacientes”.</p>
<p>EV (Centro de Salud San Cosme):</p>	<p>¿QUÉ CAMBIOS OBSERVAN EN LOS PACIENTES CUANDO PASAN POR ESTE PROCESO, QUE CAMBIOS HA HABIDO?</p> <p>“Gran porcentaje de ellos mejora, salen con una perspectiva positiva, de acá, salen con un plan dicen antes no he hecho tal cosa, me he enfermado y ahora voy a hacer tal cosa dicen voy a estudiar, voy a trabajar, antes no he visitado a mi familia ahora la voy a visitar, voy a dejar de tomar si se nota un cambio en la mayoría, no en todos pero si se nota un cambio. Aquí también hay grupos, los pacientes de MDR han formado un grupo, se salen, hemos salido con ellos, hemos ido a un paseo.”</p>

Elaboración propia

ii) El rol de la fe en la construcción de la resiliencia

Como hemos visto en los puntos anteriores, el paciente JL había mencionado que en un principio el sentía rechazo cuando el personal de la Casa de Alivio le conversaba, debido a que tenía una actitud de desconfianza. Sin embargo menciona que durante sus visitas él escuchaba “música de la Iglesia Cristiana Católica” y eso lo hacía sentir mucho mejor.

Así mismo, se evidencia aún mucha emoción cuando narra sus experiencias espirituales con el grupo de la Iglesia y menciona cómo gracias a su acercamiento a Dios siente nuevas motivaciones y proyectos “si Dios quiere puedo llegar a predicar y estar allí adelante...”

Evidenciamos que verbaliza cómo a través de sus experiencias de fe ha experimentado más unión con su madre lo cual es otro atributo importante para la resiliencia, además de una actitud de agradecimiento a Dios, a pesar de la adversidad.

La fe además, le brinda recursos morales para poder diferenciar qué caminos debe seguir y qué caminos no, JL menciona: “**Le doy gracias también a Dios porque si yo no hubiera hecho ese retiro no hubiera conocido a Dios en verdad y hubiera seguido tal vez en lo mismo...**” (recordemos que antes de enfermar él mencionó que tenía una vida desordenada y se dedicaba al consumo de marihuana).

Cabe recalcar que la contribución en cuanto al desarrollo de resiliencia no sólo se evidencia en los pacientes sino también en los trabajadores de salud los cuales trabajan en condiciones muy difíciles: exposición a contagio, exposición a actos delictivos propios de la zona, remuneraciones que no concuerdan con la calidad del trabajo, entre otros.

Esto guarda relación con lo descrito en el estudio sobre la resiliencia en las familias beneficiarias del programa Puente del Sistema Chile Solidario, en el que se menciona que la fe se declaró en la vida de la gran mayoría de entrevistados. Una de las principales funciones de la fe descritas era entregar alguna certeza que disminuya la angustia o incertidumbre del mañana y que permita tolerar los malos ratos del presente, ser un refugio emocional o espiritual. Los investigadores encontraron que la fe alivia el alma, tanto como la oración y muchas veces sirven para prevenir o aliviar episodios de dolor, los textos bíblicos entregan claves de comprensión para la vida, encauza a los sujetos en una vida sin excesos.

Afirmaron que para las personas la fe disminuye la angustia del mañana, siendo un recurso que alivia la incertidumbre. La religión provee de un sentido para la vida. En estos

términos, se entiende que “Dios sabe cómo y por qué hace las cosas”, por lo tanto, no cabe agregar angustia o sufrimiento, sino entrega.

Tabla 18.- Percepciones respecto a los aportes de la fe para enfrentar la adversidad

Paciente JL	<p>“acabé dije, al fin acabé...y llegó la hermanita Carmen y ella me llevó a hacer mi retiro en la cual también allí más todavía porque conocí al Señor, me quedé tres días, fue bonito.</p> <p>...fui a la iglesia Cristiana Católica, Primera de Corintios 13 que me puse a escuchar, me gustó la música, la música que me ponía a escuchar, esa música de lo que estaba mi cara amarga que no quería que me hablaran me motivó, me ablandó el corazón porque estaba escuchando y yo decía si se va hermanita déjelo que quiero escuchar esa música, lo ponía allí y me ponía a escuchar esa música de Dios, estaba escuchando acá, después ya me dijo quieres hacer tu retiro?”</p> <p>“(¿ENTONCES, ESO FUE YA CASI AL FINAL DE TU TRATAMIENTO?) Claro...Después de eso ya hice contento mi retiro, lo más precioso que fue, doy gracias a Dios porque como mi mamá ni nadie es Corintio, allá todos son Corintios papás, mamás, hermanos...Son cada casa de cada familia allí se hacen, allí se reúnen, allí cantamos, alabamos, pero es bonito...Me dijeron “tienes que vivirlo” y le pedía a Dios, “Señor como quisiera que mi mamá estuviera acá” y así llorando le decía y pasaba yo mirando, luego terminando el retiro yo salí y una hermana me dijo no, hay que esperarlo a un hermano y cuando fui justo me dijo eso y mi mamá con una hermanita Tina estaban afuera esperando, yo la abracé y me puse a orar bastante porque Dios me concedió que mi mamá estuviera allí. Le doy gracias también a Dios porque si yo no hubiera hecho ese retiro no hubiera conocido a Dios en verdad y hubiera seguido tal vez en lo mismo, pero ahora sé que Dios es grande y voy a seguir siempre alabándolo y si Dios quiere un día voy a predicar la palabra y voy a estar allá adelante”.</p>
-------------	---

JM (casa de alivio)	<p>“El personal de salud que trabaja acá son muy humanos, son personas que se sensibilizan ante la problemática de un paciente, son personas que le preguntan y se tratan de identificar con ellos mismos, por la zona misma, no? Yo desde el punto de vista que vine a trabajar acá me di con una sorpresa porque no pensé que me iba a encontrar a la gente con la que he trabajado. La gente que se apoya bastante también en Dios, y eso tratan de inculcar también en los pacientes, el apoyo a Dios, al Señor, las oraciones, no? De repente esa es la diferencia que podría decir.”</p>
---------------------	---

Elaboración propia

En conclusión, podemos señalar que la resiliencia individual (sentido de independencia, sentido de querer salir adelante,), refuerza el capital social y a su vez, el capital social (motivado por el sentido de solidaridad, por la fe) , refuerza la resiliencia individual. En este sentido, la propuesta de desarrollo desde las personas es que el desarrollo proviene desde ellos mismos, del deseo de cambio y del deseo de apoyar al otro.



3.4.2 Diferencias entre los principales documentos de gestión para el abordaje de la TBC a nivel nacional y en la jurisdicción del Cerro San Cosme y brechas para el abordaje de la enfermedad a nivel nacional (revisión documentaria)

Tabla 12.- Comparativo de documentos de gestión para el control de la tuberculosis de alcance nacional y el Plan TBCero

ASPECTO A REVISAR	NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS 2006	PLAN TBCero “Centro de salud San Cosme”. 2009	Plan Estratégico Multisectorial de la respuesta nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019	FUENTE
OBJETIVO GENERAL	Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico y tratamiento oportuno gratuito y supervisado de las personas con Tuberculosis (TB) en todos los servicios de salud del país, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas.	Contribuir a la disminución de la incidencia de la TBC con enfoque de ciudadanía en la jurisdicción del Centro de salud San Cosme, en La victoria-Lima	Disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbimortalidad por tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas de manera que para el año 2019 alcancemos una incidencia TBP-FP menor de 40 casos por 100 000 habitantes.	Documento aprobado

<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p>	<p>1. Asegurar la continuidad y amplificación de la estrategia DOTS mediante planes para el desarrollo del Sector Salud.</p> <p>2. Fortalecer la capacidad gerencial en todos los niveles de atención.</p> <p>3. Realizar la localización de casos de TB en forma precoz y oportuna a través del examen gratuito de los sintomáticos respiratorios identificados en los servicios de salud.</p> <p>4. Mantener la gratuidad y supervisión estricta del tratamiento a los enfermos con TB.</p> <p>5. Fortalecer la Estrategia DOTS Plus a nivel nacional.</p>	<p>1. Realizar incidencia para vulnerar los determinantes sociales que influyen en el proceso salud/enfermedad de la tuberculosis.</p> <p>2. Fortalecer las actividades de control, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir progresivamente los casos de tuberculosis sensible y resistente.</p> <p>3. Promover la atención integral de las personas afectadas por TBC y sus contactos con énfasis en aspectos vinculados a la nutrición, reinserción laboral y social, salud mental y comorbilidad TBC_VIH SIDA.</p>	<p>No muestra objetivos específicos, solo resultados esperados :</p> <p>Resultado 1: Todas las personas afectadas de TB, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite recuperar su salud, mejorar su calidad de vida y reducir su vulnerabilidad a abandonos y recaídas.</p> <p>Resultado 2: Las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad.</p> <p>Resultado 3: La población en general está debidamente</p>	<p>Documento aprobado</p>

	<p>6. Garantizar el desarrollo de un sistema de información operacional y epidemiológica veraz, oportuna y de calidad para la toma de decisiones.</p> <p>7. Establecer estrategias de promoción de la salud a través del desarrollo de los componentes información, educación, comunicación y abogacía (IECA) y Promoción Social</p> <p>8. Promover la comunicación estratégica en el marco de desarrollo de la ciudadanía en salud.</p> <p>9. Fortalecer las dimensiones de salud pública, gerencial, epidemiológica y operacional de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de TB.</p> <p>10. Propiciar la investigación</p>	<p>4. Fortalecer el potencial humano de los servidores de las personas afectadas de tuberculosis.</p> <p>5. Fomentar estilos de vida y entornos saludables a través de la educación, comunicación en salud para potenciar la vida y disminuir el riesgo de la TBC.</p>	<p>informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, ambientales y culturales para erradicar progresivamente la TC en el Perú.</p> <p>Resultado 4: Las personas afectadas de TB participan organizada y activamente en su recuperación integral y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto. Fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando y consolidando redes y desarrollando procesos de incidencia pública y política.</p> <p>Resultado 5: Los programas sociales y el sistema de servicios de salud se encuentran fortalecidos y tienen la capacidad para brindar servicios de</p>	
--	---	--	--	--

	operacional, epidemiológica, clínica y de salud pública, priorizando áreas problemáticas, como son TB MDR, coinfección TB-VIH/SIDA, áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (AERT TB) y poblaciones vulnerables (poblaciones indígenas, prisiones y otras). 11. Establecer alianzas estratégicas con la sociedad civil y organizaciones de afectados debidamente acreditados.		atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB en forma oportuna, eficaz gratuita y con calidad. Resultado 6: El sector público en sus niveles: Nacional, regional y local; el sector privado y la sociedad civil tienen una respuesta multisectorial, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el país.	
ENFOQUES	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos humanos • Ética/bioética 	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes sociales de la salud. • Salud como derecho humano y ciudadanía • Gobernabilidad y gobernanza • Descentralización 	<ul style="list-style-type: none"> • Derechos • Determinantes sociales • Género • Equidad • Interculturalidad 	Documento aprobado

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de la TBC • Educación y comunicación para la salud. • Participación ciudadana y empoderamiento. • Abogacía y políticas públicas • Intersectorialidad, alianza y socios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia política • Manejo clínico de las personas afectadas con tuberculosis. • Factores nutricionales, psicosociales y de comorbilidad de las personas afectadas con tuberculosis. • Salud y seguridad de los servidores de salud. • Promoción de la salud y comunicación social. • Gestión y monitoreo del Plan TBCero. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico oportuno • Atención integral • Vigilancia y prevención • Información/educación • Participación • Recursos humanos y tecnológicos. • Trabajo en alianza y socios inter y multisectorialmente. 	Documento aprobado
------------------------------------	--	---	--	--------------------

Elaboración propia

Con respecto a las diferencias de las planificaciones, de la tabla N° 40 podemos señalar que los objetivos de los tres documentos se encuentran direccionados a la disminución de la incidencia de la TBC. En el caso de la Norma Técnica y el Plan Estratégico Multisectorial tienen un ámbito de intervención a nivel nacional, mientras que el Plan TBCero solo presenta un ámbito de intervención a nivel local.

Con respecto a los objetivos específicos, podemos señalar que los objetivos específicos del Plan TBCero se encuentran enmarcados en Norma Técnica del 2006, mientras que los resultados u objetivos específicos del Plan Multisectorial consideran la experiencia y resultados del Plan TBCero puesto que se considera una atención más integral a las personas que padecen de TBC, considerándose su participación en la superación de su enfermedad. En este último documento, proyectado al 2019, se busca una mayor actuación y compromiso del personal de salud para la atención de la problemática.

Con respecto a los enfoques, se observa que los enfoques del Plan multisectorial son más inclusivos que el Plan TBCero y la Norma Técnica del 2006, puesto que además de los enfoques de determinantes sociales y derechos considera los enfoques de género e interculturalidad. Cabe señalar que esto puede responder a que el Plan Multisectorial responde a un ámbito de intervención a nivel nacional, mientras que el Plan TBCero solo corresponde a un nivel más comunitario.

Con respecto a las estrategias de intervención planificadas, consideramos que las estrategias señaladas para la Norma Técnica y el Plan Estratégico Multisectorial son muy similares y genéricas (educación, información, trabajo en alianza con otros sectores, etc) mientras que las planteadas por el Plan TBCero son más específicas y orientadas a lo que pueda hacer su personal pero también pensando en la seguridad de dicho personal, esto debido a que es una planificación mas a nivel comunitario.

El Plan Multisectorial considera una estrategia orientada a mejorar la cantidad y capacidad de los recursos humanos y a contar con un sistema de datos. De lo primero, se espera que el tiempo que debe dedicar el personal para el seguimiento de los casos de TBC sea mayor, lo cual se viene considerando en la implementación del Plan TBCero.

De acuerdo con el Plan Estratégico Multisectorial 2010-2019 (salud 2010), el año 2008 se llevó a cabo un taller de planificación estratégica multisectorial para enfrentar la TB, en el cual participaron diferentes actores de la respuesta multisectorial. Se desarrolló un análisis situacional previo, identificándose una serie de brechas entre lo que se viene dando en la lucha contra la TB y lo que debería hacerse y lograrse para conseguir la respuesta nacional integral, eficaz y sinérgica a la que se aspira. Al respecto se encontraron las siguientes brechas y recomendaciones:

- a) Si bien los niveles de captación de pacientes sintomáticos respiratorios ha incrementado así como los diagnósticos de TB sensible, MDR y XDR, hay evidencias que ***el diagnóstico no está siendo lo oportuno*** que debería, especialmente para los casos de TB MDR, que pueden estar siendo tratados como sensible y generando riesgos y daños evitables.

Recomendación: Mejorar los sistemas de captación y las capacidades de diagnóstico oportuno y de calidad, innovando estrategias de captación de sintomático respiratorios, diagnosticando a poblaciones altamente vulnerables y universalizando las pruebas de sensibilidad, así como disminuyendo los tiempos de entrega de resultados.

Podemos señalar que estas medidas ya venían siendo desarrolladas en el marco del plan TBZero a través de la existencia de las brigadas cuya principal actividad son las visitas y atenciones domiciliarias.

- b) Se ha incrementado el acceso de las personas afectadas a esquemas farmacológicos adecuados y gratuitos y se ha incrementado la atención a pacientes con TB MDR. No obstante se considera que la atención sigue siendo predominantemente en el campo de la neumología¹¹, y que se brinda poca atención a otros aspectos médicos y sobre todo a los aspectos psico- sociales de la enfermedad.

Se reconoce que si bien hay experiencias de atención integral éstas no están siendo generalizadas para todos los afectados.

¹¹ Neumología, entendida esta como la especialidad médica encargada del estudio del aparato respiratorio.

Recomendación: Es necesario que las personas afectadas tengan acceso a tecnologías y recursos de diagnóstico, recursos y estrategias de tratamiento e intervenciones y recursos de rehabilitación de secuelas, efectos adversos, comorbilidades y otras condiciones que incrementen el riesgo o reduzca las posibilidades de recuperación. También se considera necesario atender las condiciones emocionales, familiares y socioeconómicas de las personas afectadas, tratando de minimizar los efectos de crisis y posibilitar su recuperación.

Al respecto, en el marco de la implementación del Plan TBCero, uno de los aspectos fundamentales es el trato humanitario considerando las necesidades emocionales del paciente, además el abordaje es integral considerando al paciente en su entorno familiar.

- c) Se evidencian avances significativos en las estrategias de promoción de la salud y prevención, considerando que existen amplios sectores de población que estando en riesgo de infección o siendo vulnerables a desarrollar la enfermedad no acceden a suficientes intervenciones para cambiar esta situación. Se sabe que cada persona que enferma puede transmitir la infección a 15 o más personas, lo cual depende fundamentalmente del tiempo de enfermedad sin tratamiento adecuado, de la calidad de espacios de encuentro y convivencia, y de los niveles de hacinamiento: la mayor parte de las familias de personas afectadas viven en espacios reducidos, poco ventilados y en situación de hacinamiento, condiciones de alto riesgo propia de algunas viviendas, pero también en los penales, y en algunas infraestructuras deficientes de los establecimientos de salud, donde se ha demostrado que también se contrae la infección.

Al respecto, podemos señalar que en el caso de la implementación del Plan TBCero, se ha previsto que los pacientes cuenten con un espacio alternativo para el tratamiento, como es el caso de la Casa de Alivio, implementada gracias a la alianza entre la DISA V y la Municipalidad de la Victoria.

d) De la comunicación social y la propensión a estigmatizar:

Se han desarrollado algunas campañas en los medios de comunicación y la información sobre la TB es cada vez más accesible, no obstante se evidencia que la población en general está prácticamente desinformada, entiende la TB como una enfermedad catastrófica, altamente contagiosa y aún manejan un conjunto de mitos asociados a la enfermedad. Así mismo se asocia la TB con pobreza no sólo material sino con estilos de vida de descuido y hasta abandono personal (“producto de la mala vida” se dice). Estas ideas prevalentes se asocian a actitudes de rechazo y discriminación que alcanza no sólo a las personas afectadas sino también a sus familiares. Son innumerables las historias, de maltrato, despidos, expulsiones de domicilio, desprestigio en el mercado, etc. Esta situación de desinformación, miedo extremo, discriminación, también se encuentra en los sectores supuestamente más informados, como los servicios de salud, los ámbitos políticos y de gestión e incluso los ámbitos académicos. Evidentemente estas formas de pensar y sentir la TB en el Perú, que incluye a líderes de opinión, decisores y operadores en la problemática, sesga y limita las intervenciones por lo que es muy importante considerar una prioridad estratégica en la lucha contra el estigma de la TB, usando las mejores tecnologías de comunicación, educación e incidencia política.

e) De la participación de los pacientes afectados en las propuestas

La revisión de las brechas planteadas por el Plan Estratégico Multisectorial- PEM, contra la TBC, plantea que “Si bien en los últimos años se ha fortalecido la organización y participación de las personas afectadas en algunos aspectos de la gestión, esto es insuficiente. Se considera que las personas afectadas debieran cumplir un rol protagónico tanto en su proceso recuperativo como en la lucha con esta enfermedad y sus expresiones sociales y culturales. Las personas afectadas podrían asumir la conducción de su proceso recuperativo, para lo cual es necesario que mejoren su autoestima, superen y confronten los efectos de la discriminación, asimismo que los servicios de salud y otros actores respeten y refuercen sus derechos y autonomía. Es necesario pasar de los enfoques de adherencia a enfoques de concordancia.

Las personas afectadas curadas podrían convertirse en promotores solidarios, educadores y líderes en la lucha contra el estigma a nivel familiar, laboral, comunitario y social. Para ello es necesario que los servicios y otros actores promuevan y empoderen a las organizaciones de afectados, incluyendo a personas curadas y contactos.

Al respecto, podemos señalar que en el caso del Plan TBCero, se cuenta con una Asociación de Enfermos de TBC- ASET La Victoria, quienes trabajan de manera conjunta con otras organizaciones o instituciones por la promoción y difusión de los derechos de los pacientes con TBC y sus familias. Todo esto es facilitado por el modelo de gestión territorial bajo el cual ha sido concebido el Plan TBCero; una de las estrategias es el fortalecimiento de las redes sociales con la participación de las asociaciones de afectados.

En la actualidad, se viene consolidando el proceso de transición de una organización vertical de la respuesta sectorial a la TB a una forma transversal, descentralizada y participativa. Esta última todavía no se consolida y tiene muchos problemas operativos, de tal manera que las acciones finales de la estrategia tienen grandes variaciones de región a región y de unos establecimientos a otros. Estos procesos en el sector salud se suman a una transición de un enfoque sectorial hacia un enfoque multisectorial de la respuesta, por ello se considera indispensable fortalecer los sistemas de información clínica, de laboratorio, epidemiológica y social, así como los sistemas de gestión y toma de decisiones articulando apropiadamente los niveles central, regional, local e institucional- en los distintos sectores públicos involucrados en la respuesta integral a la TB.

Al respecto, podemos señalar que el Plan TBCero es una propuesta de intervención integral y multisectorial a nivel comunitario y local que podría ser tomada en cuenta como una propuesta de desarrollo “desde abajo hacia arriba”, a diferencia de lo comúnmente establecido para las políticas sociales, que mayormente vienen del nivel nacional para pasar por el nivel regional y finalmente llegar al nivel local “de arriba hacia abajo”.

De lo señalado en el Plan Estratégico Multisectorial 2010-2019, sobre las brechas para la atención de la TBC a nivel nacional, podemos señalar que en la jurisdicción del centro de salud San Cosme se han logrado importantes avances en relación a la movilización de capital social y los aspectos que esto incluye, movilización que no se ha desarrollado en otras jurisdicciones a nivel nacional.

3.4.3 Análisis de las brechas y avances entre lo planificado a través del Plan TBZero y los resultados obtenidos en la jurisdicción del cerro San Cosme en La Victoria.

A continuación realizaremos una revisión de los resultados obtenidos por el Plan TBZero en cada año, de acuerdo a la documentación revisada de la Casa de Alivio y del centro de salud San Cosme. En la tabla 19 podemos revisar que se han realizado importantes avances y se han obtenido importantes resultados de acuerdo a lo planificado en el Plan TBZero.

La movilización de capital social a nivel comunitario ha sido importante para el logro de resultados (firma de convenios, establecimiento de alianzas, trabajo en conjunto, etc), que ha permitido obtener resultados a nivel del objetivo general del Plan que es la disminución de la incidencia de la TBC en la comunidad.

Tabla 19.-

ASPECTO A REVISAR		AVANCE	FUENTE
OBJETIVO GENERAL	Contribuir a la disminución de la incidencia de la TBC con enfoque de ciudadanía en la jurisdicción del centro de salud San Cosme, en La Victoria- Lima.	Disminución de casos de pacientes TB sensible.	ASIS 2011
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	1. Realizar incidencia para vulnerar los determinantes sociales que influyen en el proceso	Obtención de resultados en las coordinaciones	Documento de evaluación

	<p>salud/enfermedad de la tuberculosis.</p> <p>2. Fortalecer las actividades de control, prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno para prevenir progresivamente los casos de tuberculosis sensible y resistente.</p> <p>3. Promover la atención integral de las personas afectadas por TBC y sus contactos con énfasis en aspectos vinculados a la nutrición, reinserción laboral y social, salud mental y co-morbilidad TBC-VIH SIDA.</p> <p>4. Fortalecer el potencial humano de los servidores de las personas afectadas de tuberculosis.</p> <p>5. Fomentar estilos de vida y entornos saludables a través de la educación, comunicación en salud para potenciar la vida y disminuir el riesgo de la TBC</p>	<p>con I.E.s educativas, organizaciones locales, DEMUNA, redes, etc)</p>	<p>POI 2011. Casa de Alivio</p>
<p>ENFOQUES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Determinantes sociales de la salud. • Salud como derecho humano y ciudadanía • Gobernabilidad y gobernanza • Descentralización 		

<p>ESTRATEGIAS Y ACCIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia política. • Manejo clínico de las personas afectadas con tuberculosis. • Factores nutricionales, psicosociales y de comorbilidad de las personas afectadas con tuberculosis. • Salud y seguridad de los servidores de salud. • Promoción de la salud y comunicación social. • Gestión y monitoreo del Plan TBCero. 	<p>Firma de alianza entre la DISA V y la Municipalidad de la Victoria.</p> <p>El Plan TBCero y sus avances han sido revisados y aprobados por el Consejo Nacional de Salud.</p> <p>Convenio con la Municipalidad de la Victoria para la entrega de la canasta de víveres y acciones de alimentación a través de la Casa de Alivio.</p> <p>Trabajo del centro de salud con la I.E. José Martí</p> <p>Participación en espacios de concertación por parte del personal de la casa de alivio y del centro de salud.</p>	<p>Convenio</p> <p>Acta de reunión del CNS.</p> <p>Convenio</p> <p>Actas de reuniones entre el Centro de salud y la I.E. José Martí.</p> <p>Entrevista al doctor del centro de salud.</p>
-------------------------------	--	--	---

CAPÍTULO IV

4.1 Conclusiones

- Un factor fundamental para la mejora de los resultados en el control de la TBC en el caso estudiado es la movilización de capital social, cuya expresión principal se da en la formación de redes de confianza para el apoyo del paciente y familiar afectado. Estas redes participan directamente afectando algún estadio de la evolución de la enfermedad como es el acceso al diagnóstico o tratamiento adecuado pero también indirectamente mitigando el impacto negativo de alguno de los determinantes sociales de la tuberculosis como es la desnutrición, falta de empleo, abandono familiar, alcoholismo, consumo de drogas, etc.
- En este estudio de caso encontramos que el rol de la red familiar como componente del capital social individual es fundamental sobre todo durante el tratamiento contra la tuberculosis y brinda principalmente aportes socioemocionales pero también aportes materiales como es dinero o alimentación. No obstante también se observó que el débil apoyo familiar puede ser una condicionante para que los pacientes afectados recurran a satisfactores destructores o inhibidores para satisfacer su necesidad de afecto, de pertenencia o de subsistencia, como son la afiliación en pandillas, o el consumo adictivo de alcohol u otras drogas. La ocurrencia de estos satisfactores condiciona un deterioro en la evolución de la enfermedad y el tratamiento, además de debilitar el capital social comunitario emergente.
- El fuerte componente ético-axiológico manifestado a través de la centralidad de la persona en condición de ciudadano afectado por la tuberculosis como base para la elaboración de las intervenciones en el marco del Plan TBcero se encuentra muy interiorizado en el personal de salud entrevistado, lo cual se refuerza con el manejo de marcos teórico-normativos que permiten llevar a la realidad concreta estrategias con enfoque humanista, algunas de estas herramientas son el Modelo de Atención Integral en Salud, el Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud y los derechos en salud.
- Tal como se ha descrito en estudios previos, en este caso hemos podido evidenciar que el fuerte componente de capital social cognoscitivo ha potenciado las formas estructurales (capital social estructural), expresado a través de acuerdos formales, definición de roles y mecanismos para la gestión de recursos entre los diferentes

actores y viceversa. Consideramos que la intervención de política pública local para el control de la tuberculosis, en este caso, ha contribuido a fortalecer el capital social de una comunidad.

- El rol del gobierno local en el control de la tuberculosis en la jurisdicción del centro de salud San Cosme, considerada zona urbano marginal de alto riesgo de transmisión de tuberculosis es fundamental, principalmente por las competencias funcionales que, de acuerdo a ley posee para intervenir en los diversos factores socioeconómicos: hacinamiento, déficits en alimentación, malas condiciones laborales, delincuencia y coexistencia de adicción a drogas que actúan en forma directa facilitando la transmisión de la bacteria y afectando el cumplimiento del tratamiento.
- La resiliencia demostrada por los pacientes afectados que culminan su tratamiento, así como por el personal de salud que trabaja en las condiciones difíciles propias de la jurisdicción, logra desarrollarse (en parte) gracias a que a través de esta experiencia dichos actores consiguen satisfacer sus necesidades humanas fundamentales como son: subsistencia (pacientes y personal de salud), protección (pacientes y personal de salud), afecto (pacientes y personal de salud), entendimiento (meditación, reflexión; el rol de la iglesia), participación, ocio (actividades de esparcimiento en conjunto; creación a través de talleres-debates). Los satisfactores a estas necesidades en las personas estudiadas son diferentes a los usados por otros grupos sociales, algunos de ellos son satisfactores endógenos generados al interior de la comunidad, propios de ella y de su complejidad.
- Aún cuando el EDEH no figura en la concepción del Plan TBCero, se ha podido evidenciar varios aspectos de este enfoque en su implementación. Algunos de esos aspectos son la mirada hacia las necesidades humanas fundamentales como potencialidad y no sólo como carencia, la visión transdisciplinaria para combatir un problema de salud que en realidad es expresión de varias pobreza (de subsistencia, de protección, de afecto, etc.) en límites críticos de intensidad y duración; la generación de satisfactores endógenos para combatir situaciones que afectan la evolución de la enfermedad (y el tratamiento) y de esta manera contribuir al desarrollo de las personas. Al respecto, la integración de la realización de las necesidades humanas en el proceso de desarrollo permite que las personas puedan ser parte de este desarrollo desde sus comienzos, como un proceso autodependiente y

participativo, que parte del desarrollo de las personas, involucra el desarrollo de la sociedad y se plasma en el logro de objetivos y metas (los indicadores como expresión real del desarrollo de las personas).

- A través de este estudio de caso se ha podido analizar los aportes del capital social en una comunidad fuera del ámbito económico. De esta manera se ha podido evidenciar que el capital social puede actuar como un satisfactor sinérgico para necesidades humanas fundamentales como son protección, afecto, subsistencia, participación, identidad, libertad, etc. por lo cual en sí mismo contribuye a la mejora de la calidad de vida de las personas, pero también es un medio para acceder a bienes (canastas de víveres, medicamentos, donaciones, apoyo económico) y servicios (atención de salud a domicilio, información sobre hábitos de vida saludables, etc.).
- Mediante esfuerzos deliberados los actores y las autoridades locales han conseguido movilizar capital social para la implementación del Plan TBCero, no obstante, debemos tener presente que éste se encuentra amenazado pudiendo disminuir o desaparecer, por las condiciones adversas coexistentes como son conductas disociales: delincuencia, pandillaje y alcoholismo, cambio de autoridades, debilitamiento de la estructura familiar, entre otras.
- El Plan TBCero aporta a la construcción de nuevos marcos normativos como es el Plan Estratégico Multisectorial contra la Tuberculosis (PEM), el cual ha considerado la articulación del trabajo de los diferentes sectores (salud, educación, gobierno local, etc), para el abordaje de la problemática así como un mayor protagonismo de los pacientes y sus familiares para la superación de la enfermedad y una mayor dedicación del personal de salud para el apoyo, seguimiento y control de los casos.
- Los hallazgos presentados en el presente estudio, dado que se trata de una investigación cualitativa con una muestra por conveniencia no son generalizables, sino que contribuyen a una comprensión de los procesos de movilización de capital social para la implementación del Plan TBCero.

4.2 Recomendaciones

- Las propuestas de intervención para mejorar las condiciones de salud en general y en particular de ciertas patologías severamente influenciadas por determinantes sociales no debe partir de disciplinas individuales pues se trata de problemáticas complejas. En tal sentido se recomienda tomar como ejemplo este abordaje multisectorial y transdisciplinario en localidades con condiciones similares a las de la jurisdicción del Centro de Salud San Cosme.
- A nivel de instituciones formadoras de profesionales de salud o de otras profesiones que participan en propuestas de salud colectiva, se recomienda un mayor fomento del análisis y comprensión de ciertos estados de salud con un abordaje transdisciplinario.
- Para poder resguardar la movilización del capital social existente o incrementarla, se sugiere que las autoridades locales aumenten las intervenciones dirigidas a prevenir y disminuir los determinantes sociales que la amenazan, como son: delincuencia, pandillaje y alcoholismo, cambio de autoridades, debilitamiento de la estructura familiar, entre otras. Algunos ejemplos de intervenciones son el fomento de espacios de integración familiar, talleres de habilidades para la participación comunitaria, espacios para la expresión artística y el deporte, etc. Entendemos que la Municipalidad de La Victoria ya viene trabajando en este sentido, sin embargo recomendamos un mayor énfasis al fomento de estas intervenciones.
- Se recomienda continuar incentivando la participación de pares y fortalecer las relaciones sociales de las organizaciones de afectados por tuberculosis, puesto que es uno de los medios más eficaces de guiar y acelerar la movilización del capital social. El liderazgo de estas personas actúa como un gran catalizador; gracias al nivel de comprensión de la realidad y los recursos socioemocionales que han desarrollado a lo largo de su experiencia, son capaces de estimular y ayudar para la creación de nuevas funciones, normas y procedimientos así como la articulación y la profundización de las intervenciones. Además constituyen un

ejemplo para aquellos pacientes que recién inician el curso de la enfermedad, contribuyendo al desarrollo de su resiliencia.

- En virtud de la responsabilidad que tienen los gobiernos locales con la salud de su localidad, se recomienda que puedan invertir en el fortalecimiento de capital social. Dicha inversión más allá de contribuir para una prestación más eficiente de los servicios públicos contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas satisfaciendo necesidades humanas fundamentales, y con ello disminuyendo el impacto que las “diferentes pobrezas” tienen en la salud de los ciudadanos en su jurisdicción, ya sea en el área física, mental, espiritual o emocional. En tal sentido, es importante generar espacios para el desarrollo de procesos que permitan crear satisfactores endógenos (afecto, participación, identidad, etc.), propios de la comunidad y no imponerlos en una lógica “de arriba abajo”. El capital social puede impulsar el desarrollo de la capacidad humana tanto individual como colectiva y ser así un instrumento para el desarrollo local.
- Es recomendable que los gobiernos regionales o el gobierno nacional según corresponda genere incentivos para que los gobiernos locales tengan una participación más activa en el control de la tuberculosis y otros daños de la salud con fuerte componente social. Se puede tomar como ejemplo la experiencia del Plan TBCero y la implementación de estrategias similares a la “Casa de Alivio”. Es posible que dichas estrategias sean consideradas como parte del Plan de Incentivos Municipales (incentivos económicos condicionados al logro de ciertas metas previamente acordadas), sobre todo en zonas consideradas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis.
- En base al estudio de caso realizado, recomendamos un modelo de intervención para los pacientes de TBC que vaya desde ambos lados:
 - 1.- Fortalecimiento de la resiliencia individual, la cual se cultiva y fortalece.
 - 2.- Fortalecimiento del capital social, a través de la conformación de redes de apoyo entre personas (capital social individual) y entre las diferentes instituciones, organizaciones y espacios de concertación tanto a nivel comunitario como local.

- En virtud de los grandes aportes que se otorgan los servicios de salud mental para atención de enfermedades como la tuberculosis y otras de prioridad nacional y mundial, se recomienda que los equipos de atención primaria incluyan un profesional de salud mental, puesto que en la actualidad la incorporación de este personal es opcional.



Propuesta de modelo de intervención

Luego de la revisión de lo que se viene desarrollando en el marco del Plan TBCero en el cerro San Cosme, la forma como interviene el sector salud a través del Programa de Control de la Tuberculosis y de lo que propone la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud-CONAMUSA a través de su Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú, proponemos que el tratamiento de la tuberculosis debe involucrar un trabajo multisectorial, articulado que contemple los determinantes sociales de la salud, con estrategias orientadas al fortalecimiento del trabajo en alianzas, la participación de la comunidad, la vigilancia y prevención. Luego del análisis realizado a través de la presente tesis podemos afirmar que el abordaje de la TBC debe realizarse considerando el desarrollo no solo de arriba hacia abajo (desde el trabajo intersectorial) sino también desde abajo hacia arriba (desde las mismas personas afectadas). En nuestra investigación se han observado claros ejemplos del importante papel que cumplen las redes de apoyo como la Asociación de Enfermos de TBC- ASET.

Este planteamiento es similar a lo planteado en el Plan Estratégico Multisectorial al 2019, el cual presenta 6 objetivos orientados a disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbilidad por tuberculosis así como sus repercusiones sociales y económicas, de manera que para el año 2019 se alcance una incidencia de TBP-FP menor de 40 casos por 100,000 habitantes.

Objetivo 1. Todas las personas afectadas de TB, reciben una atención de salud integral, tratamiento gratuito y apoyo socioeconómico que les permite completar el tratamiento, recuperar su salud, y reducir la vulnerabilidad a abandono y recaídas.

Para lograr el objetivo 1 se identifican como objetivos específicos: Diagnosticar precozmente TB sensible y TB MDR- XDR, brindar a todas las personas afectadas un tratamiento eficaz completo y gratuito para el control y curación de la enfermedad, prevenir, diagnosticar y tratar condiciones médicas concomitantes y adversas, brindar a las personas afectadas el apoyo emocional, social y económico necesario para indicar, sostener y completar el tratamiento, brindar al paciente y su familia apoyo social y económico, superar los determinantes sociales de la enfermedad, brindar tratamiento y soporte integral permanente a pacientes TB MDR/ XDR y prevenir, diagnosticar oportunamente y tratar las recaídas.

Objetivo 2. Las poblaciones más vulnerables y de mayor exposición tienen condiciones de vida que reducen las posibilidades de contagio y desarrollo de la enfermedad

Para lograr el Objetivo 2 en poblaciones vulnerables y de mayor exposición será necesario:

Vigilar permanente para la identificación de nuevas poblaciones y la expansión de las ya identificadas: Reducir el riesgo de infección y desarrollo de la enfermedad en contactos (domiciliarios, laborales o comunitarios) y grupos vulnerables (VIH, desnutrición, diabetes y otros). En población de penales, en población escolar, en los establecimientos de salud y en las instituciones con regímenes de internamiento y otras que involucren alta concentración poblacional por períodos prolongados.

Objetivo 3: La **población en general** está debidamente informada, libre de conductas discriminatorias y en mejores condiciones económicas, ambientales y culturales para eliminar progresivamente la TB en el Perú.

Para alcanzar el tercer objetivo será necesario: Confrontar eficazmente el estigma y la discriminación por TB en el Perú; promover en la sociedad una cultura de autocuidado y responsabilidad social en salud respiratoria; mejorar la calidad del aire mediante estrategias medioambientales: ventilación e iluminación adecuada de viviendas, instituciones, locales comerciales y otros espacios de concentración humana; promover y apoyar programas de mejoramiento nutricional y acceso a la vivienda biosegura, reducción del hacinamiento y acceso a empleo.

Objetivo 4. Las personas afectadas de TB **participan organizada y activamente en su recuperación integral** y en la respuesta nacional a la TB en su conjunto, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía, ampliando su desarrollo humano y social

Para lograr el objetivo 4 será necesario: Promover y respetar la autonomía de las personas afectadas de TB y fortalecer la participación organizada de las personas involucradas directamente en la problemática de la TB

Objetivo 5. Los **programas sociales y el sistema de servicios de salud** se encuentran fortalecidos y tienen la capacidad para brindar servicios de atención de salud y apoyo social y económico a las poblaciones vulnerables y personas afectadas por TB, en forma oportuna, eficaz, gratuita y con calidad.

Será necesario para el logro del Objetivo 5: Garantizar recursos humanos en los servicios y programas sociales comprometidos y capacitados para una atención de calidad en todos los niveles de atención y protegidos para el control de infecciones; garantizar la disponibilidad y uso de tecnología necesaria y adecuada para diagnóstico en todos los niveles; garantizar la disponibilidad en todos los puntos de dispensación de medicamentos; garantizar la atención de calidad a las personas afectadas en los servicios y programas sociales; contar con un sistema integrado de información epidemiológica, clínica, social y administrativa actualizada, organizada, y fácilmente accesible en todas las instancias que participan en toma de decisiones y sistematizar y crear conocimiento para mejorar las intervenciones y compartir experiencias en el mundo.

Objetivo 6. El sector público en sus niveles: nacional, regional y local; el sector privado y la sociedad civil tienen una **respuesta multisectorial**, concertada, integrada y eficaz para enfrentar y erradicar la TB en el país. Será necesario para el logro del Objetivo 6: Posicionar la problemática de la TB en las agendas políticas de los gobiernos locales, regionales, ministerios, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil, como un asunto de interés nacional, lograr la articulación de los diversos actores sociales y los múltiples sectores del Estado en el enfrentamiento multisectorial e interdisciplinario contra la TB y sus determinantes sociales y fortalecer las relaciones internacionales y la participación nacional en acuerdos y convenciones a fin de maximizar la cooperación técnica- financiera.

Adicionalmente, se podría recurrir a la generación de incentivos para que los gobiernos locales puedan destinar parte de sus recursos a la implementación de estrategias para el control de la tuberculosis, como por ejemplo la Casa de Alivio. Una de estas estrategias podría ser el actual Plan de Incentivos Municipales que implementa el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alva-Díaz, Martín. *Promocionando Salud, entre el discurso y la práctica*. Chimbote, 2005.
2. Boisier, Sergio. «¿Y si el desarrollo fuera una emergencia sistémica?» *Revista del CLAD Reforma y Democracia* No. 27, Octubre 2003: No. 27.
3. Cáceres, Eduardo, Gustavo D'Angelo, María Fort, Rosario Murillo, y Ernesto Orihuela. *Haciendo realidad nuestros derechos*. Lima, 2005.
4. Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas DISA V . «El Plan TBCero: un infoque innovador.» 2011.
5. Durston, John. «Capital social: parte del problema, parte de la solución, su papel en la persistencia y en la superación de la pobreza en América Latina y el Caribe.» En *Capital Social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*, de Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 147-160. Santiago de Chile, 2003.
6. Fuentes-Tafur, Luis Alberto. «Enfoque Sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú.» *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2009: 370-79.
7. Fuentes-Tafur, Luis Alberto, Eduardo Ticona, Juan Carlos Velasco, Wilder Vidauro, Eduardo Guido, y Pamela Canelo. «El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la TBC.» *Acta Médica Peruana*, 2012: 29 (2).
8. Fundación para las relaciones internacionales y el diálogo exterior FRIDE. «El individuo como agente del cambio. El proceso de empoderamiento.» *Desarrollo en perspectiva*. 2006.
9. Gauto, Gabriela Soledad. «Resiliencia para enfrentar los contextos de desigualdad y pobreza vinculados a los procesos salud-enfermedad y hábitat desde la mirada de los derechos humanos de Tercera Generación y la Vulnerabilidad Social.»
10. Hargreaves, J, D Boccia, C Evans, M Adato, M Petticrew, y J. Porter. «The Social Determinants of Tuberculosis: From Evidence to Action.» *American Journal of Public Health*, 2011: 654-662.
11. Ichiro Kawachi, Jaime Saprag. «Capital Social y Promoción de la Salud en América Latina.» *Revista de Salud Pública*, 2007: 139-49.

12. ISALUD. «Investigación Participación en Salud en el MERCOSUR (2006-2008).» *Psicología y Psicopedagogía. Publicación virtual de la Facultad de Psicología Universidad del Salvador*, 2009: 1-19.
13. Kliksberg, B. «Estrategias y metodologías para promover la participación social en la definición e implantación de políticas públicas de combate a las inequidades en salud.» *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Río de Janeiro, 2011.
14. Kliksberg, Bernardo. *Escándalos éticos*. Buenos Aires: TEMAS Grupo Editorial, 2011.
15. Kliksberg, Bernardo, y Marcia Rivera. «Desarrollo del capital social en Comunidades Especiales.» En *El Capital Social Movilizado contra la Pobreza*, 55-85.
16. Max-Neef, Manfred. *"El Desarrollo a Escala Humana"*. Montevideo, Uruguay: Nordan-Comunidad, 1993.
17. Mendoza, Alberto, y Eduardo Gotuzzo. «Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual.» *Acta Médica Peruana*, 2008: 236-242.
18. Mendoza, Rosa. «El Género y los Enfoques de Desarrollo.» *Escuela para el Desarrollo*.
19. Ministerio de Salud. «Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019 .» Lima, 2010.
20. Organización Mundial de la Salud. *Los determinantes sociales de la salud*. —. *Tuberculosis*. <http://www.who.int/tb/challenges/xdr/faqs/es/index.html> (último acceso: 10 de diciembre de 2011).
21. PNUD. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. «Importancia del Desarrollo Humano: Una base conceptual.» En *Informe Nacional del Desarrollo Humano de Panamá*. Panamá, 2002.
22. Salud, Ministerio de. «Plan estratégico multisectorial contra la tuberculosis.» 2010. www.minsa.gob.pe (último acceso: diciembre de 2012).
23. Smith, I. «¿Qué es el DOTS?»
24. Solidario, Programa puente- Chile. *documento N° 3, estudio de los factores resilientes y del capital social y humano en familias participantes del sistema Chile solidario*. estudio, Santiago: editorial del programa Puente, 2006.
25. Ticona, Eduardo. «Tuberculosis: ¿Se agotó el enfoque biomédico?» *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2009: 273-275.

26. Uphoff, Norman. «El capital social y su capacidad de reducción de la pobreza.» En *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe*, de CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 115-131. Santiago de Chile, 2003.
27. Uphoff, Norman. «El capital social y su capacidad de reducción de la pobreza.» En *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe*, de CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 115-130. Santiago de Chile, 2003.
28. Varisco, Cristina. «Desarrollo Turístico y Desarrollo Local: La Competitividad de los destinos turísticos de soy y playa.» *Tesis de postgrado de la Maestría de Ciencias Sociales*. Mar del Plata, 2008.
29. Vermaak, Nicolaas Jakobus. «Una reconceptualización del concepto de Capital Social: Un Estudio de Recursos para la Satisfacción de Necesidades entre Agricultores en Vhembe, Limpopo.» *Tesis para el Título de Doctor en Literatura y Filosofía*. Sudáfrica, Febrero de 2006.



ANEXO 1

GUIAS DE ENTREVISTAS UTILIZADAS

ENTREVISTA A PARTICIPANTES PLAN TBCERO (PACIENTE)

Edad:..... Sexo: de
Lugar
procedencia:.....
.....

Buenas, la presente entrevista tiene como propósito conocer un poco mas sobre el desarrollo del Plan TBCero por lo que todas las respuestas a las preguntas serán usadas con fines investigativos.

1. ¿Hace cuánto tiempo Ud. recibe tratamiento?
2. Durante su tratamiento a través del Plan TBCero, ha recibido Ud. algún apoyo por parte de amigos, familiares, vecinos, etc. ? Sí / No

¿Por cuánto tiempo?

3. ¿Qué tanto apoyo considera Ud. que ha recibido durante el tiempo de su enfermedad?

Bastante		Poco		Regular		Nada	
----------	--	------	--	---------	--	------	--

4. ¿De quiénes ha recibido este apoyo ? (enumerar en orden de importancia o mención)

Familiares		Amigos		Centro de salud		Empresa privada	
ONG		OSB		Iglesia		Otro	

5. ¿Qué tan importante considera Ud. este apoyo para la evolución de su enfermedad?

Muy importante		importante		Poco importante		Nada importante	
----------------	--	------------	--	-----------------	--	-----------------	--

6. ¿Considera Ud. que hubo personas u organizaciones que debieron apoyarlo y no lo hicieron? Sí/No

¿Quiénes?

Familiares		Amigos		Centro de salud		Empresa privada	
ONG		OSB		Iglesia		Otro	

7. ¿Qué tanto considera Ud. que dificultó la evolución de su enfermedad la falta de apoyo de estas personas u organizaciones?

Mucho		Bastante		Algo		Casi nada		Nada	
-------	--	----------	--	------	--	-----------	--	------	--

8. ¿Ha recibido Ud. algún tipo de apoyo material (alimentos, vestimentas, dinero, algún material, etc.) en el último año por parte de la iglesia, alguna asociación de vecinos o alguna ONG? Sí / No

¿Cuáles?

<u>Dinero</u>		Alimentos		Vestimenta		Medicinas		Otro	
---------------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--	------	--

9. ¿Ha recibido Ud. algún otro tipo de beneficio no material en el último año (por ej. Compañerismo, buen humor, positivismo, motivación, apoyo emocional, apoyo espiritual, etc.) por parte de la iglesia, alguna asociación de vecinos o alguna ONG? Sí / No

¿Cuáles?

Apoyo emocional		Apoyo espiritual		compañerismo		capacitaciones		otro	
-----------------	--	------------------	--	--------------	--	----------------	--	------	--

10. ¿Podría contarme algunos hechos, experiencias o momentos que recuerde en el que pudo sentir este tipo de beneficio?

11. ¿Qué tan motivado se siente Ud. para continuar el tratamiento que se le ha indicado hasta su curación?

Muy motivado		motivado		Regularmente motivado		Poco motivado		Nada motivado	
--------------	--	----------	--	-----------------------	--	---------------	--	---------------	--

12. ¿Qué tanto cree usted que se respetaron (o no) sus derechos como ciudadano durante el transcurso de su enfermedad?

Se respetaron todos los derechos		Se respetaron algunos derechos		No se respetaron los derechos	
----------------------------------	--	--------------------------------	--	-------------------------------	--

¿Por qué?

13. ¿Hubo algo que Ud. normalmente hacía y que no pudo seguir haciendo? Sí / No

¿Qué?

14. ¿Hubo algo que Ud. necesitaba para poderse sostener durante su enfermedad y le fue quitado o no se le proporcionó? ¿Qué fue esto? ¿Le explicaron por qué?

15. ¿Cómo considera que fue la atención de salud que recibió (o viene recibiendo) ? ¿Le parece o no suficiente? ¿Por qué?

16. ¿Cómo fue la situación en su trabajo o estudios? ¿Pudo Ud. Seguir trabajando/ estudiando? Sí / No

¿Por qué?

17. ¿Considera usted que se ha sentido mejor en su estado anímico? ¿De qué manera?

18. ¿Qué tanto cree Ud. que cumplió con todas las indicaciones que se le dio para su tratamiento (duración, frecuencia, etc.)?

Cumplió todas las indicaciones		Cumplió solo algunas de las indicaciones		No cumplió con las indicaciones	
--------------------------------	--	--	--	---------------------------------	--

19. ¿Por qué? ¿Qué lo motivó a cumplir el tratamiento de esa manera?

20. ¿Ha realizado Ud. o no alguna modificación sin haberlo consultado previamente al personal de salud? ¿Por qué?

Gracias por su participación



ENTREVISTA A PARTICIPANTES PLAN TBCERO (FAMILIAR)

Sexo: _____ Edad: _____

Distrito de Procedencia: _____

La presente entrevista tiene como propósito conocer un poco más sobre su experiencia en el Plan TBCero de su Centro de Salud. Todas las respuestas a las preguntas serán usadas con fines de un estudio.

21. Durante el tratamiento a través del Plan TBCero, ¿La familia ha recibido algún apoyo por parte de amigos, familiares, vecinos, etc.?

Sí No

¿Por cuánto tiempo?

22. ¿Qué tanto apoyo consideran Uds. (como familia) que han recibido durante el tiempo de la enfermedad de su familiar?

(Marcar con una X la respuesta)

Mucho	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	Regular	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	---------	--------------------------	------	--------------------------

23. ¿De quienes han recibido este apoyo?

(Enumerar en orden de importancia)

Familiares	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Centro de salud	<input type="checkbox"/>	Empresa privada	<input type="checkbox"/>
ONG	<input type="checkbox"/>	OSB	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

24. ¿Qué tan importante considera Ud. este apoyo para la evolución de su enfermedad?

Muy importante	<input type="checkbox"/>	Importante	<input type="checkbox"/>	Más o menos importante	<input type="checkbox"/>	Poco importante	<input type="checkbox"/>
Nada importante	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

25. ¿Considera Ud. que hubo personas u organizaciones que debieron apoyarlos y no lo hicieron?

Si No

¿Quiénes? (marcar con una X la respuesta)

Familiares	<input type="checkbox"/>	Amigos	<input type="checkbox"/>	Centro de salud	<input type="checkbox"/>	Empresa privada	<input type="checkbox"/>
ONG	<input type="checkbox"/>	OSB	<input type="checkbox"/>	Iglesia	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

26. ¿Qué tanto considera Ud. que dificultó la evolución de la enfermedad de su familiar la falta de apoyo de estas personas u organizaciones?

(Marcar con una X la respuesta)

Mucho		Bastante		Algo		Casi nada		Nada	
-------	--	----------	--	------	--	-----------	--	------	--

27. ¿Ha recibido su familia algún tipo de apoyo material (alimentos, vestimentas, dinero, algún material, etc.) en el último año por parte de la iglesia, alguna asociación de vecinos o alguna ONG?

Si No

¿Cuáles?

<u>Dinero</u>		Alimentos		Vestimenta		Medicinas		Otro	
---------------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--	------	--

28. ¿Ha recibido su familia algún otro tipo de beneficio no material en el último año (por ej. compañerismo, buen humor, positivismo, motivación, apoyo emocional, apoyo espiritual, etc.) por parte de la iglesia, alguna asociación de vecinos o alguna ONG?

Si No

¿Cuáles?

Apoyo emocional		Apoyo espiritual		compañerismo		capacitaciones		otro	
-----------------	--	------------------	--	--------------	--	----------------	--	------	--

29. ¿Qué tanto cree usted que se respetaron (o no) los derechos como ciudadano de su familiar durante el transcurso de su enfermedad?

Absolutamente todos		La mayoría de derechos		Algunos derechos	
Pocos derechos		Ningún derecho			

¿Por qué?

30. ¿Hubo algo que su familiar o alguien de su familia normalmente hacía y que no pudo seguir haciendo durante el transcurso de la enfermedad?

Si No

¿Qué?

¿Por qué dejó de hacerlo?

31. ¿Hubo algo que su familia necesitaba para poderse sostener durante la enfermedad de su familiar y les fue quitado o no se les proporcionó? ¿Qué fue esto? ¿Le explicaron por qué?

32. ¿Cómo fue su acceso a los servicios de salud? ¿Pudo acudir normalmente? ¿Por qué?

33. ¿Cómo fue la situación en su trabajo o estudios? ¿Pudo Ud. Seguir trabajando/ estudiando? ¿Pudieron sus familiares seguir trabajando/estudiando?

Si no
¿Por qué?

34. ¿Considera usted que su familiar (paciente) se ha sentido mejor en su estado anímico?¿De qué manera?

35. ¿Qué tanto cree Ud. que su familiar (paciente) cumplió con todas las indicaciones que se le dio para su tratamiento (duración, frecuencia, etc.)?

Cumplió todas las indicaciones	Cumplió solo algunas de las indicaciones	No cumplió con las indicaciones	
--------------------------------	--	---------------------------------	--

36. ¿Por qué cree Ud. que lo hizo? ¿Qué lo motivó a cumplir el tratamiento de esa manera?

Gracias por su participación

ENTREVISTA A PARTICIPANTES PLAN TBCERO (PERSONAL DE SALUD)

Sexo: _____ Edad: _____
 Distrito de Procedencia: _____ Profesión: _____

La presente entrevista tiene como propósito conocer un poco más sobre su experiencia en el Plan TBCero de su Centro de Salud. Todas las respuestas a las preguntas serán usadas con fines de un estudio.

1.- Cuénteme como ha sido la experiencia del PROGRAMA, cuáles han sido los logros más significativos?

2.- Cree Ud. que los pacientes y sus familiares han recibido algún beneficio no material en el último año (por ej. Compañerismo, buen humor, positivismo, apoyo emocional, apoyo espiritual, etc.) por parte de la iglesia, alguna asociación de vecinos o alguna ONG? ¿Cuáles?

Si _____ No _____
 ¿Cuáles?

3.- ¿Considera usted que el paciente y su familia se ha sentido mejor en su estado anímico (gracias a la pertenencia a algún grupo de apoyo)? ¿De qué manera?

4.- ¿Qué tanto cree Ud. que el paciente cumplió con todas las indicaciones que se le dio para su tratamiento (duración, frecuencia, etc.)?

Cumplió con muchas indicaciones		Cumplió todas las indicaciones	Cumplió solo algunas de las indicaciones	No cumplió con las indicaciones	
---------------------------------	--	--------------------------------	--	---------------------------------	--

5.- ¿Por qué cree Ud. que lo hizo? ¿Qué lo motivó a cumplir el tratamiento de esa manera?

Gracias por su participación

ENTREVISTA A PARTICIPANTES PLAN TBCERO (ORGANIZACIONES SOCIALES)

Nombre _____ Institución: _____

La presente entrevista tiene como propósito conocer un poco más sobre su experiencia en el Plan TBCero de su Centro de Salud. Todas las respuestas a las preguntas serán usadas con fines de un estudio.

1. ¿Cuáles fueron los motivos por los que su organización decidió apoyar a los pacientes TBC o familia de pacientes? (espirituales, legales, culturales, etc.?)

Motivos legales		Motivos espirituales		Motivos culturales		Otros	
-----------------	--	----------------------	--	--------------------	--	-------	--

2. ¿Conoce Ud. otras organizaciones que trabajen en apoyo de los pacientes o familia de pacientes con TBC en el Cerro San Cosme?, ¿Cuales?
3. ¿Qué relación tiene su organización con esas organizaciones?
4. ¿Cuántas organizaciones que tienen relación con el Plan TBCero trabajan en la jurisdicción del Cerro San Cosme?
5. ¿Qué rol cumple su organización para la implementación del Plan TBCero?
6. ¿Qué actividades se realizan en ejercicio de este rol?

Gracias por su participación

Grupo focal
Aplicado a familiares de pacientes afectados beneficiarios del Plan TBCero

Presentación

Buenas días/tardes

Nosotros estamos aquí para conocer sobre su experiencia dentro del Plan TBCero. Por favor, siéntanse cómodos.

Para nosotros su opinión es muy importante y como no queremos perdernos nada de lo que Uds. vayan a decir vamos a grabar esta conversación, ¿les parece? Siéntanse en confianza en expresarse porque todo lo que Uds. vayan a decir será confidencial.

El tiempo que tomara nuestra reunión será de 1 hora y media aproximadamente y los temas que trataremos son su motivación y percepción durante su participación dentro del Plan TBCero (recaltar que es importante saber la diferencia de opiniones)

Bien, muchos de nosotros no nos conocemos así que vamos a presentarnos: nombres, tiempo que llevan dentro de este Plan, conocimiento general sobre el Plan TBCero, motivación para participar dentro del Plan (Tiempo 15 min.)

TIEMPO	VARIABLES	EJES DE INDAGACION	NOTA
		Dinámica de presentación: "Yo soy y me gusta" Se invitará a cada participante a formar un círculo y a presentarnos cada uno de los participantes deberá decir su nombre y que es lo que mas le gusta hacer durante el día. (se empezará por los facilitadores)	
	Diversificación de redes	Conocimiento sobre los grupos sociales de apoyo al Plan TBCero (Iglesia, familiares, ONG, OSB, centro de salud, empresa privada, otro) Conocer si han recibido apoyo de alguno de ellos o si participan dentro de algún	Me aseguro q todos hablen

		grupo social de apoyo. Que grupos sociales debieron haber participado.	
	Ganancia de aportes materiales	Qué tipo de materiales (alimentos, vestimentas, dinero, etc) se entregan a pacientes. Cantidad y frecuencia de materiales entregados. Indagar sobre capacitaciones sobre el manejo de materiales	
5 minutos	BREAK (gaseosa y su galletas)		
	Ganancia de aportes socio-emocionales	Percepción del nivel de motivación del paciente durante las diversas fases del tratamiento (compañerismo, buen humor, positivismo, motivación, apoyo emocional, apoyo espiritual, etc) Conocimiento sobre la participación de iglesia, ONG o asociaciones de vecinos en la entrega de beneficios no monetarios a los pacientes.	A partir de este momento no es necesario que hablen todos.
	Percepción del ejercicio de derechos	Indagar sobre el conocimiento de los derechos básicos. Percepción sobre el ejercicio de los derechos:	

Cuadro 56
Principios y componentes del DOTS^a

Principio clave	Componente del DOTS
Intervención organizada y sostenida	Compromiso gubernamental para asegurar acciones de lucha antituberculosa completas y sostenidas
Identificación de casos temprana y precisa	Detección de casos mediante baciloscopia del esputo entre pacientes sintomáticos que se presentan espontáneamente a los servicios de salud
Quimioterapia eficaz y fácil para el paciente	Tratamiento de corta duración normalizado con empleo de regímenes de 6–8 meses para, por lo menos, todos los casos con baciloscopia positiva confirmada La atención eficaz del caso incluye quimioterapia directamente observada durante la etapa intensiva para todos los casos nuevos con baciloscopia positiva, etapa de continuación con regímenes con rifampicina y régimen completo de re-tratamiento
Manejo eficaz de los medicamentos	Suministro regular, ininterrumpido, de todos los medicamentos antituberculosos esenciales
Monitoreo basado en los resultados	Un sistema de comunicación y registro normalizado que permita evaluar la detección de casos y el resultado de la quimioterapia para cada paciente y el funcionamiento integral del programa de control de la tuberculosis

^a Fuente: referencia 2.



