

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ
FACULTAD DE CIENCIAS Y ARTES DE LA COMUNICACIÓN



PUCP

Título de la tesis:

Percepción de las personas afectadas por Tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2019

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN COMUNICACIÓN PARA EL DESARROLLO

AUTORA

GISELLA ANDREA SOVERO TORRES

ASESOR

PABLO DE JESUS ESPINOZA ESPINOZA

Lima, diciembre, 2019


RESUMEN

El propósito de esta investigación es conocer la percepción de las personas afectadas por Tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, durante el proceso de su tratamiento; partiendo de los elementos para sensibilizar, informar y educar sobre la enfermedad, los cuales según su formulación deberían contribuir en la adherencia a dicho tratamiento y al cambio de actitudes y hábitos para lograr una mejor calidad de vida en las personas.

La metodología presenta una investigación descriptiva, a través de la realización de un diseño de investigación con enfoque cualitativo. Por otro lado, el tipo de investigación es no probabilístico, ya que no se involucra a la población en el proceso de análisis y no se manipuló la información o de los participantes en el desarrollo del estudio.

Entre los principales hallazgos se evidencia la poca valoración registrada por las personas afectadas por Tuberculosis sobre las actividades realizadas por la ESPCT, ya que tal como están diseñadas, no logran generar cambios de actitudes y hábitos, a través de la adopción de nuevas conductas en torno a la problemática de la Tuberculosis en la zona. Siendo necesario el desarrollo integral de estrategias educativo-comunicacionales que impulsen cambios en las personas, logrando la incorporación de todos los interesados en el proceso para lograr persuadirlos con medios de comunicación actualizados y eficientes.

PALABRAS CLAVES: *Percepción y valoración, intervenciones educativo-comunicacionales, persona afectada, Tuberculosis, actitudes y hábitos.*



*A mi madre Ruth, por su apoyo incondicional en
cada etapa de mi vida y retos personales.*

*A mi hijo Mauro, de quien aprendo día a día, y me reta a superarme
como madre y profesional.*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	i
CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Pregunta de investigación.....	10
1.3 Hipótesis	11
1.4 Objetivos de la investigación	12
1.5 Justificación.....	13
1.6 Delimitación del tema investigado	16
CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO	17
2.1 La promoción de la salud	17
2.1.1 Programas de Salud Comunitaria.....	21
2.1.2 La Comunicación en Salud	22
2.1.3 Dificultades y oportunidades de la promoción de la salud.....	22
2.2 La acción mediadora del sector sanitario	23
2.2.1 La Educación para la Salud o Educación Sanitaria	24
2.2.2 Agentes de Educación Sanitaria.....	26
2.2.3 Habilidades del educador sanitario	27
2.2.4 Métodos y herramientas de Educación Sanitaria	28
2.3 Acciones de la participación activa en la promoción de la salud	30
2.3.1 La elaboración de una política pública sana.....	30
2.3.2 La creación de ambientes favorables.....	32
2.3.3 El reforzamiento de la acción comunitaria.....	32
2.3.4 El desarrollo de las aptitudes personales	33
2.3.5 La reorientación de los servicios sanitarios.....	33
2.4 Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las comunicaciones eficaces	34
2.5 El objetivo de las comunicaciones de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS).....	36
2.6 El proceso de Comunicación en Salud	37
2.6.1 Planificación y selección de estrategias (etapa 1).....	38
2.6.2 Selección de canales y materiales (etapa 2)	38

2.6.3	Elaboración de materiales y pruebas preliminares (etapa 3).....	39
2.6.4	Ejecución (etapa 4)	40
2.6.5	Evaluación de la efectividad y la eficiencia (etapa 5)	40
2.6.6	Retroalimentación para refinar (o no) el programa (etapa 6).....	41
2.7	La percepción	41
2.7.1	La percepción en el sector salud	44
2.7.2	Principios de la percepción	45
2.7.3	Características de la percepción.....	46
2.7.4	Componentes de la percepción	46
2.7.5	El proceso de percepción.....	46
2.8	La comunicación persuasiva	47
2.9	La Tuberculosis (TB).....	50
2.9.1	Transmisión de la Tuberculosis (TB)	50
2.9.2	Medidas de prevención.....	51
2.10	Promoción de la salud y comunicación social en el Perú.....	53
2.11	La Tuberculosis en el Perú	56
2.12	La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT)	57
2.12.1	Norma Técnica de Salud para la Atención integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis	57
2.12.2	El Centro de Salud Juan Pérez Carranza el desarrollo de la ESPCT	63
CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO		68
3.1	Tipo de investigación.....	68
3.2	Método de Investigación	69
3.3	Unidades de análisis	69
3.4	Unidades de observación.....	70
3.5	Técnicas de recopilación de datos	71
3.5.1	Entrevistas a profundidad	71
3.5.2	Grupos Focales.....	72
3.5.3	Observación participante	73
3.5.4	Análisis de contenido.....	73
3.6	Desarrollo del trabajo de campo	74
CAPÍTULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN		76
4.1	Elementos que influyen en la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis	78

4.1.1 Opinión de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la enfermedad respecto a su entorno.....	78
4.1.2Opinión de los profesionales de la ESPCT sobre la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis sobre la enfermedad	79
4.1.3 De las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas por la ESPCT	82
4.1.4 Participación de las personas afectadas por Tuberculosis en las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas por la ESPCT	84
4.1.5 Del área donde se desarrollan las atenciones a las personas afectadas por tuberculosis	85
4.1.6 La comunicación desde el equipo de la ESPCT en el desarrollo en sus estrategias	88
4.2 Percepción de las personas afectadas por Tuberculosis sobre los recursos comunicacionales.....	92
4.3 Valoración de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la interacción y/o trato del equipo médico de la ESPCT	101
4.3.1 Prácticas y hábitos del equipo de profesionales de la ESPCT	101
4.3.2 Relación del equipo médico con la persona afectada por tuberculosis	104
4.3.3 Efectos del área donde se desarrollan de las atenciones de la ESPCT sobre la calidad de las mismas	105
4.4 Del proceso de comunicación en salud propuesto por la OPS.....	106
CONCLUSIONES.....	108
RECOMENDACIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS.....	116
Nº1: Guía de Entrevista a Profundidad	116
Nº 2: Guía Focus Group.....	119
Nº 3: Guía de Observación	120
Nº4: Formatos de consentimiento informado	121

INTRODUCCIÓN

La tasa de tuberculosis en el Perú significa un reto para la sociedad y el Estado, en cuanto a los medios utilizados para promover la reducción del número de personas afectadas por dicha enfermedad y la percepción que tienen con respecto a su tratamiento y cura.

A través del presente estudio busco conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales en el campo de la Comunicación para el Desarrollo y la Salud que desarrolló el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, durante el proceso de su tratamiento; a fin sensibilizar, informar y educar para generar cambios de comportamientos, actitudes y prácticas entre los participantes de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT).

De esta manera, se busca comprobar si las intervenciones educativo-comunicacionales se adaptan a las propuestas realizadas por diferentes autores en el campo de la Comunicación en Salud, que desde la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud plantean la necesidad de que las personas afectadas por tuberculosis tengan una percepción positiva de la enfermedad como mecanismo que busca transmitir un mensaje de una vida sana mediante hábitos y costumbres de las personas.

Mi interés por estudiar el tema de la percepción que tiene la persona afectada por tuberculosis sobre las intervenciones educativo comunicaciones me surgió en los años 2008-2009 cuando formé parte del equipo técnico en una de las Organizaciones No Gubernamentales perteneciente a los consorcios sub receptores de fondos del Fondo Global que ejecutaba el Objetivo TB 4 V Ronda, la cual tuvo como piloto al Establecimiento de Salud en mención. Es ahí en el trabajo de campo que nace mi interés por las intervenciones que se venían realizando de manera empírica por el equipo de

la ESPCT y la percepción que tenían las personas afectadas sobre las acciones que se realizaban durante el proceso de su tratamiento.

Es así que retorné a concluir y responder a las hipótesis que luego de 10 años sigo planteándome respecto a la forma de cómo se aplican estrategias de comunicación para la salud en el área de tuberculosis sin tener un mínimo de capacitación al respecto y la valoración que realizan las personas afectadas sobre la enfermedad y su tratamiento, considerando que el equipo médico ha desarrollado dichas estrategias por la necesidad de fortalecer a estos grupos de personas que requieren apoyo moral y personal, más allá de los monetario.

En esta oportunidad, considero interesante el hecho de profundizar sobre la problemática que presenta el Perú, desde las instalaciones del Centro de Salud, ubicado en la zona de Barrios Altos, debido a que por las condiciones del sector existe mayor foco de contagio de la enfermedad, al considerar que los hábitos y costumbres de las personas han cambiado muy poco y constantemente la ESPCT, está atendiendo nuevos casos y casos reincidentes de tuberculosis, lo que deja en manifiesto que la percepción que tienen estas personas sobre la enfermedad, los hace poco comprometidos con el inicio y continuidad del tratamiento; llamando la atención sobre las intervenciones educativo-comunicacionales que están siendo utilizadas por el equipo de tuberculosis del centro de salud.

Se advierte que existen iniciativas en el campo de la Comunicación en Salud por parte del Estado en cuanto a la lucha contra la tuberculosis, las cuales están alineadas con los planteamientos realizados por la OMS y la OPS, sin embargo, ha continuado el distanciamiento entre lo establecido por las normativas y la realidad presentada por los centros de salud, debido a la ausencia de recursos y las características de las instalaciones donde se realizan las atenciones y las intervenciones educativo-comunicacionales con las personas afectadas por tuberculosis.

Para contextualizar, en el distrito de Cercado de Lima se ubica la zona de Barrios Altos, la cual presenta un crecimiento acelerado y no planificado, así como condiciones sociales críticas en algunos sectores, convirtiéndose en riesgo para la seguridad territorial. Se aprecian viviendas tugurizadas y una densidad poblacional que va en aumento, la cual en el futuro irá acarreado factores de riesgo no solo ambientales, sino también potenciales focos de enfermedades. De acuerdo con los reportes que se maneja desde el Ministerio de Salud, el mayor número de casos de tuberculosis se da en el Centro de Lima específicamente en la zona de Barrios Altos.

Es así que la inquietud que tuve en los años 2008-2009 continuó, pues la realidad no varió, ya que año a año se ha incrementado el ingreso de nuevos casos o personas reincidentes, las cuales pareciera no han cambiado su percepción con respecto a la enfermedad y tratamiento, y por ende no han logrado adoptar nuevos hábitos que requieren conocer y poner en práctica para evitar reincidir en la enfermedad; acompañado por el hecho de que la estigmatización social hacia estos se ha incrementado por la desinformación y la percepción negativa que existe sobre la enfermedad desde la sociedad en general.

En el primer capítulo de este estudio, se plantea la problemática donde se desarrollan las principales ideas y cuestionamientos que motivan la investigación, los cuales se resumen en los objetivos de la misma y la hipótesis que la sustenta, buscando conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales y si estas han contribuido o no a impulsar iniciativas que permitan sensibilizar, informar y educar a los individuos; logrando fidelizarlos mediante sus cambios de hábitos, a través de la modificación de las actitudes y comportamientos humanos.

En este sentido, se desarrolló una revisión bibliográfica, de donde se tomaron las bases teóricas presentadas en el segundo capítulo, las cuales sustentan y le dan sentido a las herramientas de investigación utilizadas durante la fase de campo que me permitió llegar a conclusiones sobre el

análisis de los resultados obtenidos, en cuanto a la percepción sobre los procesos de comunicación en salud y la educación sanitaria, enfocados específicamente sobre la temática de la tuberculosis.

Como parte del tercer capítulo presento la metodología de la investigación, la cual siguió un enfoque netamente cualitativo, siendo descriptivo, al buscar conocer las intervenciones comunicacionales aplicadas por la ESPCT. Se presentan las técnicas y herramientas de análisis a ser utilizados para obtener los datos en el trabajo de campo y se describen las unidades de análisis y de observación a ser consideradas.

En el cuarto capítulo muestro los resultados obtenidos, luego de procesar los datos obtenidos al visitar la ESPCT del centro de salud ubicado en Barrios Altos e interactuar con los involucrados en el proceso de comunicación, así como observar las instalaciones y los contenidos de los medios de comunicación utilizados, lo cual se realizó durante el mes de mayo y junio del año 2019. Cabe destacar que los resultados fueron analizados en consideración de las bases teóricas tomadas como referencia para esta investigación, lo que da mayor credibilidad sobre estos, así como las conclusiones y recomendaciones emitidas.

En cuanto a las conclusiones y recomendaciones; recogen las principales aseveraciones obtenidas en función de la hipótesis planteada en el primer capítulo, dando respuesta a los objetivos y preguntas de investigación que surgieron a raíz de la problemática observada.

CAPÍTULO 1: PRESENTACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL TEMA

1.1 Planteamiento del problema

Existen distintas estrategias comunicacionales, diseñadas y promovidas por instituciones y expertos en el área de la comunicación, que buscan minimizar el impacto de diversas enfermedades que aquejan la calidad de vida de la humanidad y mantienen en constante preocupación y alerta a los gobiernos, asociaciones de salud y ciudadanos en general.

Estas estrategias deben considerarse al momento de actualizar o diseñar los planes y técnicas de difusión sobre las medidas de control sanitario que existen o deben implementarse para la prevención y/o tratamiento de estas enfermedades, con el fin de lograr el bienestar de las personas, que son los agentes receptores, difusores y transmisores de estas enfermedades y que, en muchos casos, sufren de discriminación o llevan un estigma por ser portadores de las mismas.

Una de las enfermedades con mayor consideración en el mundo es la Tuberculosis (TB), y de acuerdo con la apreciación de la autora de esta investigación, no es abordada adecuadamente con las personas afectadas por tuberculosis desde el equipo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT), y por lo general la percepción que tiene la población sobre la enfermedad y su tratamiento es negativa y no ha cambiado en el transcurso del tiempo, considerando que en la mayoría de los casos; las intervenciones realizadas por la ESPCT no va más allá de la prescripción del tratamiento, sin implicaciones en la información y conocimiento de la enfermedad, las consecuencias de abandonar el tratamiento, los nuevos hábitos que deben iniciar en su día a día y los cuidados que debe tener el portador de la misma.

Al no tener en cuenta estrategias de comunicación en la ESPCT no se garantiza que la persona afectada tenga una adecuada percepción sobre la enfermedad y el proceso del tratamiento, lo que

conlleva a abandonos del tratamiento y a convertir el cuadro de la enfermedad en muy resistente a los esquemas de tratamiento de primera línea. Esta situación dificulta alcanzar la cura y al analizarla de forma masificada, constituye una crisis de salud pública y una amenaza para la seguridad sanitaria.

Considerando lo anterior, según estimaciones presentadas por la Organización Mundial de la Salud (2018), “para el año 2016 hubo 600,000 nuevos casos de resistencia a la rifampicina (el fármaco de primera línea más eficaz), 490,000 de los cuales padecían Tuberculosis Multirresistente TB-MDR”, siendo este un porcentaje significativo.

La misma organización señala que la tuberculosis *“es una de las 10 principales causas de mortalidad en el mundo. En 2016, 10,4 millones de personas enfermaron de tuberculosis y 1,7 millones murieron por esta enfermedad, sin embargo, más del 95% de las muertes por tuberculosis se producen en países de ingresos bajos y medianos”*, lo que manifiesta la importancia en el desarrollo e implementación de intervenciones educativo-comunicacionales en el sector salud para la prevención y control de la enfermedad.

En la misma línea, el estudio establece que se calcula que una cuarta parte de la población mundial tiene Tuberculosis latente, término aplicado a las personas infectadas por el bacilo (bacteria unicelular) pero que aún no han enfermado ni pueden transmitir la infección. Esto hace importante la revisión constante y el desarrollo de estrategias de comunicación interpersonal que permitan que, en las sociedades, se incorporen procesos de identificación y divulgación de las verdaderas características de la enfermedad y su tratamiento, con el fin de generar conocimiento sobre ella y sobre cómo actuar ante un caso de tuberculosis pulmonar o de personas infectadas por el bacilo.

De acuerdo con Alarcón, (2017), el Perú no escapa a esta situación y, en consecuencia, desde el gobierno se han tomado medidas para incorporarse a los desafíos presentados por la

Organización Mundial de la Salud en el año 2015 como parte de la estrategia “Fin de la Tuberculosis”, la cual se sustenta en los siguientes tres pilares:

- 1.- Prevención y atención integral de la TB centrada en el paciente
- 2.- Políticas audaces y sistemas de soporte al paciente y sus familias, e
- 3.- Investigación e innovación intensificada

Los tres puntos arriba mencionados deben ir de la mano con el desarrollo de estrategias de comunicación transversales al accionar de los equipos de ESPCT de los centros de salud, centrándose siempre en la integridad de la persona, más allá de la patología presentada.

En los últimos años, la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud (MINSA) del Perú ha obtenido avances significativos en el control de esta enfermedad. Sin embargo, aún persisten desafíos que deben ser abordados. Para ello se promulgó la Ley 30287 -Ley de Control y Prevención de la Tuberculosis en el Perú y su reglamento (Decreto Supremo 02-2016)- que declara de interés nacional la lucha contra la Tuberculosis en el país, logrando, de esta forma, que el control de dicha enfermedad sea una política de Estado, independiente a los gobiernos de turno (Alarcón, 2017) señala que:

“las personas afectadas por Tuberculosis en el Perú son diagnosticadas y tratadas de manera gratuita por las instituciones del sistema de salud del país: el 73% se atienden en el MINSA, el 19% en la Seguridad Social (ESSALUD), el 7% en el Instituto Nacional Penitenciario (INPE) y el 1% en las Sanidades de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas. La atención privada de la Tuberculosis es limitada, dada la prohibición de la venta libre de medicamentos anti-tuberculosis

en el Perú. Los pacientes diagnosticados en el sector privado son atendidos en coordinación con Essalud y el MINSA.”

De acuerdo a lo observado en los planes del Ministerio de Salud, el Estado ha dispuesto recursos financieros, materiales y humanos para la implementación y ejecución de las intervenciones educativo-comunicacionales en los centros de salud enfocadas a la asistencia de las personas afectadas por Tuberculosis y es este hecho el que motiva el desarrollo de esta investigación.

La finalidad es conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, lo que permitirá conocer y dar respuestas a la valoración e interrogantes que se plantean dichas personas sobre la forma en cómo se llevará a cabo el tratamiento y el plazo del mismo, lo que afecta la percepción que tienen sobre los ambientes donde reciben el tratamiento y el trato del equipo médico durante las intervenciones, así como los hábitos y costumbres que debe adoptar en el día a día, para evitar reincidir en la enfermedad y ser un foco de contagio.

Por otro lado, el logro de avances a nivel mundial para el control definitivo de esta enfermedad está supeditado a la mejora de los servicios de salud pública sobre la prevención y control de la Tuberculosis en los países con mayor número de casos per cápita. Se estima que, entre el 2000 y 2016, se salvaron 53 millones de vidas gracias al diagnóstico temprano realizado por los equipos de salud y el tratamiento entregado.

Esta situación reviste de importancia el estudio de las percepciones de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la ESPCT durante su proceso de su tratamiento, y cómo estas -como parte de las

estrategias del plan “Fin de la Tuberculosis”- ayudan en el proceso de prevención y control sanitario.

De acuerdo con información suministrada por Alarcón, (2017), “la Tuberculosis en el Perú ocupa el décimo quinto lugar de las causas de muerte, y el vigésimo séptimo puesto de carga de enfermedad medida por años de vida saludable perdidos. Afecta principalmente a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país.”

En razón a esto, el presente estudio también busca atender parte de esta problemática, considerando que las intervenciones educativo-comunicacionales realizadas por el equipo de la ESPCT hacia las personas afectadas, parecieran no lograr formar una percepción positiva entre las personas afectadas a lo largo de su tratamiento, lo que lleva a generar falta de compromiso con este a lo largo del tiempo en que se administra el mismo.

De este modo, y debido al desconocimiento de la enfermedad, su tratamiento y cura, se hace poco probable la posibilidad de recuperación, en muchos casos, y esta es la situación que interpela a la autora de esta investigación en la necesidad de estudiar y/o conocer las percepciones de las personas afectadas por tuberculosis respecto de las intervenciones educativas-comunicacionales que han sido desarrolladas por el equipo de la ESPCT, debido a que estas surgen de las primeras impresiones que las personas afectadas generan sobre la manera cómo va a ser su proceso de tratamiento y próxima curación.

En lo que respecta a los agentes de comunicación, Marqués, Sáez, & Guayta, (2004) señalan que “en la actualidad y desde siempre, se abre un gran debate cuando profesionales de la comunicación y profesionales de la salud se encuentran en algún foro de discusión y se plantean la siguiente interrogante: ¿deben los medios de comunicación informar o educar a la población? (p. 40)”

En todos los casos, con algunas excepciones, “los profesionales de la comunicación insisten en que ellos solo tienen el deber de informar a la población, por su parte, los profesionales de la salud, dedicados a la educación sanitaria, manifiestan y entienden que los medios de comunicación tienen la obligación de ayudar a la población en general. (p. 40)”

Ciertamente, los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que deben recibir los individuos y la población en general a fin de conseguir un adecuado nivel de educación sanitaria. Sin embargo, los profesionales en comunicación conocen los medios, técnicas y herramientas apropiadas para transmitir esos mensajes de forma atractiva y efectiva, y así presentar la salud en positivo, como una verdadera necesidad para la población en general.

De acuerdo a Molinuevo Alonzo (2017), la relación médico-paciente puede considerarse, en conjunto con la exploración física, la piedra angular de la práctica clínica, y de la calidad de la misma dependen el diagnóstico y el tratamiento. Por lo tanto, un buen establecimiento de la relación interpersonal entre ambos, junto con un adecuado mantenimiento, se convierte en objetivos para el profesional de la salud. Por lo anterior, se puede afirmar, que ser un buen profesional en el área de la medicina no consiste únicamente en la aplicación de competencias científicas y técnicas, sino también de competencias relacionales.

En general y de acuerdo a lo establecido por Cleries (2006), es necesario tener en cuenta que, en esencia, “el origen de la profesión médica se centra en la relación que se establece con la persona que necesita ayuda en su proceso de salud-enfermedad. Los conocimientos, la aplicación de técnicas, la utilización de alta tecnología y los esfuerzos de gestión de los servicios sanitarios de poco sirven si no se contemplan los aspectos individuales de las personas” (p. 3).

La relación profesional-paciente es compleja y, por ende, “el modelo biomédico de la enfermedad, debe complementarse con una perspectiva psicosocial y una interrelación

profesional-paciente. Las actividades realizadas en el ámbito sanitario giran alrededor de la enfermedad, el dolor, la discapacidad, el trastorno mental y la muerte, lo que genera estados altamente emotivos en las personas afectadas y en los profesionales, que están obligados a conocerlos y conducirlos” (p. 3).

El autor agrega “que la actitud del profesional es crucial para ejercer la medicina. El interés genuino por las necesidades del consultante debe erigirse como el norte que ha de guiar la práctica asistencial” (p. 3). Un paciente enfermo es un ser humano que precisa unas atenciones desde una visión biopsicosocial de los procesos de salud y de enfermedad y, por ello, se justifica que el médico o cualquier otro profesional de la salud adquieran competencias comunicativas.

En correspondencia con lo anterior, la autora de esta investigación evidencia que el profesional de la salud y otros actores del sistema sanitario, especialmente en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, no escapan a la realidad presentada, debido a que no se ha incorporado personal nuevo y actualizado en las nuevas tendencias de comunicación interpersonal.

Esto lleva a presumir que, aunque las personas afectadas por tuberculosis son atendidas de forma integral, la ESPCT no brindaría la información adecuada, porque no es consciente de los beneficios de sensibilizar, informar y educar para así modificar la percepción de los pacientes sobre las formas reales de contagio, comportamientos saludables y tratamientos recomendados. Es decir, ignoran las consecuencias negativas de una mala comunicación con el paciente, lo que se traduce en la falta de compromiso con el tratamiento, la reincidencia de la enfermedad de personas que ya habían sido curadas de tuberculosis y la estigmatización de estos por partes del entorno más cercanos, producto de la deficiencia en cuanto a la comunicación en salud que presentan los planes y estrategias sanitarias.

De acuerdo con Cleries (2006), al analizar las competencias de la profesión médica, se entiende como la capacidad de utilizar los conocimientos y aptitudes para resolver los problemas que se presentan en el ejercicio de la práctica cotidiana y poder afrontar diferentes situaciones propias de su disciplina.

Sin embargo, diversas instituciones en el mundo han evaluado y redefinido dichas competencias, dando importancia a las habilidades de comunicación y a los componentes de inteligencia emocional que debe adquirir el profesional médico y a la capacidad de comunicarse y relacionarse con el paciente, como otra dimensión competencial. Así la competencia comunicacional y relacional se puede enseñar, aprender y, por lo tanto, evaluar, objetivos evidentes de esta investigación.

Molinuevo Alonzo (2017) señala que el papel asignado al paciente en el sistema sanitario se ha modificado, dejando de ser un simple receptor de información para ganar autonomía y participar activamente en el cuidado de su salud y en la prevención de enfermedades, ya que cuentan con mayor acceso a la información y mayor capacidad para decidir por ellos mismos. Por ende, se pone de manifiesto la necesidad de enseñar habilidades de relación y comunicación interpersonal en la práctica clínica y la disposición para aprender dichas habilidades, considerando que un buen comunicador no nace, sino se hace.

Al respecto, Gómez (2002, citando a Lipowski, 1974), señala que la relación que se establece entre el médico, el enfermero y el asistente social con el enfermo, durante el proceso de enfermedad, es un tema sanitario de gran importancia, ya que es esta una relación muy compleja que maneja los factores del dolor y el sufrimiento del paciente, además de numerosos afectos que son difíciles de abordar. Esto, sin duda, influye en la percepción que se genera en las personas afectadas durante el curso de la enfermedad y la eficiencia del tratamiento, e incide de manera importante en la calidad asistencial que ofrecen los centros de salud.

En la actualidad, como parte de las políticas sanitarias en Perú, se han desarrollado diferentes estrategias para acompañar la enfermedad a través de la concientización de todos los actores involucrados en el tratamiento y curación de la misma. Sin embargo, parecen poco útiles los mecanismos de comunicación para mejorar la percepción que tienen las personas afectadas, debido a que pareciera no han logrado sensibilizarlos en torno al tratamiento y los sistemas de prevención.

La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, no escapa a esta realidad. En la actualidad, no cuentan con el presupuesto necesario para el desarrollo e implementación de estrategias educativo-comunicacionales adecuadas según el perfil y característica de la persona afectada, ni con el apoyo del Ministerio de Salud para la obtención de recursos económicos y físicos a invertir en ellas; a pesar de que la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio manifiesta tener programas actualizados al 2018, diseñados para ser entregados constantemente a los Establecimientos de Salud a nivel nacional.

Cabe mencionar, además, que en la actualidad, las principales acciones realizadas en el Centro de Salud, desde el equipo de la ESPCT, son las consejerías informativas sobre la enfermedad al ingreso del paciente a la ESPCT, acompañadas de pequeñas sesiones educativas mensuales dirigidas por el profesional del Área de Psicología, acompañadas del trabajo extramural que se realiza con poca frecuencia al año, en donde el tema preponderante a difundir es el relacionado al tratamiento y la prevención de la enfermedad.

Sin embargo, los recursos educativo-comunicacionales con los que actualmente trabaja el equipo de la ESPCT parecieran ser escasos y desactualizados, evidenciándose poca coordinación entre todas las partes, así como el desarrollo de acciones aisladas de cada uno hacia la persona afectada. Sumado a esto, es importante señalar que el nivel educativo y socioeconómico de las

personas que visitan el centro asistencial es bajo, lo que hace más necesaria aún la efectividad de la comunicación sobre la enfermedad, ya que se debe promover un compromiso fuerte de las personas afectadas con el tratamiento prescrito para lograr su sostenida recuperación.

Por todo esto, se ratifica la necesidad de profundizar, trabajar y conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto de las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, ya que estas deberían cumplir con el objetivo de sensibilizar, informar y/o educar a las personas afectadas por tuberculosis, sobre el proceso de su enfermedad, el tratamiento que seguirá y los cambios de comportamientos/hábitos que deberá asumir para lograr su adherencia al tratamiento, y la prevención y control de la enfermedad a nivel comunitario.

1.2 Pregunta de investigación

Pregunta general

¿Cuál es la percepción de las personas afectadas por Tuberculosis respecto de las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, durante el proceso de su tratamiento?

Preguntas específicas

¿Qué elementos influyen en la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis en relación a las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas desde la

Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, para sensibilizar e informar sobre la enfermedad y su tratamiento?

¿Cómo son percibidos los recursos comunicacionales utilizados como medios de apoyo en las intervenciones educativas-comunicacionales de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, para contribuir en la adhesión al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis?

¿Cómo es la valoración de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la interacción y/o trato del equipo médico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, durante el proceso de tratamiento?

1.3 Hipótesis

La percepción de las personas afectadas por Tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, no motivan adhesión al tratamiento para lograr la cura y control de la enfermedad. Entre los principales supuestos para abordar el tema, destacan:

- Las intervenciones educativo-comunicacionales son poco útiles, lo que genera una percepción negativa por parte de las personas afectadas por Tuberculosis del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, y dificulta la posibilidad de fomentar nuevos conocimientos, actitudes y prácticas/hábitos, imposibilitando que estas se fidelicen con en el cumplimiento del tratamiento.

- Los ambientes donde se desarrollan las estrategias educativo-comunicacionales emprendidas por el equipo de la ESPCT, perjudican una buena valoración por parte de las personas afectadas por Tuberculosis, considerando que estas no cumplen con los requerimientos mínimos necesarios para abordar la temática de la enfermedad desde un enfoque más humano que permita sensibilizar e informar sobre la enfermedad y su tratamiento.
- No existe una buena valoración sobre el trato del equipo médico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza por parte de las personas afectadas por Tuberculosis, motivado principalmente por la escasa formación que el equipo medido tiene sobre procesos de comunicación humana en el área de la salud.

1.4 Objetivos de la investigación

General

Conocer la percepción de las personas afectadas por Tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, durante el proceso de su tratamiento.

Específicos

1. Identificar los elementos que influyen en la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis en relación a las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas desde la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis

(ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, para sensibilizar e informar sobre la enfermedad y su tratamiento.

2. Describir la manera en cómo son percibidos los recursos comunicacionales utilizados como medios de apoyo en las intervenciones educativas-comunicacionales de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, para contribuir en la adhesión al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis.
3. Conocer la valoración de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la interacción y/o trato del equipo médico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, durante el proceso de tratamiento.

1.5 Justificación

La comunicación humana es una herramienta que logra modificar comportamientos y actitudes en positivo partiendo de la percepción de los seres humanos, a su vez se constituye en un elemento determinante para lograr que las personas afectadas por Tuberculosis puedan alcanzar una mejor calidad de vida al sentirse comprometidas con el tratamiento, sin las limitaciones impuestas por ideas preconcebidas sobre la enfermedad y su cura, lo que se convierte en el mayor obstáculo para el cumplimiento del mismo.

En relación con lo anterior, se evidencian debilidades en las estrategias comunicacionales provenientes del sector Salud, específicamente en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, debido a que se considera que un importante número de personas afectadas por la enfermedad, abandonan el tratamiento por diferentes razones, siendo uno de los más importantes, las debilidades en cuanto

a técnicas de comunicación en salud que presenta la ESPCT, lo que se traduce en tratos inadecuados hacia la persona afectada y por ende la poca valoración que se desarrolla en dicha persona respecto a los hábitos y costumbres que debe adoptar.

La Tuberculosis constituye una problemática de suma importancia en el desarrollo humano de las sociedades, debido a que configura una alerta constante, tanto para la persona afectada por la enfermedad como para el acompañante y la sociedad en general. Por ende, cuando el tratamiento de la misma no va acompañado de intervenciones educativos-comunicacionales que buscan generar una buena percepción y valoración de la persona afectada con respecto a la enfermedad que permitan sensibilizar, informar y educar a la persona afectada, la consecuencia es el incumplimiento del tratamiento indicado, la reincidencia y la aparición de nuevos casos, de manera continua.

Como ya se mencionó, el Perú se ha incorporado a diversas estrategias educativo-comunicacionales emprendidas a nivel mundial que luchan contra la Tuberculosis, hasta el punto de darle rango legal, sin embargo y a pesar de ello sigue llamando la atención la actitud de las personas con respecto a las estrategias de comunicación interpersonal impulsadas desde el Estado y utilizadas por los programas de atención médica enfocados en esta enfermedad, considerando que los casos no disminuyen de forma significativa.

En el Perú, a pesar de contar con altos niveles de incidencia de Tuberculosis que afectan principalmente a las poblaciones de bajos recursos económicos, se evidencian debilidades en los programas de tuberculosis en cuanto a los elementos comunicacionales que buscan el acompañamiento constante de las personas afectadas durante su proceso de curación, para evitar la inacción, indiferencia y desinformación en torno a sus afectaciones y el tratamiento, situación que está directamente relacionada con la percepción que se generan en las personas afectadas sobre la enfermedad y su tratamiento.

De acuerdo con la autora de esta investigación, es evidente la necesidad de revertir las consecuencias sociales de la poca incorporación de elementos propios de la comunicación para el desarrollo humano en las la ESPCT, lo que al parecer ha generado percepciones erradas y por ende un proceso de rechazo y desinformación con respecto a las causas, consecuencias y alcances de la tuberculosis, así como el tiempo de duración del tratamiento y posibilidades de recuperación, promoviendo de esta manera la inclusión social de las personas afectadas, para que puedan sentirse libres y capaces de llevar una vida normal.

Considerando que sensibilizar e informar para contribuir al cambio de percepciones y comportamientos de los diversos grupos participantes en este proceso son objetivos que un Comunicador para el Desarrollo debe buscar, se ratifica la necesidad de abordar esta problemática en la presente investigación desde la experiencia de las personas afectadas por tuberculosis y su valoración sobre la atención recibida en el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos. Aunque se reconocen aciertos en la aplicación de la estrategia, la mayor cuantía apunta a los desaciertos en relación a los logros alcanzados en torno al cambio de actitudes y comportamientos de las personas con respecto al tratamiento de la tuberculosis.

Por ende, esta investigación busca conocer la percepción que tienen las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, durante el proceso de su tratamiento; a fin de mejorar las estrategias existentes y optimizar los recursos comunicacionales presentes logrando, a través de la comunicación en salud: fidelizar, acompañar y transmitir de manera más efectiva la información a las personas afectadas de tuberculosis.

1.6 Delimitación del tema investigado

Esta investigación está enmarcada en el área de Comunicación para la Salud que realiza el equipo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT), integrado por dos médicos neumólogos, dos enfermeras, un psicólogo clínico, una asistente social, un nutricionista; quienes ejecutan las estrategias comunicacionales existentes en la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos.

El estudio se realizó con la información generada durante el primer semestre del año 2019, ya que en este periodo se evidencia el ciclo completo en el que las personas afectadas han sido expuestas a diversas intervenciones educativo-comunicacionales. Con estos datos pudimos conocer la percepción que las personas afectadas tuvieron sobre las estrategias desarrolladas y cómo estas han logrado su adhesión al tratamiento.

Tanto el contexto donde se desarrolla la Estrategia como la descripción de la zona se presentarán en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO

El presente capítulo tiene como propósito presentar las principales categorías conceptuales relacionadas a la promoción de la salud, la acción mediadora del sector sanitario, teorías sobre la percepción, la comunicación en salud, la tuberculosis y su realidad en Perú, acompañadas de una aproximación a la realidad de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis desarrollada desde el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos. Todo esto con la finalidad de analizar el rol de la comunicación en el caso de estudio y profundizar en los elementos que promueven el cambio de actitudes en las personas afectadas, sus familiares y la comunidad en la que residen.

2.1 La promoción de la salud

Perea (2004), señala que “cualquier proceso educativo está inmerso en un entorno social. Esto significa que la sociedad, en general y la comunidad, en particular, son agentes educativos de gran importancia para la educación y muy especialmente para la educación para la salud”, por ende, involucrar a todos es necesario si lo que se busca es favorecer la prevención, la promoción y el mantenimiento de la salud, tal como lo indica la OMS.

De acuerdo con la autora de la presente investigación, la educación era considerada como un proceso limitado en el tiempo, sin embargo, ha emergido un interés por otro tipo de sistemas en los que se pone de manifiesto el papel de la sociedad como agente educativo.

La carta de Ottawa (1986)¹, señala que la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Bajo este enfoque, la salud es percibida, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, acentuando los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas, señalando de esta manera que la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, sino a todos los grupos de interés.

El documento de Ottawa (1986), agrega que la promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria, por ende, su objetivo principal es reducir las diferencias entre el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades, proporcionando los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial.

Esto implica contar con la base firme de un medio que permita, a toda la sociedad, acceso a la información para desarrollar las aptitudes y aprovechar las oportunidades que promueven la adopción de las mejores actitudes en términos de salud. El documento agrega que “Las gentes no podrán alcanzar su plena salud potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina su estado de salud”.

Marqués, Sáez, & Guayta, (2004), tomando como referencia la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud celebrada en 1986 en Ottawa, la define “como un proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore.

¹ Es importante señalar que el interés por la Promoción de la Salud, en donde se involucra directamente la comunicación por el desarrollo, no es una novedad del siglo presente, como se muestra, este proceso está siendo analizado y actualizados desde hace más de 30 años, por lo cual es interesante evaluar correcta su ejecución en el área de la tuberculosis.

Para alcanzar un estado completo de bienestar físico, mental o social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus ambiciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar el ambiente o adaptarse a él” (p. 27).

Al respecto Sarría S & Villar A., (2014), señala que la promoción de la salud se construye como un proceso de creación e incremento de salud mediante las siguientes estrategias:

- Empoderamiento, el cual hace referencia a la capacidad de los individuos y las comunidades de mejorar su salud, incrementando sobre los factores que son realmente determinantes de su salud.
- Participación comunitaria, específicamente en los procesos que estimulan y capacitan a los individuos y las comunidades a definir, analizar y actuar en relación con los actos que afectan sus vidas y condiciones de vida.
- Determinantes amplios de la salud, al reconocer que sobre la salud influye algo más que la genética, los estilos individuales de vida y la prestación de los servicios sanitarios, se acepta esta estrategia, lo que exige reconocer y actuar sobre los factores socioambientales que constituyen el mundo en el que vivimos.
- Desigualdades sociales y económicas, la promoción de la salud se compromete a enfrentar esta injusticia, siendo necesario que cada persona, familia o comunidad deba beneficiarse de vivir, aprender y trabajar en un ambiente que favorezca la salud.
- Acción intersectorial, iniciando esfuerzos coordinados para promover la salud individual y comunitaria.

El concepto de promoción de la salud incluye, entonces, a varios actores, entre los que se identifican, principalmente, al equipo médico, al paciente, familiares del paciente, el estado y la

comunidad o sociedad. Y según datos aportados por (Marqués, Sáez, & Guayta, 2004), en la misma conferencia celebrada en 1986, se incluyen cinco líneas de acción de deben implementarse para lograr la promoción de la salud: desarrollo de políticas saludables, crear un entorno que favorezca la salud con ambientes favorables, reforzar la acción comunitaria, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios.

De lo anterior, se puede establecer que la educación sanitaria es una estrategia de acción para conseguir objetivos en materia de promoción de la salud ya que busca: prevenir enfermedades, promocionar la salud y restaurarla en el caso de haberse deteriorado.

De acuerdo con Marqués, Sáez, & Guayta, (2004), “en todas las definiciones encontradas en la literatura científica, se establece un objetivo común que se fundamenta en la búsqueda de la modificación de los conocimientos, actitudes, aptitudes y hábitos y comportamientos de los individuos componentes de la comunidad, en el sentido de una salud positiva” (p. 30).

El autor agrega “que la responsabilidad de un programa de educación sanitaria ha de recaer en el personal sanitario debidamente capacitado, y no solo en el profesional de la medicina, lo que implica la incorporación de muchos otros.” (p. 31)

Por ende, es sumamente necesario desarrollar equipos multidisciplinarios que, de acuerdo a una estructura base, logren incorporar a todos aquellos profesionales o miembros de otras áreas que participen de un modo u otro en el desarrollo de programas de educación sanitaria. Entre ellos consideramos a profesionales sanitarios tales como enfermeros, médicos, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros; así como a actores del entorno como la familia, maestros y agentes comunitarios.

2.1.1 Programas de Salud Comunitaria

De acuerdo con lo señalado por Perea (2004), estos programas buscan “orientarse globalmente hacia campos de acción variados, como la prestación de servicios a las personas, desarrollo de recursos humanos, prevención de problemas sociales, reconstrucción social y comunitaria y cambio en los sistemas sociales”², en donde la educación toma el mayor protagonismo, dando valor a la persona y la comunidad.

La autora (citando a San Martín, 1988), presenta las “bases fundamentales de la salud comunitaria como estrategia de salud pública, tal como se presenta a continuación:

- “La visión epidemiológica, global e integrada, de la salud-enfermedad (población-ambiente) como proceso de origen y distribución social” (p. 204);
- “Participación de la comunidad en la gestión de su propia salud, teniendo en cuenta la concepción que la gente tiene de su salud y de la comunidad total” (p. 204);
- “La intención educativa de todas las actividades de salud” (p. 204);
- “El objetivo preventivo como prioritario, pero sin excluir la curación, la rehabilitación, etc.” (p.204);
- “La planificación y evaluación de todas las actividades” (p. 204).

“Los programas de salud comunitaria, son programas de salud pública, llevados a cabo en una comunidad concreta, y por otro, que la función de los servicios de salud es favorecer la participación de los destinatarios, interesándoles, motivándoles y ayudando a la comunidad a identificar sus problemas para resolverlos” (p. 205).

² Se considera que las actividades con las comunidades son determinantes para el cambio de hábitos y conductas de y hacia las personas afectadas por tuberculosis, lo que disminuye directamente la estigmatización de la enfermedad. Este elemento de la comunicación es llevado a cabo por la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, a través de actividades denominadas “extra muros”.

2.1.2 La Comunicación en Salud

La OPN (2001) define la Comunicación en Salud como “una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre salud y promover estilos de vida”.

En este sentido, citando a Don Nutbeam, este la define “como el proceso para desarrollar conocimiento, comprensión y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los individuos”.

Al respecto, citando a Kim Witte, este agrega que consiste en “promover cambios de conducta saludables, en la forma más humanitaria posible”.

2.1.3 Dificultades y oportunidades de la promoción de la salud

De acuerdo con la estrategia de promoción y comunicación de la alianza mundial en pro del personal sanitario 2009-2011³, son muchas las dificultades de gran envergadura que las actividades de promoción, con respecto a la fuerza laboral sanitaria, tendrán que superar. En particular:

- Grandes déficits de financiación y desconocimiento de los recursos a escala mundial
- Una carencia relativa de planes de recursos humanos para la salud bien fundados y con asignación de costos
- Grandes diferencias entre la retórica y la realidad
- Mucha premura entre las metas internacionales (por ejemplo, los ODM y el acceso universal), por un lado, y el tiempo necesario para formar al nuevo personal, por otro

³ Tomado de una publicación realizada por la Estrategia de Promoción y Comunicación de la Alianza Mundial en Pro del Personal Sanitario.

- Metas complejas y una falta de datos y cálculos de necesidades que sean congruentes y estén debidamente actualizados

A pesar de todo, este es un momento que ofrece grandes oportunidades para el despliegue de actividades de promoción con respecto a la crisis de la fuerza laboral sanitaria, como las siguientes:

- A escala mundial, se está prestando más atención y se han contraído más compromisos que nunca para resolver los problemas de los recursos humanos para la salud y la crisis de la fuerza laboral sanitaria. La Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario ha contribuido a poner de relieve estas cuestiones
- Se cuenta con más recursos para fortalecer los sistemas de salud —particularmente como parte de la respuesta al SIDA—, los mismos que pueden aprovecharse en el refuerzo de la fuerza laboral sanitaria en los países, todo esto como parte de los planes nacionales que se centran en una enfermedad determinada
- La sociedad civil y los grupos activistas le están imprimiendo impulso y energía a los problemas de los RHS (a menudo mediante vínculos con el SIDA)
- La Alianza Mundial del Personal Sanitario (AMPS) ha cobrado prominencia y tiene atributos que le permiten ejercer un mayor efecto y conseguir más resultados a escala mundial, regional y nacional

2.2 La acción mediadora del sector sanitario

El documento de Ottawa (1986) señala que la promoción de la salud exige la acción coordinada de todos los sectores involucrados, entre lo que señalan a los gobiernos, los sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, como las organizaciones benéficas.

En este sentido, “a los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde especialmente asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y los de la salud”. Por ende, es importante que las estrategias y programas de promoción de la salud se adapten a las localidades y a las posibilidades específicas de cada país y región, considerando la diversidad de sistemas sociales, culturales y económicos.

La OMS, en la 54ª asamblea mundial de la salud, agrega que “los sistemas de salud integrados y accesibles tienen grandes posibilidades de promover la salud, así como de prevenir las enfermedades”, estos tienen la responsabilidad fundamental de la prevención y ayudan a mejorar la observancia de las terapias y de los regímenes de tratamiento, por lo cual pueden ser decisivos para la participación de otros sectores en la promoción de la salud.

2.2.1 La Educación para la Salud o Educación Sanitaria

Perea (2004), señala que los expertos de la OMS consideran⁴

“Que es una acción ejercida sobre los individuos para llevarlos a modificar sus comportamientos. La educación sanitaria pretende que los individuos adquieran y conserven hábitos de salud sanos, que aprendan a usar más juiciosamente los servicios de salud que tienen a su disposición y que estén para tomar, individual o colectivamente, las decisiones que implican la mejora de su estado de salud y el saneamiento del medio en que viven” (p. 205).

La Educación para la Salud busca traspasar la terapia y conocer la raíz de los problemas de salud, formando así individuos con “hábitos individuales saludables, pero también capacitarles

⁴ Como señala el autor para lograr cambios de comportamientos y conductas en las personas, la educación es un pilar fundamental, lo cual se convierte en una herramienta para la Comunicación en Salud y es el objetivo principal de esta investigación desarrollada en el campo de la Comunicación para el Desarrollo.

para intervenir en su entorno y mejorarlo, a la par que cambian los estilos de vida relacionados con la salud” (p. 205).

Al respecto, Sarría S. & Villar A. (2014), define la Educación Sanitaria “como las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. Su objetivo es ampliar el conocimiento de los individuos y de la población en general en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales para adoptar estilos de vida y conductas que promueven la salud.”

En oportunidades se considera como una actividad más de prevención primaria, sin embargo:

“existe una serie de factores que la caracterizan como una actividad diferenciada:

- No puede considerarse una actividad en la que el profesional sanitario tenga exclusividad.
- Puede realizarse en entornos que no son sanitarios.
- Se utiliza no solo para evitar enfermedades, sino para promover conductas y estilos de vida saludables.”

Restrepo & Mágala (2002), define la Educación Sanitaria “como el proceso educativo que tiende a que los ciudadanos se comprometan con la defensa de la salud individual o colectiva” (p.37).

Debido a que la Educación Sanitaria se corresponde con actividades llevadas a cabo para promover, mantener o restaurar el estado de salud de una comunidad determinada Sarría S. & Villar A. (2014), identifica en este proceso las siguientes características:

- La responsabilidad más importante en la organización y funcionamiento de este tipo de intervenciones deja de estar en manos de profesionales sanitarios,

- Parte de la base de que las personas y comunidades que lo ponen en marcha están capacitados y se responsabilizan de dar respuestas a sus propios problemas de salud,
- Los profesionales sanitarios participan asesorando dichas iniciativas, pero dejan de ser los responsables directos de las mismas y,
- El proceso surge de la identificación de necesidades por parte de algún agente comunitario.

2.2.2 Agentes de Educación Sanitaria

Para lograr una correcta gestión de Educación Sanitaria es necesario tener presente que un hecho esencial en el desarrollo del proceso de comunicación con el individuo es la llamada influencia del profesional sanitario, tanto informal como formal, las que Marqués, Sáez, & Guayta, (2004), explican de la siguiente forma: influencia informal y formal.

Los autores señalan que la “influencia informal o no interactuada, es importante, debido a que la palabra, los gestos y la actitud de cualquier miembro integrante del equipo de salud constituyen importantes experiencias educativas para la población que esté a su alcance” (p. 46).

Con respecto a la influencia formal, los autores precisan que esta puede ser indirecta y directa:

- “La influencia formal indirecta, es aquellas que se realiza a través de las entrevistas con los medios de comunicación, o cuando se escribe un artículo de opinión en un periódico o en una revista de gran difusión” (p. 46).
- La influencia formal directa, “es la que se establece a través de las intervenciones directas con el individuo y su familia, tanto en la consulta como en su domicilio o en el centro asistencial. También se pone de manifiesto cuando se dirige una charla o discusión de grupo al individuo y su familia” (p. 47).

En este punto, y si se tiene planificado poner en marcha un programa de Educación Sanitaria, resulta imprescindible capacitar en habilidades de comunicación, debido a que esta debe centrarse en desarrollar una secuencia educativa fundamentada en un proceso de enseñanza-aprendizaje.

2.2.3 Habilidades del educador sanitario

Un verdadero agente de Educación Sanitaria “debe ser capaz de vender salud a los individuos”, pero no solo por vender, sino creando “la necesidad de comprar por parte de la población”. Este debe dedicar sus esfuerzos a modificar los comportamientos de las personas hacia un sentido positivo de la salud.

De acuerdo con Marqués, Sáez, & Guayta, (2004), la Educación Sanitaria surge de un planteamiento interdisciplinario, en el que cada una de las personas expertas que intervienen han de ocupar un lugar necesario, dando soluciones integradas y satisfaciendo las tareas que se le encomiendan de forma coordinada con sus compañeros de equipo, debido a que la salud es tarea de todos y no solo de pocos. Por lo tanto, la responsabilidad en materia de salud recae sobre todos los agentes de educación sanitaria, siendo estos profesionales o no en materia de salud.

En un sentido amplio del término, son agentes de Educación Sanitaria todas aquellas personas de la comunidad que contribuyen a que los individuos y grupos adopten comportamientos positivos de salud. Y, aunque muchos de ellos no desarrollen la Educación Sanitaria como actividad principal, si tiene, en su día a día, la oportunidad de poder transmitir mensajes de salud positiva a los individuos y población en general, pues son considerados como tales.

2.2.4 Métodos y herramientas de Educación Sanitaria

Para el desarrollo y puesta en práctica de un proceso de Educación Sanitaria se pueden utilizar diversos métodos⁵, los cuales han variado a lo largo del tiempo, sin embargo, (Marqués, Sáez, & Guayta, 2004) citando a Sanmartí (1990), establece una clasificación considerando la relación de cercanía o distancia tanto en el tiempo como en el espacio, entre el educador y el individuo o comunidad.

Según los autores, en esta relación “la acción del educador puede resultar directa o indirecta, en la primera se utiliza la palabra hablada y se apoya fundamentalmente en los medios audiovisuales posibles, mientras que en la segunda también puede usarse la palabra hablada, aunque con mayor frecuencia abunda la palabra escrita o las imágenes” (p. 56).

A continuación, se presentan ejemplos:

- Métodos directos:
 - ✓ Educación individual frente a educación grupal
 - ✓ Charla, clase, exposición
 - ✓ Dinámicas de grupo
 - ✓ El consejo del profesional sanitario
- Métodos indirectos:
 - ✓ Medios visuales
 - Carta circular
 - Folleto educativo
 - Carteles
 - Artículos de divulgación (prensa, revista, comic)

⁵ Estos métodos y herramientas serán evaluadas en esta investigación, a fin de conocer si las intervenciones educativo-comunicacionales están usando las herramientas más adecuadas y de forma orgánica al momento de ejecutar las mismas.

- ✓ Medios sonoros
 - Programa radiofónico
 - Grabaciones

- ✓ Medios mixtos
 - Televisión
 - Video
 - Cine
 - Multimedia
 - Montajes audiovisuales
 - Campañas mediáticas
 - Artes plásticas (dramatización, teatro, juegos)

De acuerdo a la apreciación de la autora de esta investigación, en la actualidad la plataforma 2.0 (redes sociales) ha sido utilizada como un medio de educación en distintas áreas de interés social, evidenciando esto la necesidad de ser incluida como un medio de gran valor dentro del grupo de los métodos indirectos.

Restrepo & Mágala (2002), agregan que los métodos que más se utilizan en Educación Sanitaria se basan en la aplicación de técnicas participativas que conducen a la toma de conciencia por parte de los educandos sobre sus problemas. El desafío está en lograr la entrega de contenidos e innovaciones dentro de procesos participativos para que no se niegue el conocimiento científico importante a los individuos y grupos.

El proceso educativo debe verse en forma integral. Esto implica aceptar que se relaciona más con el proceso de apelar a la autonomía del individuo y la creación de una sociedad libre y no solo como método de persuasión hacia la gente para que adopten comportamientos considerados como apropiados por otro. Así se deja espacio para la escogencia por parte del individuo y, a la vez, se

trabaja con él para que analice sus comportamientos y actitudes y los cambie, si fuese el caso, sin imposición, sino desde un lugar de empoderamiento individual.

2.3 Acciones de la participación activa en la promoción de la salud

La 54ª Asamblea Mundial de la Salud, promovida por la OMS (2001), establece que el contenido de la Carta de Ottawa para el fomento de la salud sigue siendo válido para la orientación de la práctica mundial de la promoción de la salud, la cual expone una estrategia con cinco acciones fundamentales. De acuerdo con los principios establecidos en el documento de Ottawa (1986), la participación activa en la promoción de la salud implica:

2.3.1 La elaboración de una política pública sana

La salud ha de formar parte del día a día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objetivo de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles, así, a asumir la responsabilidad que tienen en torno a ella.

Es la acción coordinada la que permite practicar una política sanitaria, de rentas y social, que permita una mayor equidad y que contribuya a asegurar la existencia de bienes y servicios sanos y seguros, una mayor higiene de los servicios públicos y un medioambiente más grato y limpio.

Al respecto Perea (2004) agrega que los objetivos de las intervenciones en Educación para la Salud deben tener en cuenta lo siguiente:

- “Concienciar de que la salud es una responsabilidad compartida, desarrollando la capacidad de participar en la búsqueda conjunta de soluciones” (p. 211),
- “Determinar la situación social de que se trate y las formas de vida que influyen en ella para que la contextualización de la salud se adapte a la realidad” (p. 211),
- “Poner en marcha métodos que favorezcan y desarrollen una actitud crítica para identificar y minimizar los riesgos para la salud” (p. 211),
- “Ofrecer, no solo los conocimientos necesarios para llevar una vida saludable, sino actitudes y pautas de comportamiento que faciliten la gestión de la salud” (p. 212).

La autora señala que “la intervención en educación para la salud conlleva realizar una planificación de las acciones que abarquen, no solo la transmisión de conocimientos, sino el cambio de valores, hábitos de conductas o actitudes que lleven consigo una mejor calidad de vida” (p. 212), planteándose:

- “La adquisición de conocimiento” (p. 212),
- “El desarrollo de hábitos saludables” (p.212).
- “La promoción de la salud” (p.212).
- “Favorecer la cooperación de los docentes con otros profesionales y la participación comunitaria (p.212).

La política de promoción de la salud requiere que se identifiquen y eliminen los obstáculos que impidan la adopción de medidas políticas favorables para ella en aquellos sectores no directamente implicados en la misma. Y todo esto enfocado en conseguir que la opción más saludable sea también la más fácil de ejecutar para los responsables de la elaboración de los programas.

2.3.2 La creación de ambientes favorables

Las sociedades son complejas y están relacionadas entre sí, de forma que no se puede separar la salud de otros objetivos, ya que los lazos que unen al individuo y su medio constituyen la base de un acercamiento socio ecológico a la salud.

El principio que ha de guiar al mundo, las naciones, las regiones y las comunidades ha de ser la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protección entre unos y otros, así como entre las comunidades y el medio natural.

Se debe destacar que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial. El cambio de las formas de vida, de trabajo y de ocio afecta de forma muy significativa a la salud.

Por ello y todo lo expuesto, el trabajo y el ocio deben ser una fuente de salud para la población. Así el modo en que la sociedad organiza el trabajo debe contribuir a la creación de una sociedad saludable.

2.3.3 El reforzamiento de la acción comunitaria

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.

La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. Por esto, es necesario que cuente con los recursos humanos y materiales para estimular la independencia y el apoyo social, así como para desarrollar sistemas flexibles que refuercen la participación pública y el control de las

cuestiones sanitarias. En este panorama, un total y constante acceso a la información y a la instrucción sanitaria es imprescindible, así como a la ayuda financiera.

2.3.4 El desarrollo de las aptitudes personales

La promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en la medida que proporciona información, educación sanitaria y perfecciona las aptitudes indispensables para la vida. De este modo se incrementan las opciones disponibles para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el medioambiente y para que opte por todo lo que propicie la salud. Así se hace esencial proporcionar los medios para que, a lo largo de su vida, la población se prepare para las diferentes etapas de la misma y afronte las enfermedades y lesiones crónicas.

2.3.5 La reorientación de los servicios sanitarios

La responsabilidad de la promoción de la salud por parte de los servicios sanitarios la comparten los individuos particulares, los grupos comunitarios, los profesionales de la salud, las instituciones y servicios sanitarios y los gobiernos. Todos estos actores deben trabajar conjuntamente por la consecución de un sistema eficiente de protección de la salud.

El sector sanitario debe jugar un papel cada vez mayor en la promoción de la salud de modo que trascienda la mera responsabilidad de proporcionar servicios clínicos y médicos, tomando una orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete. Así se favorecerá la necesidad de las comunidades de una vida más sana, creando vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos y fomentando una mayor atención a la investigación sanitaria, así como a los cambios en la educación y la formación

profesional. Todo esto conllevará a conseguir un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios para que giren en torno a las necesidades del individuo como un todo.

La OMS agrega a los principios anteriormente citados, que las estrategias de promoción de la salud no se limitan a un problema de salud específico, como tampoco a un conjunto de comportamientos específicos. Por el contrario, los principios y las estrategias de la promoción de la salud son aplicados a diversos grupos de población, factores de riesgo y enfermedades en diversos contextos.

Y, en correspondencia con lo anterior, el documento agrega que “es necesario aumentar los conocimientos sanitarios para que la población pueda ejercer un mayor control sobre su salud y para que pueda tratar las enfermedades y gestionar los riesgos mejor”. Por ende, es necesario que las estrategias de comunicación permitan un mayor acceso a la información, creando así la capacidad de utilizarla, para mejorar los conocimientos sanitarios, la adopción de decisiones, la percepción y evaluación de los riesgos, así como hacer que los individuos, las comunidades y las organizaciones obren con conocimiento de causa.

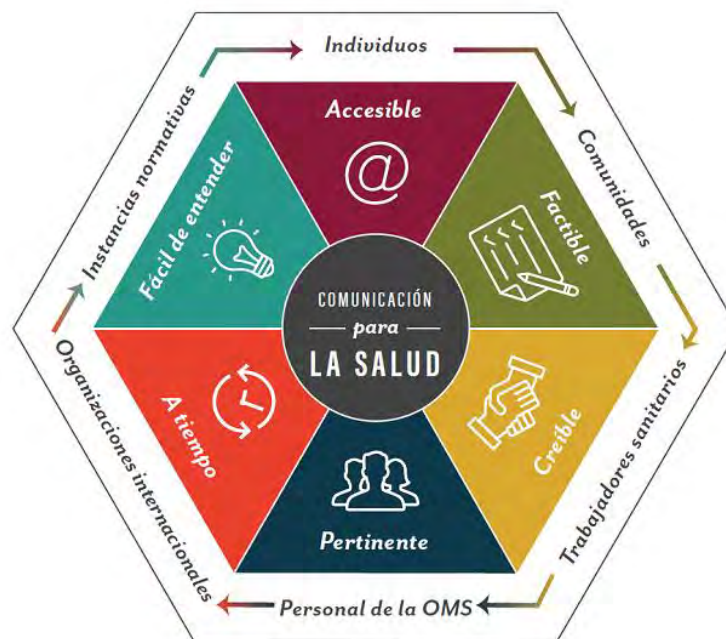
2.4 Marco estratégico de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para las comunicaciones eficaces

La Organización Mundial de la Salud,

“Ha invertido muchos recursos para satisfacer la creciente necesidad de información, recomendaciones y orientación, destinándolos a mejorar la capacidad y la integración de los canales de comunicación existentes, expandir las relaciones con los medios, apostar por las comunicaciones audiovisuales, asentar su credibilidad y potenciar la comunicación social y en línea y la comunicación de riesgos relacionados con las emergencias sanitarias”.

La organización ha desarrollado un enfoque estratégico⁶ para satisfacer con eficacia las necesidades de información y de difusión de recomendaciones y orientaciones sobre una amplia gama de cuestiones relacionadas con la salud. Y, a través de ello, ha definido seis atributos o principios básicos que deben caracterizar a las actividades de comunicación, las cuales deben ser:

- Accesibles,
- Factibles,
- Creíbles y fiables,
- Pertinentes,
- A tiempo, y
- Fáciles de entender



Fuente: Atributos de la comunicación para la salud. OMS 2001

⁶ La Organización Mundial de la Salud, señala los atributos de deben caracterizas una Estrategia Comunicacional en el campo de la Salud, los cuales se adaptan al objetivo de esta investigación, al considerar que el fin último es conocer si las estrategias ejecutadas a través de intervenciones educativo-comunicacionales satisfacen las necesidades de información de las personas afectadas por Tuberculosis, sus familiares y la comunidad.

Este enfoque es de obligatorio cumplimiento para el personal de la OMS, y para efectos de la presente investigación se establece fundamental la consideración del mismo, debido a que no se limita a un canal de comunicación, una enfermedad, recomendación sanitaria o regiones en concreto, sino que se dirige, integralmente, al personal encargado de la comunicación a fin de que sus estrategias de comunicación -centradas en una determinada enfermedad o basadas en eventos específicos- se basen en los seis principios mencionados anteriormente para así hacerlas más eficaces.

2.5 El objetivo de las comunicaciones de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS)

De acuerdo con la OMS, aunque las técnicas, los destinatarios y los canales de las actividades de comunicación puedan variar, el objetivo siempre es el mismo: “proporcionar información, recomendaciones y orientación a las instancias decisorias (los principales destinatarios) para inducir la adopción de medidas que protejan la salud de las personas, las familias, las comunidades y los países”.

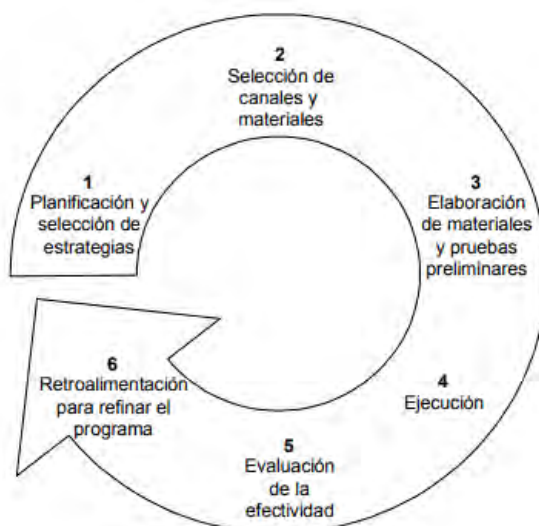
En correspondencia con lo anterior, la OMS señala que los destinatarios toman decisiones en materia de salud a través de las actividades comunicativas. Entre estos destinatarios se identifican:

- Personas que adoptan conductas que afectan a su salud y a la de sus familias,
- Trabajadores sanitarios que toman decisiones sobre detección, diagnóstico, tratamiento y recomendaciones para los pacientes,
- Instancias normativas nacionales y subnacionales responsables de la salud de sus poblaciones,

- Comunidades que toman decisiones sobre espacios, actividades y servicios comunes que tienen consecuencias para la salud,
- Organizaciones internacionales y las partes interesadas que toman decisiones sobre la financiación y ejecución de los programas sanitarios.

2.6 El proceso de Comunicación en Salud

La OPS⁷ (2001) señala que, para darle viabilidad a los programas de comunicación en salud, estos deben estar basados en la comprensión de las necesidades y las percepciones de las audiencias seleccionadas.



Fuente: Etapas de la comunicación en salud. OPS 2001.

La OPS (2001) presenta en la figura anterior un enfoque de la comunicación en salud,

⁷ La Organización Panamericana de la Salud, propone una metodología con visión integral, de la manera en cómo debe diseñarse y desarrollarse un Proceso de Comunicación en salud, para lograr los objetivos planteados por la OMS, el cual es un buen referente para la realización de la presente investigación en cuanto a la al conocimiento y evaluación de los intervenciones educativo-comunicacionales en la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos.

“Que incorpora la evaluación de las necesidades y percepciones de las audiencias seleccionadas en las instancias críticas de la elaboración y ejecución del programa. Las seis etapas constituyen un proceso circular, en la que la última etapa alimenta retrospectivamente la primera en un proceso continuo de planificación y perfeccionamiento”.

2.6.1 Planificación y selección de estrategias (etapa 1)

La OPS (2001) señala que la etapa de planificación de un programa proporciona el fundamento para todo el proceso de comunicación en salud. La cuidadosa evaluación de un problema, en sus inicios, puede reducir la necesidad de correcciones costosas a mitad de camino.

Los interrogantes principales en esta etapa son los siguientes:

- ¿Qué se sabe acerca del problema de salud?
- ¿Qué nuevos tipos de información se necesitarán antes de la planificación del programa?
- ¿Quiénes integran la audiencia seleccionada (el grupo social al que se dirige el programa) y qué se sabe de ellos?
- ¿Qué objetivos mensurables pueden ser establecidos para definir el éxito?
- ¿Cómo medir el progreso logrado?
- ¿Qué debe decirse a la audiencia seleccionada?

2.6.2 Selección de canales y materiales (etapa 2)

La OPS (2001) establece que las decisiones tomadas en la etapa 1 guiarán la selección de los canales de comunicación y la producción de materiales efectivos. Sin objetivos claros y conocimiento de su audiencia seleccionada se correrá el riesgo de producir materiales inapropiados para la audiencia o para el problema que se debe abordar.

Las principales interrogantes en esta etapa son las siguientes:

- ¿Existen materiales que puedan adaptarse al programa?
- ¿Cuáles son los canales más adecuados para alcanzar a la audiencia seleccionada (el lugar de trabajo, medios de comunicación de masa, comunicación cara a cara)?
- ¿Cuál será el formato más adecuado para los canales y los mensajes (folletos, vídeo cintas, reseñas de antecedentes)?

2.6.3 Elaboración de materiales y pruebas preliminares (etapa 3)

La OPS (2001) manifiesta que la mayor parte de la planificación del programa se completa en las etapas 1 y 2. Esta planificación provee las bases para la elaboración de mensajes y materiales. A menudo se desarrollarán y probarán varios conceptos diferentes con audiencias seleccionadas.

Las interrogantes fundamentales en esta etapa son las siguientes:

- ¿Cuáles son las diferentes maneras en las que el mensaje puede presentarse?
- ¿Cómo reacciona la audiencia seleccionada a los conceptos del mensaje?
- ¿Comprende la audiencia el mensaje? ¿Lo recuerda? ¿Acepta su importancia? ¿Reconoce el valor de la solución que se propone?
- ¿Cómo responde la audiencia seleccionada al formato del mensaje?
- Basados en las respuestas de la audiencia seleccionada, ¿es necesario modificar el mensaje o el formato?
- ¿Cómo podría promoverse el mensaje, distribuir los materiales y controlar el progreso?

2.6.4 Ejecución (etapa 4)

La OPS (2001) señala que el programa plenamente desarrollado se presenta a la audiencia seleccionada e inician la promoción y distribución de materiales a través de todos los canales de comunicación. Los componentes del programa se examinan periódicamente y se modifican cuando se considere necesario. Finalmente se efectúa el seguimiento del grado de exposición de la audiencia para permitir las modificaciones necesarias.

Las interrogantes principales en esta etapa son las siguientes:

- ¿Se está transmitiendo el mensaje a través de los canales de comunicación propuestos?
- ¿La audiencia seleccionada está prestando atención y reaccionando?
- ¿Es necesario reemplazar los canales existentes o agregar otros nuevos?
- ¿Cuáles son los aspectos del programa que tienen efecto más fuerte?
- ¿Es preciso efectuar cambios para mejorar los efectos del programa?

2.6.5 Evaluación de la efectividad y la eficiencia (etapa 5)

La OPS (2001) describe que el programa debe evaluarse mediante el análisis de los resultados de las estimaciones planificadas durante el ciclo vital del programa.

Las interrogantes fundamentales de esta etapa son las siguientes:

- ¿Se alcanzaron los objetivos del programa?
- ¿Los cambios que tuvieron lugar han sido resultado del programa, de otros factores o de una combinación de ambos elementos?
- ¿Con qué eficacia se gestionaron cada una de las etapas de planificación, ejecución y evaluación del programa?

2.6.6 Retroalimentación para refinar (o no) el programa (etapa 6)

La OPS (2001) establece que en cada etapa se recopiló información útil acerca de la audiencia, el mensaje transmitido, los canales de comunicación y el efecto deseado del programa. Toda esta información ayuda a preparar un nuevo ciclo de desarrollo del programa. Cuanta más información pueda examinarse al concluir la primera fase del programa, dará mayor posibilidad de responder a las siguientes interrogantes:

- ¿A qué se debe que el programa haya o no haya funcionado?
- ¿Es preciso modificar o mejor el programa para aumentar las posibilidades de éxito, efectuar cambios en la audiencia seleccionada, realizar otros cambios?
- ¿Pueden sacarse lecciones de la experiencia adquirida que aumenten las posibilidades de éxito de programas futuros?

2.7 La percepción

De acuerdo a la apreciación de la autora de esta investigación, en el campo de la salud, específicamente en el área de la tuberculosis, la percepción que tiene la persona afectada sobre el trato que recibe por parte del equipo médico, el ambiente donde se realizan dichas atenciones y los elementos utilizados durante la misma, son determinantes para generar compromisos en la persona con respecto al tratamiento de la enfermedad y los hábitos que debe adoptar para mantenerse sana.

Es por ello que como parte del marco teórico, se consideraron algunas definiciones sobre percepción y aspectos que giran alrededor de la misma, a fin de tener una visión más objetiva sobre los resultados del presente estudio.

Según Martínez (1998), la percepción es un proceso que precede a la comunicación y a su vez conduce al aprendizaje, el cual permite que un individuo desarrolle una sensación interior que resulta de una impresión material hecha en los sentidos, la cual puede ser consciente o inconsciente.

El autor agrega que “la percepción es una experiencia personal y única, no es exactamente igual para dos personas. Un hecho puede percibirse en forma de experiencias pasadas, de motivación presente y de vivencias actuales”, por lo tanto, cada percepción es única e individual considerando que las experiencias individuales siempre son por lo menos ligeramente diferentes.

Sobre el tema de la percepción, Guardiola (2014) señala que la definición ha evolucionado hasta el punto de tomar en cuenta las implicaciones de las experiencias y los procesos internos del individuo.

Guardiola (2014, citando a Neisser), establece que la percepción “es un proceso activo-constructivo en el que el perceptor, antes de procesar la nueva información y con los datos archivados en su conciencia, construye un esquema informativo anticipatorio, que le permite contrastar el estímulo y aceptarlo o rechazarlo según se adecue o no a lo propuesto por el esquema”

En correspondencia con lo anterior, el autor define que la percepción “como el conjunto de procesos y actividades relacionadas con la estimulación que alcanza los sentidos, mediante los cuales obtenemos información respecto a nuestro hábitat, las acciones que efectuamos en él y nuestros propios estados internos”.

En este sentido Guardiola (2014), concluye que la percepción es la imagen mental que se forma con ayuda de la experiencia y necesidades, siendo el resultado de un proceso de selección, interpretación y corrección de sensaciones, donde el individuo se convierte en el objetivo central de la comunicación, por ser el receptor del mensaje que genera la percepción.

Arias (2006), nos presenta las siguientes definiciones:

Citando a Carterette y Friedman (1982), la percepción es una parte esencial de la conciencia, es la parte que consta de hechos intratables y, por tanto, constituye la realidad como es experimentada. Esta función de la percepción depende de la actividad de receptores que son afectados por procesos provenientes del mundo físico. La percepción puede entonces definirse como el resultado del procesamiento de información que consta de estimulaciones a receptores en condiciones que en cada caso se deben parcialmente a la propia actividad del sujeto (p. 10).

Citando a Barthey (1982), la percepción es cualquier acto o proceso de conocimiento de objetos, hechos o verdades, ya sea mediante la experiencia sensorial o por el pensamiento; es una conciencia de los objetos, un conocimiento. Es un conocimiento inmediato o intuitivo, o juicio; un discernimiento análogo a la percepción sensorial con respecto a su inmediatez y al sentimiento de certidumbre que lo acompaña, frecuentemente implica una observación agradable o una discriminación sutil (p. 10).

Un elemento importante para la presente investigación, es lo que señala Martínez (1998), quien establece que,

La producción de imágenes, tanto fijas como móviles, el lenguaje icónico, oral o gestual, descansan sobre el principio de que se aprende fundamentalmente de lo que se percibe y que series de experiencias auditivas y visuales cuidadosamente diseñadas, pueden ser experiencias comunes que modifiquen favorablemente el comportamiento. No obstante, muchas conductas surgen de experiencias del inconsciente. Los comportamientos son conscientes o no, pero la raíz proviene de percepciones subliminales.

2.7.1 La percepción en el sector salud

Puebla (2009), señala que la percepción del usuario sobre los servicios médicos, podría ser considerada como una actividad guiada por ciertas expectativas que pueden ser modificadas por la información que se obtiene, como consecuencia de esa actividad que refleja en gran medida el grado de satisfacción que el paciente puede tener de la atención recibida; la percepción por otro lado, depende de la calidad de los servicios otorgados.

La percepción de los usuarios está asociada directamente con la calidad de atención que este recibe, la cual según Puebla (2009) se define “como aquellas intervenciones seguras que según los estándares sean accesibles a los usuarios, y sean capaces de impactar de manera positiva y es percibida a través de la satisfacción de los usuarios, por la población en general y por los prestadores de los servicios” (p. 98).

En lo que refiere a los aspectos que deben tenerse en cuenta para evaluar la percepción, Puebla (2009) señala es necesario medir;

Elementos importantes que debe poseer un prestador de servicios de salud como: trato digno, definido como el respeto a los derechos humanos y a las características de las personas: respeto, como la virtud por la cual reconocemos y tenemos presente de manera habitual la dignidad de las personas, como seres únicos e irrepetibles, así como sus derechos según su condición y circunstancias, y profesionalismo entendido como la actitud y capacidad elevada para desempeñarse en una actividad (p. 98).

El autor agrega que en el sector salud, es de vital importancia conocer la percepción de los usuarios, debido a que el personal médico es quien se encuentra en mayor contacto con el paciente y es quien puede modificar la percepción que tiene con relación a la enfermedad y su atención, a

través de una comunicación efectiva acompañada de las bases teóricas con las que cuenta para guiar su práctica.

Puebla (2009, citando a Imogene King) señala la percepción como la representación que cada persona tiene de la realidad, la cual para que sea satisfactoria, debe seguir objetivos comunes entre el equipo médico y el paciente, para así lograr la satisfacción de ambos al ver cubiertas sus necesidades, de lo contrario se producirá estrés e insatisfacción por parte de los dos, viéndose reflejado en la percepción de la calidad del servicio recibido/prestado.

En este sentido el autor establece que “es necesario que en cada situación donde se dé la interacción equipo médico-paciente, se deben dejar claros los objetivos de ambos, partiendo de las necesidades del paciente y así establecer un plan de acción que conduzca a la satisfacción de las necesidades detectadas”.

2.7.2 Principios de la percepción

El primero señala que “el fenómeno de la percepción está constituido por muchos mensajes sensoriales que no se dan separadamente sino estructurados en patrones complejos. Estos llegan a formar la base del conocimiento que la persona adquiere sobre el mundo que le rodea” Martínez (1998).

En correspondencia con lo anterior, el segundo principio establece que “un individuo reacciona solamente a una pequeña parte de los estímulos del medio en un momento dado. Elige aquella parte del universo que quiere experimentar, o que atrae su atención en ese momento” Martínez (1998).

2.7.3 Características de la percepción

Guardiola (2014), establece que la percepción de un individuo es:

- Subjetiva, “ya que las reacciones a un estímulo varían de un individuo a otro.”
- Selectiva, la cual surge “como consecuencia de la naturaleza subjetiva de la persona que no puede percibir todo al mismo tiempo y selecciona su campo perceptual en función de lo que desea percibir.”
- Temporal, debido a que “es un fenómeno a corto plazo. La forma en que los individuos llevan a cabo el proceso de percepción evoluciona a medida que se enriquecen las experiencias, o varían las necesidades y motivaciones de los mismos”.

2.7.4 Componentes de la percepción

Guardiola (2014), señala que “aunque los estímulos sensoriales pueden ser los mismos, para todas las personas, cada una de ellas percibirá cosas distintas”, lo cual permite concebir la percepción como resultado de los siguientes componentes:

- Externos, está relacionado con “las sensaciones o el estímulo físico que proviene del medio externo, en forma de imágenes, sonidos, aromas, etc.”
- Internos, los cuales “proviene del individuo, como son las necesidades, motivaciones y experiencia previa, y que proporcionarán una elaboración psicológica distinta de cada uno de los estímulos externos”.

2.7.5 El proceso de percepción

Con respecto al proceso en que el individuo se realiza una percepción sobre su hábitat o entorno, Guardiola (2014) menciona que todos “reciben estímulos mediante las sensaciones, es

decir, flujos de información a través de los cinco sentidos; pero no todo lo que se siente es percibido, sino que hay un proceso perceptivo mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta los estímulos, con el fin de adaptarlos mejor a sus niveles de comprensión”. Estos últimos se convierten en las tres fases en que se realiza un proceso de percepción y a continuación se analizan por separado:

- Selección, los individuos perciben solo una pequeña porción de los estímulos a los cuales están expuestos, y los selecciona según sus actitudes, intereses, escala de valores y necesidades, lo que despierta una serie de juicios de valores que se traducen en reacciones, Guardiola (2014).
- Organización, luego del proceso de selección los individuos deben clasificar rápidamente los estímulos recibidos, asignándoles un significado para obtener resultados. “Por lo tanto, el paso siguiente a la selección es analizar agrupadamente las características de los diversos estímulos”, Guardiola (2014).
- Interpretación, esta última fase el proceso trata de dar contenido a los estímulos previamente seleccionados y organizados.
- “Depende de la experiencia previa del individuo, así como de sus motivaciones, intereses personales y su interacción con otras personas, por ello la forma de interpretar los estímulos puede variar a medida que se enriquece la experiencia del individuo o varían sus intereses”, Guardiola (2014).

2.8 La comunicación persuasiva

La OPS (2001) señala que “las etapas por las que una persona debe pasar para ser persuadido a que adopte una nueva conducta deseada”, citando a (William McGuire, 1981).

Describe estas etapas tal como se muestra a continuación:

- Exposición al mensaje
- Atención prestada al mensaje
- Interés o importancia del mensaje para la persona
- Comprensión del mensaje
- Personalización de la conducta respecto de la circunstancia de la persona
- Aceptación del cambio
- Rememoración del mensaje y avenencia a este
- Capacidad para pensar en el mensaje
- Decisiones basadas en la conciencia del mensaje
- Conducta conforme a las acciones decididas
- Refuerzo (positivo) de la conducta
- Aceptación de la conducta en la vida diaria

Adicionalmente establece que, para transmitir el mensaje con éxito, se deben considerar cinco componentes de la comunicación, clasificados como:

- Credibilidad en la fuente del mensaje,
- Diseño del mensaje,
- El canal utilizado para transmitir el mensaje,
- La audiencia seleccionada,
- La conducta deseada

La atención a las consideraciones de McGuire ayudará a asegurar que el plan del programa de comunicación contemple todos los factores que determinan si un mensaje se recibe y asimila,

y que este mismo se ejecuta a lo largo del tiempo con el fin de captar las necesidades modificadas de la audiencia seleccionada a medida que se avanza hacia el cambio de conducta propuesto.

La OPS concluye afirmando que “la atención a las etapas del proceso de persuasión permitirá a un programa de comunicación ubicar las necesidades modificadas de la audiencia, mientras se avanza hacia el cambio de conducta”.

De acuerdo con Marqués, Sáez, & Guayta (2004), “lo verdaderamente necesario para conseguir modificar comportamientos es practicar una comunicación persuasiva y lo más difícil de la comunicación personal es tratar de persuadir a otros con un mensaje (...) Esto hace a la comunicación un verdadero arte, siendo del todo necesario que el emisor esté debidamente adiestrado con habilidades de comunicación” (p. 37).

La verdadera base de la comunicación persuasiva se centra en el cumplimiento del proceso de comunicación bidireccional, con técnicas de motivación y, sobretodo, con la credibilidad del agente de Educación Sanitaria, ya que el objetivo de esta es convencer de que el producto (comportamiento saludable) ayudará al restablecimiento de la salud o a su preservación, en forma adecuada, durante el tiempo.

Considerando lo anterior es necesario —por no decir obligatorio— facilitar información sobre las ventajas y desventajas, presentar el mensaje de la manera más explícita y entendible posible, haciendo que el mismo sea atractivo y teniendo claro que el verdadero protagonista del programa de Educación Sanitaria es el receptor del mensaje. Con foco en esto se logrará una comunicación verdaderamente persuasiva, en la que se identifican individuos activos que ejecutarán lo propuesto en el mensaje de Educación Sanitaria.

Sin embargo, el fin último que busca una comunicación persuasiva y participativa, según Marqués, Sáez, & Guayta (2004), es lograr individuos activos, pero también operativos, capaces

de tomar sus propias decisiones. Si bien se considera que el profesional sanitario es un verdadero experto en la salud y la enfermedad, también se considera al individuo como un experto en la vivencia subjetiva de su salud o de su enfermedad, en cada caso particular.

2.9 La Tuberculosis (TB)

De acuerdo con el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (2018), **“la Tuberculosis es una enfermedad causada por bacilos que se propagan por el aire, de una persona a otra. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de Tuberculosis puede ser mortal”**. Según el instituto, “Las bacterias que causan la Tuberculosis se propagan por el aire, de una persona a otra, cuando alguien con enfermedad de Tuberculosis tose, habla o canta, quienes se encuentren cerca podrían inhalar esas bacterias e infectarse”.

En este sentido el Ministerio de Salud (2018) agrega que “La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, *prevenible y curable*, causada por una bacteria denominada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero generalmente afecta a los *pulmones*”

2.9.1 Transmisión de la Tuberculosis (TB)

El Ministerio de Salud (2018) señala que las bacterias que producen la Tuberculosis se transmiten a través del aire, agregando que:

Cada vez que una persona infectada con TB habla, escupe, tose o estornuda, elimina los microbios o bacterias de la TB que se encuentran en sus vías respiratorias. En estas circunstancias, estos microorganismos pueden ser aspirados por una persona sana que tenga un contacto frecuente con un enfermo de TB y así contagiarse, tanto en el hogar, como en el

lugar de trabajo, los vehículos de transportes públicos y en el colegio, son espacios donde un individuo mantiene contacto frecuente con otras personas.

Toman, (2004) señala que un caso de Tuberculosis se define “como un paciente en el que la Tuberculosis se ha confirmado bacteriológicamente o ha sido diagnosticada por un clínico”. Los casos se clasifican según el sitio de la lesión como pulmonares (con lesiones en el parénquima pulmonar) o extrapulmonares (con lesiones en cualquier otro órgano, pero no en el parénquima pulmonar)” (p. 5).

Con respecto a los síntomas de la enfermedad, los más comunes son: “tos con flema persistente por dos semanas o más, fiebre, tos con expulsión de sangre (flema con sangre), pérdida de apetito y baja de peso, sudor durante la noche, dolor de pecho, debilidad y cansancio constante” (Ministerio de Salud, 2018).

La enfermedad se puede tratar con medicamentos, pero es importante que las personas infectadas reciban tratamiento, culminen la ingesta de todos sus medicamentos y los tomen exactamente como se les haya indicado. Si no los toman en la forma correcta, las bacterias de la Tuberculosis que todavía estén vivas pueden volverse resistentes a esos medicamentos. La Tuberculosis resistente a los medicamentos es más difícil y más costosa de tratar. (Toman, 2004).

2.9.2 Medidas de prevención

Entre las medidas de cuidado asociadas directamente al la persona infectada, presentadas por el Ministerio de Salud (2018), se encuentran:

- Aplicación de la vacuna BCG al recién nacido
- Diagnóstico precoz y tratamiento oportuno a las personas con Tuberculosis

- Administración de pastillas de prevención (quimioprofilaxis) a los menores de 19 años que se encuentren en contacto con una persona enferma de Tuberculosis
- El paciente debe cubrirse la boca con un pañuelo al toser y estornudar y botar la flema en un papel para desecharlo de inmediato
- Taparse la boca con el antebrazo al toser, estornudar y hablar
- No escupir en el suelo
- Asegurarse de que exista buena ventilación y aire fresco, tanto en la vivienda como en el lugar de trabajo
- Consumir una alimentación balanceada y respetar sus horarios.

Con respecto a este punto, el Ministerio, considerando lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS),

Recomienda utilizar como estrategia la administración supervisada directamente en boca. Ello supone que una persona entrenada observa al paciente mientras este ingiere los medicamentos. Esta supervisión evita los abandonos y el fracaso al tratamiento, siendo la medida más eficaz para asegurar la curación.

Lo anterior está asociado directamente a la dimensión competencial del profesional de la medicina, por lo cual Molinuevo (2017) establece que el perfil del profesional debe cumplir los siguientes requisitos: “Tener buena capacidad de trabajo y una actitud positiva a la hora de trabajar con equipos interdisciplinarios y multiprofesionales, adquirir el compromiso con el aprendizaje permanente para conseguir la excelencia, mostrar dedicación y servicio a los intereses del paciente, tener conciencia del alcance de sus decisiones en cuanto a la distribución y al uso de los recursos disponibles y poseer capacidad para liderar la gestión clínica” (p. 9).

En este sentido, el Estado peruano publicó la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, la que establece como prioridad la atención social de la persona afectada como parte del tratamiento de la enfermedad, señalando que “Toda persona diagnosticada con Tuberculosis debe ser evaluada por el área de servicio social” (p. 81).

En este sentido, la evaluación de servicio social está dirigida a:

- “Elaborar el informe social que contenga el perfil socioeconómico de la persona afectada” (p. 82),
- “Orientar y gestionar el apoyo social de la persona y familia en riesgo social” (p. 82),
- “Orientar y gestionar el apoyo social de la persona y familia en riesgo social” (p. 82),
- “Identificar los factores y conductas de riesgo social asociados al cumplimiento del tratamiento” (p. 82).

La normativa agrega que “en las personas que reciben esquema para TB sensible, realizar por lo menos tres entrevistas: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario. En las personas con TB resistente, cada 3 meses” (p. 82). Dichas entrevistas deben ser domiciliarias para complementar el diagnóstico y monitorear que se esté cumpliendo el tratamiento.

2.10 Promoción de la salud y comunicación social en el Perú

En cuanto a la promoción de la salud, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis⁸, señala la necesidad de:

⁸ El cumplimiento de esta normativa sería un buen apoyo a la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, lo cual fomentaría el desarrollo y ejecución de estrategias educativas comunicacionales con apoyo del Estado, en cuanto a los recursos físicos y financieros necesarios para planificar, ejecutar y evaluar la estrategia.

- “Establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud, promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables” (p. 82).
- “Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud” (p. 82).
- Conducir la implementación de planes, priorizando:
 - ✓ “Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de Tuberculosis, su mecanismo de transmisión” (p. 82),
 - ✓ “Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad” (p. 83),
 - ✓ “Informar sobre prevención de la Tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral” (p. 83),
 - ✓ “Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad” (p. 83).

En lo referido a la comunicación social, la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis, establece que se debe:

- “Implementar actividades de abogacía, comunicación y movilización social relacionados a la TB como enfermedad de salud pública” (p. 83),
- “Elaborar e implementar planes comunicacionales de acuerdo a población objetivo, que permitan abordar las conductas de estigma y discriminación, así como promover los estilos de vida saludables” (p. 83),
- La normativa adicionalmente señala que:

- ✓ “La difusión de mensajes informativos de la TB a través de medios de comunicación masivos y alternativos de alcance nacional, regional y local” (p. 83),
- ✓ “Actividades de comunicación y movilización social regional y local de manera periódica, focalizadas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB” (p. 83),
- ✓ “Talleres de sensibilización y capacitación a comunicadores, periodistas, voceros y líderes de opinión sobre las medidas para prevención y control de la TB” (p. 83).

Y sobre este último punto en específico, la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú, establece las medidas para garantizar adherencia al tratamiento, señalando que el personal del establecimiento de salud debe tener en cuenta que:

- “La adherencia al TARV (tratamiento antirretroviral) y el tratamiento antituberculosis es necesaria para mejorar la efectividad de ambos tratamientos” (p. 17),
- “La adherencia al tratamiento antituberculosis y TARV debe ser enfatizada desde la consejería inicial y se fortalece durante el tratamiento a través de intervenciones de acuerdo a las normas vigentes de prevención y control de la tuberculosis y el VIH” (p. 17),
- Las intervenciones que favorecen la adherencia al tratamiento deben lograr los siguientes objetivos:
 - ✓ “Que la persona con infección TB-VIH, reconozca los beneficios e importancia del tratamiento antituberculosis y TARV” (p. 17),

- ✓ “Identificar y abordar las conductas de riesgo asociadas a la irregularidad y el abandono” (p. 17).
- “Para favorecer la adherencia los equipos multidisciplinarios de los servicios de prevención y control de la tuberculosis y de prevención y control del VIH a nivel local, deben establecer un plan de adherencia para las personas afectadas con infección TB-VIH” (p. 17),
- “El plan de adherencia incluye las estrategias con la persona con coinfección TB-VIH: recordatorios para la toma de tratamiento, frecuencia de consejería, canales de comunicación (número telefónico, mensajes de texto, visitas domiciliarias, entre otros)” (p. 17),
- “Los agentes comunitarios de salud realizan el acompañamiento de la persona identificada con coinfección TB-VIH en actividades intra o extramurales en los establecimientos de salud que brindan atención integral en ITS y VIH. Así contribuyen al proceso de vinculación y adherencia de los tratamientos” (p. 17).

2.11 La Tuberculosis en el Perú

De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Perú (2018), la Tuberculosis, se constituye como un reto de salud pública, debido a la alta incidencia de casos en la población. Por esto, la Organización Mundial de la Salud, en el marco de sus funciones, enmarca una resolución con estrategias que instan a los estados miembros a que adapten la estrategia y la pongan en práctica, aportando la financiación necesaria y un compromiso de alto nivel para poner fin a la enfermedad, de aquí al año 2035. Todo esto con especial atención en el servicio a las poblaciones más vulnerables a la infección y con limitaciones de acceso a la atención sanitaria, como los migrantes.

Aunado a lo anterior, la organización señala la importancia de la necesidad de involucrar a los diferentes sectores -además del sector salud- tales como protección social, trabajo, inmigración y justicia.

Según la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) del Ministerio de Salud, en el Perú, en el 2017 se registraron 31,087 casos de TB. El análisis del riesgo indica que doce regiones (Lima, Callao, La Libertad, Lambayeque, Madre de Dios, Ucayali, Loreto, Tacna, Ica, Moquegua, Arequipa y Cusco) se encuentran en alto y muy alto riesgo para TB.

Basado en esto, el MINSA ha diseñado el Plan de Intervención de Prevención y Control de Tuberculosis en Lima Metropolitana y Regiones, priorizadas en Callao, Ica, La Libertad y Loreto 2018 - 2020, en el que se establece que estas regiones concentran el 75 % de la morbilidad de TB a nivel país y señalando que mejorar el sistema de información y el análisis es un reto importante para orientar adecuadamente las intervenciones.

2.12 La Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT)

2.12.1 Norma Técnica de Salud para la Atención integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis

La “Norma Técnica de Salud (NTS) para la Atención Integral de las Persona Afectadas por Tuberculosis”, fue elaborada por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud, para fortalecer el manejo programático de la tuberculosis en los aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento; donde señalaron como prioridad el abordaje de las determinantes sociales de la tuberculosis desde un enfoque de gestión multisectorial, intergubernamental y territorial.

La finalidad de esta Norma Técnica de Salud es: Contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud (p.15).

La cual tiene como objetivo general: Actualizar los criterios técnicos y procedimientos de las intervenciones sanitarias de prevención y control de la tuberculosis en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud del país (p. 15).

Parte del cumplimiento de este objetivo general se desarrolla en base al objetivo específico de: Implementar actividades de promoción de la salud para abordar los determinantes sociales de la salud con un enfoque multisectorial, intergubernamental y de gestión territorial (p. 15).

Se debe considerar que NTS es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud, públicos (del Ministerio de Salud, de Gobiernos Regionales, de Gobiernos Locales, del Seguro Social de Salud, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Instituto Nacional Penitenciario), privados o mixtos.

Debemos considerar que parte de las responsabilidades por niveles dentro de la ESPCT a nivel de Microrredes de Salud, cabe decir Centros y Puestos de Salud son desarrollados bajo la responsabilidad de cada jefatura de la Microrred, la cual designa al médico responsable de la ESPCT. El equipo de la ESPCT es un equipo multidisciplinario conformado por profesionales y técnicos de la salud, asistente administrativo, entre otros, de acuerdo al escenario epidemiológico y a la disponibilidad de los recursos humanos.

Parte de las funciones que deben asumir la ESPCT en cada Centro o Puesto de Salud, son:

- Ejecutar las normas y procedimientos técnicos dispuestos en la presente Norma Técnica de Salud (p.30),

- Ejecutar las acciones de prevención y control de la tuberculosis dispuesta en su Plan Operativo Anual (p.30),
- Coordinar con el responsable de Farmacia el requerimiento de los medicamentos e insumos anti tuberculosis (p.30),
- Actualizar en forma permanente el diagnóstico situacional de la tuberculosis en su jurisdicción mediante el análisis de los indicadores epidemiológicos y operacionales y remitirla al nivel inmediato superior de su jurisdicción (p.30),
- Ejecutar actividades de promoción de la salud a través de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS), dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas abordando las determinantes sociales con un enfoque multisectorial y territorial. • Ejecutar los planes de control de infecciones de tuberculosis en los EESS y las normas de bioseguridad en sus laboratorios, según corresponda (p.30),
- Ejecutar actividades de detección, diagnóstico y tratamiento supervisado (p.30).

Considerando estas funciones y el objeto de estudio de esta investigación tomaremos para el análisis la función que el equipo de la ESPCT debería cumplir: “Ejecutar actividades de promoción de la salud a través de Abogacía, Comunicación y Movilización Social (ACMS), dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas abordando las determinantes sociales con un enfoque multisectorial y territorial”.

Según lo señala la Norma Técnica de Salud (NTS) para la Atención Integral de las Persona Afectadas por Tuberculosis; las intervenciones sanitarias en la atención integral de la tuberculosis que se deben aplicar a nivel de prevención primaria son:

1. Para evitar la infección por el bacilo de la TB en la población expuesta se debe realizar actividades que permitan:

a. Información y educación a la persona diagnosticada con tuberculosis sobre:

- Uso de mascarilla durante el periodo de contagio (mientras se tenga controles bacteriológicos positivos) (p.33),
- Cubrirse la boca y nariz al toser, estornudar o reír y desechar con cuidado el papel usados en un depósito adecuado (p.33),
- Establecimiento de medidas de control de infecciones en los EESS, en instituciones que albergan personas y en el domicilio de la persona afectada con TB (p.34),
- Promoción de la ventilación natural en la vivienda del afectado por TB, lugar de estudio, trabajo, unidades de transporte público y en los ambientes de las instituciones públicas y privadas (p.34).

Parte del manejo integral que el equipo de la ESPCT debe dar a la persona afectada por TB como lo menciona la NTS, se centra en el trabajo realizado por el área de enfermería donde el profesional al ser responsable de organizar la atención integral del mismo, en parte de sus funciones es “educar y brindar consejería al paciente antes de iniciar el tratamiento”, considerando:

- Educar a la persona con TB y a su familia sobre la enfermedad, formas de contagio y medidas de prevención, uso de pruebas rápidas para detectar resistencia, qué medicamentos va a tomar, en qué horarios y por cuánto tiempo; posibles reacciones adversas, importancia de la adherencia al tratamiento y consecuencias de no tomar la medicación correctamente, la importancia del estudio de los contactos y medidas de

control de infecciones dentro del domicilio y la potencial necesidad de aislamiento (p. 77),

- Realizar la consejería pre-test para tamizaje de la infección por VIH (p. 78),
- Realizar la visita domiciliaria dentro de las primeras 48 horas, con los siguientes objetivos (p. 78):
 - Educar y orientar al grupo familiar sobre el plan de tratamiento del afectado e importancia del soporte familiar (p. 78),
 - Orientar en el domicilio las medidas de prevención y control de infecciones (p. 78).

Así mismo, “promover la adherencia al tratamiento y prevenir la irregularidad al tratamiento”, donde debe considerar:

- Establecer con el equipo multidisciplinario del EESS, estrategias centradas en el paciente para garantizar la adherencia al tratamiento, interactuando con agentes comunitarios de salud, organizaciones de afectados o de base, gobierno local, instituciones no gubernamentales u otros actores de la comunidad (p. 79).

Y teniendo también que “coordinar el seguimiento del tratamiento, considerando:

- Educar sobre la importancia de la continuidad en la segunda fase del tratamiento (p. 80).

Por otro lado, la NTS considera actividades de promoción de la salud y comunicación social que deben realizar toda dirección de salud hasta nivel de sus Microrredes, las cuales son orientadas a modificar de manera sustancial las condiciones socio económicas en que vive la población afectada, como condición clave para vulnerar la enfermedad, en ejercicio de la responsabilidad del Estado y del Ministerio de Salud para defender el bien público en salud.

Las acciones en promoción de la salud se dan a través de:

- Establecer alianzas estratégicas con otros sectores del Estado para la implementación de acciones de promoción de la salud promoviendo el abordaje de los determinantes sociales de la salud y estilos de vida saludables (p. 82),
- Programar recursos financieros para la elaboración, implementación y evaluación de estrategias, planes, programas y proyectos de promoción de la salud (p. 82),
- Conducir la implementación de planes de promoción de la salud, los cuales deben priorizar:
 - Actividades educativas que permitan promover la importancia del autocuidado, el reconocimiento precoz de síntomas de tuberculosis, su mecanismo de transmisión y la búsqueda de atención en el EESS (p. 82),
 - Acciones educativas dirigidas a difundir las medidas de control de infecciones de TB en el domicilio del paciente y la comunidad: mejorar la ventilación natural, protección respiratoria y cubrir la nariz y boca cuando la persona estornuda o tose (etiqueta respiratoria) (p. 82),
 - Informar sobre prevención de la tuberculosis en los centros laborales y promover la no discriminación laboral. • Promover el voluntariado en TB (promotores comunitarios de salud) que sirva de nexo entre la implementación de las actividades de la ES PCT y el paciente, su entorno familiar, social, laboral y la comunidad (p. 82).

Respecto a las acciones de comunicación social se darán a través de:

- Implementar actividades de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) relacionados a la TB como enfermedad de salud pública (p. 83),

- Elaborar e implementar planes comunicacionales de acuerdo a población objetivo, que permitan abordar las conductas de estigma y discriminación, así como promover los estilos de vida saludables (p. 83),
- El plan comunicacional debe priorizar:
 - La difusión de mensajes informativos de la TB a través de medios de comunicación masivos y alternativos de alcance nacional, regional y local (p. 83),
 - Actividades de comunicación y movilización social regional y local de manera periódica, focalizadas en áreas de elevado riesgo de transmisión de la TB (p. 83),
 - Talleres de sensibilización y capacitación a comunicadores, periodistas, voceros y líderes de opinión sobre las medidas para prevención y control de la TB (p. 83).

Se debe tener en cuenta que las Normas Técnica deben ser cumplidas por cada nivel de atención, en el caso del estudio el Centro de Salud. Así mismo, debemos considerar que la normativa no considera al paciente como participe de la formulación pues esta es diseñada desde los equipos multidisciplinarios que conforman la ESPCT a nivel del Ministerio.

2.12.2 El Centro de Salud Juan Pérez Carranza el desarrollo de la ESPCT

Los Centros de Salud son espacios de atención médica ambulatoria a los que la población acude con el fin de solucionar sus problemas de salud, ya sea mediante el uso de su Seguro Integral de Salud (SIS) o a través del pago correspondiente según el tarifario único de dichos establecimientos.

Estos establecimientos se categorizan en base al tamaño, nivel tecnológico y capacidad resolutoria, tanto cuantitativa como cualitativa. Esto significa que deben poseer las capacidades

para identificar y, de ser posible, solucionar los problemas de salud que se le presenten. Entre ellas se consideran la infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos adecuados para la atención.

Los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) se encuentran categorizados de la siguiente manera (MINSA 2006): Categoría I-1 se refiere a los puestos de salud. Si éste cuenta con un médico pasa a categorizarse como I-2. Los centros de salud son de la categoría I-3 y si estos poseen espacios para internamiento son de la categoría I-4. La categoría II-1 y II-2 se reservan para los hospitales tipo I y tipo II, respectivamente. Y, finalmente, la categoría III-1 se reserva para los hospitales tipo III y la categoría III-2 para los Institutos Especializados.

Respecto al centro de salud en el que se centra esta investigación, Juan Pérez Carranza, inicia sus actividades en la localidad de Barrios Altos durante el año 1988 y tiene como domicilio legal el Jirón Huanta N° 925. En la actualidad, debido a la situación de vulnerabilidad y por ser declarado como no habitable por Defensa Civil desde el año 2006, se utilizan las instalaciones posteriores para la atención, ubicándose una nueva puerta de ingreso por el Jirón Cuzco N° 927. Aún se está a la espera de la construcción del nuevo local.

Según la categorización del MINSA, el Centro de Salud Juan Pérez Carranza es un establecimiento de salud de primer nivel de atención, ubicado en la categoría I-3, y pertenece a la Microred Lima 1 Red de Salud Lima Ciudad – Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud. Realiza actividades asistenciales de acuerdo a su nivel de complejidad, así como actividades preventivas promocionales dirigidas a la población asignada a su jurisdicción (que es la población del sector de Barrios Altos).

Este centro de salud atiende a poblaciones de los sectores de Barrios Altos, del Centro de Lima y Manzanilla sector 1 (La Victoria). La densidad demográfica de la zona fue incrementándose aceleradamente, viéndose influida esta situación por las migraciones de la

década de 1970 y 1980, con la que muchos grupos poblacionales se asentaron en las zonas del Centro de Lima.

Por ello, durante el año 2018, la población asignada al centro de salud Juan Pérez Carranza fue de 80,884 habitantes, 40% de los cuales pertenecen a grupo etareo adulto, 15% al de adulto mayor, 20% al de adulto joven, 16% a etapas de vida niño y 9% a la etapa de vida adolescente.

En la década de 1990 se dieron, en la zona, las primeras detecciones de la Tuberculosis en poblaciones migrantes que vivían en condiciones de hacinamiento, sin un control adecuado de su estado de salud, expuestas a trabajos con sobre horarios y con carencia de hábitos y rutinas de alimentación y descanso adecuado. Y fue en razón a ello que, en 1991, el centro de salud inició el Programa de Control de la Tuberculosis (PCT), para combatir las primeras detecciones de la enfermedad en las zonas e impedir su propagación en toda la comunidad.

El PCT inició sus labores solo con procesos de detección de personas afectadas por la enfermedad; el tratamiento con medicación acorde al esquema que se diagnosticara y las pruebas de laboratorio eran derivadas a lugares especializados pues no se contaba con la tecnología necesaria en el establecimiento, en aquellos tiempos. Con estas primeras detecciones y el trabajo extramural realizado por el equipo de PCT lograron controlar la enfermedad y reducir los índices de contagio. Pero las migraciones poblacionales continuaron y la forma de vida y de prácticas saludables en las familias no eran tomadas en cuenta, por lo que a inicios del año 2000 se incrementó el número de detecciones de la enfermedad, atendándose alrededor de 300 pacientes a través del programa.

Transcurrieron los años y se generó un incremento de pacientes con la enfermedad. Hacia el año 2018, el centro de salud tuvo que expandir su radio de acción hacia la zona Manzanilla (La

Victoria), considerada uno de los mayores focos de contagio de Tuberculosis por su contacto cercano a la población de San Cosme, la misma que, dentro de los reportes de salud, es considerada la zona con mayor incidencia de casos detectados y de contagio de la enfermedad. Su situación representa un serio problema de salud pública por la tugurización del propio cerro y el modo de vida de sus pobladores.

Ante todo, este panorama, podemos mencionar que en la actualidad y con los cambios realizados desde el Ministerio de Salud y la Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB), el Centro de Salud Juan Pérez Carranza ejecuta activamente la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) por el alto índice de atención a pacientes con TB.

Un promedio aproximado acumulativo de estas atenciones indica que 138 pacientes con Tuberculosis -entre los 18 y 59 años de edad- han sido tratados, siendo el 80% de esta parte de Población Económicamente Activa (PEA). Ellos reciben medicación -de acuerdo al esquema de tratamiento diagnosticado por los exámenes realizados según el procedimiento médico- de manera diaria durante los 6, 12 o 18 meses que dure el proceso.

Dichos pacientes deben asistir diariamente al centro de salud a recibir su tratamiento por las mañanas, entre las 8:00 a. m. y 11:30 a. m. de lunes a sábado, donde no solo se da la toma de medicinas o colocación de los inyectables, sino también se desarrollan diversas acciones o intervenciones educativo-comunicacionales a cargo del equipo de la ESPCT.

Estas intervenciones son realizadas de acuerdo a la necesidad de conocimiento y adopción de prácticas saludables que consideren trabajar y/o reforzar en algunos de los grupos de pacientes que llevan su tratamiento en dicho lugar. Así se pueden programar mensualmente sesiones o talleres educativos dirigidos por el encargado del área de Psicología, con una duración de entre 20

a 35 minutos, a grupos de entre 5 a 10 pacientes; buscando que estos sean espacios para generarles confort, seguridad y brindarles la confidencialidad que requieren por su estado de salud.

Por otro lado, el equipo de Enfermería se encarga de realizar las consejerías individuales a los pacientes, previo a la toma de sus medicinas o la colocación de sus inyectables. Aquí se hacen uso de rotafolios como recursos de apoyo informativo y el objetivo es reforzar sus conocimientos sobre el tratamiento que están asumiendo y la importancia de adherirse al él, así como hacer partícipes a sus familiares de este importante proceso para convertirlos en una red de apoyo a los afectados.

Y sumándose a las acciones de estos equipos, el equipo de la ESPCT complementa las intervenciones utilizando recursos comunicacionales en su área para apoyo e información de los pacientes. Entre estos destacan afiches, paneles informativos, maquetas y otros de elaboración propia; como material fotocopiado y/o reproducido de los básicos enviados desde la Estrategia Nacional (MINSA).

Además, otra parte de las labores del equipo de ESPCT es el trabajo extramural⁹, el cual se realiza mediante campañas de prevención y control de la Tuberculosis. Estos podrían ser más frecuentes, pero, por falta de presupuesto y personal capacitado -que no cubre la necesidad y el radio de acción del centro- apenas se realizan dos veces al año. Las fechas centrales de dichas campañas son el 24 de marzo, por el Día Internacional de lucha contra la Tuberculosis, y otra a mitad de año, unida a alguna campaña integral que realice el centro de salud.

⁹ Parte de los servicios ofrecidos por el Ministerio de Salud son las atenciones **extramurales**. Estas consisten en acercarse hasta la población y desarrollar **actividades** de asistencia, control y seguimiento de la salud de la comunidad

CAPÍTULO 3: MARCO METODOLÓGICO

A fin de conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales en el marco de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT), fue importante conocer y analizar las estrategias comunicacionales que forman parte de la atención brindada por el Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos en todas las actividades desarrolladas con las personas afectadas por Tuberculosis durante el proceso de su tratamiento, a fin de contribuir con la sensibilización, información y educación sobre dicha enfermedad.

3.1 Tipo de investigación

Se realizó una investigación descriptiva, la cual da a conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las diversas intervenciones educativo-comunicacionales de las cuales han sido participes en el proceso de su tratamiento como parte de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del centro de salud al que acuden. Así, a través de esta experiencia se investigó el modo en el que se aborda el tema de contagio de la enfermedad, el proceso de tratamiento y el cumplimiento/compromiso de parte del paciente con dicho proceso.

Además, permitió describir la situación actual del uso de las estrategias desarrolladas y los medios de comunicación en el centro de salud de primer nivel, buscando identificar y conocer las limitaciones y carencias de dichas estrategias para lograr generar una percepción positiva en las personas afectadas por tuberculosis. En base a los hallazgos se plantean propuestas alternativas para abordar comunicacionalmente la problemática, con el objetivo de generar cambios sociales y de comportamientos en las personas afectadas con respecto al tratamiento.

Es importante mencionar que el tipo de investigación es no probabilístico, ya que no se involucra a la población, ni evalúa o monitorea de manera previa o posterior al estudio. Es decir, no se permitirá la participación de manera equitativa de la población general investigada. La información resultante se obtiene, por ende, en tiempo real y en un solo momento (Hernández, 2014).

3.2 Método de Investigación

El método de investigación de este estudio es de tendencia cualitativa, ya que se busca conocer como eje del estudio los elementos determinantes de la percepción de las personas afectadas por tuberculosis sobre los procesos comunicacionales de salud en los que se involucran, así como las valoraciones y actitudes de estas hacia la enfermedad y el tratamiento, para poder conocer la apreciación de dichas personas sobre la utilidad de las intervenciones educativo-comunicacionales emprendidas por el equipo de la ESPCT del centro de salud. (Hernández, 2014).

La evaluación de la percepción que tienen las personas, en un sentido comunicacional, se realizó bajo un enfoque cualitativo, a través del uso de herramientas como entrevistas a profundidad, grupos focales, la observación participante y el análisis de contenido, con el fin de conocer las principales opiniones de los públicos participantes.

3.3 Unidades de análisis

Considerando que las intervenciones educativo-comunicacionales tienen por objetivo sensibilizar, informar y educar a corto y mediano plazo mediante la percepción que tienen las personas afectadas por tuberculosis con el fin de generar cambios de comportamiento, actitudes y

modificar prácticas saludables en favor de su recuperación sobre la enfermedad, se consideraron las siguientes unidades de análisis para realizar un estudio efectivo de ellas:

- Personas afectadas por Tuberculosis que, actualmente, tienen un periodo de tratamiento de 6 a 12 meses o más, es la primera unidad de observación seleccionada. Estos constituyen el público objetivo primario de la intervención comunicacional, del cambio social y de comportamiento respecto al tratamiento, su continuidad y término satisfactorio para evitar la propagación en sus familias y la comunidad donde residen. La selección fue al azar y dependió del interés por participar en la investigación.
- Equipo de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del centro de salud, son el segundo grupo elegido, ya que establecen contacto directo con las personas afectadas por tuberculosis, y tienen la responsabilidad de comunicar a estos sobre el padecimiento de la enfermedad, el tratamiento a seguir y las nuevas prácticas a incluir en sus rutinas, vitales para garantizar el éxito del proceso.

3.4 Unidades de observación

- Área de atención de la ESPCT en el centro de salud, espacio diferenciado donde las personas afectadas por tuberculosis acuden a realizar: sus atenciones médicas, recibir tratamiento y bolsas de víveres para alimentación, participar en talleres y/o sesiones educativas. El objetivo es analizar cómo se realizó el trabajo de comunicación en el día a día en el espacio diferenciado y de qué manera percibió el individuo todas estas acciones en este espacio durante el tiempo que recibió su tratamiento.
- Talleres y/o sesiones educativas, los cuales se desarrollan de manera mensual con personas afectadas por tuberculosis, lo cual depende de la programación que tiene el equipo de la ESPCT del centro de salud. El objetivo es analizar cómo se trabajó la

comunicación con los actores involucrados en estos espacios y de qué manera este tipo de iniciativas afectó la percepción del individuo respecto a la enfermedad, el proceso del tratamiento y de los cambios de hábitos que deben asumir en sus vidas.

3.5 Técnicas de recopilación de datos

Las herramientas de recolección de información permiten conocer la respuesta de los participantes en relación a las variables, a través de la recolección de datos y la aplicación correcta de la técnica seleccionada, (Hernández: 2014).

Tabla 1. Técnicas de investigación

Técnica de Investigación	Público Objetivo	Cantidad
Grupos Focales	Primario	10 personas
Entrevista a profundidad	Secundario	03 expertos
Observación participante	No Aplica	02 espacios
Análisis de contenidos	No Aplica	02 espacios

Fuente: Elaboración propia

3.5.1 Entrevistas a profundidad

La entrevista permite utilizar preguntas abiertas con el fin de profundizar sobre las percepciones e ideas de las personas afectadas por tuberculosos a través de conversación directa con el equipo médico, fomentando confianza entre ambas partes (entrevistado y entrevistador), Hernández (2014). En el caso de la presente investigación, se aplicó con el objetivo de conocer la opinión del equipo médico de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT) del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, sobre la apreciación que tienen las personas afectadas por tuberculosis sobre los procesos educativo-comunicacionales que apuntan al

tratamiento, prevención y control de la enfermedad, así como la experiencia individual de los involucrados con este tipo de iniciativas.

Las entrevistas fueron aplicadas a:

- José Zúñiga Cruz, Médico Neumólogo, Responsable de la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza
- José Vásquez Santa Cruz, Psicólogo de la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza.
- Gaby Evelin Alvarez Mantari, Responsable Enfermería de la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza

3.5.2 Grupos Focales

Estas buscan generar espacios de libre expresión y debate entre un grupo reducido de participantes, buscando consensos y opiniones conjuntas en relación a un tema. A diferencia de las entrevistas a profundidad; las respuestas se ven influenciadas por la presencia de los demás participantes, llegando a conclusiones espontáneas, que permiten medir las preferencias o diferencias con respecto a una variable en estudio (Hernández, 2014).

En esta investigación se aplicaron con el objetivo de conocer la percepción de las personas afectadas por tuberculosis respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales aplicadas en los diversos espacios del área de ESPCT. Así se recogieron sus apreciaciones en cuanto a la pertinencia del uso de los recursos comunicacionales utilizados y las modificaciones de conducta y/o prácticas experimentadas por estos.

Tal como se tenía planificado, el grupo focalizado se desarrolló con personas afectadas por Tuberculosis, considerando que tengan un periodo de permanencia en el tratamiento entre 6 a 12 meses o más.

3.5.3 Observación participante

Esta herramienta se utilizó con el objetivo de conocer, desde cerca, como influyen en la percepción de las personas afectadas el desarrollo de las intervenciones educativo-comunicacionales que se implementan desde la ESPCT, planteadas como unidades de análisis. Se considerarán reacciones, interacciones, protagonismo, participación y dinámica en los distintos espacios a ser analizados.

Mediante ellas se observaron:

- Taller y/o sesión educativa mensual programada por el área de ESPCT para personas asistentes al centro de salud (trabajo extramural).
- Espacio diferenciado de atención de la ESPCT, área donde interactúan diariamente los especialistas del equipo con las personas afectadas por tuberculosis; la cual ha sido adecuada y ambientada con materiales educativo-comunicacionales que difunden mensajes sobre la enfermedad, la continuidad del tratamiento y su recuperación.

3.5.4 Análisis de contenido

Se realizó con el objetivo de conocer la influencia en la percepción de las personas afectadas de los mensajes, niveles y elementos de comunicación en el conocimiento y proceso de recuperación de la tuberculosis, revelando las diferencias y relevancias en el contenido educativo-comunicacional que involucre un cambio de conducta positiva de la persona afectada.

El análisis de contenido se diseñó tomando en consideración los recursos comunicacionales de mayor relevancia, aplicados en razón de la inclusión social de las personas afectadas por tuberculosis.

De esta manera, se analizó:

- Recursos comunicacionales que se utilizan para las campañas extramurales¹⁰ teniendo como temática la Tuberculosis: dípticos, infografías, afiches, calendarios, etc.
- Murales informativos colocados en lugares estratégicos del área de ESPCT para conocimiento de las personas afectadas.
- Rotafolios que se utilizan para realizar las consejerías por parte del equipo del área de ESPCT.

3.6 Desarrollo del trabajo de campo

Respecto al trabajo de campo que se realizó para la recolección de información de la investigación se debe considerar que, debido a la sensibilidad que involucra el tema y el trato con pacientes con tuberculosis en tratamiento. Se tuvo previamente que conseguir los permisos de las autoridades de dicho establecimiento.

Cabe mencionar que los años 2008-2009, preste servicios en el proyecto del Fondo Global en el Objetivo TB 4 – V Ronda; fondo que subvencionó a diversas Organizaciones No Gubernamentales que trabajaron en pro del fortalecimiento de acciones en favor de la desestigmatización de la tuberculosis y adhesión al tratamiento de las personas afectadas, donde se tuvo al Centro de Salud Juan Pérez Carranza como piloto. Se ha mantenido los contactos con el equipo de la ESPCT. El médico responsable de la ESPCT brindó todas las facilidades para dicha

¹⁰ En un contexto de salud, **extramural** se refiere a actividades fuera, pero bajo la normativa que rige el trabajo del Centro de Salud.

investigación, considerando los protocolos de anonimato hacia las personas afectadas por tuberculosis.

Al respecto, se debe mencionar que para el levantamiento de información mediante las entrevistas a profundidad con las personas seleccionadas del equipo de la ESPCT se les explicó mediante el *formato de consentimiento informado* el objetivo de dicha investigación y la importancia de su colaboración en dicho proceso, a lo cual accedieron y firmaron el consentimiento (Ver anexos).

Por otro lado, una de las principales dificultades en la investigación se dio en la organización del grupo focal ya que considerando que las personas afectadas por tuberculosis solo asisten al establecimiento de salud por periodos cortos –entre 15 a 30 minutos– esto porque solo recogen su tratamiento, a lo cual se suma la necesidad de cumplir con el perfil solicitado siendo pacientes que tengan una permanencia de 6 a 12 meses en el tratamiento. Se debe mencionar que solo este perfil era cumplido por estos 10 participantes; pues los demás eran descartados al no ser continuadores de su tratamiento, tener espacios de abandono del mismo, lo cual no ayudaría a recoger datos suficientes para la investigación. Así mismo, los participantes solicitaron que su participación se mantenga en anonimato pues al ser un documento público no quisieran verse expuesto –al revelar sus nombres, apellidos y lugar de residencia– por temor al rechazo. Por lo cual, en las citas textuales de apoyo se colocan algunas de sus iniciales para diferenciar.

Asimismo, las fotografías que sirven de apoyo para describir el análisis de la investigación fueron tomadas por la autora en los días que se acudía al establecimiento de salud.

CAPÍTULO 4: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

A continuación, se muestran los resultados obtenidos, luego de procesar los datos obtenidos al visitar la ESPCT del Centro de Salud ubicado en Barrios Altos e interactuar con el equipo de la ESPCT y las personas afectadas por tuberculosis, así como observar las instalaciones y los contenidos de los medios de comunicación utilizados.

Es importante mencionar que para la presente investigación se ha utilizado la observación participante, entrevistas a profundidad y grupo focal –como recurso de investigación– en el Centro de Salud con el objetivo de conocer, desde cerca, la percepción respecto a las intervenciones educativo-comunicacionales que se implementan desde la ESPCT. A través de ellas se lograron conocer las apreciaciones, impresiones, sensaciones, ideas y dinámica de los actores en los distintos espacios analizados.

Las entrevistas a profundidad, fueron realizadas a tres miembros claves del equipo de la ESPCT, los cuales fueron seleccionados considerando los años de antigüedad que tienen laborando en el centro de salud y el grado de contacto que establecen con las personas afectadas por tuberculosis que les permite establecer una sostenida relación “paciente – profesional de la salud”.

En cuanto al grupo focal, se desarrolló con personas afectadas por tuberculosis que están en la fase del tratamiento entre el mes 6 al mes 12, esto considerando que este periodo es el suficiente donde han podido tener contacto con las diversas actividades que ha realizado el área de la ESPCT; con el fin de conocer sus percepciones respecto al desarrollo de las mismas y si estas se enmarcan dentro de los objetivos de la OMS, en cuanto a las estrategias comunicacionales que deben existir con los destinatarios en materia de salud.

Cumplieron con el perfil solicitado para poder participar de esta actividad solo 10 personas afectadas por TB, ya que a pesar que el Centro de Salud tenga una aproximado de 138 pacientes en tratamiento, no todos son constantes y se adhieren al tratamiento de la misma manera. Los seleccionados han sido constantes en su proceso y esto fue avalado por el Psicólogo del equipo de la ESPCT. La dinámica de grupo focal tuvo una duración de 50 minutos y fue realizado en la sala de reuniones del servicio de Psicología del centro de salud. Por respeto a la solicitud de los participantes se mantendrá en confidencialidad sus datos.

El primer bloque de preguntas se refirió a la atención brindada por parte del equipo de la ESPCT. El segundo bloque de preguntas se refirió al conocimiento sobre el tratamiento de la enfermedad, la importancia de cumplirlo y la adopción de nuevos hábitos saludables en su entorno personal y familiar. El tercer bloque de preguntas se refirió a las acciones educativas– comunicacionales ejecutadas por el área de la ESPCT del centro de salud y cómo estas involucran a las personas afectadas por tuberculosis; así como las acciones extramurales en la zona de Barrios Altos, hacia la comunidad.

Tomando como referencia lo establecido por la OMS en cuanto al objetivo de las comunicaciones, el cual, proporciona información, recomendaciones y orientación a las instancias decisorias (personas) para inducir la adopción de medidas que protejan su salud, la observación en esta área fue realizada en las semanas del 13 al 17 y del 20 al 24 de mayo de 2019, entre las 8 a. m. a 12 m., ya que —de acuerdo a la información suministrada por el centro de salud— dichos horarios eran las de mayor afluencia de personas afectadas por TB.

El proceso de observación tuvo como objetivo analizar cómo se realizan las acciones de comunicación en el día a día, en el espacio diferenciado y de qué manera este espacio contribuye a lograr cumplir con el tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis. Los datos obtenidos fueron recolectados a través de la ficha de observación.

4.1 Elementos que influyen en la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis

4.1.1 Opinión de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la enfermedad respecto a su entorno

La escasa visibilización, el sesgo de los medios de comunicación hacia la problemática de la salud -sobre todo de la tuberculosis- y la limitada atención que el Estado le brinda al tema, no permiten que las personas tengan una percepción positiva con respecto a la tuberculosis.

“Me parece que si ha habido alguna mejoría, no se nota porque igual la comunidad sigue rechazando a la persona con tuberculosis, pero cuando se enteran que está con tuberculosis la comunidad no toma precauciones, no está informada, no se ha hecho una adecuada difusión, porque a las personas tampoco les interesa informarse más respecto a su salud. Cuando se enteran que están afectados por TB los aíslan, pero cuando están con tos, la gente no se preocupa.” (Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

Este panorama evidencia que existe mucha desinformación y falta de interés, por parte de la población en general, para conocer acerca de las formas de contagio y tratamiento de la enfermedad. Es por ello que no toman las medidas de seguridad requeridas, tanto en las casas como en la calle.

“En los medios de transporte están tosiendo, la gente le tiene miedo al aire, cierran las ventanas, creen que el aire es el causante de sus enfermedades. Cuando han cerrado la ventana y yo les he dicho que la abran me han tratado de ignorante, así reacciona la gente. La gente está mal informada, los medios de comunicación no se meten en eso, más programas de la farándula, qué les interesa. La comunidad está bien informada de la vida

de los jugadores, de los personajes de la farándula, pero muy poco sobre la salud.”.

(Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

En este marco, las actividades dirigidas por el equipo de la ESPCT del centro de salud buscan la inclusión social de este grupo de personas y ven a la desestigmatización como el primer paso hacia el logro de este objetivo. Por ello, buscan aprovechar los espacios comunes que poseen y se generan para sensibilizar y brindar información a las personas asistentes a los diversos servicios, promoviendo mayor interés y atención hacia los temas de prevención y hábitos saludables para una buena salud, tanto en su entorno laboral como familiar. Con lo cual tratan de ayudar a modificar la percepción negativa hacia la enfermedad y de las personas que lo padecen.

4.1.2 Opinión de los profesionales de la ESPCT sobre la percepción que tienen las personas afectadas por Tuberculosis sobre la enfermedad

Todos los entrevistados coinciden en que ninguna persona está libre de contagiarse de tuberculosis, debido a la falta de cuidado en su estado de salud físico y la desinformación existente en torno a las formas de contagio.

Consideran que, por lo general, cuando se confirma el diagnóstico positivo hacia la enfermedad, las personas afectadas por TB inician un cuadro de depresión que muchas veces los aísla de su entorno, afecta su estado de ánimo y la motivación que se requiere para lograr su recuperación a través de los tratamientos prescritos.

“Bueno, cuando una persona se entera de la enfermedad entra en un problema de depresión y el paciente se va a sentir socialmente afectado, porque la discriminación empieza desde el hogar, en su entorno familiar, a lo cual siguen los compañeros de trabajo y la sociedad en general. En el ámbito laboral, cuando las empresas se enteran,

los despiden, lo que trae consigo una serie de problemas familiares, sociales y económicos” (Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

A lo anteriormente mencionado se suma los contactos iniciales establecidos entre el paciente y el personal de salud, que buscan crear espacios para una relación interpersonal en la que se fortalezca la confianza, empatía y motivación para que la persona afectada por tuberculosis comprenda que, cumpliendo las indicaciones de los profesionales de salud, es posible recuperarse. Esto se convierte, finalmente, en un impulso en la lucha contra la enfermedad.

“En dos bloques le diré: por un lado, pienso que las personas que están en tratamiento de tuberculosis se preparan para la vida con mayor firmeza, con mayor convicción.”
(Entrevista al Lic. Gaby Evelin Alvarez Mantari, 2019)

Respecto a los temores que siente la persona afectada por tuberculosis una vez confirmado su diagnóstico, los entrevistados coinciden que la mayoría tiene el temor hacia el rechazo y/o habladurías; por lo cual evitan involucrar a su entorno –familiares cercanos-. Lo cual dificulta el procedimiento que debe seguir el equipo de la ESPCT para prevenir la propagación de la enfermedad en la comunidad donde este habita y la adopción de nuevas conductas y prácticas saludables del mismo. Con lo cual podemos afirmar que el propio paciente, en algunas ocasiones es reincidente o viene de una familia donde ya existió un miembro que padeció la enfermedad; y que por estos temores generó el factor de riesgo. La cual se pudo evitar con una información adecuada y propicia en el momento.

“Ya cuando uno ha salido conoce a la gente, porque en cada familia que nosotros vamos ya ha habido antecedentes, y yo pienso que esa gente no se responsabiliza de enfermarse o no enfermarse, viven asilados, no están ventilados, pero ahí siguen, son gente conformista, que, a pesar de saber de los riesgos, no se esfuerzan por mejorar su calidad de vida.” (Entrevista al Lic. José Vásquez Santa Cruz, 2019)

También coinciden los entrevistados que este temor a la estigmatización y/o habladurías en el entorno del paciente por parte de sus familiares, se da por la desinformación de la población. Y al poco interés hacia la prevención de la enfermedad, a pesar de los esfuerzos de sensibilización e información que se realizan, tanto en el centro de salud, como en la comunidad (Barrios Altos).

“Todavía existe mucha desinformación respecto a la enfermedad, pero con el transcurso del tiempo el rechazo de la gente ha disminuido, a pesar de que la actitud de los familiares y/o contactos por lo general se mantiene”. (Entrevista al Lic. Gaby Evelin Alvarez Mantari, 2019)

“Me parece que sí ha habido alguna mejoría, no se nota porque igual la comunidad sigue rechazando a la persona con tuberculosis y a pesar de esto no toman precauciones para evitar el contagio, no está informada, no se ha hecho una adecuada difusión, porque a las personas tampoco les interesa informarse más respecto a su salud. Cuando se enteran que una persona está afectada por TB, lo aíslan, pero cuando están con tos, la gente no se preocupa”. (Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

Es importante recordar que las personas afectadas por tuberculosis, son en su mayoría, una población que trabaja de manera independiente (ambulantes, comerciantes, vendedores, etc.) y consideran que, al aparentar un buen estado de salud, no serán propensos a contraer la enfermedad. Para estos casos es de suma importancia que el equipo de la ESPCT, a través de las visitas casa por casa, realice evaluaciones a los familiares de las personas afectadas por tuberculosis con diagnóstico positivo a fin de tomar acciones al respecto y evitar la propagación de la enfermedad en la comunidad.

4.1.3 De las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas por la ESPCT

Respecto al abordaje que le da el equipo de la ESPCT a la Comunicación en la salud se ha deducido que este debe desarrollar planes para promover conocimientos, actitudes y prácticas/habilidades, que permitirán nuevas conductas en la población, aptos para mejorar sus condiciones de vida, volviéndolas saludables. Los entrevistados coinciden en que dichos procesos están en avance, ya que parte de sus labores como equipo de la ESPCT no solo implica la atención ambulatoria a las personas afectadas por tuberculosis, sino también la prevención y promoción respecto a la tuberculosis en toda la comunidad.

En esta línea se identificaron algunas actividades realizadas anualmente por el equipo, que generan impacto, tanto dentro del centro de salud –con las personas afectadas por TB– como a nivel extramural (hacia la comunidad de Barrios Altos). Para fortalecer estas y más acciones, el equipo de la ESPCT ha ido generando alianzas estratégicas con otros sectores del Estado de la zona de Lima Cercado –Barrios Altos, con el objetivo de implementar de manera efectiva estas acciones de promoción de la salud y promover el abordaje de los determinantes de la salud y estilos de vida saludable. Las actividades ejecutadas van en torno a la abogacía, comunicación y movilización social enfocadas en la TB como enfermedad y problema de salud público.

Sobre lo mencionado anteriormente, los entrevistados coinciden en que una de las actividades de mayor impacto reportada en la estrategia nacional, son las campañas anuales realizadas en el Día Mundial de Lucha Contra la Tuberculosis, que se conmemora el 24 de marzo. En esta fecha se desarrollan acciones articuladas con otros sectores e instituciones como municipios, hospitales de la zona, instituciones educativas públicas, entre otras. Dichas alianzas estratégicas permiten un mayor impacto de estas actividades en la comunidad, así como un resultado más eficiente de difusión masiva del mensaje dentro de la zona de Cercado de Lima.

“Bueno, por el día mundial de la TB se hace la difusión a nivel general, multisectorial, hacemos un pasacalle, conjuntamente con la maternidad, la Municipalidad de Lima y otros establecimientos para difundir esas campañas. Conjuntamente con la municipalidad al año, cada dos o tres meses se hacen ferias informativas sobre el TBC”. (Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

A pesar de la limitación de recursos económicos que tiene la ESPCT del centro de salud, siempre proyectan ejecutar actividades propias que sumen a estas iniciativas de mayor alcance, con miras a sumar y fortalecer los efectos de la estrategia nacional (que solo se realiza una vez al año).

En cuanto a las actividades realizadas dentro del centro de salud y dirigidas a las personas afectadas por tuberculosis, se programa una ejecución mensual de acciones que buscan promover cambios de comportamiento y prácticas a favor de la mejora de su salud y recuperación. Entre ellas destacan las sesiones educativas o sesiones de terapias grupales, realizadas por las áreas de Psicología y Nutrición, a través de las cuales sensibilizan, informan y educan a los pacientes afectados por TB.

“El año pasado era más las sesiones educativas. En la época que se repartía la canasta ahí no faltaba nadie, entonces ahí ayudábamos, dábamos sesiones educativas, el médico, psicólogo, doctor, nutricionista, enfermera. Actualmente hacemos sesiones educativas pero un poco menos, salvo el día de la madre, había dos grupos que le dimos pautas y recomendaciones, pero sí hay actividades que realiza estrategia en la cual convoca a pacientes. Ahí aprovechamos para dar sesiones educativas.” (Entrevista al Lic. José Vásquez Santa Cruz, 2019)

“Las actividades se realizan mensual o bimensual; aparte sesiones educativas a la semana dos veces afuera en sala de espera del centro de salud con las personas que están

esperando atención, y ahí se les recomienda que hagan sus chequeos, se les indica que a cualquier síntoma de TBC acudan al servicio a descartar”. (Entrevista al Lic. Gaby Evelin Alvarez Mantari, 2019)

En estos espacios, el objetivo es trabajar de manera grupal con las personas afectadas por tuberculosis, buscando persuadir para la adopción de nuevas conductas y cambio de actitud; que permitan una mejora sustancial en la calidad de vida durante su proceso de tratamiento.

4.1.4 Participación de las personas afectadas por Tuberculosis en las intervenciones educativo-comunicacionales diseñadas y ejecutadas por la ESPCT

Se evidenció que no todas las personas afectadas por tuberculosis han participado en alguna acción educativo-comunicacional -dígase una consejería, sesión educativa o taller- debido a que, un punto de selección que utiliza el equipo de la ESPCT para invitarlos a participar en dichas acciones es ser un paciente que no sea constante con su tratamiento o sea poco comprometido en su proceso de recuperación.

El factor de selección poco impreciso por parte del equipo de la ESPCT, pues no considerar que estos espacios de sensibilización, información y/o educación podrían ayudar, también, ayudarían a reforzar el conocimiento sobre la enfermedad y su proceso de recuperación, la adopción de prácticas saludables, y disipar dudas que no puedan ser resueltas en el corto tiempo de atención que tienen con alguno de los especialistas de la ESPCT. Lo cual también podría servir para realizar el efecto multiplicador no solo entre sus pares sino en su entorno.

“No me lo han sugerido, muy aparte eso, como le digo, yo he sido puntual en mis tratamientos, no he tenido ninguna falta, mi control lo he estado llevando bien, lo que sí hacia mensualmente eran mis pruebas”. (Sr. D.V.N, 30 años, 2019)

En la misma línea y refiriéndose a las acciones educativo–comunicacionales extramurales en la comunidad -como es el caso de campañas para la prevención de la tuberculosis-, los participantes del grupo focal indicaron no conocer dichas acciones ni las fechas en que son realizadas.

“Que se brinde la orientación a las personas afectadas, informarles cómo se maneja y controla la enfermedad promovería mejores actitudes y conductas en la sociedad al encontrarse con personas con esta enfermedad. Evitaría la discriminación. No hay información sobre la enfermedad, si uno no cae no sabe, si yo no caía no hubiera sabido de esto”. (Sr. C.S.P., 26 años, 2019)

Algunos de los participantes han referido haber asistido a alguna campaña que se ha realizado en las plazas principales de Barrios Altos, donde han podido apreciar el desinterés de la población hacia el tema y la poca afluencia de personas en los stands informativos.

“Cuando vi en la Plaza Italia el stand, la gente decía: “si no estoy enfermo para qué voy”, manifestando que si no tienen tos, no tienen nada, pero todos tenemos la enfermedad, el microbio lo tenemos dentro. No falta que tú hagas desbande, te aparece de la nada, ellos a mi parecer se hacen los desentendidos.” (Sr. D.V.N, 30 años, 2019)

4.1.5 Del área donde se desarrollan las atenciones a las personas afectadas por tuberculosis

En cuanto a los espacios de interacción del equipo de la ESPCT y las personas afectadas por tuberculosis, se observó que el área de atención de la ESPCT, es un espacio diferenciado, en el que las personas afectadas por tuberculosis, acuden a recibir atención médica y recoger sus medicamentos para su tratamiento, así como –según la frecuencia establecida por el

establecimiento– el recojo de bolsas de víveres de apoyo social, talleres y/o sesiones educativas relacionadas con la tuberculosis.

Se debe mencionar que el área en la que desarrollan actividades diarias el equipo de la ESPCT, se encuentra aislada de los demás servicios del centro de salud. Esta es un espacio diferenciado para la atención de pacientes afectados por tuberculosis.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; la flecha nos indica la ubicación del área destinada para la ESPCT, dentro del área total del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos.

Desde que se ingresa al espacio se puede percibir un lugar con poca iluminación y falta de mantenimiento –paredes, puertas y ventanas en mal estado–, lo que le da una apariencia tétrica y que puede desmotivar al paciente que tendrá que continuar asistiendo hasta culminar su tratamiento (no suma visualmente). A esto se suma la precariedad del mobiliario utilizado, lo estrecho del espacio de los consultorios (espacios de atención), en los que lo más rescatable es la óptima ventilación que poseen, elemento esencial de bioseguridad para atenciones de este tipo.

Cada especialista del área de la ESPCT cuenta con consultorios personales para sus actividades diarias, pero estas presentan deficiencias en cuanto a la privacidad, acondicionamiento físico y estructural.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; observamos las paredes de ingreso al área de ESPCT así como algunas paredes de la Sala de Espera, con recursos comunicacionales diseñados por el equipo técnico.

En algunos casos los consultorios son compartidos y no cuentan con la privacidad requerida, sobre todo para la atención de los pacientes afectados por tuberculosis. Esto se observó en los casos de atención de las especialidades de Psicología y Nutrición, así como en la de los médicos neumólogos, que, peor aún, se ven obligados a compartir espacios de trabajo en almacenes de documentación, con lavatorios o mucha cercanía a servicios higiénicos.



Fotografía tomada por la autora el 15/05/19; observamos los consultorios de atención de algunos miembros del Equipo de la ESPCT (área de nutrición y área de enfermería).

4.1.6 La comunicación desde el equipo de la ESPCT en el desarrollo en sus estrategias

Si bien los entrevistados coinciden en que se debe dar mayor importancia a la comunicación en el desarrollo del diseño de las estrategias de intervención para las personas afectadas por tuberculosis, la realidad de la labor asistencial en el área es completamente diferente, ya que diariamente se saturan de formatos de protocolo, informes de atención y demás documentos que les restan tiempo de valor que podría ser invertido en realizar acciones más estratégicas, enfocadas en promover el cambio de conductas y hábitos de las personas afectadas por tuberculosis.

En relación a la atención que brindan a las personas afectadas por tuberculosis, los entrevistados consideran que una parte fundamental del proceso es el tiempo a dedicar, ya que cada paciente es un caso diferente y en algunos casos deben tomarse el mayor tiempo posible para dejar en claro todos los puntos del proceso que iniciarán a través del tratamiento. Para lograr esto es necesario establecer, fomentar y crear un espacio de confianza y empatía en el que ambas partes —“paciente – personal de salud”— puedan llegar a un mismo objetivo, informando de manera

efectiva sobre la tuberculosis, por qué fue causada, cómo será el proceso de tratamiento y qué exámenes deberá iniciar para ello.

“Porque una persona afectada por TB tiene que estar bien informado de todo lo que implica, no solo qué significa el miedo de saber el pronóstico. Todo eso demanda un tiempo. Lo que demora más es el ingreso de un nuevo paciente, quien, generalmente, viene con toda la carga emocional, tiene que recibir ayuda. En promedio de una hora lo atendemos.” (Entrevista a la Lic. Gaby Evelin Alvarez Mantari, 2019)

Como se evidencia, los hallazgos obtenidos del grupo focal con personas afectadas por tuberculosis son reforzados en el proceso de observación participante que se realizó en el área de ESPCT, donde pudimos observar en las fechas antes citadas la presencia de un promedio de 5 a 10 personas afectadas por TB para atención. Los espacios que transitan son las dos salas de espera en las que interactúan con los especialistas del equipo de la ESPCT.

En una de las salas, las personas afectadas por TB reciben su medicación. Las normas dentro de este espacio ya están sobreentendidas y son eficientemente seguidas, pues cada asistente espera su turno para recibir la medicación entregada por parte de la técnica de Enfermería a cargo. Seguidamente cada paciente toma asiento en las bancas de espera para iniciar la toma de medicamentos.



Fotografía tomada por la autora el 16/05/19; personas afectadas por tuberculosis en la sala de espera para recojo de sus medicinas, con el uso de tapa bocas en algunos casos.

La técnica de observación evidenció que durante el proceso de toma de medicamentos no se genera mayor interacción entre las personas afectadas por tuberculosis ni espacios de diálogo. Cada quien acude únicamente a solicitar su tratamiento, consumen la medicina que corresponde tomar y se retiran, sin establecer acercamiento con sus pares.

En cuanto a la etapa de ejecución del modelo de comunicación en salud propuesto por la OPS, no se está cubriendo de manera acorde a las necesidades de los receptores de mensaje, debido a que los pacientes son personas aisladas en su propio proceso, no muestran curiosidad por interactuar con su par o entorno a menos que alguno de los especialistas se acerque a ellos para entablar una conversación corta, relacionada, generalmente, con las acciones de coordinación de citas y/o seguimiento de sus tratamientos.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; zona de toma de muestra de esputo e ingreso a otros consultorios de atención a pacientes de la ESPCT, con recursos comunicacionales rediseñados por el equipo técnico.

En el segundo espacio, en el que se encuentra la Unidad de Recolección de Muestra y los consultorios de los médicos neumólogos, se evidenció una situación similar a la del espacio descrito anteriormente. Este es un espacio visitado por los pacientes para dejar las muestras de esputo; es poco cálido y cerrado, y no muy utilizado por el aspecto que tiene y la falta de mantenimiento del techo.

Las pocas personas afectadas por tuberculosis observadas en este espacio no tuvieron mayor interacción entre ellos. Es evidente que evitan tener un contacto con otras personas, así sean sus pares.

A pesar de ser un recurso de bioseguridad necesario, el uso de mascarillas en los pacientes afectados por tuberculosis se convierte en una barrera de comunicación para el contacto fluido entre pares, no solo por la dificultad para establecer diálogo, sino, además, por la connotación inherente que posee de ser un elemento que señala peligro y prevención. Esto condiciona el contacto entre personas, generando alejamiento.

4.2 Percepción de las personas afectadas por Tuberculosis sobre los recursos comunicacionales

Al realizar la observación participante se pudo apreciar la ambientación del área donde se desarrollan las actividades de la ESPCT.

Considerando los canales y materiales de comunicación propuestos por la segunda etapa del proceso de comunicación de la OPS parecen poco efectivos, y se pudo observar el uso de diferentes recursos educativo-comunicacionales colocados en las paredes de cada consultorio y espacio de atención y/o espera.

Muchos de estos recursos educativo-comunicacionales son elaborados por el propio equipo de la ESPCT para difundir un mensaje sobre la tuberculosis hacia las personas afectadas por la enfermedad. Sin embargo, estos materiales no cumplen un objetivo claro en este proceso de difusión, pues, siendo que no son parte de una estrategia de comunicación, no están contruidos y enfocados en sensibilizar, informar o educar, sino que pueden hasta generar una mayor confusión en el público que los lee.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; observamos las paredes del área de ESPCT, con recursos comunicacionales diseñados por el equipo técnico.

En esta misma línea se evidenciaron otro tipo de materiales, también ubicados en murales y paredes, que solo recargan de información, como los avisos sobre la atención, citaciones y listados. Estos utilizan la misma tipografía e iconografía que los materiales educativo-comunicacionales elaborados por el propio equipo de la ESPCT, hecho que genera un daño a la estrategia comunicacional oficial ya que no hace más que generar confusión en el público. La saturación de mensajes no genera más que desinformación y, en muchos casos, confusión y desinterés.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; observamos las paredes de consultorios donde realiza la atención a pacientes de la ESPCT, con recursos comunicacionales diseñados por el equipo técnico.

Se debe considerar también la ubicación poco estratégica de los recursos educativos-comunicacionales. Ya que se colocan como elementos decorativos de los ambientes, más no enfocados en ser guías informativas y educativas para los pacientes.

Siendo así, no apuntan al objetivo principal de los recursos que es el apoyar la recordación de mensajes para un cambio de conducta positiva de los sujetos que, a diario, transitan por el área. La falta de orden y construcción de los contextos deja sin efecto su difusión, con lo cual se evidencia la necesidad de contar con un plan de comunicación que ayude a establecer prioridades que impacten a las personas afectadas por tuberculosis.

Con respecto a las actividades extramurales¹¹ se pudo observar una actividad programada con fecha 03 de junio de 2019, verificando en dicha observación, si estas logran generar algún cambio de percepción sobre las personas y la adopción de nuevos estilos de comportamiento en salud desde un punto de vista integral.

El primer lunes de cada mes, los especialistas de la ESPCT se apersonan a la sala de espera del centro de salud al que a diario acuden los pobladores de Barrios Altos que esperan la atención ambulatoria de las diversas especialidades que brinda el establecimiento.

Estas sesiones educativas se evaluaron en el marco de lo establecido por la OPS respecto al tratamiento de los Modelos de Comportamientos a Nivel Comunitario, los cuales ayudan a comprender cómo funcionan y cambian los sistemas sociales y cómo pueden activarse las comunidades.

Las sesiones educativas que se realizan en esos días aprovechan esta importante congregación de personas. En la observada, participaron el psicólogo y la nutricionista del equipo de la ESPCT, quienes de manera oral, y apoyados por un pequeño rotafolio, iniciaron la sesión, explicando la importancia del cuidado y prevención de diversas enfermedades, para luego abordar, de manera clara y directa, la problemática de la tuberculosis. Sobre este tema inciden en la importancia de los signos de alerta y las formas de descarte, además de explicar cómo se desarrollan los tratamientos y los procesos de recuperación, gracias a la constancia en ellos.

¹¹ En un contexto de salud, extramural se refiere a actividades fuera, pero bajo la normativa que rige el trabajo del Centro de Salud.



Fotografía tomada por la autora el 03/06/19; exposición del Psicólogo de la ESPCT en la sala de espera del Centro de Salud, parte de las actividades extramurales programada mensualmente.

Se observó que la nutricionista se apoyó, de manera gráfica, con un rotafolio pequeño, tamaño A4, de poca visibilidad para los participantes. Además, la sala de espera en la que estaban congregados se encontraba a la intemperie, hecho que dificultaba aún más la comunicación y atención de los espectadores por el ruido y bulla circundante. Esto, en definitiva, merma la estrategia de comunicación, transmisión y recepción del mensaje.



Fotografía tomada por la autora el 03/06/19; exposición de la Nutricionista de la ESPCT en la sala de espera del Centro de Salud, parte de las actividades extramurales programada mensualmente.

La sesión educativa tuvo una duración de entre 20 y 25 minutos. Al finalizarla, el personal de la ESPCT entregó trípticos informativos que refuerzan a la información brindada, pero no se abrió un espacio, en vivo, para que los asistentes pudieran realizar y plantear interrogantes y consultas a los especialistas. Esto no permite medir ni evaluar la claridad en la recepción y comprensión del mensaje compartido.



Fotografía tomada por la autora el 03/06/19; el Psicólogo de la ESPCT hace entrega de dípticos informativos a los asistentes a la charla educativa sobre tuberculosis.

Tal como se evidencio en la fase de observación, en la entrevista se encuentra gran valor al uso de diversos recursos educativo–comunicacionales para la atención de las personas afectadas por tuberculosis. El principal es el rotafolio, a través del cual se difunden los primeros mensajes sobre la tuberculosis, las causas del contagio, cómo funciona el proceso de la enfermedad y respectivo tratamiento, así como los nuevos hábitos que deberán incluir en sus rutinas para tener un tratamiento efectivo.

“Hay rotafolios utilizados por el profesional que va al domicilio del paciente y lo aprovecha para darle la charla a todos, porque el paciente, cuando está en tratamiento, quiere decir que ha salido positivo que en ese momento se contagió, se infectó, pero los bacilos pueden permanecer en los pulmones un buen tiempo, entonces pueden enfermarse con tuberculosis a medio año, a un año, a dos años, mucho más tiempo y sin seguimiento. Son diagnosticados el paciente y la familia”. (Entrevista al Dr. José Zuñiga, 2019)

Otro recurso frecuentemente utilizado son los dípticos informativos, entregados siempre al finalizar la atención y cuyo objetivo es reforzar y recordar los mensajes brindados acerca de la enfermedad y su proceso, ya que se hace en un lenguaje de tono sencillo y gráfico para facilitar la comprensión y retención.

“Para entregar o para utilizar para una buena atención tenemos volantes y dípticos, que nos dan la estrategia, pero no cubren la expectativa. Cuando se va repartir en la charla nos faltan, claro, eso es gestión, gestionar materiales nada más, allá en la central debe haber un estado bueno” (Entrevista al Lic. José Vásquez Santa Cruz, 2019)

Todos los entrevistados coinciden en que los recursos educativo–comunicacionales que poseen en el área son insuficientes. Gracias a esto, cada cierto tiempo deben recurrir a la Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS Lima Centro para solicitar reabastecimiento del stock de materiales, los mismos que no satisfacen ni cubren las expectativas comunicacionales requeridas para los objetivos de sus acciones. Es por este motivo que, muchas veces, el equipo de la ESPCT se ve en la necesidad de elaborar sus propios materiales, los mismos que son expuestos y colocados en las paredes y/o biombos del área de atención, con la finalidad de que se mantengan visibles para el público y les faciliten la información y comprensión de los mensajes más relevantes en torno a la enfermedad y su tratamiento.

Continuando con lo referido a los recursos, los entrevistados coinciden que los recursos de tipo audiovisual tendrían mayor efectividad para lograr los objetivos de la estrategia. Mensajes difundidos a través de videos, spots publicitarios o cortometrajes sobre la enfermedad y casos de éxito, serían de mayor impacto, no solo en la persona afectada por TB, sino también en su entorno.

“A las personas se les entregan los volantes y los leen, se les pregunta y responden parcialmente, se lo llevan y a los que he preguntado sí responden. Pero nos faltaría tener audiovisuales, porque no contamos con eso, no hay audiovisuales, lo cual impacta más, prestan mayor atención.” (Entrevista al Lic. José Vásquez Santa Cruz, 2019)

En el mismo orden de ideas los participantes del grupo focal, manifestaron que la información acerca la enfermedad y el tratamiento fue, generalmente, brindada de por medios orales, con pocos recursos educativo-comunicacionales. Es decir, contaban con pocos elementos secundarios que les permitieran ser más explícitos en la explicación e información brindada. Solo en algunas oportunidades la información era complementada con un díptico o un folleto, en el que se presentaba información de refuerzo acerca de la enfermedad, confirmando así que la comunicación no logró ser persuasiva, lo cual hace más difícil la adopción de nuevas conductas por parte de las personas afectadas.

“Con una hoja presentada desde el lugar donde se encontraba la licenciada, no se visualizaba nada, solo logré entender que el tratamiento era muy costoso y comprar los medicamentos. También me dijo otras cosas más, pero mi mente estaba demasiado triste. Mi mente pensaba: “¿Por qué? ¿Cómo me había pasado esto?”. Me dijeron que acá iba a tener el tratamiento, que iba a comenzar inmediatamente y así fue. Luego lo que he encontrado fue unas buenas personas, en su manera de ser.” (Sr. J.C.C., 50 años, 2019)

4.2.1 Pertinencia de los recursos y credibilidad de la información

En cuanto a la información sobre la enfermedad y su recuperación, se recogió información diversa, pues no todos los participantes del grupo focal manifestaron tener el mismo nivel de conocimiento. Aún algunos continúan con dudas muy sencillas sobre las formas de contagio o sobre el uso de utensilios o las propias mascarillas de bioseguridad, a pesar de estar ya en tratamiento continuo durante 12 meses.

Los medios de transmisión del mensaje presentan deficiencias, lo que se traduce en falta de credibilidad y en la constante búsqueda otros canales de información por parte de las personas afectadas. Como se observa, estas dudas permanecen en ellos por diversas razones, siendo la principal el temor a hacer consultas adicionales a alguno de los especialistas del ESPCT. Manteniendo estas dudas solo optan por indagar a través de otros contactos, vías informales o internet, que es considerado, por ellos, como un medio de comunicación de mucha ayuda cuando no han podido resolver sus dudas o temores a través del especialista tratante.

“Entendí que, como punto número uno, la enfermedad se puede curar. Como punto número dos, tienes que comer bien, alimentarte bien, comiendo a tus horas, descansando tus horas; y como punto número tres, que los medicamentos sí dan resultado.” (Sr. C.S.P., 26 años, 2019)

“Lo que sé es que tengo que alimentarme a mis horas y era lo que no hacía. Entonces, si mis defensas bajan, me enfermo, ¿no? (...) Me da miedo señorita, un día viene una compañera de años con su hijito y yo ya estaba en el mes 12 del tratamiento, entonces ella me dice: “Ay, J.C., compra una coca cola y todo”. Yo puse mi vasito más acá y el niño, como había tomado su gaseosa, ha agarrado el mío y se lo tomó de lo que yo estaba tomando. Tuve miedo, me preocupé. Le cuento a la señorita Miriam y me dijo

que no había problema (...). Acá se dedican mucho al paciente, pero no dan tanta información” (Sr. J.C.C., 50 años, 2019).

Tal como lo establece la OPS, la verdadera base de la comunicación persuasiva se centra en el cumplimiento del proceso de comunicación bidireccional, con técnicas de motivación y, sobretodo, con la credibilidad del agente, algo que parece lejos de la realidad en la ESPCT de Barrios Altos, al considerar que en algunos casos el propio paciente no informó a su entorno (familiares cercanos) de su enfermedad y los llevó, con engaños, a realizarse los chequeos de descarte, mas no recibieron información clara acerca de la enfermedad, el proceso, tratamiento y recuperación.

“Algunos le toman más interés y otros no, los que están sanos para qué, ¿no? Si tienen síntomas de tos, así sea mínimo, tienen que ir al centro de salud.” (Sr. A.S.H., 63 años, 2019)

“Las personas también lo toman como algo ligero, no como algo serio. El consejo que le doy es que deben alimentarse bien para no ser afectados por la TBC. Yo de mi enfermedad he aprendido a alimentarme, así no tenga hambre tomar un buen desayuno, buen almuerzo y cena; es decir, comer cosas que me alimenten y nutran.” (Sra. J.E., 49 años, 2019)

En esta parte de la investigación se evidenció la falta de compromiso de las personas afectadas por tuberculosis con las actividades educativo-comunicacionales emprendidas por el equipo del ESPCT. Estas mantienen el conocimiento equivocado de que solo alimentándose bien no serán reincidentes de la enfermedad. Lo cual hace percibir, la desinformación que los entrevistados aún tiene considerando el tiempo de tratamiento que reciben – 6 a 12 meses- y su próxima alta si son constantes con todo el proceso de tratamiento.

4.3 Valoración de las personas afectadas por Tuberculosis sobre la interacción y/o trato del equipo médico de la ESPCT

4.3.1 Prácticas y hábitos del equipo de profesionales de la ESPCT

Debemos considerar que ninguno de los entrevistados manifestó una motivación especial por el trabajo con la temática de la tuberculosis, la calificaron como una labor propia de imposición laboral con la que tuvieron primer contacto, como profesionales, cuando fueron seruministas e internos en los establecimientos de salud. Fue ahí que nació la motivación de continuar su trabajo en dicha temática y, a la fecha, formar parte del equipo multidisciplinario que trabaja en el área de la ESPCT.

“En un principio, como a todo médico, lo mandan a Tuberculosis, pero en ese tiempo se llamaba Programa de Control de Tuberculosis. A mí me gusta más el nombre de Programa de Control de Tuberculosis, eso de “estrategia” es un nombre muy rimbombante, palabras que hacen modificaciones, pero a mí me parece que Programa de Control dice todo...” (Entrevista al Dr. José Zúñiga, 2019)

Cabe mencionar que las labores del equipo del área de la ESPCT, a personas afectadas por tuberculosis, inician a las 8 a. m. Aquí se apersonan — a diario y de lunes a sábado — pacientes a recoger la medicación acorde al esquema de tratamiento que reciben. El flujo de personas en la sala de espera oscila entre 3 a 5, que son atendidas de manera directa por la técnica de Enfermería; quien es la encargada de la entrega. La estadía de los pacientes en esta sala es de 10 minutos, aproximadamente, tiempo en el que ya consumieron sus medicamentos y pueden retirarse a continuar con sus actividades diarias.

Algunas de las personas afectadas por tuberculosis suelen quedarse en la sala, luego de la toma de medicinas, a la espera de ser atendidos en algún otro servicio integral como Psicología, Nutrición, Enfermería o Medicina.

La espera para la atención es acorde al orden de llegada y el tiempo que toma cada turno depende la relevancia de cada caso personal. Por ejemplo, no es lo mismo atender por primera vez a una persona con diagnóstico positivo confirmado de tuberculosis que a una que ya está finalizando el tratamiento, ya que en el primer caso la consulta puede extenderse por el lapso de hasta 1 hora y media. Por esto, la atención brindada por los especialistas de salud se ajusta a la complejidad de cada proceso personal, buscando siempre dar el espacio necesario para poder cumplir el objetivo una atención de calidad.

A fin de evaluar si se cumple con el proceso de comunicación en salud propuestos por la OPS, que involucra seis ejes como principales, se desarrolló una evaluación cualitativa al equipo de la ESPCT, el cual está conformado por médicos neumólogos, enfermeras, técnicas en enfermería, psicólogo, nutricionista y asistente social, y son quienes comprenden más de cerca las necesidades y conocen las percepciones que se forman las personas afectadas por TB, debido al contacto diario y personalizado con estos.

En las atenciones prestadas de lunes a sábado, el personal utiliza vestimenta acorde a su cargo. Se observa que los médicos neumólogos se distinguen por utilizar guardapolvos o sacos blancos; las enfermeras, uniformes celestes, al igual que las técnicas de enfermería; y el psicólogo, nutricionista y asistente social se identifican y diferencian por el uso de chalecos distintivos de la ESPCT. Todo esto marca una diferenciación de las especialidades y genera facilidad de reconocimiento de cada miembro del equipo, sobre todo en función al desempeño de las tareas diarias.

A esto se le suma la obligatoriedad de uso de elementos de bioseguridad como mascarillas para la atención de pacientes, ventilación completa en los consultorios, guardapolvo y uso de guantes, en caso sea necesario la manipulación biológica. Esta obligatoriedad es indicada por la Norma Técnica, debido a que en el trabajo diario de atención el equipo de la ESPCT al tener contacto directo con pacientes diagnosticados con tuberculosis corre riesgo del contagio.



Fotografía tomada por la autora el 13/05/19; área del ESPCT dispensario de medicinas, Técnica de Enfermería entregando el tratamiento a paciente.

Pero, como se ha podido observar, el uso de estos implementos, por parte de los miembros del equipo de ESPCT, no es constante; ya que muchos de estos manifiestan sentirse incómodos con el uso de las mascarillas, a las que también les adjudican una barrera para comunicarse verbalmente con los pacientes a los que atienden. Convirtiéndose en un obstáculo para una comunicación eficaz, ya que, al ser estas de material grueso, los obliga a alzar la voz para comunicarse con sus atendidos, lo que a veces se confunde con gritos y/o maltratos.

4.3.2 Relación del equipo médico con la persona afectada por tuberculosis

En el proceso de observación también se percibió que el trato que reciben los pacientes afectados por tuberculosis es personalizado, dedicado y calmado; muchas veces dado fuera de los consultorios, en pequeños espacios que los especialistas consideran más íntimos para reforzar mensajes que motiven la constancia en el tratamiento y reconocimiento en la mejora de su salud y de sus logros, sobre todo en aquellos que ya están culminando el proceso (luego de 18 meses en muchos casos).

Estos espacios informales son los más valiosos pues, al ir más allá de un espacio formal planificado y con una estructura a seguir, permiten, no solo reforzar mensajes básicos sobre la enfermedad, sino también construir un espacio de diálogo en el que el emisor (personal de salud) logra entablar una relación funcional de carácter interpersonal que colabora sustancialmente con el logro de los objetivos para el cambio de comportamiento de los pacientes afectados por tuberculosis.



Fotografía tomada por la autora el 14/05/19; área del ESPCT dispensario de medicinas, observamos la interacción de parte de la Enfermera y el Psicólogo del área con pacientes que recogen su tratamiento diario

El grupo focal permitió comprobar que las personas afectadas por tuberculosis coincidieron en que establecer una relación interpersonal entre “paciente – personal de salud” los ayudó mucho en el proceso inicial de aceptación de su enfermedad y motivación para someterse al tratamiento y curarse.

“Me apoyó bastante moralmente. Con la licenciada Gaby y la licenciada Miriam, en los primeros días, fue con ellas que choqué más de aquí y con una psicóloga que no está más, Rosita. Ellas me comenzaron a hablar, me decían “no te preocupes” y me hablaban bastante. Todo era a nivel moral, me hablaban, me enseñaron una foto, solamente he visto los afiches que hay acá. Me conversaban sobre las características enfermedad, todo me lo explicaban y así poco a poco fui entendiendo.” (Sra. J.E, 49 años, 2019)

4.3.3 Efectos del área donde se desarrollan de las atenciones de la ESPCT sobre la calidad de las mismas

Otro factor sustancial y que suma al bajo impacto de la estrategia de intervención que ejecuta el equipo de especialistas es el no tener espacios adecuados para la atención e interacción con las personas afectadas por tuberculosis. Los pacientes manifiestan que, en efecto, la atención que les brinda el personal de salud es de muy buena calidad, se sienten comprendidos y escuchados, pero el espacio físico (área de la ESPCT) —las paredes, mobiliario, ventanas, entre otros— por su estado y apariencia (están despintados y deteriorados) les genera desmotivación y les hacen percibir frialdad.

“A pesar de estar lamentablemente en esta área que pareciera está por caerse, el ambiente que tenemos es grande y ventilado, pero toda la calidad de la atención se ve afectada por el entorno. Ese es un punto que nos juega en contra, los pacientes nos dicen: “vengo y me deprimó más, ustedes me atienden bien pero este ambiente me

deprime”. Si tú ves afuera está mejor, no quieren tocar la pared, el ambiente es tétrico. Yo también la primera vez cuando ingresé acá lo vi todo feo. Debe haber una mejor imagen, mejor limpieza y me parece que eso nos juega en contra a nosotros.” (Entrevista al Lic. José Vásquez Santa Cruz, 2019)

4.4 Del proceso de comunicación en salud propuesto por la OPS

En lo referente al marco estratégico de la OMS para las comunicaciones eficaces, que busca mejorar la capacidad y la integración de los canales de comunicación existentes entre los espacios de atención y las personas afectadas por tuberculosis, para el caso de esta investigación, se advierte que la información es accesible, a pesar de la calidad de la misma, pareciera ser poco creíble y fiable para los receptores del mensaje, debido a que las personas afectadas en oportunidades buscan otros medios de información, la cual puede ser obtenida a destiempo y con dificultad para ser entendida.

Se observan deficiencias en las estrategias comunicacionales emprendidas desde la ESPCT de Barrios Altos, evidenciándose la poca persuasión que se logra hacia las personas afectadas por tuberculosis, con los mensajes que se transmiten, al considerar que las actitudes de estos hacia la enfermedad y el proceso de su recuperación sigue siendo negativa y en algunos casos fatalistas, y en los casos de aquellos que son constantes en su tratamiento, no lo acompañan con la adopción de nuevos estilos de vida como muestra de una salud en positivo, más allá de los esfuerzos realizado por el personal médico.

Lo anterior confirma la hipótesis que impulsaron el desarrollo de la presente investigación, debido a que los resultados obtenidos muestran que las intervenciones educativo-comunicacionales que se realizan en el marco de la ESPCT del Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos, no generan fidelidad con el cumplimiento del tratamiento en el tiempo

y no motivan los cambios de comportamientos/hábitos que deberían asumir para lograr la prevención y control de la enfermedad, debido a que la percepción negativa existente sobre la enfermedad no ha sido mejorada desde la ESPCT.

Tomando en cuenta el proceso de comunicación en salud propuesto por la OPS, en lo que refiere a la fase 1, que cubre la planificación y selección de estrategias, es la que está más olvidada, y por ende todo el proceso presenta falencias, debido a que no existe un programa donde este estructurada la estrategia a seguir. En cuanto a la fase 2, selección de canales y materiales, solo cuentan con los materiales prácticamente improvisados por el equipo de la estrategia y los canales e infraestructura del lugar no son los más adecuados, lo que imposibilita el desarrollo de la fase 3, que busca la elaboración de mensajes, materiales y pruebas preliminares.

La fase 4, ejecución, presenta falencias de contenido, debido a que las pocas actividades desarrolladas por la ESPCT, se realizan sin articulación entre los especialistas que laboran en ella, lo que muestra descoordinación. En este mismo orden de bajo cumplimiento del proceso se muestra la fase 5, evaluación de la efectividad y la eficiencia, lo que imposibilita el desarrollo de la fase 6, que invita a hacer una retroalimentación del proceso.

Por otra parte, el equipo de la ESPCT de Barrios Altos, señala que al apoyo por parte del estado, es prácticamente nulo y los recursos físicos y financieros asignados, son insuficientes para el diseño y planificación de un estrategia de Comunicación en Salud que siga los parámetros señalados por la Organización Panamericana de Salud, a fin de reducir el número de personas afectadas por Tuberculosis en la localidad.

CONCLUSIONES

A continuación paso a desarrollar algunas conclusiones que se desprenden del trabajo de campo desarrollado para la investigación:

1. La valoración registrada por las personas afectadas por tuberculosis sobre las actividades realizadas por la ESPCT, tal como están diseñadas, no impulsa cambios de actitudes y hábitos, a través de la adopción de nuevas conductas en torno a la problemática de la tuberculosis en la zona. No se elaboran ni implementan planes de comunicación, acorde a la población objetivo, que permitan abordar los miedos de las personas afectadas, así como romper el estigma que permita promover nuevos estilos de vida saludable para combatir la enfermedad y garantiza éxito con el tratamiento.
2. En cuanto a la infraestructura y ambientación del lugar, no existen las condiciones mínimas requeridas para crear un ambiente físico en el que los procesos comunicacionales puedan ser activados, de modo que las personas afectadas por tuberculosis logren tener una buena percepción partiendo de los mensajes transmitidos a través de los recursos visuales expuestos en el área de ESPCT.
3. Se evidencia la falta de un programa de Comunicación en Salud en el área de la ESPCT, que considere como pilar fundamental a la persona afectada por tuberculosis, y les permita un cambio de percepción al momento de realizar las atenciones, donde se les brinde la información que requieren en función de sus necesidades reales. Por esto, se continúa exponiendo a que las personas reciban mensajes, sin antes evaluar si estos captan su interés, los motivan o si lo comprendieron de manera efectiva.
4. La valoración de la persona afectada con tuberculosis sobre la enfermedad y su cura es influenciada con mayor determinación en la fase de diagnóstico e inicio del tratamiento, sin embargo, se evidenció que el uso de recursos educativo–comunicacionales en la

fase inicial del proceso de comunicación es omitido por parte del equipo técnico de la ESPCT, dejando esta acción en un segundo plano, apoyándose en la entrega de dípticos informativos como una acción de apoyo durante la atención ambulatoria.

5. Queda en evidencia la necesidad de desarrollar y ejecutar acciones comunicacionales de mayor impacto, de forma constante, que permitan una percepción positiva de las personas afectadas por tuberculosis, a fin de sensibilizar e informar para generar mejores actitudes en las mismas con respecto a la enfermedad y en tratamiento. Sin duda, es mucho lo aún pendiente por hacer y trabajar —a nivel de comunicación e información— para modificar las conductas negativas que presentan las personas afectadas en torno a la importancia de los hábitos que deben sostener, para su mejoría, tanto en el hogar como en la calle.
6. A pesar de que el equipo técnico de la ESPCT considera que se generan espacios de confianza, motivación y seguridad en la relación con las personas afectadas por tuberculosis -sobre todo durante la etapa inicial del diagnóstico de la enfermedad-, también reconocen que estas no se hacen sostenibles en el tiempo ya que no han generado cambios en la percepción que presentan las personas afectadas sobre la enfermedad y la valoración que tienen sobre el tratamiento, hecho que conlleva al abandono -por parte del paciente- del tratamiento indicado, ya que no cambian de actitudes y hábitos. Esto, sin duda, figura como un fracaso para la estrategia, evidenciando de manera más clara la necesidad de ejecutar un programa integral de Comunicación en salud.
7. Los primeros contactos entre “paciente – equipo médico” se basan en el diálogo: el emisor brinda mensajes claves sobre la enfermedad y el receptor capta y repregunta. Estas acciones son insuficientes desde un inicio, ya que sin un acompañamiento integral

de la información transmitida, el efecto sobre el cambio de actitudes y hábitos de la persona es muy bajo o nulo.

8. Para mejorar la valoración y percepción de las personas afectadas por tuberculosis sobre la enfermedad y el tratamiento, está pendiente la incorporación de muchas acciones educativo-comunicacionales, no solo desde el ámbito de la planificación y creación de estrategias de comunicación, sino desde el entendido que es un trabajo multisectorial, que permita mayor impacto de los mensajes comunicacionales en las personas para que los efectos de sensibilización, información y cambio de conductas sean positivos y sostenibles, evitando así las reincidencias o abandonos al tratamiento.



RECOMENDACIONES

Para el Equipo de la ESPCT:

1. Un cambio en positivo en la percepción y valoración de las personas afectadas por tuberculosis sobre la enfermedad y sus tratamiento, motivado por desarrollo integral de estrategias educativo-comunicacionales que generen cambios de actitudes, conductas y hábitos en las personas, permitirían difundir la importancia de un tratamiento oportuno y óptimo, así como las consecuencias de no cumplir a cabalidad con este, lo que permitirá disminuir las reincidencias y mermar significativamente la estigmatización de los afectados por parte de su entorno.
2. Es recomendable incorporar a los espacios de sensibilización, información y/o educación de las personas afectadas por tuberculosis; medios de comunicación audiovisuales que permitan persuadirlas a través de todos los sentidos y de manera efectiva. Esto permitirá mejor recepción de los mensajes y por ende un cambio en la percepción con respecto a la enfermedad y su tratamiento, acompañado de la creación y cambio de hábitos y conductas positivas para la mejora de la salud. Sin duda, el formato audiovisual como recurso comunicacional permite mayor llegada del mensaje a la persona que lo recibe, que transmitirlo solo como discurso oral.
3. Considerando que la intención es generar valoraciones positivas en las personas afectadas por tuberculosis, es necesario fomentar la incorporación de todas las personas en los espacios de sensibilización, información y/o educación; sea que muestren o no compromiso con el tratamiento señalado. Esto promoverá, de forma más acelerada, el cambio de hábitos y conductas, y servirá de medio de comunicación informal para otros que se encuentren en la fase inicial de tratamiento o, simplemente, muestren indisposición para con la enfermedad.

Para el Centro de Salud Juan Pérez Carranza:

4. A fin de mejorar la percepción de las personas afectadas por tuberculosis hacia la enfermedad y tratamiento, es necesario que el ambiente físico en el que se ejecutan las actividades educativo-comunicacionales por el área de la ESPCT en el centro de salud -consultas médicas y/o las asesorías-, sea sustancialmente mejorado a nivel de infraestructura y ambientación, ya que estos son elementos importantes e influyentes en la valoración que realizan las personas afectadas con respecto a la utilidad de los procesos educativos-comunicacionales y el beneficio de cambiar actitudes y hábitos de vida.
5. Se hace necesario capacitar constantemente al personal del área de la ESPCT en lo que a comunicación para la salud se refiere. Esto permitirá al equipo médico, psicológico y nutricionista desarrollar espacios (formales e informales) para entablar relaciones con las personas afectadas, que les permitan comprometer al paciente con el tratamiento y con nuevos estilos de vida saludables, partiendo de un cambio en la percepción de los mismos con respecto a la enfermedad y su tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

Alarcón. (2017). *Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control*. Recuperado el 23 de Mayo de 2017, de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2384/2777>

Alianza mundial en pro del personal sanitario 2009-2011. Recuperado el 24 de Septiembre de 2018, de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/publications/alliance/communicationstrategy_sep09_es.pdf

Altuna, G. *Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a la atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú.

Alvites D, E. Comunicación educativa del personal de enfermería en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis. Microred Chiclayo 2011. *Facultad de Medicina*. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Perú.

Andaluz, C. *Comunicar para desestigmatizar: iniciativas desde la comunicación para promover la inclusión social de personas con afecciones mentales en Lima Metropolitana*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Arias, C. (2006). *Enfóques teóricos sobre la percepción que tienen las personas*. Revista Horizonte Pedagógico. Vol. 8. Num. 1. (Pag, 9-22).

Barroso C., W. La tuberculosis se cura, tu indiferencia también. *Facultad de Ciencias Políticas y Sociales*. Universidad Nacional del Cuyo, Argentina.

Boletín Epidemiológico del Perú (2018). Centro Nacional de epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud. Vol. 27.

Carta Ottawa para la promoción de la salud. Recuperado el 20 de Septiembre de 2018, de <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

Centros para el control y prevención de enfermedades. (31 de Enero de 2018). Recuperado el 22 de Mayo de 2018, de <https://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/sintomastuberculosis/index.html>

Chang-Say Chong, A. *La comunicación en los proyectos de lucha contra la desnutrición crónica infantil: El caso Ally Micuy (Ancash)*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

- Chumbi R., C., & Julian D., J. Aplicación de estrategias de comunicación bajo el enfoque PIDICES para mejorar el nivel de conocimientos y prácticas de salud en pacientes con tuberculosis del hospital Belén de Trujillo, 2017. *Facultad de Educación y Ciencias de la Comunicación*. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Cleries, X. (2006). *La Comunicación*. España: Editorial Masson.
- Curasma T, S. Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogoresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT de C.S. Madre Teresa de Calcuta: El Agustino, 2008. *Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú.
- Gómez, R. (2002). *El médico como persona en la relación médico-paciente*. España: Editorial Fundamentos.
- Guardiola, P. (2014). *La Percepción*. Murcia. Universidad de Murcia.
- Hernández S., R. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Marqués, F., Sáez, S., & Guayta, R. (2004). *Métodos y medios en promoción para la salud*. Barcelona: UOC.
- Martínez, E., & Sánchez, S. (1998). *Aprendizaje, percepción y comunicación*. Barcelona.
- Ministerio de Salud (2018). Recuperado el 24 de Septiembre de 2018, de <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
- Molinuevo Alonzo, B. (2017). *La comunicación no verbal en la relación médico-paciente*. España: Editorial UOC.
- Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas Afectadas por Tuberculosis (2013). Ministerio de Salud del Perú.
- Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú (2018). Ministerio de Salud del Perú.
- Organización Mundial de la Salud. (16 de Febrero de 2018). Recuperado el 22 de Mayo de 2018, de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
- Organización Mundial de la Salud. (54 asamblea mundial de la salud del 30 de Marzo de 2001). Recuperado el 24 de Septiembre de 2018, de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa548.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2001). *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*. Washington, D.C.
- Perea, R. (2004). *Educación para la salud*. Madrid. Editorial Diaz de Santos.

- Puebla, D., Ramírez, A., Ramos, P., & Moreno, M. (2009). *Percepción del paciente de la atención otorgada por el personal de enfermería*. Mexico. Revista Enfermería Instituto Mexicano del Seguro Social. (Pag. 97-102).
- Restrepo, H., & Mágala, H. (2002). *Promoción de la salud: como contruir vida saludable*. Bogota: Editorial Médica Internacional, 2001.
- Sarría S, A., & Villar A., F. (2014). *Promoción de la salud en la comunidad*. Barcelona: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Toman, K. (2004). Tuberculosis. Detección de casos, tratamiento y vigilancia. *Organización Panamericana de la Salud*.



ANEXOS

Nº1: Guía de Entrevista a Profundidad

Objetivo: Recolectar información mediante la observación de la investigadora acerca del flujo diario que se tiene dentro del área donde se desarrolla la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis –ESPCT-.

Preguntas generales

1. ¿Hace cuánto tiempo trabajas y/o diriges las atenciones a las personas afectadas de TB y sus familiares?
2. ¿Cuáles son tus funciones en este cargo?
3. ¿Cuáles han sido las experiencias que han reforzado tu compromiso con las atenciones de las personas afectadas con TB?
4. ¿Qué hizo que te interesaras por el área de TB?
5. ¿Qué piensa usted sobre las personas con tuberculosis?
6. ¿Qué crees que piensa la comunidad sobre las personas con tuberculosis?
7. ¿Cuáles son los objetivos mensuales que debe cumplir? ¿Considera que logra llegar a los objetivos planteados? ¿Cómo mide los objetivos?

La comunicación en Salud

8. Si pudieses describir brevemente la situación con la que te encontraste cuando llegaste al área de TB del Centro de Salud, y la situación actual, ¿Cuáles serían los cambios más relevantes para considerar en cuanto a las estrategias de comunicación implementadas?
9. ¿Qué actividades realizan desde el Centro de Salud que contribuya a la concientización sobre la TB, por parte de las personas afectadas?
¿Con que frecuencia se realizan las mismas?
10. ¿Cómo describiría su relación con los pacientes que se atienden acá? En el momento de la atención y luego de la atención
11. ¿Cómo describiría su relación con los familiares de las personas afectadas por tuberculosis que acompaña en el proceso? En el momento de la atención y luego de la atención
12. ¿Cuál es la cantidad de atenciones a personas afectadas por tuberculosis que usted atiende por día? ¿Qué opina de dicha cantidad?

13. ¿Cómo llevan a cabo las atenciones para las personas afectadas? ¿Con qué frecuencia se realizan?
14. ¿Las personas afectadas se presentan a todas las reuniones acordadas?
15. ¿Cómo gestionan la promoción de atenciones para las personas afectadas?
16. ¿Involucran a la comunidad en la gestión y prevención de TB en el sector?
17. ¿Desde hace cuánto tiempo se vienen desarrollando las atenciones a las personas afectadas por tuberculosis? ¿Cómo ha aumentado la convocatoria de estas personas?
18. ¿Qué estrategia realiza para sensibilizar e informar a las personas afectadas por tuberculosis?

Medios de comunicación

19. ¿Qué elementos considera de importancia para una buena atención?
 - a. Tiempo
 - b. Insumos
 - c. Infraestructura
 - d. Comunicación
 - e. Recursos (materiales)
20. ¿Cuáles son los medios que utilizan para concientizar a las personas afectadas sobre la enfermedad que padecen? ¿Consideran que estos medios son eficaces en lograr sus objetivos?
21. ¿Cuáles son los medios que utilizan para concientizar a la comunidad sobre TB?
¿Consideran que estos medios son eficaces para lograr sus objetivos?
22. ¿Qué medios considera que le permitirían brindar un servicio ideal y concientizar a las personas afectadas?
23. ¿Han observado cambios de conductas hacia la enfermedad de las personas afectadas de tuberculosis?
24. Considera que las personas afectadas se han apropiado de su enfermedad, en cuanto al compromiso que manifiestan con el cumplimiento del tratamiento
25. ¿Cuál considera que es la importancia dada a la comunicación en el desarrollo en cuanto al diseño de las estrategias de concientización sobre TB en el Centro de Salud?
26. ¿Cómo crees que las estrategias desarrolladas por el área de TB del centro de salud ayudan a contrarrestar el estigma que existe sobre las personas afectadas?
27. ¿Han recibido algún tipo de inducción en estrategias de la comunicación para el desarrollo de sus actividades diarias con las personas afectadas por tuberculosis?

28. ¿Cómo se realizan las intervenciones extramurales para sensibilizar e informar sobre la tuberculosis?

- a. Periodicidad
- b. Recursos/financiamiento
- c. Apoyo desde DIRIS o MINSA
- d. Impacto en la comunidad

De las personas afectadas

29. Describa al paciente que recibe tratamiento para la tuberculosis en la ESPCT:

- a. Clase social
- b. Grado de educación
- c. Estado de salud
- d. Responsabilidad hacia continuar con el tratamiento
- e. Situación familiar
- f. Situación laboral
- g. Situación económica

30. ¿Cuáles son las actitudes de los pacientes que reciben tratamiento para con el equipo de la ESPCT del C. S Juan Pérez Carranza? Anécdotas

31. ¿Cómo cree que el diagnóstico positivo por tuberculosis ha impactado en la vida de las personas afectadas en tratamiento?

- a. Responsabilidad
- b. Situación familiar
- c. Situación laboral
- d. Situación económica

Nº 2: Guía Focus Group

Objetivo: Recolectar información cualitativa acerca de la influencia que han tenido las intervenciones educativo-comunicacionales desarrolladas o diseñadas por el equipo de la ESPCT para con los pacientes afectados por la tuberculosis.

Ficha Filtro

Sexo: Masculino Femenino

Edad:

¿Estás en tratamiento para personas afectadas de tuberculosis y has participado de las atenciones brindadas por el personal del Centro de Salud Juan Pérez Carranza en Barrios Altos?

Sí No

Desarrollo

1. ¿Desde que se enteró que estaba enfermo considera que el centro de salud los apoyo?
2. ¿Considera la ayuda brindada desde el centro de salud le ayudo a conocer y comprender sobre la TB? ¿Por qué?
3. ¿De lo que conocía sobre la TB, puede decir que ha ampliado sus conocimientos sobre el tratamiento de esta enfermedad y la importancia del cumplimiento del mismo?
4. ¿Cómo reaccionó su familia al enterarse que tenía TB? ¿Considera haber recibido apoyo por parte de ellos?
5. ¿Con las atenciones brindadas por el centro de salud, en que mejoro su percepción respecto a la enfermedad?
6. ¿Considera que las actividades desarrolladas por el Centro de Salud extramurales, ha mejorado la percepción y la actitud de la comunidad con respecto a la enfermedad?
7. ¿Qué prácticas cree que son las más importantes para su salud en función de la enfermedad que padece?
8. ¿Ha asistido frecuentemente a las atenciones sobre la TB desarrollados por el Centro de Salud? ¿Por qué? ¿Qué aportes consideran le han brindado los mismos?
9. De las atenciones sobre TB en las que ha participado ¿Qué prácticas cree que son las más importantes para la mejora de su salud?
10. ¿Su familia ha asistido frecuentemente a las atenciones sobre la tuberculosis? ¿Por qué? ¿Qué aportes consideran les han brindado los mismos?
11. ¿Qué considera debería mejorar en estos talleres? ¿Los considera interesantes?
12. ¿Ha asistido a alguna jornada de sensibilización en su comunidad? (pasacalle, teatro, feria, etc.) ¿En que ayuda a su comunidad?

Nº 3: Guía de Observación

Objetivo: Recolectar información mediante la observación de la investigadora acerca del flujo diario que se tiene dentro del área donde se desarrolla la Estrategia Sanitaria de

Prevención y Control de la Tuberculosis –ESPCT–.

1. Equipo de la ESPCT:

- a. Vestimenta
- b. Funciones desempeñadas
- c. Trato con las personas afectadas.
- d. Principales acciones comunicacionales que desarrollan

2. Infraestructura del área donde se desarrolla la ESPCT:

- a. b. Modos de atención de acuerdo al miembro del equipo de la ESPCT (Tiempo de espera, tiempo en la consulta)
- b. Flujo de atención
- c. Calidad del espacio
- d. Descripción sala de espera - ambientación
- e. Descripción cita de atención (Mensajes enfatizados por cada equipo de la ESPCT)

3. Personas afectada por la tuberculosis

- a. Rasgos físicos
- b. Trato entre las personas afectadas por tuberculosis (interrelaciones)
- c. Horarios de flujo en el área de la ESPCT

4. Características de los elementos utilizados

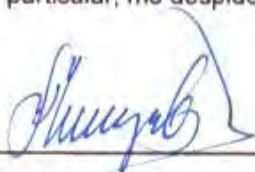
- a. La finalidad es educativa
- b. Se evidencia carácter educativo
- c. Implica la participación de los sujetos con los que trabaja
- d. Persigue un cambio de conducta de los sujetos con los que trabaja

N°4: Formatos de consentimiento informadoLima, 20 de mayo del 2019

Yo **José Zúñiga Cruz**, identificado(a) con DNI 06227240, declaro conocer los objetivos de investigación de la siguiente propuesta de tesis de licenciatura y autorizo a la Srta. **Gisella Andrea Sovero Torres**, identificada con DNI **40835963**, Bachiller en Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, a utilizar la información para la elaboración y sustentación de la tesis "**Las intervenciones educativo-comunicacionales realizadas por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT). Un estudio del caso: Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos.**"; para la obtención del título de Licenciada en Comunicación para el Desarrollo.

El material suministrado por los entrevistados se utilizará estrictamente para la construcción de dicha tesis. Como condiciones contractuales, la autora asume que toda información y resultados del proyecto que, con objeto de la relación de trabajo le fue suministrada, serán de uso exclusivamente académico. La utilización de la información será durante el tiempo que sea pertinente bajo los términos expuestos en líneas anteriores.

Sin otro particular, me despido atentamente.



Dr. José Zúñiga Cruz


DNI 06227240

Lima, 16 de mayo del 2019

Yo Gaby Evelin Alvarez Mantari, identificado(a) con DNI 40749365, declaro conocer los objetivos de investigación de la siguiente propuesta de tesis de licenciatura y autorizo a la Srta. Gisella Andrea Sovero Torres, identificada con DNI 40835963, Bachiller en Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, a utilizar la información para la elaboración y sustentación de la tesis "Las intervenciones educativo-comunicacionales realizadas por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT). Un estudio del caso: Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos."; para la obtención del título de Licenciada en Comunicación para el Desarrollo.

El material suministrado por los entrevistados se utilizará estrictamente para la construcción de dicha tesis. Como condiciones contractuales, la autora asume que toda información y resultados del proyecto que, con objeto de la relación de trabajo le fue suministrada, serán de uso exclusivamente académico. La utilización de la información será durante el tiempo que sea pertinente bajo los términos expuestos en líneas anteriores.

Sin otro particular, me despido atentamente.



Lic. Gaby Evelin Alvarez Mantari

DNI 40749365

Lima, 16 de mayo del 2019

Yo **José Vásquez Santa Cruz**, identificado(a) con DNI 06 88 14 78 declaro conocer los objetivos de investigación de la siguiente propuesta de tesis de licenciatura y autorizo a la Srta. **Gisella Andrea Sovero Torres**, identificada con DNI **40835963**, Bachiller en Comunicación para el Desarrollo de la Pontificia Universidad Católica del Perú, a utilizar la información para la elaboración y sustentación de la tesis "**Las intervenciones educativo-comunicacionales realizadas por la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESPCT). Un estudio del caso: Centro de Salud Juan Pérez Carranza, en Barrios Altos.**"; para la obtención del título de Licenciada en Comunicación para el Desarrollo.

El material suministrado por los entrevistados se utilizará estrictamente para la construcción de dicha tesis. Como condiciones contractuales, la autora asume que toda información y resultados del proyecto que, con objeto de la relación de trabajo le fue suministrada, serán de uso exclusivamente académico. La utilización de la información será durante el tiempo que sea pertinente bajo los términos expuestos en líneas anteriores.

Sin otro particular, me despido atentamente.



Psic. José Vásquez Santa Cruz
DNI 06 88 14 78