



Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina
Unidad de Posgrado

**“Factores de gestión local que influyen en el
desempeño del programa de control de la tuberculosis”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Medicina Interna

AUTOR

Martha Marcela MATOS TOCASCA

Lima, Perú

2007



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Matos M. Factores de gestión local que influyen en el desempeño del programa de control de la tuberculosis [Trabajo de investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. Unidad de Posgrado; 2007.

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I	3
Antecedentes Generales	3
1.1 De la enfermedad	3
1.2 Programa de Control de la Tuberculosis en el Perú	5
1.3 De la Gestión en Salud	7
1.3.1 Prevención de la tuberculosis	11
1.3.2 Promoción de la salud en el control de la tuberculosis	11
1.3.3 Detección y diagnóstico de casos de tuberculosis	12
1.3.4 Organización de la atención al paciente con tuberculosis	12
1.3.5 Capacitación, supervisión y evaluación	13
CAPÍTULO II	14
Enfoque Metodológico	14
2.1 Propósito del estudio	14
2.2 Objetivos	14
2.3 Instrumentos de Recolección de Información	15
2.4 Análisis de la información	18
CAPÍTULO III	19
Descripción de los Resultados	19
3.1 Características Socio Demográficas.	20
3.2 Caracterización de los pacientes con Tuberculosis.	23
3.3 Características de la Gestión Operativa del PCT en los establecimientos motivo del estudio.	32

3.3.1 Recursos Humanos.	34
3.3.2 Caracterización de los conocimientos acerca de las Normas del PCT en los Equipos de Gestión Operativa de los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.	35
3.3.3 Caracterización de la provisión de materiales del PCT en los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.	37
3.3.4 Caracterización de la Gestión Funcional y Operativa del PCT en cada uno de los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.	38
CAPÍTULO IV	39
Conclusiones	39
Recomendaciones	45
BIBLIOGRAFÍA	46
ANEXO N° 1 ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL MINSA	49
ANEXO N° 2 TABLAS	50
ANEXO N° 3 INDICADORES	57
ANEXO N° 4 ENCUESTAS	59
ANEXO N° 5 DEFINICIONES OPERACIONALES	63

INDICE DE TABLAS GRÁFICOS Y CUADROS

Cuadro 1. Pirámide y Tipos de Gestión. Lima, Perú. 2004	9
Tabla 1. Características Socioeconómicas de los establecimientos motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.	22
Tabla 2. Caracterización epidemiológica de la TBC en los establecimientos de salud motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.	24
Tabla 3. Características de la totalidad de los pacientes con TBC y de los pacientes seleccionados en los establecimientos de salud motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.	25
Tabla 4. Distribución de la enfermedad por sexo y por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	26
Gráfico 1. Porcentaje de enfermos con tuberculosis por grupos de edad por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	27
Tabla 5. Localización de la Tuberculosis por sexo y por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	28
Gráfico 2. Porcentaje de enfermos con tuberculosis con / sin confirmación bacteriológica por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	29
Tabla 6. Relación entre confirmación bacteriológica y esquema de tratamiento de pacientes Nuevos por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	29
Tabla 7. Relación entre el tiempo de enfermedad y la carga bacilar por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	31
Cuadro 2. Procedimiento para el seguimiento diagnóstico en tuberculosis pulmonar.	33
Tabla 8. Caracterización del Equipo de Gestión Operativa del PCT en cada uno de los establecimientos motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.	35
Gráfico 3. Calidad de respuestas por Equipos de Gestión por establecimiento (porcentajes). Lima, Perú. 2004.	37
Tabla 9. Es adecuada la dotación de medicamentos y demás insumos del PCT por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.	38

Tabla A1. Nivel de escolaridad de los pacientes seleccionados por establecimiento.	
Lima, Perú. 2004.	50
Tabla A2. Tipo de vivienda de los pacientes seleccionados por establecimiento. Lima,	
Perú. 2004.	50
Tabla A3. Distribución de la enfermedad por grupo etáreo y por establecimiento de	
los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	50
Tabla A4. Confirmación bacteriológica por tipo de localización de la enfermedad por	
establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.	51
Tabla A5. Recursos Humanos Generales por Establecimiento de Salud. Lima, Perú.	
2004.	51
Tabla A6. Qué es el DOTS por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú.	
2004.	52
Tabla A7. Acerca del control de contactos por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	52
Tabla A8. De las consultas médicas por paciente con TBC por equipo de gestión por	
establecimiento. Lima Perú. 2004.	53
Tabla A9. De las entrevistas de enfermería por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	53
Tabla A10. De las visitas domiciliarias por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	54
Tabla A11. De los ambientes para la atención por equipo de gestión por	
establecimiento. Lima Perú. 2004.	54
Tabla A12. De las supervisiones de la Red por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	55
Tabla A13. Acerca de la capacitación del personal por equipo de gestión por	
Establecimiento. Lima Perú. 2004.	55
Tabla A14. De las limitaciones a la función por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	56
Tabla A15. De las facilidades a la función por equipo de gestión por establecimiento.	
Lima Perú. 2004.	56

RESUMEN

La Tuberculosis en el Perú es uno de los principales problemas de salud pública, por lo que a mediados de los años 90 se reestructuró el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis con el objetivo de disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de la tuberculosis.

Bajo este contexto es que paulatinamente se fueron ampliando los niveles de cobertura de atención y tratamiento a pacientes con tuberculosis, llegándose a diagnosticar en el año 2.000 alrededor de 40.000 casos de tuberculosis que representan una tasa de morbilidad de 155,55 por cien mil habitantes, cifra muchísimo menor a la presentada en el año 1992 en que esa misma tasa fue de 256,1 por cien mil habitantes.

El propósito de este estudio es tratar de describir y comparar el conocimiento, desarrollo y grado de aplicación de las normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, es decir, la Gestión operativa en los establecimientos de salud Juan Pablo II y César López Silva, de la red de salud Villa El Salvador, de la Dirección de Salud II Lima Sur. Estos establecimientos fueron elegidos por la gran diferencia en tasas de morbilidad e incidencia que presentaron en su último informe de gestión del año 2.002.

Los objetivos de este estudio son caracterizar los indicadores sociodemográficos de las poblaciones asignadas a los establecimientos motivos de este estudio, así como también conocer el desempeño de los equipos de gestión de los mismos. Se tratará de plantear lineamientos para el mejoramiento de la gestión operativa local si así se requiriera.

Este es un estudio descriptivo, en el cual se utilizaron diversos instrumentos de investigación. La información recabada fue de origen primario, la que se hizo a través de encuestas a los integrantes de los equipos locales de gestión de los establecimientos mencionados, además de entrevistas semi estructuradas a informantes claves. La información secundaria se obtuvo de los principales instrumentos del programa, a saber, entre ellos, libros de registro, fichas clínicas, etcétera, con lo que se confeccionó la ficha de caracterización de pacientes con tuberculosis, los cuales fueron seleccionados en forma aleatoria.

Esperamos que los principales resultados obtenidos en este estudio sirvan para conocer el cumplimiento de las normas del programa sobre todo en lo concerniente al diagnóstico, seguimiento y utilización de esquemas diferenciados de tratamiento, así como también problemas en la capacitación del personal y la supervisión del mismo. No se pretende con este estudio, generalizar los resultados al ámbito nacional, para lo cual sería necesario aumentar el número de establecimientos a estudiar y complementar este trabajo con algunos estudios de tipo cualitativo, en los cuales se hagan participar a los pacientes, quienes nos podrían dar una mejor visión de la gestión del programa.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis en el Perú es desde mediados de 1990 uno de los principales problemas de salud pública del país, por lo que se reestructuró el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, el que hasta el día de hoy ha logrado importantísimos resultados a tal punto de ser considerado por la OPS y la OMS un modelo de programa para las Américas y el mundo. Sin embargo, existen diferencias en los indicadores de impacto del programa, tales como la tasa de incidencia y tasa de morbilidad. Situación que se presenta en poblaciones con similares características sociales, económicas y demográficas como sucede en la zona de Lima Sur.

Las diferencias antes mencionadas fueron las que motivaron a la realización del presente estudio de caso, así como la experiencia de la autora como miembro del equipo de gestión de la red de servicios de salud de Villa el Salvador de la DISA II Lima Sur.

El presente estudio consta de cinco capítulos: a) Antecedentes, en el que se mencionan aspectos propios de la tuberculosis, del Programa de Control de la Tuberculosis en el Perú y de la gestión de los programas en general. b) Este segundo capítulo titulado enfoque metodológico, nos muestra los objetivos específicos y la metodología empleada para su realización, así como los instrumentos utilizados en la recolección de la información. c) En el tercer capítulo titulado Descripción de Resultados, el lector podrá encontrar las características sociodemográficas de los pacientes, sus características con respecto a la enfermedad y el grado de cumplimiento de las normas y directrices del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Perú. d) El capítulo cuatro de conclusiones, nos muestra las diferencias encontradas entre los dos establecimientos motivo del estudio y e) En el quinto capítulo se encuentran las recomendaciones finales del estudio, las cuales podrían ser tomadas en cuenta para futuras investigaciones en el tema.

CAPITULO I

Antecedentes Generales

1.1 De la enfermedad

La Tuberculosis es una infección bacteriana crónica producida por el *Mycobacterium Tuberculosis*, que sin tratamiento, puede hasta provocar la muerte. Esta enfermedad se caracteriza por un periodo de latencia prolongado desde el momento de la infección inicial hasta la aparición de los primeros síntomas. Las manifestaciones clínicas de la tuberculosis son muy variables, desde un proceso sutil e insidioso, hasta una enfermedad fulminante y explosiva que pone en peligro la vida del paciente. El síntoma más frecuente de la tuberculosis pulmonar es la tos, que en un comienzo es seca, pero cuando avanzan las lesiones, aparece la tos con expectoración; en algunos casos puede presentarse con hemoptisis (presencia de sangre en la expectoración) y dolor pleural. El hacinamiento y las malas condiciones de vida favorecen la adquisición de la enfermedad.

La Transmisión de la enfermedad desde la fuente de infección al huésped susceptible, se produce casi siempre por vía aérea. El vehículo de transmisión del bacilo tuberculoso es el núcleo de las pequeñas gotas que se expelen siempre al exhalar aire de los pulmones, también se expelen al hablar, estornudar o al respirar normalmente (gotitas de pfluge). Además de inhalado, el bacilo tuberculoso alcanza la boca o la faringe por contacto directo o indirecto de materiales infectados.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza por medio de la clínica (sintomatología), la observación del *Mycobacterium* ya sea en forma directa (baciloscopía) o al favorecer su crecimiento (cultivo), siendo éste el más específico y sensible y por lo tanto el más importante, presentando como dificultad, la demora de los resultados (de tres a seis semanas). El examen directo (baciloscopía) es, actualmente, el método más simple, utilizado y barato para la localización de casos, ya que basta encontrar bacilos en la expectoración para confirmar el diagnóstico de tuberculosis. Además, como formas

complementarias (aunque no demuestran su presencia, al menos la sugieren) están la reacción de tuberculina y la radiografía de tórax.

A nivel de las comunidades se identifican tres etapas epidemiológicas: a) etapa ascendente en la cual una alta proporción de los sujetos susceptibles están infectados, b) una etapa de tuberculización masiva en la cual los infectados enferman y mueren, y c) etapa descendente en la cual una alta proporción de los infectados no cursan la enfermedad. El conocimiento de estas etapas en una comunidad dada permite identificar con precisión las medidas de control a utilizar (Farga, 1992).

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS), calculó que 33 % de la población mundial (1700 millones) sufría de infección latente, de este grupo surgen ocho a diez millones de casos activos nuevos cada año y la mayoría padece variedades transmisibles de enfermedad pulmonar. Cada año mueren entre 2 y 3 millones de personas, ya sea por retraso en el tratamiento o por una terapéutica no adecuada o no provista (Cecil - Russel; 1997).

La forma más frecuente de presentación es la tuberculosis pulmonar (85%). En el Perú, se han presentado en el año 2002, 28.598 casos nuevos de esta forma de tuberculosis. Dentro de las formas extra pulmonares (15%), tenemos que las más frecuentes son: ganglionar, pleural e intestinal (Cecil-Russel, 1997).

Existen numerosos esquemas de tratamiento para curar esta enfermedad, dependiendo de las drogas utilizadas y el número de dosis. La selección del esquema depende del grado de resistencia del germen y de la presencia de reacciones adversas a los fármacos (5%). Los esquemas frecuentemente utilizados son: a) **Esquema I compuesto por cuatro drogas y una duración aproximada de 6 meses**, destinado a pacientes nunca antes tratados. b) Esquema II compuesto por cinco drogas, con una duración de 8 meses, destinado a pacientes antes tratados y c) Esquema III de tres drogas y una duración de 5 meses, está destinado a pacientes nuevos con

Tuberculosis sin confirmación bacteriológica o de buen pronóstico (Ministerio de Salud, Perú; 1995). Otros tratamientos menos utilizados son: d) **Esquema de retratamiento estandarizado para tuberculosis multidrogorresistente compuesto por 5 drogas y con una**

duración aproximada de 18 meses, destinado a pacientes que han fracasado a los esquemas I o II. e) **Esquema de retratamiento** individualizado para tuberculosis multidrogorresistente, con una duración no menor de 18 meses y que puede extenderse hasta los 36 meses y f) **Esquema de tratamiento para pacientes** con la asociación VIH/SIDA - TB (nuevos) compuesto por 4 drogas y una duración aproximada de 9 meses. Se estima que la recidiva (recaída) de la enfermedad con tratamiento completo es alrededor del 5% (Ministerio de Salud, Perú; 2001b).

Es importante mencionar que el éxito del tratamiento anti tuberculoso, se mide por indicadores de impacto, dependiendo de varios factores a saber: a) características del paciente (sexo, edad, patologías sobre agregadas, entre otros), b) características del ambiente (hacinamiento, zona endémica, etc.), c) características de la enfermedad (localización, virulencia, entre otros), d) esquemas de tratamiento (esquema adecuado, antecedentes de recaídas, abandonos, fracasos, entre otros) y e) características y factores de la gestión del programa de control de la tuberculosis (supervisión, distribución de los recursos, conocimiento y aplicación de las normas del programa, estrategias de detección de casos, etc.).

1.2 Programa de Control de la Tuberculosis en el Perú

En términos generales y según el Noveno Informe de la OMS de 1974, los programas de control de tuberculosis deben abarcar todo el país, ser permanentes, adaptarse a las demandas expresadas de la población y deben estar integrados a los servicios básicos de salud. Generalmente los programas nacionales de control de la Tuberculosis se estructuran en tres niveles: a) Nivel central (Rector), b) Nivel intermedio representado por las direcciones de salud, es donde se efectúan la supervisión y evaluación del programa, y c) Nivel local donde se realizan las actividades del programa (localización de casos, diagnóstico y tratamiento) (Farga, 1992).

Hacia finales de la década de los ochenta, las altas tasas de incidencia de tuberculosis y la escasa eficiencia técnica en el control de este daño, configuraban en el Perú un escenario epidemiológico adverso para el control de la Tuberculosis. Por ello, en 1990 se reestructuró el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), el cual reformuló sus normas

y procedimientos y adecuó a la realidad peruana las recomendaciones de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que planteaban una estrategia para el control de la tuberculosis, la que se ha mantenido durante los últimos 10 años, persiguiendo los siguientes objetivos:

- Diagnosticar al 70% de los enfermos con tuberculosis pulmonar bacilífera.
- Curar al 85% de los enfermos diagnosticados con tuberculosis pulmonar bacilífera a través de la administración del tratamiento gratuito y supervisado en boca. (DOTS).¹
- Vacunar con BCG² a no menos del 90% de los recién nacidos.

Evaluaciones de esta estrategia muestran que en la actualidad, 99.8% de los 6552 servicios de salud del MINSA³ garantizan el diagnóstico y tratamiento antituberculoso gratuito. En términos de impacto, la tasa de morbilidad⁴ para el año 2000 la cual es de 155.6 por 100000 habitantes, disminuyó en un 39.2% con respecto a 1992 y 6% con relación a 1999, mientras que la tasa de incidencia⁵ del mismo año que es de 133.6 por 100000 habitantes, disminuyó en un 45% con relación a 1992, año en que se

Lineamientos Generales del PNCT del Perú

- Disminuir progresiva y sostenidamente, la incidencia de tuberculosis en el Perú, contribuyendo a crear en forma simultánea una nueva cultura sanitaria nacional.
- Compromiso político y financiero del Estado, asegurando un funcionamiento adecuado, reforzando los niveles operativos y proporcionando gratuitamente el acceso al diagnóstico bacteriológico y tratamiento supervisado a la totalidad de enfermos que ingresan al programa.
- Estructuración de equipos de gestión en los tres niveles operativos (central, intermedio y local).
- Mejoramiento de la Red Nacional de Laboratorios en coordinación con el Instituto Nacional de Salud.
- Apoyo logístico y financiero que garantice el suministro adecuado de medicamentos e insumos de laboratorio.
- Sistema unificado de información y registro.
- Fortalecimiento de las estrategias de participación comunitaria en la lucha contra la tuberculosis (Ministerio de Salud, Perú; 1998).

¹ DOTS: Siglas en inglés del tratamiento acortado directamente supervisado en boca. Directly Observed Treatment Short course. La OMS recomienda esta estrategia desde finales de los años 80. A mediados de los 90 el DOTS forma parte de una misma estrategia con: los programas de control de la tuberculosis, la detección de casos a través del microscopio, una continua y adecuada administración del tratamiento y la inclusión de sistema de supervisión y monitoreo. El DOTS es el único método viable para reducir la transmisión de la tuberculosis y la mortalidad por esta enfermedad en todo el mundo, y para prevenir la aparición de cepas multirresistentes del bacilo de la tuberculosis.

² BCG: Vacuna que se aplica a los recién nacidos y que previene las formas graves de tuberculosis. (Meningitis TBC, TBC Miliar)

³ Minsa: Ministerio de salud del Perú.

⁴ Tasa de Morbilidad: Total de pacientes nuevos, antes tratados y fracasos registrados durante un año en relación con la población total y expresado por 100000 habitantes.

alcanzó una tasa de 243.2 por 100000 habitantes (Ministerio de Salud, Perú; 2001c).

No obstante los buenos resultados obtenidos a nivel nacional, aún existen brechas o inequidades al interior de las unidades de salud del país, las cuales presentan rendimientos diversos. Tal es el caso de la Red de Salud de Villa El Salvador perteneciente a la Dirección de Salud II Lima Sur⁶, cuyos resultados epidemiológicos no han disminuido en la misma proporción.

1.3 De la Gestión en Salud

El término GESTIÓN, tiene múltiples definiciones, las cuales pueden variar desde desempeñar un papel relativamente pasivo de vigilancia de normas de prestación de servicios básicos para atender a demandas de origen externo, a la aplicación vigorosa de las políticas que se juzguen necesarias para mejorar el estado de salud de una población determinada. (OMS, Ginebra; 1974).

Se entiende por Gestión al conjunto de actividades de información, decisión, acción y control; estas actividades se encuentran configuradas en cada nivel y ámbito del establecimiento de salud, creando en su conjunto una verdadera red. Bajo esta perspectiva, se puede indicar que Gestión es la selección de líneas de acción que requieren de información relevante que permita minimizar el riesgo decisional, con el fin de generar adecuados niveles de adaptación. Se debe verificar continuamente que la acción se haya desarrollado de acuerdo a la decisión tomada, de tal manera de corregir las desviaciones detectadas⁷.

En todo proceso de gestión se debe distinguir entre el que dirige y el que es dirigido; es decir, entre el sistema de gestión y el sistema físico.

⁵ Tasa de Incidencia: Total de pacientes nuevos, registrados durante un año en relación con la población total y expresado por 100000 habitantes.

⁶ Ver anexo 1 Organigrama Funcional del Minsa.

⁷ De Jorge Ardiles en "Diseño de un Sistema de Control de Gestión Aplicado al hospital Salvador" Santiago de Chile, 1998.

El sistema físico es el conjunto de elementos organizados que se relacionan e interactúan, realizando las tareas propias de la producción. En el ámbito de la salud, éste está constituido por consultorios, salas de hospitalización, personal (médicos, enfermeras, auxiliares, etc.), material sanitario, equipos médicos, entre otros.

Por su parte, el sistema de Gestión es el conjunto de reglas, normas, protocolos, procedimientos y medios, que permiten aplicar métodos al sistema físico para realizar ciertos objetivos a través de los cuales permitan lograr, por ejemplo metas en programación y control. El sistema de Gestión se superpone al sistema físico porque es, esencialmente, una red de información, de regulación y de control.

La Gestión en el ámbito sanitario se puede clasificar según sus niveles de mando en: Gestión Estratégica correspondiente a la Alta Dirección, Gestión Táctica correspondiente a los Mandos Superiores, Gestión Funcional que le corresponde a los Mandos Intermedios y una Gestión Operativa realizada por los ejecutantes (gráfico 1).

Cuadro 1. Pirámide y Tipos de Gestión. Lima, Perú.



Fuente: Corella, 1996

La asistencia médica y sanitaria puede racionalizarse casi siempre en una serie de etapas, cada una de ellas con una sucesión de tareas y operaciones técnicamente especificables, con lo que el proceso de aplicar criterios especializados o adoptar decisiones puede reducirse y concentrarse en puntos críticos(OMS, Ginebra; 1974).

Es evidente que los atributos tradicionales de toda gestión (dotes de mando, responsabilidad, iniciativa y entusiasmo) son sumamente adecuados para una gestión eficaz del sistema sanitario, que deberá proyectarse de manera que tenga amplias dimensiones y que al mismo tiempo sea capaz de adaptarse a los cambios y a los nuevos conocimientos (OMS, Ginebra; 1974).

La Gestión en los servicios de salud, pueden diferenciarse de los otros sectores en los siguientes aspectos:

1. Índole del objeto al que se aplica la gestión;
2. Actitud del público respecto del objeto;
3. Dificultad de asignar un valor a la "salud";
4. Multiplicidad de fines y objetivos;
5. Orientación hacia el servicio más bien que hacia la producción;
6. Participación de varias profesiones en el proceso de gestión;
7. Intervención política;
8. Posibilidades de participación del público; y
9. Necesidad de coordinar muchos y diferentes organismos oficiales, particulares y filantrópicos.

En este contexto y para los fines del presente estudio, las normas y procedimientos que rigen el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Perú, representan al llamado sistema de gestión y encargado de la gestión estratégica, táctica y funcional (Corella, 1996).

Las normas a las que hacemos referencia son las siguientes:

- a) Prevención de la tuberculosis
- b) Promoción de la salud en el control de la tuberculosis

- c) Detección y diagnóstico de casos de tuberculosis
- d) Organización de la atención al paciente con tuberculosis
- e) Capacitación, supervisión y evaluación

1.3.1 Prevención de la tuberculosis

- Control de contactos. Se denomina contacto a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. El examen de contactos tiene como objetivo detectar casos de tuberculosis y prevenir el riesgo de enfermar. Se deberá realizar al 100% de los contactos censados.
- Administración de quimioprolifaxis. Es la administración de Isoniacida a las personas en riesgo de ser infectadas o de enfermar de tuberculosis. Su objetivo específico es prevenir la enfermedad. Se administra a los contactos menores de 15 años de pacientes con TBCP FP, con o sin cicatriz de BCG, sin evidencia de enfermedad tuberculosa activa y a los infectados por el VIH sin evidencia de enfermedad tuberculosa activa.
- Educación para la salud. Es un proceso de diálogo, información, reflexión, acción, dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección en la comunidad.

1.3.2 Promoción de la salud en el control de la tuberculosis

- Información - Educación - Comunicación (IEC). Se define así al conjunto de intervenciones planificadas e interactivas que combinan procesos, metodologías y tecnologías interdisciplinarias con la finalidad de lograr cambios movibles en las prácticas y actitudes de la población buscando la sostenibilidad y auto sostenimiento en torno a las necesidades de salud. El plan de IEC se desarrollará a partir del análisis de la situación de la tuberculosis en cada ámbito jurisdiccional, la definición del problema de comunicación y la segmentación del público objetivo primario y secundario.
- Promoción social. Es el conjunto de acciones individuales, grupales y en la comunidad realizadas con la finalidad de promover la salud, prevenir la enfermedad, y detener su avance, con la participación activa de la comunidad, las organizaciones de base y otros

actores. Su estrategia principal es desarrollar un sistema de vigilancia comunal para el control de la tuberculosis.

- Participación comunitaria. Como parte de las actividades de promoción social, deben fomentar la formación de comités locales de lucha contra la tuberculosis y deben estar integrados por representantes de las organizaciones de base (vaso de leche, comedores, clubes de madres, asociaciones de padres de familia, etc.), instituciones públicas e instituciones privadas.

1.3.3 Detección y diagnóstico de casos de tuberculosis

- Sintomático respiratorio (SR). Es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días.
- Captación del sintomático respiratorio. Se realizará obligatoria y permanentemente en todos los establecimientos de salud, en la demanda de las atenciones de mayores de 15 años que acuden por cualquier causa a los diferentes servicios. Se le solicitarán dos baciloscopías de diagnóstico.
- Seguimiento diagnóstico. Se le realiza a todo sintomático respiratorio Bk(-) sospechoso de tuberculosis, al que se le solicitarán dos baciloscopías más. De persistir negativas, se solicitará el cultivo de la última muestra. A la espera de los resultados se descartarán los posibles diagnósticos diferenciales (bronquiectasias, fibrosis pulmonar, asma, etc.) y se solicitarán dos baciloscopías cada dos semanas.

1.3.4 Organización de la atención al paciente con tuberculosis

- Consultas médicas. Según el esquema de tratamiento, se realizarán como mínimo tres consultas médicas en todo paciente con diagnóstico de tuberculosis. Estas son de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico cirujano del establecimiento de salud. La primera al inicio del tratamiento, la segunda en el cambio de fase y la tercera en el alta del paciente. Eventualmente se realizarán evaluaciones especiales si el caso lo requiere.
- Entrevista de enfermería. Es una de las actividades de la atención integral individualizada y debe realizarse con calidad y calidez a la persona enferma de tuberculosis y su familia, con fines de educación control y seguimiento. Se realizarán

tres entrevistas de enfermería: al inicio, al término de la primera fase y al final del tratamiento.

- **Visita domiciliaria.** Esta actividad consiste en acudir al domicilio del enfermo de tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y su familia. Deberá efectuarse dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico.
- **Atención social.** Su finalidad es desarrollar el sentido de responsabilidad y compromiso del paciente, reforzar su autoestima ante el problema que constituye la enfermedad y establecer un perfil del paciente en la prevención del abandono a través del estudio, diagnóstico y tratamiento social.
- **Entrevista social.** Es un estudio sistemático y detallado en el que se establece una comunicación entre el trabajador social y el paciente con el objetivo de conocer su problema, entorno familiar e identificar conductas de riesgo (alcoholismo, fármaco - dependencia, antecedentes penales, discapacidades, violencia familiar, enfermedades crónicas concomitantes, VIH, SIDA, entre otras) que de no contar con un soporte profesional adecuado, eventualmente podría convertirlo en un potencial abandonador del tratamiento antituberculoso. La entrevista debe involucrar a los integrantes del núcleo familiar, según lo requiera el caso.

1.3.5 Capacitación, supervisión y evaluación

- **Capacitación.** Es el conjunto de actividades destinadas a lograr que las personas incorporen conocimientos, obtengan habilidades y destrezas y desarrollen actitudes, a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos del PNCT.
- **Supervisión.** Se define como un proceso educativo recíproco, permanente, regular y planificado, que permite desarrollar los conocimientos y calidad del personal y modificar actitudes, contribuyendo al buen funcionamiento del servicio de salud.
- **Evaluación.** Estima el grado de éxito alcanzado en un momento determinado en la consecución de los objetivos y metas propuestas, y realiza el análisis de indicadores para la identificación de las áreas críticas y las alternativas de solución (Ministerio de Salud, Perú).

Finalmente podemos resumir que con referencia a la GESTIÓN en el PCT, esta se divide en tres grandes áreas que están ligadas entre sí, ellas son: 1) la detección de casos, 2) la

atención del paciente con tuberculosis y 3) la supervisión y capacitación del personal a cargo de las actividades del programa.

CAPÍTULO II

Enfoque Metodológico

2.1 Propósito del estudio

Describir y comparar los factores, problemas y/o causas asociadas al fallecimiento de pacientes que se encontraban en tratamiento antituberculoso, según los esquemas recomendados por el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en las dos microrredes de salud de la Red de Servicios de Salud Villa El Salvador (Cesar López Silva y Juan Pablo II), para desarrollar lineamientos que contribuyan a mejorar la gestión operativa en cada uno de ellos.

La experiencia referida por los funcionarios de la Alta Dirección del PNCT indica que estos problemas, se encuentran frecuentemente relacionados con el ámbito de los recursos humanos (rotación, escasez, etc.), de la organización, de la infraestructura de los establecimientos y de los medicamentos, materiales e insumos para el desarrollo de las actividades del programa además de la capacitación y supervisión del personal (Entrevista a Informantes claves, 2004).

2.2 Objetivos

- Determinar que porcentaje de pacientes mueren específicamente por tuberculosis en cada una de las micro redes de salud de Villa El Salvador en el período 2004.
- Identificar las patologías asociadas al fallecimiento de los pacientes con tratamiento antituberculoso en las dos microrredes de salud de Villa El Salvador.
- Caracterizar a los pacientes con Tuberculosis de los establecimientos motivo del estudio.
- Analizar el grado de cumplimiento de las normas del PCT (Gestión Operativa) en las Microrredes Juan Pablo II y César López Silva, de la Red de Servicios de Salud Villa El Salvador.

Para cumplir con el propósito de este estudio, se recurre al análisis de las Microrredes Juan Pablo II y César López Silva, de la Red de Servicios de Salud Villa El Salvador; los que tienen características socio demográficas muy similares pero una importante diferencia en el impacto del programa.

2.3 Instrumentos de Recolección de Información

Para cuantificar el impacto en las tasas de mortalidad de la tuberculosis en los establecimientos motivo del estudio, la información referente a las características socio económicas y propias de la enfermedad, se desarrollará una ficha de caracterización de pacientes que incluye las siguientes variables:

Instrumento N° 1: Ficha de caracterización del paciente con tuberculosis.

En esta ficha se recolectó información referida a aspectos relacionados tanto con el enfermo como con la enfermedad:

- Edad
- Sexo
- Escolaridad, como proxy de Nivel Socioeconómico.
- Ocupación. Hay ciertas actividades laborales que tienen más riesgo de enfermar de tuberculosis que otras. Ejemplo: profesionales de la salud.
- Patología agregada. Existen enfermedades que afectan seriamente el estado inmunológico del paciente haciéndolo más propenso a enfermar de tuberculosis.
- Antecedentes de vacunación BCG. (Bacilo de Calmett y Güerin). Su aplicación tiene como objetivo provocar la respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosa post - infección primaria.
- Localización de la enfermedad: Pulmonar, extra pulmonar o multisistémica.
- Antecedentes de reacciones adversas a fármacos anti tuberculosos.
- Confirmación bacteriológica (BK +). Presencia objetiva del bacilo de Koch en una muestra de esputo, orina, etc.
- Abandonos. Pacientes que no concurren a recibir su tratamiento por más de 30 días consecutivos.

- **Recaídas.** Pacientes que habiendo sido declarados curados de cualquier forma de TB después de un tratamiento completo y exitoso, presenta baciloscopía positiva.
- **Fracaso.** Se sospecha de fracaso en los enfermos que mantienen baciloscopías positivas hasta el cuarto mes de tratamiento (esq. I), o en los pacientes que presenten baciloscopías positivas en dos controles sucesivos después de un período de negativización de dos meses y que han recibido tratamiento regular y estrictamente supervisado. El fracaso deberá ser confirmado por el cultivo positivo. No hay fracaso sin cultivo positivo.
- **Diagnóstico precoz o tardío.** La demora diagnóstica y terapéutica y/o inadecuada calificación de gravedad inicial de la enfermedad favorece la diseminación de la enfermedad (aumenta gravedad) y aumenta el riesgo de muerte.

Las fuentes de información para la confección de esta ficha fueron:

- Libro de registro de pacientes con tuberculosis año 2003 - 2005.
- Libro de sintomáticos respiratorios.
- Tarjetas de control de asistencia y administración de medicamentos.
- Historias clínicas (fichas familiares) de los pacientes que ingresaron al PCT en el año 2003 _ 2005.
- Fichas sociales de los pacientes que ingresaron al PCT en el año 2003_2005.

Para determinar el grado de conocimiento y cumplimiento de las normas del programa, además de temas referidos a supervisión, capacitación y ambiente institucional, se confeccionó una encuesta estructurada cuya base es la siguiente:

Instrumento N° 2: Encuestas a Jefes de Establecimiento y/o Encargados del PCT.

Como información primaria, se aplicó una encuesta estructurada que en principio estaba dirigida a los jefes de establecimiento y/o a los encargados del PCT de los establecimientos de salud. Una vez en campo se decidió aplicar la encuesta a cerca del 100 % de los integrantes de los equipos de gestión del PCT de los establecimientos materia del estudio.

La estructura base de la encuesta es la siguiente:

- Del establecimiento: datos generales y descripción.
- Del jefe del establecimiento: datos generales, tiempo en el cargo, tipo de contrato, etc.
- De la gestión:
 - ❖ Horas médico promedio dedicadas al PCT.
 - ❖ Enfermeras
 - ❖ Horas enfermera
 - ❖ Téc. Enfermería Hs. Téc. Enf.
 - ❖ Tipo de contrato
 - ❖ Duración del contrato
 - ❖ Duración en el cargo
 - ❖ Forma de asignación de cargos
 - ❖ Rotación de personal
 - ❖ Capacitación del personal
 - ❖ Disponibilidad de medicamentos e insumos del PCT.
- Del personal: Tipo de contratos, fuentes de financiamiento, rotación laboral, tiempo de participación en el programa, etc.

Instrumento N° 3: Entrevistas Semi-estructuradas a Informantes Claves.

En contraste con las entrevistas estructuradas, las entrevistas cualitativas son flexibles y dinámicas. Estas han sido descritas como no estructuradas, no directivas, no estandarizadas y abiertas (Bogdan y Taylor, 1992). Estas se realizaron con el objetivo de conocer la opinión de expertos en temas de gestión de los programas de control de la tuberculosis.

Instrumento N° 4: Observación no participante por parte del propio Investigador.

Esta se realizó durante todo el tiempo que duró el proceso de recolección de información, más específicamente al momento de realizar las encuestas.

2.4 Análisis de la información

El análisis de la información consistirá en la descripción y comparación de las variables en términos de frecuencia y en el análisis cualitativo de las variables de gestión.

El programa utilizado para almacenar y cuantificar la información es el SPSS versión 12.

CAPÍTULO III

Descripción de los Resultados

Las microredes Juan Pablo II y César López Silva, tuvieron asignadas una población para el año 2003 de 104809, 108423, habitantes respectivamente. La población asignada en general es calificada como urbano marginal y gran parte de ella pertenecen a estratos socioeconómicos bajos.

Para la caracterización de los pacientes, en este estudio se recolecto la información de la totalidad de pacientes fallecidos durante su tratamiento anti tuberculoso en las dos microrredes durante el periodo 2003 – 2005, 27 fichas familiares para Juan Pablo II y 17 para el HMI César López Silva .

Para la cuantificación del grado de conocimiento y cumplimiento de las normas del programa, se realizaron trece encuestas, de las cuales 5 se hicieron en el HMI César López Silva (2 profesionales y 3 Técnicos de enfermería) y las restantes 8 en el HMI Juan Pablo II (5 profesionales y 3 Técnicos de enfermería), recabándose información acerca de la gestión del programa (organización, ambiente institucional, cumplimiento de actividades, etc.).

Cabe mencionar que a pesar de ser una encuesta estructurada, en algunos casos, ésta se convirtió en una entrevista semi estructurada, por cuanto varias de las preguntas sirvieron para que el encuestado además de responder lo solicitado, ampliara sus respuestas a otros temas relacionados. El formato de la encuesta utilizada se encuentra en el anexo número 3 Encuesta.

Se realizaron 5 entrevistas semi estructuradas a informantes claves, los cuales dieron su opinión acerca de tópicos generales que tienen que ver con la gestión del programa de control de la tuberculosis en sus diversos ámbitos (estratégica, táctica, funcional y operativa). Estos están relacionados con la gestión, el cumplimiento de las actividades del programa en sí, con el personal que realiza estas actividades y sus principales características, y la adecuada dotación de medicamentos e insumos del PCT.

Los 5 informantes claves están vinculados al PCT del Perú. En el ámbito dirigenal se entrevistó a la Directora del Departamento de Epidemiología de la Dirección de Salud II Lima Sur y a dos integrantes del equipo de coordinación del PCT del nivel central del Ministerio de Salud. Los otros dos informantes son consultores internacionales del programa de control de la tuberculosis.

En la mayor parte de los casos, las entrevistas se realizaron en forma personal, utilizando como medio auxiliar de recolección de los datos un grabador. Se realizaron dos entrevistas vía correo electrónico por la imposibilidad de poder realizarlas personalmente.

En cuanto a la observación no participante por parte del investigador, debo mencionar que este método ha sido de mucha utilidad para complementar los datos obtenidos con los dos primeros instrumentos, y aunque de una manera algo subjetiva, tener ciertas aproximaciones importantes acerca de la gestión del programa.

3.1 Características Socio Demográficas.

Las dos microrredes de salud, se encuentran ubicados en el distrito de Villa El Salvador, distrito que presenta las siguientes características socio económicas según el último Censo:

- Población catalogada como urbano - marginal por su ubicación en la periferia de la ciudad de Lima y por la precariedad en infraestructura con la que se fundó.
- Tasa de analfabetismo de la población de 15 y más años igual a 4.5%
- Porcentaje de la población de 15 y más años con Primaria completa y más: 84.9%
- Total de viviendas particulares: 56,942.
- Porcentaje de viviendas que no disponen de abastecimiento de agua: 42.9%
- Porcentaje de viviendas sin alumbrado eléctrico: 30%
- Porcentaje de viviendas sin servicio de desagüe: 46%
- Porcentaje de hogares sin agua, ni desagüe ni alumbrado eléctrico: 8.6%
- Porcentaje de la PEA ocupada de 15 y más años: 54.8%
- Porcentaje de asalariados: 57.7%

En cuanto al nivel de escolaridad⁸ de los pacientes seleccionados al azar, observamos que en el HMI Juan Pablo II, 8 pacientes (23.5%) tienen educación primaria, 20 (58.8%) tienen educación secundaria y 6 (17.6%) tienen educación superior. En el HMI César López Silva, un paciente (3.3%) no tiene educación, 7 (23.3%) tiene educación primaria, 14 (46.7%) tiene educación secundaria y 6 (20%) tienen educación superior. Debemos mencionar que en este HMI, 2 casos (6.7%) no tienen datos de escolaridad. Llama la atención el alto porcentaje de personas enfermas que tienen educación superior.

En lo que respecta al tipo de vivienda⁹ de los pacientes seleccionados al azar, vemos que en el HMI Juan Pablo II, 3 (9.3%) tienen una vivienda precaria, 9 (28.1%) tienen una vivienda mixta y 20 (62.5%) tienen una vivienda de material noble¹⁰. En el HMI César López Silva, 5 (15.6%) tienen una vivienda precaria, 12 (37.5%) vivienda mixta y 13 (40.6%) vivienda de material noble.

Las principales características de la población estimada para cada uno de los establecimientos de salud motivo del estudio se presentan en la tabla N° 1. La población en el HMI Juan Pablo II es de 55.602 habitantes, la que representa un 15,6% de la población total del distrito, mientras que el HMI César López Silva tiene una población de 66.040 habitantes, es decir, un 18,6% de la población total del distrito.

En lo que respecta al tipo de ocupación de los pacientes seleccionados, observamos que en el HMI Juan Pablo II, de los 18 (52,9%) de pacientes masculinos, 14,7% dice ser estudiante, 5,9% albañil, 5,9% desempleado y 17,6% en otros. En el sexo femenino el grupo ocupacional más frecuente es el de las amas de casa con un 29,4% seguido muy de lejos por las estudiantes (5.9%) y un porcentaje similar para el grupo otros. En el HMI César López Silva en cambio, llama mucho la atención el hecho de encontrar que el 41.4% de las mujeres son amas de casa y un 10.3% están en el grupo de otros. En los varones, lo que llama la atención es el alto porcentaje de desempleados (20.7%), mientras que los estudiantes representan un 10.3%.

⁸ Ver Anexo 2. Tabla A1.

⁹ Ver Anexo 2. Tabla A2.

¹⁰ En este caso fueron considerados sólo 32 pacientes porque 2 carecían de datos de vivienda.

**Tabla 1. Características Socioeconómicas de los establecimientos motivo del estudio.
Lima, Perú. 2004.**

Variable	Juan Pablo II	López Silva
Población Estimada año 2004 (N)	104809	108423
Hombres	27 579 (49.6 %)	32 756 (49.6 %)
Mujeres	28 023 (50.4 %)	33 284 (50.4 %)
Grupos de edad (Hombres)		
< 1 año	507 (1.8%)	602 (1.8%)
1-5	2 465 (8.9%)	2 927 (8.9%)
6-14	4 475 (16.2%)	5 315 (16.2%)
15 y más	20 132 (72.9%)	23 912 (72.9%)
Grupos de edad (Mujeres)		
< 1 año	515 (1.8%)	612 (1.8%)
1-5	2 504 (8.9%)	2 975 (8.9%)
6-14	4 548 (16.2%)	5 400 (16.2%)
15 y más	20 456 (72.9%)	24 297 (72.9%)
Total 15 y más	40 588 (72.9%)	48 209(72.9%)

Fuente: Of. Estadística e Informática del MINSA DISA RED SS VES.

Según el INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática), el 49,6% de estas poblaciones corresponde al sexo masculino y el 50,4% al sexo femenino. Es decir, en el HMI Juan Pablo II hay 27.579 hombres y 28.023 mujeres, mientras que en el HMI César López Silva existen 32.756 hombres y 33.284 mujeres.

La población de 15 años y más es de 40.588 (70,3%) habitantes en el HMI Juan Pablo II, mientras que en el HMI César López Silva la población para ese mismo grupo de edad es 48.209 (70,3%). Estas cifras son semejantes a la población total del país.

En síntesis, después de observar los resultados de las variables sociodemográficas, podemos decir que en términos porcentuales, las poblaciones asignadas a los establecimientos en estudio son similares, que el grupo de población de mayores de 15 años representa más del 70 % de la población total, que en términos de escolaridad no se encuentran mayores diferencias entre ambos establecimientos y que de acuerdo al tipo de vivienda esta es mejor en la población correspondiente al HMI Juan Pablo II, establecimiento que cuenta con mayores tasas de incidencia y morbilidad.

3.2 Caracterización de los pacientes con Tuberculosis.

En el año 2004, en el HMI Juan Pablo II se diagnosticaron 162 pacientes¹¹ con tuberculosis en todas sus formas y en todos los grupos de edad, lo que originó que la tasa de morbilidad sea de 291.4, la tasa de incidencia de 242.8, la tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo de 169.1 y la tasa de mortalidad¹² de 7.2 todas por cada 100 000 habitantes. Teniendo además una tasa de letalidad¹³ de 2.5% (tabla 2).

El HMI César López Silva en el año 2004 se diagnosticaron 94 pacientes¹⁴ con tuberculosis, los cuales se ven reflejados en una tasa de morbilidad de 142.3, una tasa de incidencia de 121.1, una tasa de incidencia tuberculosis pulmonar frotis positivo de 62.1 y una tasa de mortalidad de 3; todas estas tasas están expresadas cada 100 mil habitantes. Finalmente tiene una tasa de letalidad de 2.1% (tabla 2).

¹¹ Sólo se consideran los pacientes nuevos y antes tratados por única vez, excluyéndose a los pacientes crónicos.

¹² Tasa de Mortalidad: Número total de personas que fallecen estando en tratamiento antituberculoso entre el total de la población general, expresado cada 100 mil habitantes.

¹³ Tasa de Letalidad: Número total de personas que fallecen estando en tratamiento antituberculoso entre el total de enfermos de tuberculosis en un tiempo determinado, expresado en porcentaje.

¹⁴ Ver anexo 2 tabla A2.

Tabla 2. Caracterización epidemiológica de la TBC en los establecimientos de salud motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.

Variable	Juan Pablo II	César López Silva
Numero pacientes TBC (1)	162	94
Tasa de Morbilidad (por 100 000 hbtes)	291.4	142.3
Tasa de Incidencia (por 100 habitantes)	242.8	121.1
Tasa Incidencia TBCP FP (por 100 habitantes)	169.1	62.1
Tasa de Mortalidad por TBC (por 100000 habitantes)	7.2	3
Tasa de Letalidad por TBC (por 100)	2.5	2.1

(1) Excluye enfermos crónicos e incluye todas las formas de TBC y todos los grupos de edad.

Nota: Durante el periodo del estudio no se produjeron casos de meningitis TBC

La tabla 3 expone las características de la tuberculosis en cada uno de los establecimientos motivos del estudio, para lo cual se realizó un muestreo aleatorio de fichas clínicas. Vemos que en el HMI Juan Pablo II, el total de pacientes diagnosticados es 162, considerado el 100%. De esos, 135 (83.3%) son casos nuevos. 111 (82.2%) de los 135 casos nuevos tienen tuberculosis pulmonar, de los cuales 100 (90.1%) tienen confirmación bacteriológica, es decir, tienen una baciloscopía ó cultivo positivo. Los casos de tuberculosis extrapulmonar son 24, lo que representa un 17,8% del total de casos nuevos y los pacientes antes tratados son 27 (16,3%) del total de pacientes con tuberculosis.

Las fichas clínicas seleccionadas al azar en el HMI Juan Pablo II, fueron 34 (21%), siendo 26 (76.4%) los casos nuevos, de los cuales 23 (88.5%) corresponden a tuberculosis pulmonar y 21 (91.3%) tienen confirmación bacteriológica. 3 casos (8.8%) son extrapulmonares y 8 (23.6%) corresponden a pacientes anteriormente tratados.

En el HMI César López Silva, el total de pacientes ingresados en el año 2004 fueron 94 (100%), siendo 80 (85.1%) los casos nuevos, 71 (88.7%) son de localización pulmonar, de

los cuales 45 (63.4%) tienen confirmación bacteriológica. Los casos de localización extrapulmonar son 9 (9.6%) y los pacientes anteriormente tratados llegaron a 14, lo que representa un total de 14.9% del total de pacientes.

Tabla 3. Características de la totalidad de los pacientes con TBC y de los pacientes seleccionados en los establecimientos de salud motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.

Características de pacientes con TBC Según establecimiento	Juan Pablo II		César López Silva	
	Total	Muestra *	Total	Muestra *
Total de pacientes con TBC **	162	34	94	30
% de pacientes con TBC	100 %	21 %	100 %	32 %
Total de pacientes con TBC Pulmonar	138	31	85	28
% de pacientes con TBC Pulmonar	85,1%	91,1%	90,4%	93,3%
Numero casos nuevos	135	26	80	26
% de pacientes nuevos	83,3 %	76,4 %	85,1 %	86,7 %
Pacientes nuevos con TBC Pulmonar	111	23	71	24
% de pacientes nuevos con TBC Pulmonar	82,2 %	88,5 %	88,7 %	92,3 %
Pacientes nuevos con TBC Pulmonar c/ conf. Bact	100	21	45	16
% de pacientes nuevos. con TBC Pulmonar c/ conf. Bact	90,1 %	91,3 %	63,4 %	66,6 %
TBC extrapulmonar	24	3	9	2
% de TBC extrapulmonar	17,8%	11,5 %	11,3%	6,7 %
Pacientes antes tratados	27	8	14	4
% total de pacientes antes tratados	16,6 %	23,5 %	14,8 %	13,3 %
* Se consideraron sólo pacientes mayores de 15 años.				
** Número de pacientes con TBC nuevos y antes tratados ingresados al PCT excluyendo pacientes crónicos.				

Fuentes: Informe Operacional 2004 HMI Juan Pablo II y César López Silva.

En cuanto a la muestra de pacientes seleccionados para el estudio en el HMI César López Silva, ésta fue de 30 pacientes (32%) del total, siendo 26 (86.7%) los casos nuevos, 24 de

los cuales (92.3%) tienen tuberculosis pulmonar y 16 de estos (66.6%) tienen confirmación bacteriológica. Los casos extrapulmonares fueron 2 (6.7%) y 4 (13.4%) correspondieron a pacientes antes tratados.

La tabla 4, nos muestra que en el HMI Juan Pablo II, 18 (53%) de los 34 casos seleccionados al azar se presentan en el sexo masculino y 16 (47%) en el sexo femenino. En el HMI César López Silva en cambio, 13 (43%) de 30 casos corresponden al sexo masculino y 17 (57%) al sexo femenino.

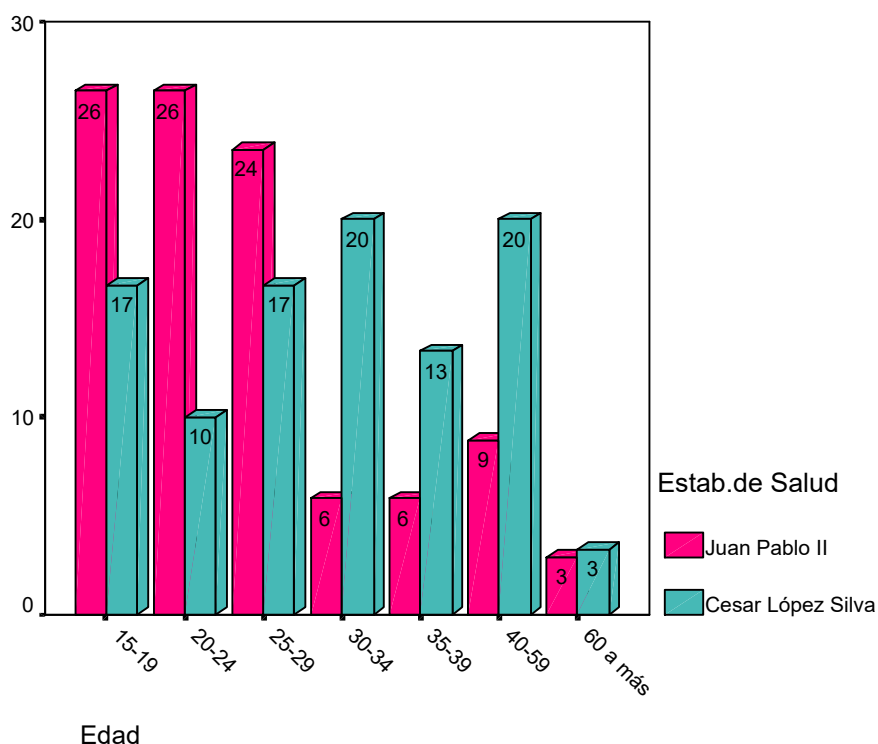
Tabla 4. Distribución de la enfermedad por sexo y por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

Count		Sexo		Total
		Masc.	Fem	
Estab.de	Juan Pablo II	18	16	34
Salud	Cesar López Silva	13	17	30
Total		31	33	64

Elaboración Propia

La distribución de la enfermedad por grupos de edad en cada uno de los establecimientos motivo del estudio se presenta en el gráfico N° 1 y (anexo 2, tabla 3). En el HMI Juan Pablo II 9 (26,4%) de los 34 casos seleccionados tienen entre 15 y 19 años, otros 9 (26,4%) están en el grupo de 20 a 24 años y 8 (23.5%) se encuentran en el grupo de 25 a 29 años. El resto de casos, aproximadamente el 25% se encuentra repartido en forma similar en los grupos etáreos siguientes. En el HMI César López Silva, la distribución porcentual es diferente, 5 casos (16.6%) de 30, se encuentran en el grupo de 15 a 19 años, 3 (10%) en el grupo de 20 a 24 años, 5 (16.6%) de 25 a 29 años, 6 (20%) de 30 a 34 años, 4 (13.3%) de 35 a 39 años. El restante 24% se reparte en los grupos de edad mayores de 40.

Gráfico 1. Porcentaje de enfermos con tuberculosis por grupos de edad por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.



Elaboración Propia.

La tabla 5, nos muestra que en el HMI Juan Pablo II, de los 34 casos seleccionados al azar, existen 31 (91.1%) que tiene tuberculosis pulmonar, de los cuales 16 (51.6%) corresponden al sexo masculino y 15 (48.3%) al sexo femenino. La forma extrapulmonar se presenta en 3 casos (8.8%) de los cuales 2/3 son masculinos y 1/3 femenino. En el HMI César López Silva, la localización pulmonar está representada por 28 casos (93.3%), de los cuales 13 (46.4%) pertenecen al sexo masculino y 15 (53.5%) al sexo femenino. Los 2 casos restantes (6.6%) son extrapulmonares y los dos se presentan en el sexo femenino.

Tabla 5. Localización de la Tuberculosis por sexo y por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

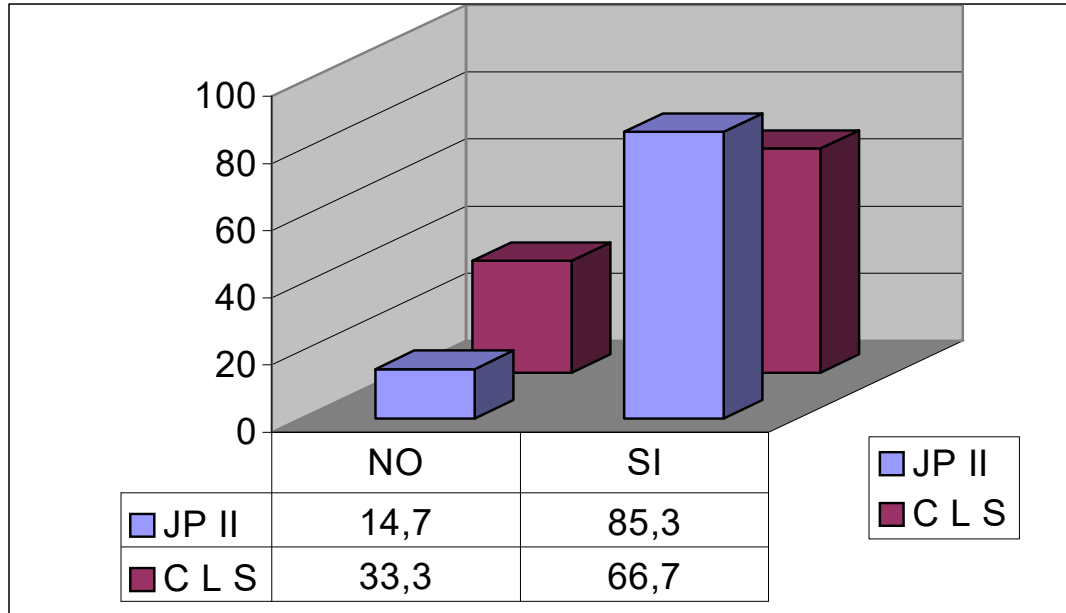
Elaboración Propia.

Estab.de Salud			Localización		Total
			Pulmonar	Extrapulmonar	
Juan Pablo II	Sexo	Masc.	16	2	18
		Fem	15	1	16
		Total	31	3	34
Cesar López Silva	Sexo	Masc.	13		13
		Fem	15	2	17
		Total	28	2	30

La relación entre la localización de la enfermedad y la confirmación bacteriológica de la misma, se presentan en el gráfico 2 y anexo 2, vemos que en el HMI Juan Pablo II, en lo que respecta a la localización pulmonar, 3 (9.6%) de los casos no tienen confirmación bacteriológica mientras que 28 (90.3%) de los 31 casos si la tienen. En el caso de las extrapulmonares, 66,7% no tienen confirmación y 33,3% si la tiene. Si tomamos el total de enfermos que tienen confirmación bacteriológica, estos representan el 85,3%. En el HMI César López Silva, en la localización pulmonar, 8 (28.5%) de los 28 casos no tienen confirmación bacteriológica, mientras que 20 (71.5%) si la tienen. En cuanto a la forma extrapulmonar, ninguno de los 2 casos tienen confirmación bacteriológica. El total de enfermos con confirmación bacteriológica en este establecimiento es de 66,6%.

En la tabla 6, en la que se han excluido a los pacientes antes tratados, observamos que en el HMI Juan Pablo II, de los 26 pacientes nuevos, 22 (84.6%) tienen confirmación bacteriológica y todos ellos utilizan el esquema I como tratamiento. Los restantes 4 pacientes (15.3%) no tienen confirmación bacteriológica y de estos sólo uno utiliza el esquema I los tres restantes utilizan el esquema III. En el HMI César López Silva, en cambio, de los 26 pacientes nuevos, 17 (65.3%) tiene confirmación bacteriológica y todos utilizan el esquema I de tratamiento. Los 9 casos restantes (34.6%) no tienen confirmación bacteriológica y de estos 8 utilizan el esquema I y sólo 1 utiliza el esquema III.

Gráfico 2. Porcentaje de enfermos con tuberculosis con / sin confirmación bacteriológica por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú 2004.



Elaboración Propia

Tabla 6. Relación entre confirmación bacteriológica y esquema de tratamiento de pacientes Nuevos por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

Estab.de Salud			Esquema de Tratamiento		Total
			I	III	
Juan Pablo II	Confirmación	No	1	3	4
	Bacteriológica	Si	22		22
	Total		23	3	26
Cesar López Silva	Confirmación	No	8	1	9
	Bacteriológica	Si	17		17
	Total		25	1	26

Elaboración Propia.

Sintetizando, se observa que en el HMI Juan Pablo II los principales indicadores epidemiológicos muestran una situación desfavorable en comparación con el HMI César

López Silva, cuyas tasas son menores en casi el 50% (tabla 2). En ambos establecimientos, la forma de presentación predominante es la pulmonar (Benavente, Salas; 1994), tanto en el universo de los pacientes como en la muestra. La diferencia más importante está en el grado de confirmación bacteriológica, la cual es de 91,3% en el HMI Juan Pablo II, mientras que en el HMI César López Silva es de 66,6% (tabla 3). Los grupos de edad más frecuentemente afectados son en el HMI Juan Pablo II los menores de 30 años, mientras que en el HMI César López Silva son los menores de 40 años.

Según las normas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, los pacientes diagnosticados con tuberculosis sin confirmación bacteriológica, debieran utilizar el esquema III de tratamiento (Minsa, Perú; 2001 b), situación que no se aprecia en el HMI César López Silva.

En la tabla 7, se observa la relación que existe entre la carga bacilar¹⁵ y el tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico. En el HMI Juan Pablo II, en primer lugar, observamos que la mayoría de pacientes 24 (70.5%) de los 34 seleccionados, han sido diagnosticados entre las 4 y 8 semanas de iniciados los síntomas; un segundo grupo 6 (17.6%) fue diagnosticado después de las 12 semanas y de los 4 (11.7%) pacientes restantes, 2 fueron diagnosticados durante las primeras tres semanas y los otros dos entre la 9 y 12ava. semanas. En segundo lugar, podemos apreciar que parte de los pacientes 12 de 34 (35.2%) tiene carga bacilar ++ al momento del diagnóstico y de esos 12, 10 (83.3%) fueron diagnosticados entre las 4 y 8 semanas. Los 9 pacientes con carga bacilar +++, representan el 26.4%, de estos, 7 fueron diagnosticados entre las 4 y 8 semanas de iniciados los síntomas. Otro punto importante de mencionar, es el uso del cultivo como medio de diagnóstico¹⁶ en 6 (17.6%) de los 34 casos seleccionados.

En el HMI César López Silva, se observa que 16 (59.2%) de los 27 casos, han sido diagnosticados entre las 4 y 8 semanas de iniciados los síntomas, un segundo grupo de 6

¹⁵ Por carga bacilar se entiende el número de bacilos ácido alcohol resistentes (baar) por campo microscópico observado. Así, carga bacilar + significa menos de un baar promedio por campo en 100 campos observados, carga bacilar ++ son de 1 a 10 baar promedio por campo en 50 campos observados y carga bacilar +++ son más de 10 baar promedio por campo en 20 campos observados. Carga bacilar - significa que no se encuentran baar en 100 campos observados. C+ es cultivo positivo (Minsa, 2001 b).

¹⁶ Curto, Vela y Naupay en Minsa, Perú; 2001c.

pacientes (22.2%) fue diagnosticado después de las 12 semanas de aparecidos los síntomas, 4 (14.8%) antes de las primeras 4 semanas y uno (3.7%) entre la 9 y 12ava. semanas.

Por otra parte, se observa que 8 (29.6%) de los pacientes fueron diagnosticados con carga bacilar +, 3 pacientes (11.1%) tuvieron carga bacilar ++, 8 (29.6%) con carga bacilar +++ y los 8 pacientes restantes (29.6%) con baciloscopía negativa.

Tabla 7.¹⁷ Relación entre el tiempo de enfermedad y la carga bacilar por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

% Total

Estab.de Salud			Tiempo de Enfermedad (semanas)				Total
			Menos de 4	4 - 8	9 - 12	Más de 12	
Juan Pablo II	Carga Bacilar	S/Bk		2,9%		2,9%	5,9%
		+		2,9%		2,9%	5,9%
		++		29,4%	2,9%	2,9%	35,3%
		+++	2,9%	20,6%		2,9%	26,5%
		-		5,9%		2,9%	8,8%
		C+	2,9%	8,8%	2,9%	2,9%	17,6%
Total			5,9%	70,6%	5,9%	17,6%	100,0%
Cesar López Silva	Carga Bacilar	+	7,4%	18,5%		3,7%	29,6%
		++		11,1%			11,1%
		+++	3,7%	11,1%		14,8%	29,6%
		-	3,7%	18,5%	3,7%	3,7%	29,6%
		Total	14,8%	59,3%	3,7%	22,2%	100,0%

Elaboración Propia

En este estudio, se observa que en el HMI Juan Pablo II, no existe relación entre el tiempo de enfermedad al diagnóstico y la carga bacilar, mientras que en el HMI César López Silva, esta relación es directamente proporcional¹⁸.

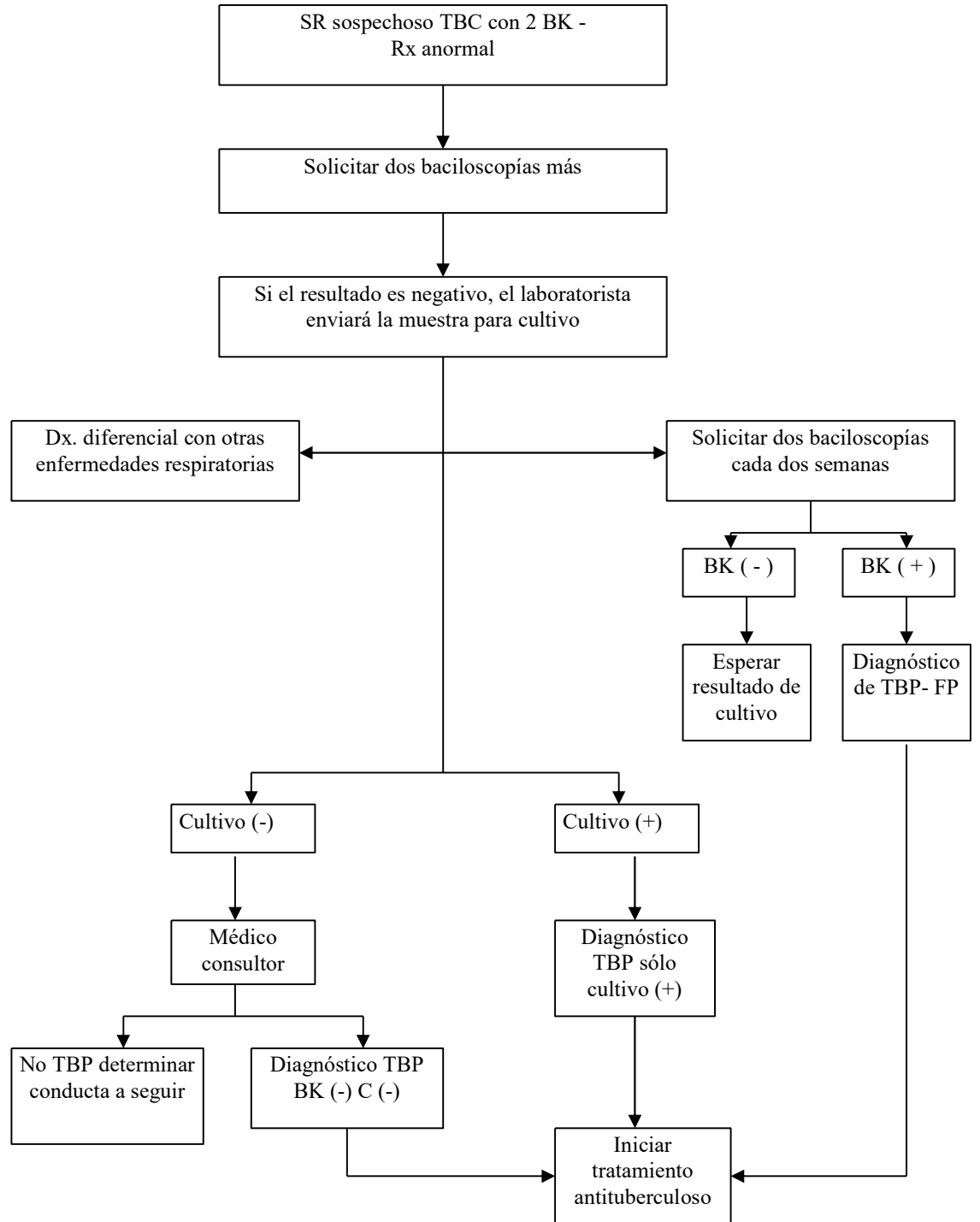
¹⁷ En el HMI sólo se han considerado 27 casos porque no existían datos acerca del tiempo de enfermedad en tres pacientes.

¹⁸ Medina y Duran en Minsa, Perú; 2000.

3.3 Características de la Gestión Operativa del PCT en los establecimientos motivo del estudio.

A continuación presentamos el flujograma del procedimiento para el seguimiento diagnóstico en tuberculosis pulmonar. Como referencia.

Cuadro 3. Procedimiento para el seguimiento diagnóstico en tuberculosis pulmonar.



Minsa, 2001 b

3.3.1 Recursos Humanos.

Con la finalidad de tener un mejor conocimiento y detalle de la capacidad asistencial (Montoya,1997) en cada uno de los establecimientos de salud motivo del estudio es que a continuación se realiza la caracterización de los recursos humanos de dichos establecimientos.

En el tema de los recursos humanos (anexo 2 tabla A5), vemos que el HMI Juan Pablo II cuenta con 18 médicos, incluyendo jefes, nombrados y contratados; 3 odontólogos, 5 enfermeras, 12 obstetras, 1 trabajador social, un psicólogo, un nutricionista, un químico farmacéutico, 41 técnicos de enfermería, dos auxiliares de enfermería, cinco técnicos de laboratorio, siete técnicos administrativos y 26 trabajadores en distintas funciones (limpieza, vigilancia, choferes, etc.)

El HMI César López Silva en cambio, dispone de 20 médicos, 3 odontólogos, 6 enfermeras, 13 obstetras, dos trabajadores sociales, 2 sicólogos, un nutricionista, un químico farmacéutico 48 técnicos de enfermería, dos auxiliares de enfermería, cinco técnicos de laboratorio, seis técnicos administrativos y 36 en otras funciones.

En la tabla 8, se describe la conformación de los equipos de gestión operativa de cada uno de los establecimientos motivo del estudio, observándose que el HMI Juan Pablo II dispone de un médico a tiempo parcial (aproximadamente 50%), una enfermera y tres técnicos de enfermería a dedicación exclusiva del programa y un técnico de laboratorio, un químico farmacéutico, un trabajador social, un psicólogo y un nutricionista, todos a dedicación parcial. Es importante destacar que este hospital cuenta con un consultor local del Programa de Control de la Tuberculosis que en este caso es el mismo responsable del PCT, este consultor es un médico general capacitado en los aspectos relacionados al diagnóstico en términos del programa.

El HMI César López Silva, no tiene médico asignado como responsable del PCT (atiende el que está de turno), dispone de una enfermera y tres técnicas de enfermería a dedicación exclusiva del PCT, un técnico de laboratorio, un químico farmacéutico, un trabajador social, un psicólogo y un nutricionista, todos a dedicación parcial. Aquí en el HMI César

López Silva, a diferencia del Juan Pablo II, no tiene un médico consultor local, por lo que en caso de ser necesario, sus pacientes debieran acudir al consultor intermedio que se encuentra en la Red de Salud Villa María del Triunfo, perteneciente a la misma DISA II Lima Sur.

Tabla 8. Caracterización del Equipo de Gestión Operativa del PCT en cada uno de los establecimientos motivo del estudio. Lima, Perú. 2004.

Personal	Juan Pablo II	César López Silva
Médicos (1)	1	0 (*)
Enfermeras (2)	1	1
Téc. Laboratorio (1)	1	1
Trabajador Social (1)	1	1
Psicólogo (1)	1	1
Químico Farmacéutico (1)	1	1
Técnicos de Enfermería (2)	3	3

Elaboración Propia.

(1) Dedicación Parcial.

(2) Dedicación Exclusiva.

(*) No hay médico responsable del PCT.

3.3.2 Caracterización de los conocimientos acerca de las Normas del PCT en los Equipos de Gestión Operativa de los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.

La caracterización del grado de conocimiento de las normas del programa por parte de los equipos de gestión en cada uno de los establecimientos motivo del estudio se hizo a partir de la calidad en las respuestas a cinco preguntas que a continuación describimos y que se presentan resumidas en el gráfico 3. La tabulación de las respuestas a las preguntas citadas se presentan en el anexo 2.

A la pregunta que es el DOTS, en el HMI Juan Pablo II, cinco personas respondieron correctamente y sólo una desconocía la respuesta. En el HMI César López Silva en cambio, 2 de 5 contestaron bien, 2 en forma regular (incompleta) y una no sabía la respuesta (anexo 2, tabla 6).

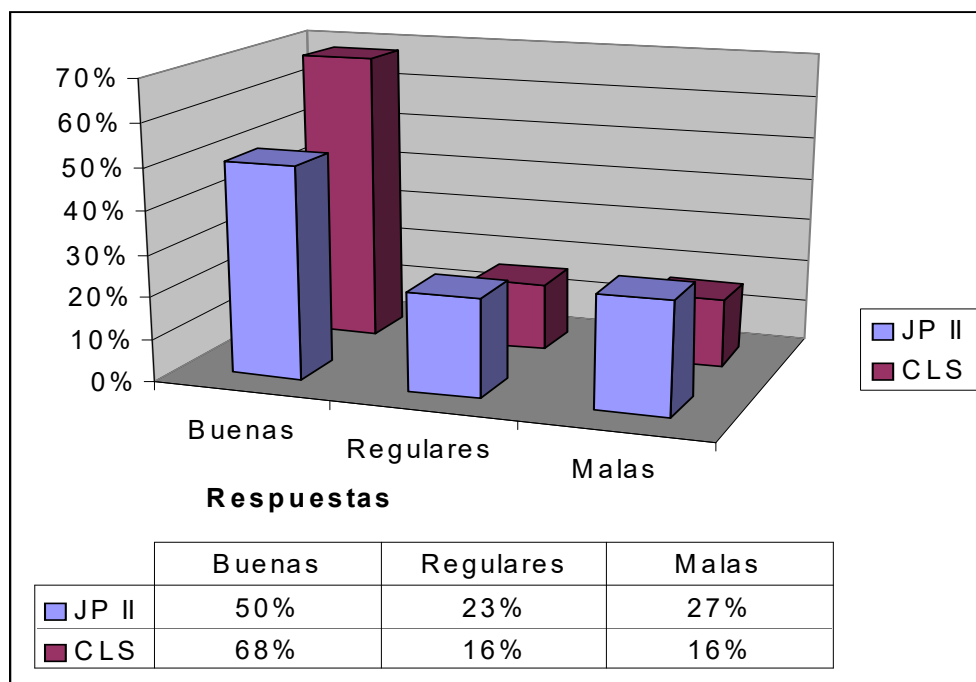
Acerca del control de contactos, se observa que en el HMI Juan Pablo II, dos de seis personas respondieron adecuadamente como se realiza el control de contactos, tres lo hicieron en forma regular y una no conocía la respuesta. En el HMI César López Silva, cuatro personas contestaron correctamente y solo una no conocía la respuesta (anexo 2, tabla 7).

En el HMI Juan Pablo II, ante la pregunta cuantas consultas médicas se realizan por paciente con tuberculosis, tres de seis contestaron correctamente y los otros tres lo hicieron en forma deficiente. A la misma pregunta en el HMI César López Silva, cuatro contestaron bien y sólo una contestó deficientemente (anexo 2, tabla 8).

En el HMI Juan Pablo II, a la pregunta cuantas entrevistas de enfermería se realizan por paciente con tuberculosis y con qué motivo, sólo una contestó correctamente, dos lo hicieron en forma regular (incompleto) y tres lo hicieron mal. En el HMI César López Silva ante la misma pregunta, cuatro personas contestaron bien y sólo una lo hizo en forma incorrecta (anexo 2, tabla 9).

Acerca del número y motivo de visitas domiciliarias por paciente con tuberculosis, en el HMI Juan Pablo II cuatro contestaron en forma correcta y dos lo hicieron en forma parcial. A esa misma pregunta en el HMI César López Silva, tres personas la contestaron bien, una en forma parcial y una lo hizo mal (anexo 2 tabla 10).

Gráfico 3. Calidad de respuestas por Equipos de Gestión por establecimiento (porcentajes). Lima, Perú. 2004.



Elaboración Propia.

Se puede apreciar que las respuestas a las encuestas realizadas a los Equipos de Gestión de cada uno de los establecimientos motivo del estudio resultan ser más acertadas en el HMI César López Silva, quien tiene un 68% de respuestas correctas, 16% de respuestas regulares y 16% de respuestas incorrectas, mientras que en el HMI Juan Pablo II, estos porcentajes fueron 50% de respuestas correctas, 23% regulares y 27% de respuestas incorrectas. Podríamos decir entonces que en términos generales existe un mejor conocimiento de las normas del programa en el HMI César López Silva.

3.3.3 Caracterización de la provisión de materiales del PCT en los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.

Ante la pregunta es adecuada la dotación de medicamentos y demás insumos del PCT, de los once entrevistados entre los dos establecimientos, sólo dos personas del HMI Juan Pablo II, respondieron negativamente; pero hicieron la salvedad que se referían

exclusivamente a material de difusión (afiches, volantes, trípticos), en algunas oportunidades faltaban formularios y folletería en general.

Tabla 9. Es adecuada la dotación de medicamentos y demás insumos del PCT por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Es adecuada la dotación de medicamentos y demás insumos del PCT?		Total
			Si	No	
Juan Pablo II	Profesión	Médico		1	1
		Enfermera	1		1
		Téc. Enf	2	1	3
	Total	3	2	5	
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1		1
		Téc. Enf	3		3
		T. Social	1		1
	Total	5		5	

Elaboración Propia.

3.3.4 Caracterización de la Gestión Funcional y Operativa del PCT en cada uno de los Establecimientos de Salud motivo del Estudio.

En esta sección se describen los resultados de las preguntas orientadas hacia este rubro, las cuales se refieren básicamente a la supervisión por parte de la instancia superior, la capacitación del personal, las facilidades o limitaciones que tiene el personal de salud para la realización de sus funciones, entre otras se observa:

- Acerca de los ambientes para la atención, en el HMI Juan Pablo II, tres personas dijeron que los ambientes eran adecuados para la atención de pacientes y dos, contestaron lo contrario. En cambio en el HMI César López Silva, todos los encuestados respondieron que los ambientes no eran los más adecuados para brindar una buena atención a los pacientes (anexo 2 tabla.11)

- A la pregunta acerca de la supervisión que recibían de la Red, en el HMI Juan Pablo II, todos contestaron que eran supervisados, cuatro de los seis que la recibían en forma mensual y dos trimestralmente. En el HMI César López Silva, dos contestaron que se hacía en forma mensual y los restantes tres que eran en forma trimestral (Anexo 2, tabla 12).
- Cuando se les preguntó cada cuánto tiempo recibían capacitación, en el HMI una persona dijo no haber recibido capacitación, tres personas que se hacía en forma semestral y dos anualmente. En el HMI César López Silva, se dieron prácticamente los mismos resultados, una dijo no haber recibido capacitación, tres que lo hacía semestralmente y una cada año (anexo 2, tabla 13).
- En el HMI Juan Pablo II, cinco de los seis entrevistados manifestaron tener algún tipo de limitaciones en la realización de sus funciones. Una persona se abstuvo de responder. En el HMI César López Silva en cambio, de cinco entrevistados, tres manifestaron que tenían limitaciones para realizar su trabajo, uno no las tenía y uno se abstuvo (anexo 2, tabla 14).
- Cuando se preguntó si en cada uno de sus establecimientos les daban facilidades para el ejercicio de sus funciones, en el HMI Juan Pablo II, uno dijo que sí, cuatro que no y una persona se abstuvo. En el HMI César López Silva, a la misma pregunta, dos personas dijeron que si tenían facilidades, dos que no y una se abstuvo (anexo 2, tabla 15).

CAPÍTULO IV

Conclusiones

La muestra aleatoria de pacientes, la cual, dados los resultados obtenidos, son representativos del universo de enfermos con tuberculosis en cada uno de los establecimientos mencionados muestra que:

1. Las características de presentación en lo que respecta a sexo, edad y localización de la tuberculosis en los pacientes de estos hospitales guardan estrecha relación con los presentados en el ámbito nacional.

2. El nivel socioeconómico usando como proxy el nivel de escolaridad, el tipo de vivienda y el saneamiento básico de las poblaciones asignadas a los establecimientos en estudio son similares. Por lo tanto, las diferencias en las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en estos establecimientos no se explicarían por estas condiciones.
3. En lo referente a la distribución por sexo, en el HMI Juan Pablo II los más afectados son los hombres (57%), mientras que en el HMI César López Silva el grupo más afectado son las mujeres(53%). En la distribución por grupos etáreos, se encontró que en el HMI Juan Pablo II el 76,3% de pacientes se encuentra entre los 15 y 29 años de edad y en el HMI César López Silva ese mismo porcentaje 76,6% está entre los 15 y 39 años de edad. Esto nos indica claramente que la tuberculosis ataca a las personas en la etapa más productiva de sus vidas, afectando directamente los indicadores económicos del país.
4. Observamos que la mayoría de los pacientes ingresados al PCT durante el año 2003 son nuevos, 76,4% en el HMI Juan Pablo II y 86,7% en el HMI César López Silva, que la localización pulmonar es la predominante, 88,5% en el HMI Juan Pablo II y 92,3% en el HMI Cesar López Silva, lo que se condice con la bibliografía analizada (Cecil-Russel, 1997). Lo que llama la atención en el HMI César López Silva, es la escasa proporción de pacientes con tuberculosis pulmonar con confirmación bacteriológica, la cual llega solamente al 66.6% del total. Es decir, más de un tercio de los pacientes seleccionados no tienen confirmación bacteriológica, esta situación es totalmente distinta a la que se ve en el HMI Juan Pablo II, donde el porcentaje de pacientes con confirmación bacteriológica llega al 91,3%. Esto podría deberse a algunas deficiencias en el desarrollo del seguimiento diagnóstico de los pacientes con síntomas persistentes de enfermedad tuberculosa (Minsa, Perú. 2001c). Ahora bien, si analizamos la tabla 9, vemos que la mayor parte de los pacientes sin confirmación bacteriológica son pacientes que presentan localización pulmonar, la que es de más fácil acceso a los medios diagnósticos comunes como son la baciloscopia y el cultivo (Minsal, Chile. 1996). Este análisis se ve reforzado al observar la tabla 11 que muestra que en el HMI

César López Silva ninguno de los pacientes seleccionados tiene confirmación diagnóstica con cultivo.

5. Según las normas del PCT, los pacientes que no tengan confirmación bacteriológica deben utilizar como tratamiento el esquema III, el cual está indicado en pacientes nuevos con tuberculosis pulmonar con bacteriología negativa y tuberculosis extrapulmonar de buen pronóstico como ganglionar, pleural, etc. (Minsa, 2001b: pp 51); sin embargo, esto no sucede en el HMI César López Silva, en el que 8 de los 9 (88,8%) utilizan el esquema I y de estos solamente uno es extrapulmonar (TBC ganglionar). Esta situación nuevamente nos hace pensar que existen deficiencias en el diagnóstico y en el procedimiento de seguimiento diagnóstico de los pacientes tal como mencionáramos en el capítulo de resultados.
6. La importancia en la utilización de los esquemas diferenciados de tratamiento, radica básicamente en el tiempo y cantidad de exposición a los fármacos a que está expuesto el paciente, este tiempo es menor en el esquema III que dura aproximadamente 5 meses y utiliza tres drogas, mientras que el esquema I tiene una duración aproximada de 6 meses con cuatro drogas. Otro problema que podría estar asociado a la mala utilización de los esquemas es la posible generación de resistencia a los fármacos utilizados (OMS, 1974 b). Debiéramos también considerar los costos que tienen que ver con el tratamiento en sí y con su administración, ya que se ha calculado que para los tratamientos ambulatorios, sólo los costos directos, es decir, en personal de salud, insumos de laboratorio y medicamentos del esquema I son de aproximadamente US\$ 51.83, mientras que el esquema III cuesta US\$ 36.32 (Minsa, 2001a, pp 57). Esta situación nos lleva a concluir que la gestión operativa (Corella, 1996) llevada a cabo por los “ejecutantes”, no se cumple como debiera.
7. Es importante destacar que en aproximadamente 10% de los pacientes seleccionados en el HMI César López Silva, no existen datos acerca del tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico en contraste con el HMI Juan Pablo II en que todos si lo tienen. En ambos hospitales el tiempo que transcurre entre la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad y el diagnóstico de la misma se encuentran entre las 4 y 8 semanas. Por otra parte se presentan dos situaciones contrapuestas, en el HMI Juan

Pablo II, en general, el número de diagnósticos disminuye con relación al tiempo de enfermedad. En el HMI César López Silva en cambio, en especial en los pacientes con carga bacilar +++ el diagnóstico se produce más tardíamente. Es decir, de los 8 pacientes diagnosticados con carga bacilar +++, 4 tienen diagnóstico después de la 12ava semana, 3 entre la 4 y 8ava semana y sólo uno en las primeras tres semanas de iniciados los síntomas. Se ha incidido particularmente en la relación que existe o pudiera existir entre la carga bacilar y el tiempo de aparición de los primeros síntomas porque es un debate que se presenta en todas las reuniones de evaluación del PCT, ya que existen médicos que piensan que diagnosticar pacientes con carga bacilar +++ es sinónimo de diagnóstico tardío¹⁹ y por lo tanto, signo de mayor compromiso pulmonar. Por otro lado están los que piensan que esto no es completamente cierto y que en realidad esta relación es aleatoria. Este estudio confirma las diferencias que existen en el conocimiento que se tiene de este tema.

8. En lo que respecta a los Equipos de Gestión del PCT en cada uno de estos establecimientos, se observa, que la única diferencia existente es la ausencia de un médico como responsable del PCT en el HMI César López Silva. De acuerdo a la bibliografía existente, uno de los factores de éxito de los programas es el liderazgo que tiene la jefatura además de las decisiones inherentes a la práctica médica (Stybło, 1994). La ausencia de este profesional podría de alguna manera estar influyendo en un inadecuado cumplimiento de la norma en lo que se refiere al diagnóstico, seguimiento diagnóstico y tratamiento de los pacientes. Esta situación también podría explicar los problemas de registro encontrados en las fichas clínicas. En contraste, en el HMI Juan Pablo II existe un encargado de programa que dedica al menos el 50% de su tiempo a actividades propias del programa de control de la tuberculosis. El resto del equipo es similar para ambos establecimientos tanto en número como en grupo profesional. Otro factor que podría influir en el buen desarrollo del programa, es que en el HMI Juan Pablo II, el médico y la enfermera son contratados, mientras que el resto del personal es nombrado (de planta).

¹⁹ Medina y Duran en Minsa, Perú; 2000.

9. Al analizar el grado de conocimiento de las normas del Programa de Control de la Tuberculosis en los establecimientos motivo del estudio, nos encontramos que en líneas generales, el personal del HMI César López Silva, donde los indicadores epidemiológicos son mejores, existe un mayor nivel de conocimiento de dichas normas, esto nos haría pensar, que el manejo de los pacientes es más adecuado y de una mejor calidad. Sin embargo, como vimos al realizar el análisis de las fichas clínicas, esto nos es tan así. Por otra parte se debe mencionar que al momento de realizar las entrevistas, especialmente con la encargada (Enfermera) del PCT en el HMI César López Silva, se constató que los pacientes de este hospital que requerían interconsultas médicas no lo hacían por el canal regular y establecido, es decir, se saltaban instancias, estos pacientes eran atendidos por personal de otra Red de Servicios de Salud, esta podría ser otra de las causas por la que los pacientes con diagnóstico de tuberculosis sin confirmación bacteriológica no reciben los tratamientos establecidos.
10. En lo que respecta a la dotación de medicamentos y demás insumos del Programa de Control de la Tuberculosis de los establecimientos estudiados, observamos que ambos están bien abastecidos, con la cantidad suficiente de medicamentos de todos los esquemas para el tratamiento de los pacientes programados y además un stock de reserva para por lo menos un trimestre. Por lo tanto podríamos afirmar que las diferencias en los indicadores no se explicarían por este tema.
11. El análisis de lo que hemos considerado como la gestión operativa del programa, se basa prácticamente en tres aspectos principales que son la supervisión, capacitación y ambiente de trabajo. En el primer aspecto podemos mencionar que según la mayoría de los entrevistados en el HMI Juan Pablo II, las supervisiones por parte de la Red, se efectúan mensualmente, mientras que en el HMI César López Silva estas son en forma trimestral. Esta situación nos induce a pensar que las supervisiones en el Juan Pablo II no están siendo tan efectivas como debieran ser, lo que se demuestra con el menor conocimiento de las normas por parte de su personal, como lo vimos anteriormente. Se puede decir también que al parecer las supervisiones no se hacen con la misma frecuencia en todos los niveles ya que las respuestas acerca de esta son distintas entre el personal.

12. Otro aspecto relacionado a la supervisión pero esta vez en el HMI César López Silva, es que estas al parecer no son demasiado exhaustivas como uno esperaría, esto quedó demostrado al momento de recolectar la información para la realización del presente estudio, ya que en repetidas oportunidades se tuvo que cambiar de ficha familiar por no encontrarse y el otro aspecto relevante es que muchas de las fichas observadas tienen muchas deficiencias en el llenado de las mismas: datos incompletos, ausencia de formatos del programa.
13. En cuanto a la capacitación, existen diferencias en las respuestas entre los distintos profesionales dentro de cada establecimiento. Lo más claro es que al igual que las supervisiones, la capacitación no está llegando a todos los niveles, es decir, hay personal que no recibe capacitación y otro que lo recibe muy espaciadamente, esta situación se presenta por igual en ambos establecimientos; este aspecto podría ser una causa más en las deficiencias antes mencionadas.
14. En lo concerniente al ambiente de trabajo, las respuestas de la mayoría de entrevistados fue que tenían muchas limitaciones y escasas facilidades para el desarrollo de sus funciones en el PCT en cada uno de los establecimientos estudiados. Las limitaciones están dadas por la falta de presupuesto para actividades como las visitas domiciliarias, falta de incentivos al personal que trabaja tiempo extra, refieren también ambientes inadecuados para la atención de los pacientes. Dentro de las facilidades, los pocos que contestaron afirmativamente, se referían a permisos para salir de los establecimientos, asistir a capacitaciones, etcétera.
15. Los problemas encontrados en los ámbitos de gestión analizados como son, equipos de gestión, conocimiento y cumplimiento de las normas del programa, capacitación y supervisión podrían estar influyendo en la detección de casos y por lo tanto en los indicadores epidemiológicos.

CAPÍTULO V

Recomendaciones

1. En síntesis, este estudio de tipo descriptivo nos permite deducir que podría haber relación entre la gestión y los indicadores epidemiológicos. Con el fin de confirmar o no esta hipótesis, se debieran realizar estudios de tipo cualitativo.
2. Este estudio, podría ser complementado con entrevistas a los pacientes, ya que son estos quienes nos pueden dar una mejor idea de la aplicación de las normas del programa sobre todo en lo relativo a educación del paciente y del grupo familiar en lo que respecta a la enfermedad y el control de contactos. Por lo tanto, esto sería un indicador de la calidad con que se desempeñan los equipos de gestión.
3. La capacitación es uno de los pilares de la gestión en el Programa de Control de la Tuberculosis, por lo que se debiera insistir en ella, focalizando los esfuerzos en los distintos grupos profesionales para un mejor conocimiento y aplicación de las normas del PCT. Debe mencionarse que la capacitación debiera llegar no sólo a los integrantes de los equipos de gestión, sino a la totalidad de los trabajadores de la salud de los establecimientos mencionados.
4. Las supervisiones debieran hacerse con mayor profundidad y detalle en todos los aspectos del programa, incluyendo las cuestiones administrativas como el correcto llenado de los instrumentos del PCT, lo que permitiría tomar mejores decisiones.
5. Fortalecer las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo al interior de los equipos de gestión con el fin de brindar una mejor calidad de atención al paciente y cumplir con los objetivos del programa.

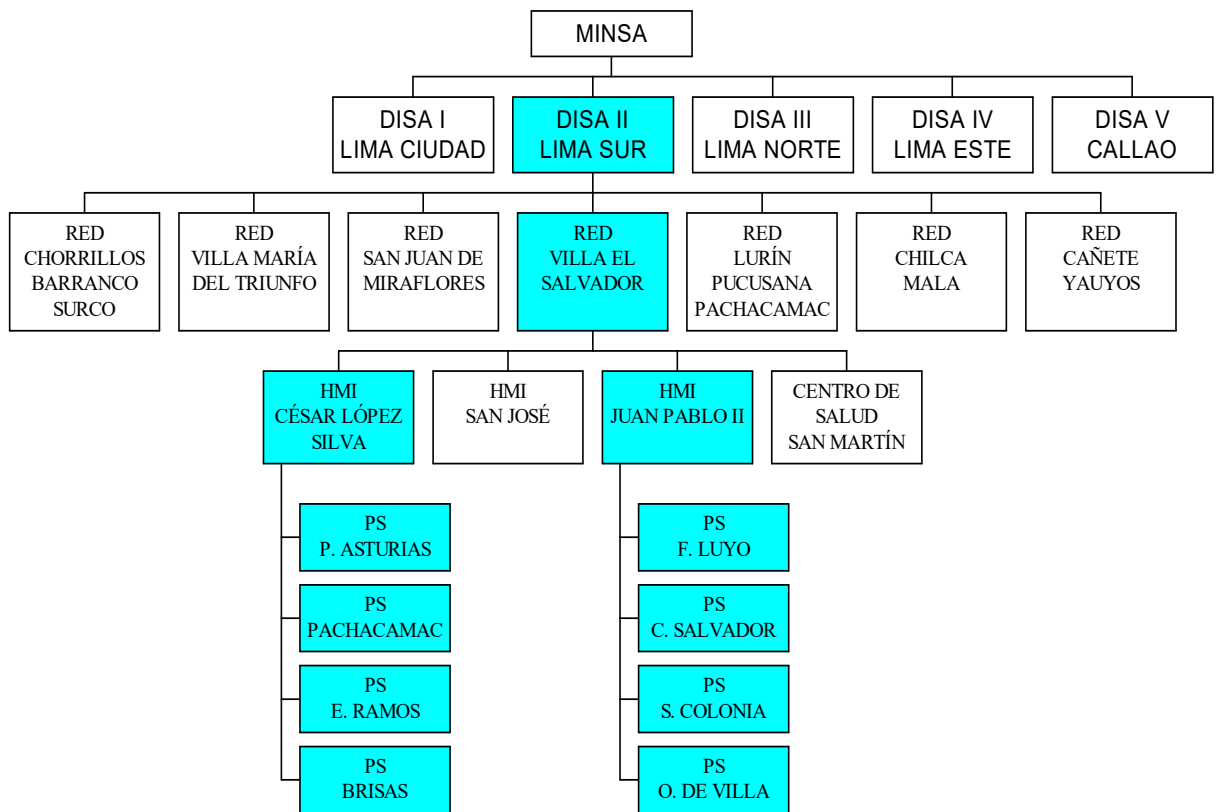
BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera, Ximena; Concha, Marisol. (1997). *Lineamientos Metodológicos para la Elaboración de Análisis Funcionales de Redes de Servicios de Salud*. Trabajo sin editar. Santiago de Chile.
- Benavente Misrachi, David; Salas Diehl, Inés. (1994). “Evaluación de una intervención breve en el programa de control de tuberculosis en una comuna”, *Cuaderno Médico - Social*, XXXV, 4, 1994. Santiago de Chile.
- Bogdan, R y Taylor, SJ. (1992). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. Ediciones Paidós España.
- Cecil, Russel; (1997). *Tratado de Medicina Interna*. J. Claude Bennet, MD; Fred Plum, MD. Mc Graw- Hill, Interamericana editores, S.A. México. DF.
- Comisión Ministerial de Evaluación de la Atención Primaria. (1997). *Evaluación de la Atención Primaria 1997*. Minsal. Santiago de Chile.
- Concha Barrientos, Marisol; (1997). “Cambios y transformaciones epidemiológicas y su impacto en los modelos de gestión de las instituciones de salud”. *Administración en salud*, N° 32, Septiembre 1997, Santiago de Chile.
- Corella, José María. (1996). *La Gestión de Servicios de Salud*. Ediciones Díaz de Santos, S.A. Madrid, España.
- Farga, Victorino; (1992). *Tuberculosis, Mediterráneo*. Santiago de Chile
- Fisher, Andrew A; Laing, John E; Stoeckel, John E; Townsend, John W; (1995). *Manual para el Diseño de Investigación Operativa en Planificación Familiar*, U.S. Agency for International Development, México. DF.
- Galiano Gálvez, María Alejandra; (2000). “Estudio de abandonos y recaídas de pacientes tuberculosos en una cohorte única”. *Tesis para optar al grado de Magister en Salud Pública*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. Chile; (1996). *Manual de Normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en Chile*. Minsal, Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. Perú; (1995). *Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú*. Ministerio de Salud. Lima Perú.
- Ministerio de Salud. Perú; (2000). *Tuberculosis en el Perú. Informe 1999*. Ministerio de Salud. Lima Perú.

- Ministerio de Salud. Perú; (2001a). *Impacto Económico de la Tuberculosis en el Perú 1999*. Ministerio de Salud. Lima Perú.
- Ministerio de Salud. Perú; (2001b). *Actualización de la Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú*. Ministerio de Salud, Lima Perú.
- Ministerio de Salud. Perú; (2001c). *Tuberculosis en el Perú. Informe 2000*. Ministerio de Salud. Lima Perú.
- Monje Mardones, Yasna; Ramírez Claverié, Jesús. (1998). *Diseño de un Sistema de Control de Gestión aplicado al Hospital Salvador*, Seminario para optar al Título de Ingeniero en Información y Control de Gestión. Santiago de Chile.
- Montoya, Carlos; (1997). “El Método de Sectorización de las Acciones de Primera Línea en Salud”, *Cuaderno Médico Social XXXVIII, 3, 1997/13-19*. Santiago de Chile.
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra. (1974 a). *Los Métodos Modernos de Gestión y la Organización de los Servicios de Salud*. Bélgica.
- Organización Mundial de la Salud. Ginebra. (1994 b). *Tratamiento de la Tuberculosis: Directrices para los Programas Nacionales*. España.
- Pérez Serrano, Gloria; (1994). *Investigación Cualitativa: Retos e Interrogantes*. II Técnicas y análisis de Datos. Editorial La Muralla, Madrid, España.
- Pilheu, Jorge A; Cuesta Aramburú, Valentín; (1997). “Tuberculosis en los países del mercosur”, *Revista Argentina del Tórax*, Vol. 59, N° 1/4. Buenos Aires, Argentina.
- Prieto Toledo, Ana Lorena; (1996). *Evaluación ex post de programas sociales: Programa de Control de Tuberculosis*, Tesis para optar el Título de Administrador. Santiago de Chile.
- Smith, Peter G.; Morrow, Richard H. (1998). *Ensayos de Campo de Intervenciones en Salud en Países en Desarrollo: Una Caja de Herramientas*. Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud. Washington, DC 20037, Estados Unidos.
- Styblo, Karel; (1994). “Evaluación y recomendaciones del programa de control de la tuberculosis en Chile”, *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 1998; 14, Santiago de Chile.
- Yañez del Villar, Alvaro; (1998). “La organización Mundial de la Salud y el control de la tuberculosis”, *Revista Médica de Chile*, 1998; 126: 61- 65. Santiago de Chile.

ANEXOS

ANEXO N° 1 ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL MINSA



ANEXO N° 2 TABLAS

**Tabla A1. Nivel de escolaridad de los pacientes seleccionados por establecimiento.
Lima, Perú. 2004.**

	Escolaridad				Total
	Sin educación	Primaria	Secundaria	Superior	
Estab.de Salud Juan Pablo II		8	20	6	34
Cesar López Silva	1	7	14	6	28
Total	1	15	34	12	62

Elaboración Propia.

Tabla A2. Tipo de vivienda de los pacientes seleccionados por establecimiento. Lima, Perú. 2004.

	Estab.de Salud		Total
	Juan Pablo II	Cesar López Silva	
Tipo de Vivienda Precaria	3	5	8
Mixta	9	12	21
Noble	20	13	33
Total	32	30	62

Elaboración Propia.

Tabla A3. Distribución de la enfermedad por grupo etáreo y por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

	Estab.de Salud		Total
	Juan Pablo II	Cesar López Silva	
Intervalos de Edad 15-19	9	5	14
20-24	9	3	12
25-29	8	5	13
30-34	2	6	8
35-39	2	4	6
40-44		2	2
45-49	1	1	2
50-54		3	3
55-59	2		2
Más de 60	1	1	2
Total	34	30	64

Elaboración Propia

Tabla A4. Confirmación bacteriológica por tipo de localización de la enfermedad por establecimiento de los pacientes seleccionados. Lima, Perú. 2004.

Estab.de Salud			Localización		Total
			Pulmonar	Extrapulmonar	
Juan Pablo II	Confirmación	No	3	2	5
	Bacteriológica	Si	28	1	29
	Total		31	3	34
Cesar López Silva	Confirmación	No	8	2	10
	Bacteriológica	Si	20		20
	Total		28	2	30

Elaboración Propia.

Tabla A5. Recursos Humanos Generales por Establecimiento de Salud. Lima, Perú. 2004.

Numero personal por HMI	Juan Pablo II	César López Silva
Médicos	18	20
Odontólogos	3	3
Enfermeras	5	6
Obstetricas	12	13
Trabajador Social	1	2
Psicólogo	1	2
Nutricionista	1	1
Químico Farmacéutico	1	1
Técnico de Enfermería	41	48
Auxiliar de Enfermería	2	2
Técnico de Laboratorio	5	5
Técnico Administrativo	7	6
Otros	26	36
Total	123	145

Fuente: Oficina de personal de la Red de Salud de Villa El Salvador

Tabla A6. Qué es el DOTS por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Qué es el DOTS?			Total
			Buena	Regular	Mala	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1			1
		Enfermera	1			1
		Téc. Enf	2		1	3
		T. Social	1			1
		Total	5		1	6
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1			1
		Téc. Enf	1	1	1	3
		T. Social		1		1
		Total	2	2	1	5

Elaboración Propia.

Tabla A7. Acerca del control de contactos por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Como se realiza el control de contactos?			Total
			Buena	Regular	Mala	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1			1
		Enfermera	1			1
		Téc. Enf		3		3
		T. Social			1	1
		Total	2	3	1	6
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1			1
		Téc. Enf	3			3
		T. Social		1		1
		Total	4	1		5

Elaboración Propia.

Tabla A8. De las consultas médicas por paciente con TBC por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Cuantas consultas médicas se realizan por paciente con TBC		Total
			Buena	Mala	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1		1
		Enfermera		1	1
		Téc. Enf	2	1	3
		T. Social		1	1
Total			3	3	6
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1		1
		Téc. Enf	3		3
		T. Social		1	1
		Total	4	1	5

Elaboración Propia.

Tabla A9. De las entrevistas de enfermería por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Cuantas entrevistas de enfermería se realizan y con que motivo?			Total
			Buena	Regular	Mala	
Juan Pablo II	Profesión	Médico			1	1
		Enfermera		1		1
		Téc. Enf	1	1	1	3
		T. Social			1	1
Total			1	2	3	6
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1			1
		Téc. Enf	3			3
		T. Social			1	1
		Total	4		1	5

Elaboración Propia

Tabla A10. De las visitas domiciliarias por equipo de gestión por establecimiento.

Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			Cuantas visitas domiciliarias se realizan por paciente y para qué?			Total
			Buena	Regular	Mala	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1			1
		Enfermera	1			1
		Téc. Enf	2	1		3
		T. Social		1		1
Total			4	2		6
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1			1
		Téc. Enf	2	1		3
		T. Social			1	1
		Total	3	1	1	5

Elaboración Propia.

Tabla A11. De los ambientes para la atención por equipo de gestión por establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI			El establecimiento cuenta con ambientes adecuados para la atención?		Total
			Si	No	
Juan Pablo II	Profesión	Médico		1	1
		Enfermera	1		1
		Téc. Enf	2		2
		T. Social		1	1
Total			3	2	5
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera		1	1
		Téc. Enf		3	3
		T. Social		1	1
		Total		5	5

Elaboración Propia.

**Tabla A12. De las supervisiones de la Red por equipo de gestión por establecimiento.
Lima Perú. 2004.**

Nombre del HMI	Reciben supervisiones de la RED y con qué frecuencia?		Total
	Mensual	Trimestral	
Juan Pablo II	Profesión Médico	1	1
	Enfermera	1	1
	Téc. Enf	3	3
	T. Social	1	1
Total	4	2	6
Cesar Lopez Silva	Profesión Enfermera	1	1
	Téc. Enf	2	1
	T. Social	1	1
Total	2	3	5

Elaboración Propia.

Tabla A13. Acerca de la capacitación del personal por equipo de gestión por Establecimiento. Lima Perú. 2004.

Nombre del HMI	Cada cuanto tiempo se capacita el personal?			Total
	No los capacitan	Semestral	Anual	
Juan Pablo II	Profesión Médico	1		1
	Enfermera		1	1
	Téc. Enf	1	1	1
	T. Social			1
Total	1	3	2	6
Cesar Lopez Silva	Profesión Enfermera		1	1
	Téc. Enf	1	1	1
	T. Social		1	1
Total	1	3	1	5

Elaboración Propia.

**Tabla A14. De las limitaciones a la función por equipo de gestión por establecimiento.
Lima Perú. 2004.**

Nombre del HMI			Tiene limitaciones para la realización de sus funciones?		Total
			Si	No	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1		1
		Enfermera	1		1
		Téc. Enf	2		2
		T. Social	1		1
	Total	5		5	
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera	1		1
		Téc. Enf	1	1	2
		T. Social	1		1
	Total	3	1	4	

Elaboración Propia.

**Tabla A15. De las facilidades a la función por equipo de gestión por establecimiento.
Lima Perú. 2004.**

Nombre del HMI			Tiene facilidades para realizar sus funciones?		Total
			Si	No	
Juan Pablo II	Profesión	Médico	1		1
		Enfermera		1	1
		Téc. Enf		3	3
	Total	1	4	5	
Cesar Lopez Silva	Profesión	Enfermera		1	1
		Téc. Enf	1	1	2
		T. Social	1		1
	Total	2	2	4	

Elaboración Propia.

ANEXO N° 3 INDICADORES

INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS

➤ TASA DE MORBILIDAD:	$\frac{\text{Casos nuevos} + \text{Antes tratados} + \text{Fracasos}}{\text{Población Total Anual}}$	* 100000 hab.
➤ TASA DE INCIDENCIA:	$\frac{\text{Casos nuevos}}{\text{Población Total Anual}}$	* 100000 hab.
➤ TASA DE INCIDENCIA TBCP FP:	$\frac{\text{Casos nuevos TBP FP}}{\text{Población Total Anual}}$	* 100000 hab.
➤ TASA DE MENINGITIS TB EN MENORES DE 5 AÑOS:	$\frac{\text{Número de meningitis tb} < 5 \text{ años}}{\text{Población Total} < 5 \text{ años}}$	* 100000 hab
➤ TASA DE MORTALIDAD :	$\frac{\text{Número de fallecidos}}{\text{Población total anual}}$	* 100000 hab.
➤ PROPORCIÓN DE FALLECIDOS DURANTE EL TRATAMIENTO:	$\frac{\text{Número de fallecidos}}{\text{Número de enfermos con TB.}}$	* 100

INDICADORES OPERACIONALES

➤ PROPORCIÓN DE SR IDENTIFICADOS ENTRE LOS SR ESPERADOS	$\frac{\text{Nº de SR identificados}}{\text{Nº de SR esperados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE SR EXAMINADOS: ENTRE LOS SR IDENTIFICADOS	$\frac{\text{Nº de SR examinados}}{\text{Nº de SR identificados}}$	* 100

➤ PROMEDIO DE BACILOSCOPIAS DE DIAG. ENTRE LOS SR EXAMINADOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de baciloscopías de diagnóstico}}{\text{N}^\circ \text{ de SR examinados}}$	
➤ PROPORCIÓN DE CONTACTOS EXAMINADOS ENTRE LOS CONTACTOS CENSADOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos examinados}}{\text{N}^\circ \text{ de contactos censados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE CONTACTOS CON TB ENTRE LOS CONTACTOS EXAMINADOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos con TB}}{\text{N}^\circ \text{ de contactos examinados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE QUIMIOPROFILAXIS EN MENORES DE 15 AÑOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de contactos con quimioprofilaxis } < 15 \text{ años}}{\text{N}^\circ \text{ de contactos } < 15 \text{ años censados de pactes. BK+}}$	* 100

INDICADORES DE ESTUDIO DE COHORTES DE TRATAMIENTO

➤ EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de curados}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}}$	* 100
➤ EFICACIA DEL TRATAMIENTO	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de curados}}{\text{N}^\circ \text{ total de curados + fracasos}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE ABANDONOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de abandonos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE RECAÍDAS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de recaídas}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE FRACASOS	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de fracasos}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}}$	* 100
➤ PROPORCIÓN DE TRANSFERENCIAS SIN CONFIRMAR	$\frac{\text{N}^\circ \text{ total de transferencias sin confirmar}}{\text{N}^\circ \text{ total de pacientes ingresados}}$	* 100

15. Si no es así, cuánto tiempo le dedican? Aprox.
- 16.Cuál es el número de Hs. Médico dedicadas al PCT?
- 17.Cuál es el número de Hs. Enfermera dedicadas al PCT?
- 18.Cuál es el número de Hs. Téc de Enfermería dedicadas al PCT?
19. Qué otros profesionales trabajan en el PCT y qué tiempo le dedican?
20. Es adecuada la dotación de medicamentos y demás insumos del PCT?
Si No Por qué?
21. Qué es el DOTS?
22. Se realiza la estrategia DOTS al 100%
Si No Por qué?
23. Existe alguna estrategia para la captación de Sintomáticos Respiratorios? De ser positiva cuál es?
24. Cómo se realiza el control de contactos?
25. Existe o conoce alguna estrategia de IEC (Información, Educación y Comunicación)?Cuál?
26. Cuántas consultas médicas se realizan por paciente con tuberculosis?
27. Cuántas entrevistas de enfermería se realizan y con qué motivo?
28. Cuántas visitas domiciliarias se realizan por paciente y para qué?

29. Existen unidades de vigilancia comunal?

Si No

30. El establecimiento cuenta con ambientes adecuados para la atención?

Si No Por qué?

31. Reciben supervisiones del nivel superior, y con qué frecuencia? Especificar si es la Disa o la Red quién supervisa.

D) Del personal:

32. Tipo de contrato: Nombrado Contratado Otros

33. Cuanto gana?

34.Cuál es la fuente de financiamiento?

Minsa PSBPT Rec Prop Otros

35. Cuánto tiempo duran sus contratos?

36. Cómo se asignan los cargos?

37.Cuál es la duración promedio en los cargos?

38. Cada cuánto tiempo se capacita el personal?

39. El personal que trabaja en el PCT recibe algún tipo de incentivo adicional?

40. El establecimiento de salud le brinda facilidades para realizar sus funciones dentro del programa de control de la tuberculosis

41. Siente que tiene limitaciones en el desarrollo de sus actividades dentro del programa de control de la tuberculosis.

42. Que tipo de mejoras deberían realizarse en el PCT

43. En términos generales ¿ como evalúa su situación de trabajo en el programa?

Muy Buena Buena Regular Mala Muy Mala

ANEXO N° 5 DEFINICIONES OPERACIONALES

- **Abandono recuperado:** Aquel paciente que regresó al programa con baciloscopia positiva sin haber terminado un tratamiento anterior.
- **Abandono:** Inasistencia continuada a tratamiento, por más de 30 días consecutivos.
- **Contacto:** Persona que convive con un paciente con tuberculosis activa.
- **Curado:** Enfermo que concluyó su tratamiento en tiempo y número de dosis, que salió del programa con o sin confirmación bacteriológica.
- **Fallecido:** Enfermo que muere en el transcurso del tratamiento, por tuberculosis o por otras causas.
- **Fracaso:** Persistencia de baciloscopías positivas después del 4 mes de tratamiento y su confirmación es por medio del cultivo. No existe fracaso sin cultivo positivo.
- **Paciente nuevo:** Son enfermos que nunca antes han sido tratados o que han recibido medicamentos antituberculosos por menos de un mes.
- **Recaída:** Es un concepto bacteriológico. Corresponde a la aparición de baciloscopías positivas luego de haber terminado un tratamiento como curado.
- **Sintomático Respiratorio (SR).** Persona con tos y expectoración por más de 15 días.

PROYECTO DE INVESTIGACION

TITULO

“FACTORES DE GESTIÓN LOCAL QUE INFLUYEN EN EL DESEMPEÑO DEL PROGRAMA DE CONTROL DE LA TUBERCULOSIS”

OBJETIVOS

Objetivo General : Determinar los factores que influyen en el desempeño del programa de control de la tuberculosis en los HMI Juan Pablo II y Cesar López Silva de la Dirección de Red de Salud Villa El Salvador Lurin Pucusana Pachacamac.

Objetivos Específicos:

- 1.- Describir las características sociodemográficas de las poblaciones asignadas a los HMI Juan Pablo II Y César López Silva de la Red de Salud Villa El Salvador.
- 2.- Describir y analizar la Gestión Operativa del Programa de control de la Tuberculosis en los establecimientos motivo del estudio.
- 3.- Identificar las características de los pacientes con Tuberculosis de los establecimientos motivo del estudio.

ANTECEDENTES.

La Tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa, propia del hombre causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que se trasmite por inhalación de los bacilos tuberculosos, contenidos en el aerosol proveniente de la tos del sujeto enfermo.

Se estima que un tercio de la población mundial está infectada con *Mycobacterium Tuberculosis*.¹

¹ Suárez Pedro G. Actualización de la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú 2001

La tuberculosis está incrementando tanto en los países desarrollados como en los países en vías de desarrollo debido al tratamiento inadecuado de los enfermos, la epidemia del VIH/SIDA, la resistencia a los fármacos, antituberculosos, los fracasos, abandonos, los ineficientes programas de control, el deterioro de las condiciones socio económicas, el aumento de la pobreza en determinados grupos de la población.

La tuberculosis es la principal causa de muerte de origen infeccioso en todo el mundo y sería responsable de 120,000 muertes anuales en América Latina y el Caribe.

Durante el año 2001, en el Perú hubieron alrededor de 1,100 muertes de pacientes con tuberculosis, de los cuales 107 casos correspondieron al ámbito de la DISA II Lima Sur. En el año 2004 en Villa el Salvador fallecieron 44 personas que se encontraban con tratamiento anti tuberculoso.

Es un hecho conocido que una proporción de los pacientes con tuberculosis en tratamiento está en riesgo de fallecer por la misma enfermedad. Sin embargo, no todos fallecen por tuberculosis, sino por condiciones asociadas a la enfermedad². Este estudio tiene por propósito identificar los factores que influyen en el desempeño del programa de control de tuberculosis.

Las enfermedades infecto contagiosas entre ellas la tuberculosis están ligadas a factores culturales, sociales y económicas de compleja solución, pero también fuertemente relacionadas con la falta de aplicación de metodologías de intervención en salud que conduzcan hacia su control y futura eliminación como problema de salud pública

METODOLOGIA

Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal; cuya principal fuente de información es secundaria basada en los diferentes instrumentos del programa de control de la Tuberculosis en cada una de las micro redes de salud de Villa El Salvador en el periodo 2004.

² Zavala. D; Ramos. G Tuberculosis en el Perú año 2000

BIBLIOGRAFÍA

- 1° FARGA C., Victorino: Segunda edición, Santiago de Chile 1993, 319 pp.
- 2° MINISTERIO DE SALUD: Tuberculosis en el Perú- Informe 2000, ED. MINSAL, Lima 2001, 324 pp.
- 3° MINISTERIO DE SALUD: Manual de “Actualización de Doctrina, Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú”, ED, Minsal, Lima 2001, 212 pp.
- 4° MINISTERIO DE SALUD: Directiva 003-2000, 10 pp.
- 5° MINISTERIO DE SALUD, PROYECTO VIGIA “Análisis de la situación de la tuberculosis”, Separata, Lima, 2001, 18 pp.