ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN LAS IPS PÚBLICAS DE CUATRO MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA

Estrategias de Captación de Sintomáticos Respiratorios y Detección de Pacientes con tuberculosis

DIEGO ARMANDO PULIDO GIL
LYDA YICEL CIFUENTES RODRÍGUEZ

UNIVERSIDAD DEL ROSARO – UNIVERSIDAD CES
BOGOTÁ, D. C.
2014

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN LAS IPS PÚBLICAS DE CUATRO MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA

Estrategias de Captación de Sintomáticos Respiratorios y Detección de Pacientes con tuberculosis

DIEGO ARMANDO PULIDO GIL
LYDA YICEL CIFUENTES RODRÍGUEZ

Tesis de grado presentada como requisito para optar al título de MAESTRIA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Doctor JAVIER GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
MD PD Economía y Gestión en Salud
Tutor

UNIVERSIDAD DEL ROSARO – UNIVERSIDAD CES
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD
BOGOTÁ, D. C.
2014

Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez
Enfermera
Dirección de Salud Pública
Secretaria de Salud Cundinamarca
cifuentes.lyda@urosario.edu.co

Diego Armando Pulido Gil
Médico Veterinario
dapulidog@yahoo.com

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Firma del presidente del jurado

_____
Firma del jurado

_____
Firma del jurado

Bogotá, D.C., Enero de 2015.

Este trabajo se lo dedico primeramente a Dios fuente creadora de todas las cosas, fortaleza en los duros momentos, por iluminar mi corazón y mi mente cuando estuve a punto de caer, por haber sido mi soporte y compañía.

A mi hijo Sebastián porque su amor y apoyo incondicional me han dado la motivación suficiente para superarme y salir adelante, por ser el mejor de los hijos, por llenarme de orgullo en todo momento.

De igual forma, a mis Padres, a quien les debo toda mi vida, les agradezco el cariño y su comprensión, a ustedes quienes han sabido formarme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ha ayudado a salir adelante buscando siempre el mejor camino.

A mi esposo por su paciencia por buscar siempre lo mejor para mí, porque siempre ha estado con migo aun en los duros momentos.

A mis maestros, gracias por su tiempo, por su apoyo así como por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional, por haber guiado el proceso de este trabajo y llegar a la culminación del mismo.

A Dios y a la Virgen María que gracias a ellos, pude guiar mi vida cada día, y culminar esta tesis; a mis padres, hijo y esposo por su amor, y apoyo incondicional.

A mi Alma Mater la Universidad del Rosario, por darme la oportunidad de alcanzar esta meta, gracias a los profesores e investigadores quien durante estos 2 años se esmeraron por dar lo mejor para nuestra formación profesional, por los conocimientos teóricos y las experiencias vividas.

Una vez más al Doctor Javier González Rodríguez, por dirigir esta tesis, por confiaren mi desde el inicio. Agradezco su alto empreño, dedicación profesional, aportaciones teóricas, experiencias, consejos y llamadas de atención en marcadas en torno a la investigación. Su exigencia y rigurosidad han sido claves en este trabajo, sin su dedicación y disponibilidad, sin duda no hubiera podido lograr esta meta.

A mis amigos, que por medio de las discusiones y preguntas, nos hacen crecer en conocimiento.

Y a todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación, hago extensivo nuestro más sincero agradecimiento.

Contenido

Pág.

Resumen 15

Summary 16

Introducción 17

1. Problema de investigación 20

2. Planteamiento del problema 22

2.1 Descripción del problema 22

2.2 Pregunta general 23

2.3 Preguntas específicas 23

3. Objetivos 24

3.1 Objetivo general 24

3.2 Objetivos específicos 24

4. Justificación 25

4.1 Relevancia del estudio 26

5. Marco teórico 27

5.1 Definición y etiología 27

5.2 Diagnóstico de la Tuberculosis 28

5.3 Conceptos 30

5.4 Estado del arte 31

5.5 Enfoque global de la problemática tuberculosa 37

5.6 Enfoque nacional de la problemática tuberculosa 38

5.7 Población en riesgo 39

5.8 Presupuestos asignados al control de la tuberculosis 40

6. Metodología de la investigación 43

6.1 Tipo de investigación 43

6.2 Población y muestra 43

6.3 Diseño y conformación de la muestra 43

6.4 Sujetos que forman parte del Programa (TB) en la IPS/E 44

6.5 Participantes 45

6.6 Información recolectada 45

6.6.1 Instrumento. Recolección de la información 45

6.7 Limitaciones 47

6.8 Fuentes primarias: Matriz de variables 48

6.9 Análisis de variables 48

6.10 Estrategias de control 49

6.11 Aspectos éticos 50

7. Cronograma 52

8. Presupuesto 53

8.1 Costos: Estudio 53

9. Resultados, Análisis y Discusión 55

9.1 Hospital Universitario La Samaritana. Unidad Funcional de Zipaquirá. Cundinamarca 55

9.1.1 Resumen de los resultados del Hospital de Zipaquirá. Hospital Universitario La Samaritana. Unidad Funcional de Zipaquirá. 66

9.2 Hospital San Rafael de Fusagasugá. Cundinamarca. 68

9.2.1 Resumen de los resultados Hospital de Fusagasugá. Hospital San Rafael de Fusagasugá. 75

9.3 Facatativá Hospital público. Facatativá. Cundinamarca 77

9.3.1 Resumen de los resultados..... 84

9.4 Girardot. Hospital Universitario La Samaritana. Unidad Funcional de Girardot. Cundinamarca 86

9.4.1 Resumen de los resultados Hospital de Girardot. Hospital Universitario La Samaritana UF de Girardot. 94

9.5 Análisis general de los resultados (Cuatro (4) hospitales Zipaquirá – Fusagasugá – Facatativá y Girardot) 96

9.5.1 Comparación entre Municipios. 100

10. Resumen de resultados.....105

11. Conclusiones de resultados 108

12. Propuesta de mejoramiento.....109

Conclusiones 110

Sugerencias y Recomendaciones 112

Referencias.....113

Anexos 117

Lista de Tablas

Pág.

Tabla 1. Indicadores de Captación de pacientes sintomáticos respiratorios y detección de pacientes con tuberculosis – Cundinamarca. Colombia.....21

Tabla 2. Transferencia anual de recursos, Programa TB y Lepra – Colombia – 2007 – 2011.....40

Tabla 3. Costos de Atención Integral de los pacientes con Tuberculosis/Pacho - Cundinamarca 41

Tabla 4. Diseño y conformación de la muestra/Distribución poblacional por municipio y médicos por hospital público 43

Tabla 5. Matriz de variables.....48

Tabla 6. Cronograma de actividades.....52

Tabla 7. Costos del estudio elaboración de la investigación.....53

Tabla 8. Programación y cumplimiento de indicadores de captación y detección de pacientes con TB. Hospitales de Facatativá, Fusagasugá, Girardot y Zipaquirá/Cundinamarca. Colombia: Fuente secundaria.....103

Lista de gráficas

Pág.

Gráfica 1. Pregunta Uno. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Zipaquirá).....55

Gráfica 2. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR. (Zipaquirá) 57

Gráfica 3. Pregunta tres. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Zipaquirá).....59

Gráfica 4. Pregunta Cuatro. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Zipaquirá) 61

Gráfica 5. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis. (Zipaquirá). 62

Gráfica 6. Pregunta seis. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes y detección de casos de Tuberculosis? (Zipaquirá).....64

Gráfica 7. Pregunta uno. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Fusagasugá).....68

Gráfica 8. Pregunta dos. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR. (Fusagasugá) 70

Gráfica 9. Pregunta tres. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Fusagasugá).....71

Gráfica 10. Pregunta Cuatro. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Fusagasugá). 71

Gráfica 11. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis (Fusagasugá). 72

Gráfica 12. Pregunta seis. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis? (Fusagasugá) 73

Gráfica 13. Pregunta 1. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Facatativá). 77

Gráfica 14. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR (Facatativá). 78

Gráfica 15. Pregunta 3. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Facatativá). 79

Gráfica 16. Pregunta 4. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Facatativá) 80

Gráfica 17. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis (Facatativá).....81

Gráfica 18. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de tuberculosis? (Facatativá).....82

Gráfica 19. Pregunta 1. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Girardot).....86

Gráfica 20. Pregunta dos. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR (Girardot). 87

Gráfica 21. Pregunta tres ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Girardot).....88

Gráfica 22. Pregunta 4. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de Tuberculosis? (Girardot).....90

Gráfica 23. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de Tuberculosis (Girardot) 91

Gráfica 24. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis? (Girardot).....92

Gráfica 25. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? Guía 412 del Ministerio de Salud, 2000. 96

Gráfica 26. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR. 97

Gráfica 27. Pregunta 3. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis?.....98

Gráfica 28. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis.....99

Gráfica 29. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis? 100

Lista de anexos

Pág.

Anexo 1. Guías para las visitas de asesoría, supervisión y evaluación del Programa ...118

Anexo 2. Planilla de Revisión de Historias Clínicas 119

Anexo 3. Cuestionario.....120

Anexo 4. Tablas de Excel, Tabulación de Respuestas en el Cuestionario.....123

Resumen

La selección de los temas prioritarios de investigación sobre tuberculosis (TB) en Cundinamarca se desarrolló mediante la revisión bibliográfica y la información de bases de datos del programa de TB en el Departamento, el cual no cumple las metas del 80% de captación de Sintomáticos Respiratorios y del 70% de detección de pacientes con TB. Con estos insumos se trabajó con los municipios de mayor importancia como Girardot, Fusagasugá, Facatativá y Zipaquirá, donde se les consulto de qué manera se maneja la Prevención y Control de TB a través de una encuesta con 41 médicos de consulta externa. En la encuesta participativa se seleccionaron y ordenaron las preguntas según su prioridad en la búsqueda oportuna de pacientes con Tuberculosis. Estos temas, seleccionados mediante esta metodología inclusiva, transparente y participativa, pasaron *a ser, pieza fundamental, a la hora de dar un diagnóstico*, hallando que 17.08% de los médicos desconoce la sintomatología respiratoria del paciente con TB; el 41.46% piden mayor tiempo de consulta, el 29.26% necesitan capacitación, el 29.28% oportunidad en la atención y toma de muestras de laboratorio; para el 70.73% la mejor forma de captación de pacientes es búsqueda casa-casa realizada por promotores, para el 29.26% es la realizada por otros actores. Los médicos no se identificaron como actores principales. El 32.41% no ven prioritaria la articulación con los programas de VIH y crónicos; y el 21.96% no tienen en cuenta realizar seguimiento a población vulnerable como indígenas y población carcelaria. Estos resultados deben contribuir a mejorar las estrategias de control de la TB y optimizar el uso de los recursos financieros y humanos.

Palabras Claves: Tuberculosis, Salud, Captación, Detección, Recursos, Capacitación.

Summary

The selection of priority areas for research on tuberculosis (TB) in Cundinamarca was developed through a literature review and information from databases TB program in the Department, which does not meet the targets of 80% uptake of Symptomatic Respiratory and 70% of patients with TB detection. With these inputs, we worked with the municipalities of greater importance as Girardot, Fusagasugá, Facatativá and Zipaquirá, where they were consulted how the Prevention and Control of TB through a survey of 41 medical outpatient handled. In participatory survey were selected and ordered by priority questions on timely search for patients with TB. These themes selected through this inclusive, transparent and participatory methodology, became, cornerstone, when giving a diagnosis, finding that 17.08% of physicians know the respiratory symptoms of patients with TB; the 41.46% call for more time for consultation, 29.26% need training, 29.28% chance of care and laboratory sampling; 70.73% for the best way to attract patients is house-house search by developers, for 29.26% is that made by other actors. The doctors were not identified as key players. The 32.41% see no priority joint programs with HIV and chronic; and 21.96% do not consider conduct monitoring vulnerable populations such as indigenous and prison population. These results should help to improve strategies for TB control and optimize the use of financial and human resources.

Keywords: Tuberculosis, Health, Uptake, Detection, Resources, Training.

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS A LAS IPS PÚBLICAS DE CUATRO MUNICIPIOS DE CUNDINAMARCA

Estrategias de Captación de Sintomáticos Respiratorios y Detección de Pacientes con tuberculosis

INTRODUCCIÓN

Los organismos del Estado encargados de la salud pública en Colombia, tienen como objetivo el control y la erradicación de enfermedades. Es necesario analizar todos los programas de salud en desarrollo, medir su impacto, para lograr a través de una adecuada toma de decisiones y dar cumplimiento a las metas propuestas.

En el estudio efectuado se examinan las estrategias implementadas, para lograr captar y detectar la tuberculosis (TB) como método de prevención, mejoramiento y cumplimiento en la búsqueda de esta enfermedad en la población Cundinamarquesa.

La tuberculosis es motivo de preocupación de la sociedad, considerada un grave problema de salud pública.

La organización Mundial de la Salud (OMS) considera esta patología como uno de los graves problemas en salud, que afecta a las poblaciones a nivel mundial, por ejemplo, el 85% de los casos ocurren en África y Asia (Plan Mundial, 2010-2015); de acuerdo a estadísticas un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo con infección tuberculosa, latente, por lo tanto la OMS, declaró la tuberculosis como emergencia mundial en 1993 (Guía 412, 2000).

Según el Plan Mundial para detener la Tuberculosis (2010-2015) “Alianza Alto a la Tuberculosis” (AT), cada año aparecen en el mundo nueve millones de casos nuevos

de TB y se producen cerca de dos millones de muertes por esta enfermedad, lo que representa una carga emocional a nivel de la población y un obstáculo, para el desarrollo socioeconómico de los países. El 10% de los casos de TB son en personas con VIH positivo y la posibilidad de desarrollar la TB es de 37 veces más, que las personas con VIH negativo. La Tuberculosis se convirtió en la principal causa de mortalidad entre los pacientes infectados por el VIH, mientras que la infección por VIH es el factor de riesgo más importante, para que, una infección tuberculosa latente evolucione hacia la enfermedad activa. Como consecuencia del mal tratamiento de la enfermedad, cepas de *Mycobacterium tuberculosis* –bacilo causante de la enfermedad – se vuelven resistentes al tratamiento convencional con fármacos de primera línea como la Isoniacida o la Rifampizina, así, apareció la tuberculosis multirresistente (TB-MR) en casi todos los países del mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe global de control de la TB 2009, estimó la incidencia de tuberculosis en todas las formas (TB-TF). Colombia con 35 casos por 100.000 habitantes, para el año 2007; anualmente se reportan más de 11.000 casos nuevos de TB-TF lo que indica, que aún sigue siendo un serio problema de salud pública. Durante el año 2008 se notificaron 11.342 casos nuevos para una incidencia 25,6 casos por 100.000 habitantes. Analizando la incidencia de casos notificados entre 1993 y el año 2008, se estratificaron las entidades territoriales por cuartiles, donde se encontró que el 50% se clasifica como de riesgo muy alto (incidencia por encima de 41,39 casos por 100.000 habitantes), o alto (incidencia entre 30,15 y 41,39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas son: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira. (Plan Nacional, 2009).

Colombia se adhirió a la consecución de los Objetivos del Milenio (ODM) como agenda global, para superar la pobreza, situando a la salud en el corazón del desarrollo. Dentro de los compromisos adquiridos está la lucha contra la Tuberculosis, para la cual, se diseñó el documento CONPES 91 de marzo de 2005 que establece políticas públicas, para alcanzar los ODM hacia el año 2015. Dentro de la normatividad, la Tuberculosis quedó incluida como una prioridad en salud pública, mediante el decreto 3039 de 2007, el cual incluyó objetivos, metas y estrategias, para implementar, expandir y adaptar la metodología, Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS/TAES) a las líneas del Plan AT, con el fin de fortalecer y sostener acciones en pro de reducir la carga de morbi-mortalidad de la enfermedad, de tal manera que se planteó el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010 – 2015, que busca fortalecer la expansión del Plan AT, para reducir la incidencia y mortalidad por Tuberculosis a través de metas y objetivos con indicadores de cumplimiento (Plan Nacional, 2009).

Cundinamarca se sumó al esfuerzo nacional en la lucha contra la Tuberculosis a través de la adopción de estrategias encaminadas a la búsqueda y detección temprana de pacientes, al tratamiento oportuno, la curación y el seguimiento integral del entorno donde se desenvuelve el paciente para cortar la cadena de transmisión; para lograrlo el departamento de Cundinamarca busca unir esfuerzos con entes territoriales, Entidades Promotoras de Salud (EPS) e Instituciones Promotoras de Salud (IPS), articulando acciones de vigilancia, prevención y control de la Tuberculosis.

1. Problema de investigación

El programa de Tuberculosis en Cundinamarca no logra dar cumplimiento a todos los indicadores establecidos en el Plan Estratégico Nacional. Uno de estos indicadores, es la *baja captación de pacientes Sintomáticos Respiratorios (SR),* identificados como casos sospechosos. Dichos pacientes SR son los que presentan tos con expectoración con más de 15 días (guía 412 del 2000); los cuales deben ser valorados con baciloscopia (BK) seriada y cultivo, para ser detectados y tratados. Esta baja captación de pacientes SR influye en el bajo porcentaje de detección de los pacientes con BK positivo, el cual es otro de los indicadores del Plan Estratégico.

Al existir una baja detección de pacientes BK positivos hace que el Departamento (Cundinamarca) muestre incumplimiento de la meta de incidencia establecida en el Plan Estratégico Nacional, presentándose realmente un subdiagnóstico y subregistro en donde no se conoce el problema real, así como sus implicaciones, porque los casos de mortalidad van en aumento, como lo demuestran las estadísticas de la Secretaría de Salud en Cundinamarca.

El Departamento de Cundinamarca realiza acciones, para fortalecer la captación y detección de pacientes tuberculosos, mediante capacitaciones dirigidas a médicos, enfermeras, Auxiliares de enfermería, encargados del programa en IPS, entes territoriales y al grupo extramural como promotores de salud, actividades educativas a la comunidad, implementación del sello de sintomáticos (SR, Piel y SNP) en las historias clínicas, capacitaciones teórico-prácticas a bacteriólogas y auxiliares de laboratorio; convenios interadministrativo e interinstitucionales, para realizar seguimiento y

búsqueda de pacientes sospechosos ante los contactos casa a casa y en población vulnerable. A pesar de dichos esfuerzos.

Tabla 1. *Indicadores de Captación de pacientes sintomáticos respiratorios y detección de pacientes con tuberculosis – Cundinamarca. Colombia.*

Año	Indicadores captación de SR	Indicadores Detección Pacientes con TB
2011	33.4%	6.6%
2012	24.9%	7.4%
2013	34%	8.4%

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

De acuerdo a la Tabla, la meta de captación se encuentra muy lejos del 80% según lineamientos nacionales, lo mismo sucede en la detección de TB Pulmonar de casos nuevos BK positivos, con respecto a la meta nacional de 70%. Los actuales indicadores de captación y detección de casos del Departamento surgen del análisis y cálculo efectuado sobre las bases de datos, que se manejan internamente en la Secretaría de Salud de Cundinamarca. El problema real, es que las IPS, no comunican casos detectados de tuberculosis; además, los casos captados por los promotores de salud en las veredas, desde lo rural y en lo urbano, en el casa a casa, son muy bajos, lo cual no está acorde con la problemática a nivel nacional, que vive el país, y si no se detecta a tiempo y se controla, se puede convertir en una pandemia.

2. Planteamiento del problema

2.1 Descripción del problema

La Organización Mundial de la Salud (2009), en su informe global de control TB, se estimó que Colombia reporta anualmente más de 11.000 casos nuevos, con las regiones más afectadas como la Amazonía, Orinoquía, Chocó, Quindío, Guajira (Plan Nacional, 2009), con el propósito de reducir la morbi-mortalidad, el gobierno propuso el "Plan Estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015, porque aumentó el número de personas afectadas por VIH, es considerado un factor de riesgo, importante para que la Tuberculosis se active, de tal manera, que estudios efectuados en Colombia, demostraron que la frecuencia por Tuberculosis en pacientes con VIH fluctúa entre 8% y 30%, la coinfección TB/VIH, es considerada casi 300 veces mayor, que la población en general (García, 2001).

Las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, son los indígenas (3.4%), personas encarceladas (6.4%), personas recluidas en Instituciones de salud con internamiento prolongado, hogares de ancianos (15%), hogares de impedidos físicos y/o mentales (Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 2010) y en general aquellas personas asociadas a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, marginación.

2.2 Pregunta general

¿Identificar los problemas, que presentan los actores de la salud, para no dar cumplimiento a la captación de pacientes sintomáticos y así detectar la tuberculosis en las IPS públicas, motivo de estudio?

2.3 Preguntas específicas

¿Se elaboran correctamente los formatos estructurados con información pertinente, para pacientes sintomáticos respiratorios (SR)?

¿Por qué si existen lineamientos claros en la Guía de atención 412 del 2000 y en el Plan Estratégico de Tuberculosis, los médicos y las IPS no hacen captación y detección temprana de los pacientes con Tuberculosis?

¿Se cumplen las metas para la captación de pacientes sintomáticos respiratorios?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Evaluar las acciones ejecutadas por los profesionales de la salud en la búsqueda activa de pacientes Sintomáticos Respiratorios y la detección de Tuberculosis en hospitales públicos de Cundinamarca, como: Girardot, Facatativá, Fusagasugá y Zipaquirá, para el control y erradicación de la enfermedad en la población colombiana.

3.2 Objetivos específicos

1. Analizar la percepción que tiene los profesionales de la salud, respecto al suministro eficiente de los Recursos, para lograr los objetivos del programa.

2. Identificar el grado de cumplimiento de las acciones realizadas en las IPS públicas en la búsqueda de pacientes con Tuberculosis.

3. Establecer la efectividad de los programas de capacitación en lo referente a protocolos, normas y reconocimiento de la sintomatología de la enfermedad.

4. Proponer estrategias de mejoramiento continuo ante las deficiencias detectadas en la aplicación del cuestionario.

4. Justificación

Las metas del plan mundial para detener la tuberculosis (2010-2015) "Alianza alto a la tuberculosis (AT), se considera una herramienta que busca aplicar estrategias para detectar oportunamente la enfermedad y casos referenciados para su curación, por tal motivo, el estudio busca desde una perspectiva ética determinar las causas del comportamiento a nivel de los actores de la salud, quienes no reportan pacientes con la enfermedad, falencias en los procesos que se utilizan, sin lograr hacerlos altamente eficientes, maximizando recursos con aumento de costos, en el programa de captación de pacientes sintomáticos respiratorios y detección de la enfermedad por profesionales de la salud o de las IPS, sin los resultados esperados, por ejemplo en Cundinamarca el indicador de captación fue de 33.4% al 2011; 24,9% al 2012 y 34% al 2013, encontrándose muy lejos de la meta del 80% según los lineamientos nacionales; la detección de casos nuevos BK positivos de 6.6% al 2011; 7.4% al 2012 y del 8.4% en el 2013, con respecto a la meta nacional de 70%; se espera para el 2015, mejoría en la calidad y cobertura de la DOTS, con una tasa de éxito terapéutico del 85%, previniendo así, la TB multirresistente secundaria (Secretaría de Salud Cundinamarca, 2013).

Al determinar las causas de la baja detección de la enfermedad y captación de casos, se puede corregir sobre la marcha los factores que están incidiendo en los resultados obtenidos y así, hacer el programa altamente exitoso y beneficioso para la población colombiana.

4.1 Relevancia del estudio

Personal. El estudio a nivel personal es relevante, porque genera una visión amplia del status sanitario del departamento en lo referente a la tuberculosis, por lo tanto, se debe mejorar los procesos, el control y la evaluación, para la detección temprana y diagnóstico oportuno de la patología.

Instituciones participantes. Para la Secretaría departamental es relevante el estudio, ya que les permite identificar y mejorar la captación de SR y detección en TB y conocer si las estrategias efectuadas en Cundinamarca son positivas; los recursos invertidos y los resultados altamente eficaces.

Contexto social. El estudio es relevante para la comunidad, ya que, permite detectar tempranamente la enfermedad y evitar así, la propagación y la mortalidad de la población por Tuberculosis. A nivel nacional este estudio es relevante, porque trae estrategias claves de captación de SR y detección de casos, para poder ser implementados en distintas regiones del país y cumplir las metas del Plan Estratégico Nacional Colombia Libre de Tuberculosis, para el fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB y cumplir con los ODM.

5. Marco teórico

5.1 Definición y etiología

La Tuberculosis (TB) es una infección bacteriana crónica de distribución mundial (Raviglione, Snider & Kochi, 1995, citado por Ministerio de Protección Social, 2007). Es producida por cuatro microorganismos de la familia de las micobacterias, Mycobacterium tuberculosis, M. bovis, M. africanum y M. microti, fenotípica y genéticamente similares, aunque solo M tuberculosis tiene importancia epidemiológica, ya que los otros raramente producen enfermedad en el humano, en Colombia la totalidad de casos es por el bacilo M tuberculosis (Ministerio de Protección Social, 2007).

Uno de los tipos más frecuentes de la enfermedad es la TB pulmonar, que como su nombre lo dice afecta principalmente el tracto respiratorio, y como se menciona anteriormente es la principal y más común forma de la afección y para efectos epidemiológicos, la única capaz de contagiar a otras personas.

M tuberculosis, también llamado bacilo de Koch (citado por el Ministerio de Protección Social, 2007), es un bacilo delgado, inmóvil, de cuatro micras de longitud media, aerobio obligado, que se tiñe de rojo por la tinción de Ziel-Neelsen al examen bacteriológico. Su transmisión es directa, de persona a persona y altamente infecciosa. Por su lento crecimiento, con un tiempo de generación de 20 a 24 horas, requiere varias semanas antes de que sus colonias sean visibles en medios artificiales y llegue a producir síntomas. Su ruta de entrada dentro del organismo es a través del tracto respiratorio, vía inhalatoria, aunque en algunos lugares, en los que aún no se pasteuriza la leche de vaca,

el M bovis puede penetrar por vía orodigestiva (Ministerio de Protección Social, 2007), pero en Colombia no se reporta hasta la fecha ningún caso por M. bovis.

Entrando en el tema de la transmisión se dice que las partículas infecciosas de los enfermos con TB pulmonar son liberadas al toser, hablar, cantar, reír y estornudar, Loudon & Spohn, 1969 (citado por el Ministerio de Protección Social, 2007) y según la evidencia debe haber un contacto continuo con el enfermo. A partir de la infección inicial, por medio de la siembra hematógena precoz, esos bacilos puedan llegar a cualquier órgano y producir otros focos de infección tuberculosa. Entre 15 y 20% de los pacientes con TB activa tienen formas extrapulmonares de la enfermedad, Bloom & Murray, 1992 (citado por el Ministerio de Protección Social, 2007), para Cundinamarca el aumento de estos casos extrapulmonares va en aumento.

5.2 Diagnóstico de la Tuberculosis

La manifestación pulmonar más frecuente es la tos, seca al comienzo y luego con expectoración mucopurulenta, algunas veces con sangre y en raras ocasiones franca expulsión de sangre o hemoptisis. La tos, aunque poca específica para el diagnóstico, tiene suma importancia si se aplica el concepto del sintomático respiratorio, que se define como: cualquier persona con tos por más de quince días y a quien hay que hacer la búsqueda del bacilo tuberculoso en tres muestras de esputo. La fiebre es baja al comienzo pero más alta a medida que la enfermedad progresa, casi siempre vespertina con defervescencia durante el sueño y, por tanto, acompañada de sudores nocturnos y su frecuencia varía del 37 a 80%. Además, hay malestar general, astenia, anorexia y pérdida de peso. Si coexisten estados patológicos que aumenten el riesgo de enfermedad

tuberculosa como VIH, diabetes, alteraciones hematológicas, silicosis, cáncer, terapia inmunosupresora crónica, especialmente esteroidea, la importancia de la historia clínica y el examen físico adquieren relevancia (Ministerio de Salud, Guía de atención 412, 2000).

La baciloscopia es el primer método empleado dado su sencillez, rapidez y bajo costo donde se detecta una micobacteria y, además, una estimación cuantitativa del grado de contagiosidad del paciente, aporta un valioso elemento clínico y epidemiológico. La sensibilidad de la baciloscopia en términos estrictos es baja (50 a 60%), señalando que un resultado negativo no descarta la enfermedad (falsos negativos), pero ello está en relación con diferentes factores que oscilan desde la calidad de la muestra, pericia del tecnólogo, la prevalencia de la TB en la zona donde se practique y el tipo morfológico de la afectación pulmonar, ya que si existen cavernas la sensibilidad alcanza 80%, con infiltrados alveolares 50 a 60% y con nódulos o masas es menos de 50% (Ministerio de Salud, Guía de atención 412, 2000).

El cultivo que identifica con certeza M. tuberculosis, es el goldstandard del diagnóstico de la enfermedad tuberculosa. Tiene una sensibilidad de 85% y una especificidad de 98%, por tanto, un resultado positivo asegura el diagnóstico de TB, con un alto VPP. Además, su negativización después de un tratamiento asegura la curación; y como desventajas, además del lento crecimiento, necesita medios más sofisticados que la baciloscopia y es más costoso (Ministerio de Salud. Guía de atención 412, 2000).

5.3 Conceptos

Captación. Es el procedimiento mediante el cual se realiza la búsqueda de personas que presenten tos con expectoración por más de quince días, las cuales son valoradas, clasificadas como sospechosas de Tuberculosis y enviadas al laboratorio para realizarles las pruebas bacteriológicas pertinentes para descartar o confirmar la enfermedad.

Detección. Es el procedimiento mediante el cual el paciente valorado como sospechoso de Tuberculosis es positivo a las pruebas bacteriológicas como la baciloscopia, el cual debe iniciar tratamiento DOTS/TAES.

Coinfección TB/VIH. La asociación con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor de riesgo que agrava la situación epidemiológica de la tuberculosis. El VIH favorece la reactivación de la tuberculosis en personas con infección latente así como la progresión hacia la enfermedad diseminada en aquéllas con primo infección o reinfección, riesgo que es casi 300 veces mayor que en la población en general (García & Ad, 2001). Se calcula que este riesgo aumenta de 10 a 50 veces en estos pacientes. El aumento de los casos de tuberculosis, se atribuye en parte a la TB que ocurre en las personas infectadas con VIH, pues el virus reduce la capacidad de respuesta inmune de la persona la hace más susceptible al desarrollo de TB (Machado & Martínez, 2005).

Los estudios realizados en Colombia demuestran que la frecuencia de infección por M. tuberculosis en pacientes con VIH fluctúa entre 8% y 30%; la tuberculosis extrapulmonar tiene un porcentaje importante de estos casos. La frecuencia de

coinfección en pacientes con síntomas respiratorios se encuentra alrededor del 20%. (García & Ad, 2001), reflejando la importancia de integrar a nivel nacional los programas de tuberculosis y VIH, evitan el aumento de la morbi-mortalidad demostrada por la alta correlación entre estas dos patologías.

Silicosis. Otras de las causantes de la tuberculosis es la silicosis, esta es una enfermedad pulmonar fibrosante causada por la inhalación y deposición de partículas de sílice cristalinas que causa una reacción del pulmón. Además de su importancia como enfermedad profesional la silicosis, está asociada con un mayor riesgo de desarrollar varias enfermedades concomitantes, pulmonares y sistémicas, con una mayor prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer de pulmón, tuberculosis, artritis reumatoide y otras enfermedades autoinmunes (Barboza & Ap. 2008).

5.4 Estado del arte

Se efectuó un barrido bibliográfico y documentado sobre diferentes experiencias a nivel internacional en grupos vulnerables y poblaciones con niveles bajos socioeconómicos. Entre los referenciados se encuentran los siguientes: Cuba, Brasil y Estados Unidos. Hargreaves, et al (2011), quienes analizaron los factores asociados a la incidencia de TB, en cuanto a la relación entre enfermedad-captación-detección y determinantes sociales. Las tasas de incidencia parecen estar más correlacionadas con determinantes sociales y económicos, tales como el índice de desarrollo humano, acceso al agua, saneamiento básico, mortalidad infantil, … que con el éxito de la estrategia DOTS, dicho estudio

llama la atención sobre la creciente desigualdad socioeconómica, los altos niveles de movilidad de la población, la rápida urbanización y el crecimiento demográfico, que dan lugar a una distribución desigual de principales determinantes sociales de la TB, incluyendo los alimentos, inseguridad, desnutrición, malas condiciones de vivienda, condiciones ambientales y financieras, barreras geográficas y culturales, para el acceso a la atención en salud. La distribución de estos determinantes influyen en las cuatro etapas de la patogénesis de la tuberculosis: exposición a la infección, progresión de la enfermedad, el diagnóstico tardío o inadecuado y la adherencia al tratamiento pobre.

Un estudio llevado a cabo en La Habana por Severo, González, et al (2011) también señala "la implicación de los determinantes sociales en la TB, en la que no solo es indispensable establecer estrategias educativas, preventivas y curativas adecuadas dirigidas a todos los sectores poblacionales, enfatizando en aquellos con mayor riesgo; también es indispensable mejorar la calidad de vida de la población". Como señala dicho estudio "si esto no ocurre el sector Salud seguirá siendo rebasado por la enfermedad". En el país, las estadísticas de pobreza son altas, de desempleo aún más, el nivel socioeconómico nacional y departamental no son favorables para el desarrollo adecuado del programa de tuberculosis y así mismo tampoco favorece el adecuado tratamiento de la enfermedad.

Investigadores como Hargreaves, et al, (2011), comentan "que generalmente las personas con síntomas de tuberculosis con frecuencia arrastran significativas barreras sociales y económicas que retrasan su contacto con los sistemas de salud, en los que se podría realizar un diagnóstico adecuado. Dichas barreras incluyen dificultades en el transporte hacia los establecimientos de salud y el temor a la estigmatización". Esto es el diario vivir en el departamento de Cundinamarca, por lo tanto, la relación entre una

inadecuada captación de pacientes SR y detección de pacientes con baciloscopia positiva, en la mayoría de los casos son las necesidades básicas insatisfechas, como componente de los determinantes sociales, que llevan a crear barreras de acceso a los servicios de salud.

Los determinantes sociales influyen categóricamente en la infección y desarrollo de la TB, y dichos determinantes son más débiles en la protección de la enfermedad en población vulnerable.

En el estudio venezolano realizado por Romero, et al (2008), sobre "las condiciones de una de las poblaciones más vulnerables como son los indígenas, los altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, necesidades básicas insatisfechas, que ocurren en dicha población, contribuyen al aumento de los casos de tuberculosis en la población joven, potenciadas por ciertas inequidades determinadas por su pertenencia étnica".

El perfil epidemiológico presente en la población indígena está asociado a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, marginación, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema, alteración de la dinámica de vida y necesidades básicas insatisfechas. A lo anterior se suma la falta de estadísticas vitales o de servicios desagregados por etnia, género y grupos etarios, que dificulta la evaluación adecuada de la situación de salud; las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas (Romero, et al, 2008).

En Colombia, el Ministerio de Salud ha desarrollado políticas públicas y estrategias departamentales y municipales específicamente para esta población, que se ve reflejado en algunas zonas del país logrando experiencias exitosas de manejo, pero

todavía hace falta unir más esfuerzos y recursos, para alcanzar las metas nacionales y departamentales como en el caso de Cundinamarca.

En otro estudio realizado en Brasil por Nóbrega, et al (2010), se evidenció debilidades de naturaleza operacional, relacionadas con la organización del servicio de salud local para la implantación de rutinas de diagnóstico para la TB. Entre estas se detectó la ausencia de una rutina sistematizada para la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios, dificultades en la organización del material, para examen bacteriológico, abordaje inadecuado al paciente durante la recolección del esputo e insuficiente capacitación profesional y por lo que se juzga necesario efectuar mejoras en la organización de los servicios de detección precoz en el escenario indígena local. Según dicho estudio, se cree que muchos casos de TB no se están diagnosticando, debido que los usuarios no tienen acceso a los servicios de salud o porque los profesionales de la salud no están alerta a la sintomatología respiratoria, la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios debe ser una prioridad, para detección temprana de la Tuberculosis en estos grupos vulnerables.

En otro estudio desarrollado en la ciudad de Bogotá por Henao, et al (2007), "la estrategia eficaz para el control de la TB sigue siendo la interrupción de la transmisión mediante la detección activa de pacientes sintomáticos respiratorios y la cura rápida de los casos infecciosos". La baciloscopia de esputo como herramienta diagnóstica para la detección del bacilo tiene alta especificidad, aporta al diagnóstico primario de una manera rápida, es de bajo costo y se puede implementar en cualquier lugar.

Un reporte en el que se especifican las estrategias de captación y detección según la Revista Cubana de higiene y Epidemiología (2010), que muestra lo desarrollado en ese país a través del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis cubano (PNCT).

En este se informa que la detección se basa actualmente en una combinación de la pesquisa pasiva, cuando los SR acuden espontáneamente a la consulta médica a causa de síntomas como tos productiva por más de catorce días; y la pesquisa activa, cuando el médico o la enfermera hacen visitas rutinarias a las familias en sus domicilios, e indagan sobre la existencia de algún miembro de la familia que sufre de tos productiva prolongada de más de catorce días. El reporte manifiesta que la pesquisa debe hacerse atendiendo a los principales factores de riesgo para la ocurrencia de la TB, como son el contacto de enfermos de TB, personas encarceladas o ex reclusos, personas que viven con VIH/SIDA), personas con mala conducta social, alcohólicos, drogadictos, personas recluidas en instituciones de salud con internamiento prolongado, hospitales psiquiátricos, hogares de impedidos físicos y/o mentales, hogares de ancianos, trabajadores de la salud en contacto con enfermos con riesgo de enfermedades infecciosas, personas con enfermedades crónicas que reciben tratamiento prolongado con esteroides y personas con lesiones pulmonares fibro calcificadas residuales conocidas (Revista Cubana de Higiene y Epidemiología, 2010).

Otro artículo de Severo, González, et al, publicado en el año 2010, señala que "la pesquisa activa de los casos de TB a partir de los sintomáticos respiratorios (SR) del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis cubano (PNCT), no fue sistemáticamente implementada con procedimientos estandarizados". Según el artículo, en algunos municipios de Cuba se introdujo un proceso de pesquisa activa aplicada por enfermeros en sus visitas domiciliarias con un resultado prometedor, haciendo que una mejor y más oportuna detección de los enfermos desconocidos mejore la neutralización o supresión de las fuentes de infección y disminuya la transmisión e incidencia de la enfermedad a corto y mediano plazo; por lo tanto, Severo, González et al (2010),

proponen como objetivo evaluar la factibilidad y el efecto inmediato de una intervención capacitante, para mejorar la pesquisa activa de SR en grupos de riesgo de padecer TB y la calidad del llenado de los registros del laboratorio. Los médicos y enfermeros, luego de ser capacitados y orientados, identificaron mediante la búsqueda activa, organizada y sistemática, a los SR de más de catorce días, dentro de los grupos de riesgo, en sus visitas rutinarias de terreno incluidas en el programa de atención integral a las familias. Este artículo demuestra que la aplicación de estrategias educativas a los profesionales de salud mejora los índices de captación y de detección de casos de TB, sin embargo es necesario estandarizar dichas estrategias para poder ser implementadas en todo el ámbito regional o nacional y así alcanzar logros más importantes y no quedarse solo en experiencias pilotos.

En un reporte de la Revista Latinoamericana de Enfermería (2011) se concluye "que la escasez de acciones intersectoriales debilita el vínculo entre el enfermo de tuberculosis, familia y el equipo de Salud. Se destaca que las medidas intersectoriales son fundamentales para el desarrollo del cuidado integral al enfermo de tuberculosis en el ámbito de la Atención Primaria en Salud". Según el reporte, en 2006 la OMS propuso "el plan de control de la Tuberculosis, que destacaba la importancia de la participación y el apoyo de los enfermos de tuberculosis y de las comunidades en la lucha contra la enfermedad". El plan citado integró aspectos relacionados con la defensa de los intereses, la comunicación, la movilización social y la declaración de los derechos de los pacientes a la atención de la tuberculosis. El reporte de la Revista Latinoamericana de Enfermería también señala un estudio recientemente diseñado para estimar el desempeño, de los equipos de salud familiar y el control de la Tuberculosis en un municipio de la región metropolitana del estado de Paraíba, Brasil, teniendo en cuenta la

aplicación en este municipio de la estrategia (DOTS/TAES) y la descentralización de todas las Unidades de Salud Familiar (FHUS). Muestra el Reporte de la Revista Latinoamericana de Enfermería, que en el caso de este municipio brasileño hay problemas que debilitan el control de la enfermedad y que parte de eso se debe a las micro-políticas de salud, que incluyen el proceso de trabajo de los equipos, las relaciones de los profesionales con los enfermos de Tuberculosis, sus comunidades y el vínculo entre el equipo de trabajo.

Con respecto a la TB en las cárceles, Waisbord (2010) estudió la comunicación participativa para el control de la TB en recintos penitenciarios de Bolivia, Ecuador y Paraguay, con el fin de tomar acciones que reduzcan la tuberculosis (TB) y recomiendan vías para solucionarlos mediante intervenciones informativas. En el estudio se detectó diversos obstáculos arraigados, que impiden el control adecuado de la TB, como actitudes estigmatizadoras y el escaso conocimiento sobre la TB entre los reclusos y el personal clave de las prisiones, que desestimulaban la búsqueda de diagnóstico y tratamiento en las cárceles.

5.5 Enfoque global de la problemática tuberculosa

Ante el incremento de la tuberculosis en el mundo y la preocupación por los elevados índices de pobreza, los jefes de Estado y los Gobiernos a nivel mundial firmaron la Declaración del Milenio, en ella asumieron compromisos en materia de paz y seguridad, derechos humanos, protección del entorno y atención especial a la pobreza. Con base en esa Declaración, se concertaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que incluyen ocho objetivos, 18 metas y más de 40 indicadores, que deben hacerse realidad

para el 2015, tal como en su momento lo planteó el Informe Mundial sobre desarrollo humano 2003, "los Objetivos de Desarrollo del Milenio constituyen un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza humana" (PNUD, 2012).

Dentro de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), el número 6, específicamente se relaciona con el combate al VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades, entre ellas la Tuberculosis. Como meta de dicho objetivo se busca detener y comenzar a reducir, para el año 2015, la incidencia de la TB, evaluándose a través de los siguientes indicadores:

- Tasa de prevalencia y tasa de mortalidad asociadas a la tuberculosis.
- Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con DOTS/TAES.

5.6 Enfoque nacional de la problemática tuberculosa

Para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio (ODM), Colombia a través del documento Conpes 91 de 2005, estableció las metas y estrategias nacionales, para que dichos objetivos hacia el año 2015 (Grisales & Giraldo, 2008), que junto con otras políticas, programas y proyectos contribuyan al logro de estos objetivos; para lo anterior, el país estableció el Plan Estratégico "Colombia libre de tuberculosis 2006 – 2015, para la expansión y fortalecimiento de la estrategia Alto a la TB", con el fin de que se refuercen acciones en pro de reducir la carga de morbilidad y mortalidad por ésta enfermedad (Plan Nacional, 2009), el cual es apoyado por la Guía 11, elaborada por el Ministerio de Protección Social, relacionada con la atención de la Tuberculosis pulmonar y extra pulmonar, en la cual se ofrecen recomendaciones para el diagnóstico,

tratamiento y en general características de la atención en TB, como búsqueda de SR y diagnóstico entre otras (Ministerio de Protección Social, 2007).

5.7 Población en riesgo

Las poblaciones con mayor riesgo de enfermarse por TB son las clasificadas como vulnerables que vivan bajo condiciones de hacinamiento y desnutrición (Ministerio de Salud, 2013).

Pacientes con VIH/SIDA, de los casos de 2011, el 11% presentó coinfección TB/VIH a nivel nacional (1.292 casos de TB/VIH); afros colombianos (9.5% con 1.118 casos; indígenas (5.4% con 635 casos); población carcelaria (188 casos en 2011); habitantes de la calle (146 casos en 2011), por lo general no lo notifican los afectados.

5.8 Presupuestos asignados al control de la tuberculosis

Tabla 2. *Transferencia anual de recursos, Programa TB y Lepra – Colombia – 2007 – 2011.*

Año	Transferencias Programa Control Tuberculosis $	Medicamentos para los pacientes con tuberculosis $	Otros recursos de inversión $
2007	3.021.315.000	1.550.000.000	300.000.000
2008	3.127.062.000	1.805.667.900	900.000.000
2009	3.137.068.800	1.805.667.900	2.378.085.106
2010	3.132.050.000	3.526.000.000	2.300.000.000
2011	5.902.080.000	2.400.000.000	3.402.000.000

Fuente. Ministerio de Salud, 2012.

De acuerdo a lo anterior se observó que para el programa existen recursos internacionales, nacionales y departamentales para su buena ejecución, falta más organización y priorización de la ejecución de dicho presupuesto por las IPS y entidades ejecutoras.

A niel de IPS los costos aproximados de la atención de un paciente con tuberculosis es la siguiente:

Tabla 3. *Costos de Atención Integral de los pacientes con Tuberculosis/Pacho - Cundinamarca*

Servicio	Unidades	Costo Unitario	Costo Total
Consulta Médica	4	30.000	120.000
Consulta Especialista (Internista)	2	60.000	120.000
Baciloscopia	4	3.000	12.000
Cultivo	2	15.000	30.000
Consulta Nutricionista	1	50.000	50.000
Prueba de VIH	1	18.000	18.000
Pruebas Hepáticas	1	28.000	28.000
Total		204.000	378.000

Fuente. Elaboración propia. Tomada de la Información referenciada del Hospital San Rafael de Pacho, 2013.

- Total Presupuesto Cundinamarca 2012: 354.000.000 pesos.
- Total pacientes con tuberculosis: 309.
- Asignación de recursos por paciente 2012: 1.145.631 pesos.

Para que sea haga una valoración integral al paciente con Tuberculosis, se debe adicionar la atención psicológica, la cual no está planteada en la Guía de atención 412 del 2000, pero se podía incluir por parte de la EPS o el ente territorial al colaborar con

recursos propios; además se evidencia en las IPS, que a pesar de estar incluida en el POS la atención del paciente con TB con respecto a la valoración por nutrición, médico internista, y la realización de pruebas especiales como el VIH y las hepáticas, vemos la falta de su ejecución por parte de las instituciones, ya que no cuentan con el personal calificado dentro del municipio y/o las EPS no los contratan con las IPS o no le son autorizadas.

6. Metodología de la investigación

6.1 Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo cuantitativo.

6.2 Población y muestra

Se tomó la población como muestra, por cuanto el tamaño era representativo, 41 médicos en los cuatro hospitales.

6.3 Diseño y conformación de la muestra

Tabla 4. *Diseño y conformación de la muestra/Distribución poblacional por municipio y médicos por hospital público*

Municipios	Población	Hospitales	Médicos No.
Zipaquirá	118.267	Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional Zipaquirá.	10
Fusagasugá	129.301	Hospital San Rafael	9
Facatativá	127.226	Hospital San Rafael	10
Girardot	103.839	Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional de Girardot.	12

Fuente. Elaboración propia.

Selección. La selección de los participantes evidencia un sesgo, ya que se escogió cuatro (4) Hospitales públicos del Departamento en particular. Mediante la revisión de los indicadores epidemiológicos de todos los municipios del Departamento se evidencia que la escogencia de esos cuatro (4) Hospitales es representativa para nuestro estudio, porque presenta una población similar de potencial atención con respecto a los demás Hospitales municipales.

Los participantes para esta investigación son seleccionados de Hospitales Públicos de los 116 municipios del Departamento de Cundinamarca, específicamente de los municipios que presentan un número poblacional similar, el cual va dirigido a los médicos de consulta externa de los hospitales públicos de estos municipios, se les aplica un instrumento encaminado a la identificación y claridad de los roles en la captación y detección de la tuberculosis dentro de la institución de salud, si usan o no estrategias en la captación de pacientes sintomáticos respiratorios, y conocer en qué consisten dichas estrategias.

6.4 Sujetos que forman parte del Programa (TB) en la IPS/E

A nivel de las Instituciones de Salud (IPS):

- Profesionales de la salud (médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería, fisioterapeutas respiratorios, promotores de salud, entre otros).

A nivel de la Secretaria de salud municipal:

- Coordinadora PIC

- Ejecutores PIC (Enfermeros y bacteriólogos)

- Promotores de Salud.

A nivel de la Secretaria Departamental:

- Coordinadora de TB y Lepra
- Referentes de TB y Lepra (Enfermeros y Bacteriólogas)
- Epidemióloga
- Auxiliares de enfermería
- Convenios interadministrativos (Enfermeras y Auxiliares)
- Laboratorio de Salud Pública (Bacteriólogas de Mycobacterias).

6.5 Participantes

Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez. Investigación de campo.

Diego Armando Pulido Gil. Revisión de fuentes secundarias como base de datos de los pacientes con tuberculosis y reporte de pacientes sintomáticos captados por las IPS.

6.6 Información recolectada

6.6.1 Instrumento. Recolección de la información

Fuentes primarias y secundarias.

Primarias. Encuesta: 41 médicos. Hospitales: Facatativá, Zipaquirá, Fusagasugá y Girardot.

Las secundarias. Registros, bases de datos, reporte de los pacientes con tuberculosis y estudios y experiencias realizadas referentes al tema.

Como fuente primaria se utilizó como instrumento de recolección de información un cuestionario realizado a los profesionales de la salud, médicos de consulta externa en los cuatro (4) hospitales públicos cundinamarqueses, motivo de estudio. Estos cuestionarios que reflejan datos válidos sobre el trabajo realizado para cumplir con las metas propuestas a nivel nacional por el Plan Estratégico (Anexo 3).

El cuestionario diseñado para este estudio fue elaborado por los investigadores del proyecto de la tesis, teniendo como insumos el marco teórico encontrado en la revisión bibliográfica y principalmente por el conocimiento intrínseco de la práctica profesional.

- Análisis de cumplimiento en la captación de pacientes sintomáticos respiratorios, la realización de baciloscopia (seriadas) y Cultivos.

- Análisis de cumplimiento en la detección de casos nuevos con tuberculosis con baciloscopia positiva.

6.7 Limitaciones

Limitaciones en el espacio o territorio. Los Hospitales escogidos, para el estudio pertenecen a diferentes municipios del Departamento, lo que implica la amplia movilización de los investigadores para la implementación de los cuestionarios. Para controlar la limitación de tiempo, se programaran con anticipación reuniones en los Hospitales Públicos con los participantes de la recolección de información.

Limitaciones de los recursos. El estudio implica el traslado de los investigadores a los municipios donde se encuentran los Hospitales públicos seleccionados, para aplicar los instrumentos de investigación; con el respectivo costo asociado a dicho desplazamiento, por tal motivo se aprovecha las visitas de asistencia técnica a realizar en lo referente al programa de TB y lepra de la Secretaría de Salud de Cundinamarca.

Limitaciones de información o acceso a ella. La información brindada por los participantes puede no ser veraz, ya que presiones personales o laborales pueden influir en el diligenciamiento honesto del instrumento, enmascarando las verdaderas acciones realizadas por el personal de salud y las instituciones. Para controlar esta limitación se efectúa sensibilización previa al diligenciamiento del cuestionario.

Se diseñó un instrumento de recolección tipo encuesta, con múltiples variables, que dan información sobre el nivel de conocimiento en el tema tratado. Se consolidó en una hoja de cálculo Excel, los resultados de la Encuesta, que permiten evidenciar las características o propiedades de las variables en cada Hospital.

6.8 Fuentes primarias: Matriz de variables

Tabla 5. *Matriz de variables.*

Variable	Hospitales – Clasificación			
	Fusagasugá	**Girardot**	**Zipaquirá**	**Facatativá**
Reconocimiento de protocolos.				
Reconocimiento de protocolos, calidad en los procesos de captación y detección de TB.				
Eficacia (objetivos y resultados)				
Efectividad en la aplicación de estrategias, para una búsqueda real de pacientes.				

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil.

6.9 Análisis de variables

- *Reconocimiento de protocolos.* De acuerdo al estudio, es necesaria la capacitación de profesionales de la salud (médicos) y demás, para lograr el éxito en el desarrollo del Programa de Tuberculosis e insistir en el papel que cada uno desempeña en el proceso.

- *Calidad en los procesos de captación y detección del TB.* Los actores del proceso deben conocer el papel que desempeñan, el manejo de recursos oportuno y ante todo una auditoría permanente, en los procesos de mejoramiento continuo y permanente.

- *Objetivos y Resultados.* La efectividad en los procesos depende del cumplimiento de los objetivos permeados a los resultados.

- Se deben efectuar controles parciales y totales en la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios.

6.10 Estrategias de control

- *Selección.* La selección de los participantes evidencia un sesgo, ya que se escogieron cuatro (4) Hospitales públicos del Departamento en particular. Mediante la revisión de los indicadores epidemiológicos de todos los municipios del Departamento se evidencia que la escogencia de esos cuatro (4) Hospitales es representativa para nuestro estudio, porque presenta una población similar de potencial atención con respecto a los demás Hospitales municipales.

- Hay un sesgo en la información.

Las estrategias identificadas solo son referidas por los profesionales de la salud, quienes son los más indicados por ser los Conocedores de las acciones desarrolladas en pro de la Tuberculosis a nivel de las IPS.

Para verificar la información se contrasta la información recopilada con los informes trimestrales de casos y actividades, con los libros de registros de pacientes SR, de laboratorio Bk y el libro de pacientes de TB reportados por las IPS

- *Confusión.* Verifican los datos reportados en los informes serán contrastados con los soportes de captación y detección de pacientes registrados en los libros del programa y de esta forma determinar que lo reportado fue lo realizado por las instituciones.

6.11 Aspectos éticos

La ética influye en las decisiones tomadas en el proceso de investigación. Como señala Mesía (2007), el Informe Belmont postula tres principios éticos primordiales, sobre los que se basan las normas éticas en la investigación: el Principio de beneficencia, no hacer daño; el Principio de respeto a la dignidad humana, autodeterminación y conocimiento total de la información; y el Principio de justicia, trato justo y privacidad.

En este estudio, no hacer daño se refiere a establecer un acuerdo de confidencialidad o anonimato de los datos arrojados en cuestionarios por los profesionales de la salud, para evitar poner en riesgo su trabajo. Como paso previo a la implementación del instrumento se suscribe un acuerdo de acceso a la información de los participantes con los Hospitales a que pertenecen. También se deja claro que los posibles beneficios resultantes de la investigación les llegan y se les informa previamente. Este acuerdo de confidencialidad incluye un aparte de privacidad, en el cual se impide al investigador ir más allá del objeto de estudio.

Se establece también un acuerdo de autodeterminación en el cual queda especificado la voluntariedad de los participantes del estudio sin verse expuestos a represalias en caso de retiro, en el cual a los participantes se les explicará la razón y naturaleza del estudio.

Queda especificada dentro de los anteriores acuerdos la posibilidad del informante de ponerse en contacto con los investigadores en cualquier momento cuando lo necesite.

7. Cronograma

Tabla 6. *Cronograma de actividades*

Cronograma de Actividades												
Actividad	**Junio 2013**	**Julio 2013**	**Agos 2013**	**Sept 2013**	**Oct 2013**	**Nov 2013**	**Dic 2013**	**Ene 2014**	**Feb 2014**	**Marz 2014**	**Abril 2014**	**Mayo 2014**
Revisión Documental : (Revisión Fuentes Secundarias)												
Realización del Instrumento: Cuestionario.												
Trabajo de campo: Cuestionarios.												
Procesamiento de datos												
Análisis: Discusión e Interpretación de la Información.												
Elaboración del Informe Final												

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil.

8. Presupuesto

Elaborar un presupuesto significa, en general, efectuar el cómputo de los gastos o ingresos, que probablemente resulten al realizar una actividad. Es indispensable justificar y establecer una estrategia, para la consecución de los recursos financieros, que permita llevar a cabo la investigación.

8.1 Costos: Estudio

Tabla 7. *Costos del estudio elaboración de la investigación.*

Rubro	Total $
Personal investigativo:	
Investigador principal: $ 500.000 de salario, si dedica medio tiempo, durante cinco meses al proyecto de investigación.	5.000.000
Asesor Estadístico: $ 500.000 de salario, dedicado medio día, un mes de duración.	500.000
Papelería:	
1 resma de papel carta	10.000
Impresiones	80.000
Gastos varios:	
Pasajes	200.000
Alimentación	100.000
Total	**5.890.000**

El recurso humano está representado por 2 personas encargadas de realizar la encuesta, compilarla, analizarla, revisar las bases de datos con TB, realizar la revisión del cumplimiento en la captación y detección de casos por municipio. Se requiere el apoyo de una persona especializada para la realización de las pruebas estadísticas.

Los recursos materiales necesarios, para realizar el estudio están representados por el cuestionario en físico.

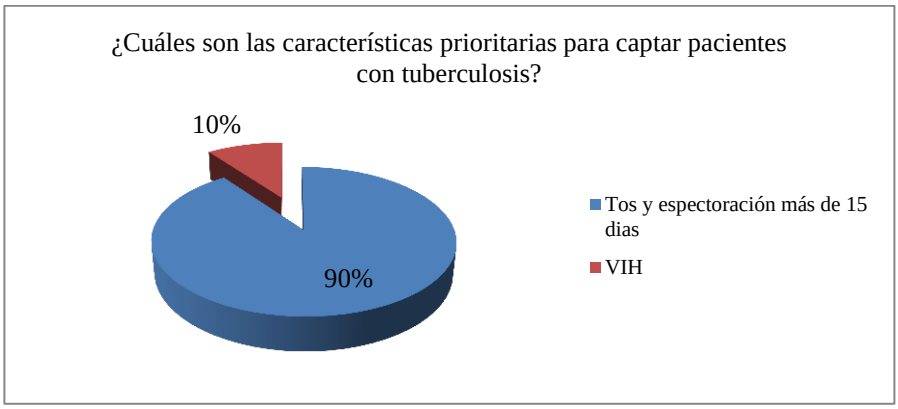
9. Resultados, Análisis y Discusión

Los resultados motivo de la Encuesta, se presentan a continuación; son fuente primaria, que da soporte al estudio efectuado.

9.1 Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá. Cundinamarca.

Muestra: 10 médicos generales en consulta externa.

Gráfica 1. Pregunta Uno. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Zipaquirá).



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron nueve (9) personas con tos y expectoración por más de 15 días, un total de 90%; una contestó paciente con VIH para el 10%.

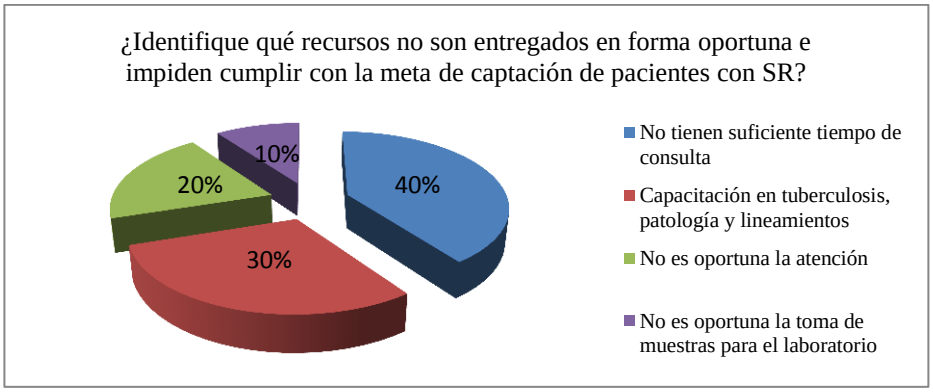
La gráfica muestra que el 90% conocen las características, de acuerdo a la guía de atención 412 de Tuberculosis, del Ministerio de Salud del 2000 y considera como prioritaria, para captar pacientes con TB. Lo anterior indica que el personal de salud de los Hospitales no tiene interiorizado claramente el concepto de Sintomático Respiratorio en Tuberculosis.

La tos por más de 15 días revela de forma evidente, que los pacientes pueden sufrir TB, y está aunados a la sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre y fatiga; esta sintomatología se presenta en los casos de TB sintomática. Vale la pena aclarar que esta característica no es propia en todos los caso de TB y que es necesario realizar las pruebas de laboratorio, para confirmar la presencia del patógeno, especialmente en los casos que no son sintomáticos.

El 90% de los encuestados de tos con expectoración evidencia, que las capacitaciones fueron efectivas, pero teniendo en cuenta la rotación del personal no se debe bajar la guardia en ese aspecto.

Aunque el paciente con VIH/SIDA tiene mayor riesgo de presentar TB oportunista, y por ende se debe focalizar todas las intervenciones, para disminuir la trasmisión en este grupo de población, pero a pesar de esto no es la característica prioritaria.

Gráfica 2. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR. (Zipaquirá).



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

A la pregunta Dos. Contestaron cuatro (4) el 40% no cuenta con el suficiente tiempo de consulta, tres (3) para el 30%, capacitación en tuberculosis, tanto de la patología como de los lineamientos, dos (2) para el 20%, oportunidad en la atención, uno (1) con 10% oportunidad en la toma de muestras de laboratorio.

La gráfica muestra que los profesionales de la salud necesitan mayor tiempo de consulta o tiempo extra (40%), para ser dedicado al programa tuberculosis; además, consideran que falta capacitación y actualización en el programa de tuberculosis en cuanto a patología como a lineamientos, así mismo la toma de muestras y la atención no son dadas en forma oportuna.

Se evidencia un problema en el sistema de salud, donde el médico general no es más que un filtro para subespecialidades, el cual se encarga de tomar datos, llenar formatos y no examina al paciente que tiene al frente por falta de tiempo; además, es un limitante que impide cumplir con la meta de captación y detección de los casos de TB.

La capacitación en tuberculosis tanto de la patología como de los lineamientos, es el recurso que ocupa la segunda posición con tres (3) respuestas, equivalente a 30%. Esto evidencia que hacen falta conocimientos sobre todo en los parámetros, planes y lineamientos provenientes de las entidades superiores de salud del país, como también es necesario realizar constantemente captaciones de actualización en la patología, ya que se realiza modificaciones especialmente en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, como también hay alta rotación del personal en las Instituciones de Salud. Las capacitaciones fortalecen la búsqueda de SR, identificación temprana de la enfermedad, (20%) administración apropiada de medicamentos y realizar seguimiento integral al paciente con TB; estas acciones son determinantes en la disminución de alta tasa de TB.

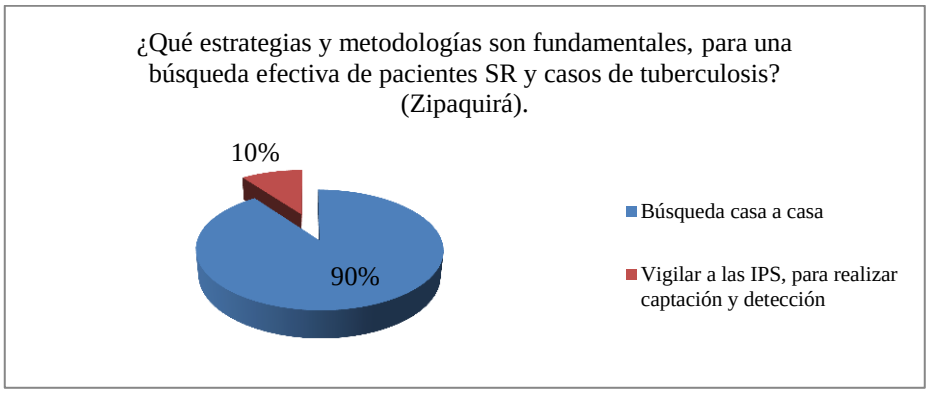
El análisis de la pregunta, lleva a concluir que, no le hace falta ningún recurso, que todo se lo brinda la Institución de salud, pero hace falta fortalecer la búsqueda de pacientes.

Los insumos de laboratorio son otro recurso (10%), que no es provisto de forma constante por las Instituciones de salud y que es requerido para la captación y detección de paciente con TB. Lo anterior indica que al parecer un médico no cuenta con el apoyo del laboratorio en el momento de diagnóstico de los pacientes captados como sospechosos, lo que conlleva a que los pacientes captados no sean examinados. Perjudicando el diagnóstico oportuno de la TB. Como se mencionó anteriormente el TB es sintomático en la mayoría de los casos y requiere confirmación de la enfermedad mediante las pruebas bacteriológicas como BK y cultivo.

No se menciona la falta de personal calificado, oportunidad en la atención u oportunidad en la toma de muestras de laboratorio, lo que refleja que estos recursos le son entregados oportunamente por la IPS. Todos los médicos encuestados indican que

tienen el personal calificado para detectar pacientes con TB, lo que indica que no hace falta modificar el perfil del profesional para dicha labor. Tampoco consideran que haga falta oportunidad en la atención, ni en la toma de las muestra. En lo que respecta a la falta de oportunidad en la atención, consideran entonces que sus servicios hacia la comunidad son ajustadas a las necesidades de las mismas ¿serán ciertas de acuerdo a las encuestas de satisfacción de la entidad? y sobre la oportunidad en la toma de las muestras de laboratorio es un poco contradictorio decir que no hay falta de oportunidad en la misma y al mismo tiempo señalar que no se entregan insumos de laboratorio, ¿Cómo puede haber oportunidad en la toma de muestras con falta de insumos?.

Gráfica 3. Pregunta tres. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Zipaquirá).



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

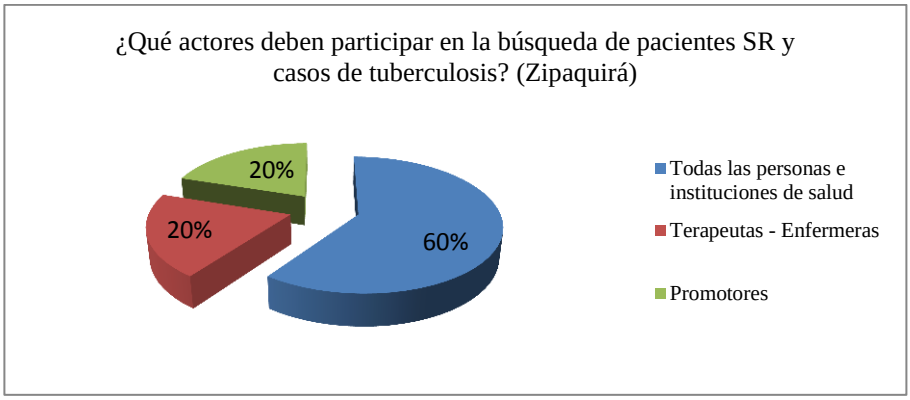
Contestaron nueve (9) el 90% búsqueda casa a casa y una (1) con 10%, de vigilar que las IPS realicen actividades de captación y detección.

La búsqueda casa – casa, es una actividad que fue determinada como obligación de los promotores de salud y de la secretaria de salud. Es necesario denotar el papel que tienen las entidades gubernamentales en el desarrollo de estas metodologías, y la importancia en los papeles de vigilancia y asignación de recursos, es decir actividades a niveles estratégicos y tácticos que garantizan el funcionamiento correcto de los programas.

El papel de los profesionales de la salud está ligado a la sección operativa de los procesos, ya que tienen un contacto directo con el paciente y pueden apoyar en la búsqueda activa institucional.

Al señalar que el Promotor de Salud debe ser el actor para desarrollar las estrategias de búsqueda en casa, dejan aún lado que el mayor conocimiento y quien ha recibido más capacitaciones sobre TB son los profesionales. Ellos no se ven reflejados en esta estrategia, probablemente porque identifican al promotor como la persona que tiene más contacto con la comunidad e acciones extramurales; por esta razón, al no ser los profesionales quienes realizan dicha labor, las metas de captación y detección de TB no se cumplen, sin desmeritar el trabajo que realiza los Promotores de Salud. En parte tiene la culpa el modelo de prestación de servicios de Salud de las instituciones en que los profesionales no salen a terreno a prestar sus servicios.

Gráfica 4. Pregunta Cuatro. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Zipaquirá).



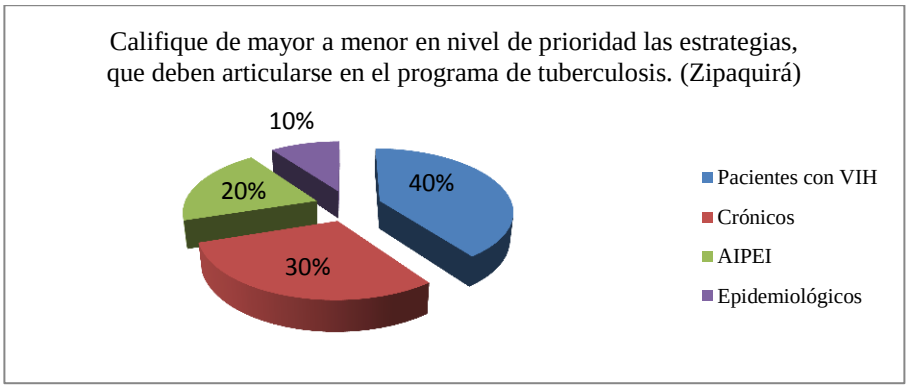
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron seis (6) el 60%, todas las personas e instituciones de salud (PIC, EPS – IPS, Secretaría de salud), (enfermeras, promotores de salud, terapeuta respiratoria); dos (2) con 20% las personas de salud (enfermeras y terapeutas); dos (2) con el 20% promotores de salud.

Esta gráfica demuestra que efectivamente todas y cada una de las personas e Instituciones de salud son actores responsables de los escenarios geográficos de la enfermedad (tuberculosis), de acuerdo a su función, peor no hay ejecución efectiva de funciones. Se evidencia en las respuestas que los médicos consideran que los profesionales de salud con más contacto con la comunidad son los que participan en la búsqueda de SR y detección de casos, son los promotores y enfermeras, estos además brindan capacitaciones y promueven la prevención de los factores asociados. Llama la atención que dentro del 20%, el 10% escogió la profesional de terapia respiratoria, como actor en la captación y detección de casos, quedando por debajo incluso de la Secretaria

de salud, las IPS/EPS y la coordinación PIC; cuando un profesional como la terapeuta con su conocimiento y experticia debería estar al menos en una posición semejante a la de promotores.

Gráfica 5. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis. (Zipaquirá).



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

El 40% seleccionó pacientes con VIH; 30% crónicas; 20% AIEPI y 10% Epidemiológicos.

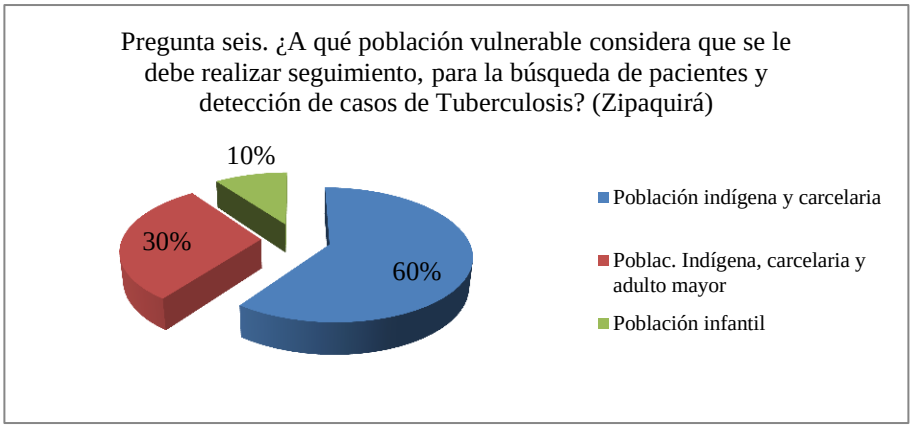
La gráfica indica que para fortalecer la búsqueda de pacientes con SR, es importante anexar pacientes con VIH y crónicos. La estrategia que debe articularse en el programa de Tuberculosis, tiene como objeto fortalecer la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorio. Los resultados indican que la estrategia a articular es el programa de manejo y control para VIH con un 40%, le dan una prioridad máxima, para fortalecer la búsqueda activa de SR, la razón de integrar la estrategia de VIH con la TB es, porque el VIH debilita el sistema inmunitario, aumentando la probabilidad de que la

infección latente por tuberculosis progrese hacia la enfermedad activa, pacientes crónicos segunda prioridad, aquí encontramos personas de tercera edad, con graves problemas asociados a la tuberculosis, estos son los denominados crónicos (30%), posiblemente con EPOC.

Sobre la estrategia AIEPI, 20% le dan una prioridad de 3 para articularse con el programa de TB y epidemiológica 10%. Esto demuestra, que los encuestados le dan una evaluación de media y baja a esta articulación, sin embargo, las estrategias de prevención y manejo de la TB en la infancia, en las IPS no están priorizadas, ya que en el Departamento no realizan búsqueda de SR y detección de pacientes con TB en población menor de 5 años. Los pocos niños que se encuentran en los municipios del Departamento son diagnosticados en los cuartos niveles de atención.

Con respecto a la articulación con Salud sexual y Reproductiva, no son prioritarios, pero pueden servir como base, para la búsqueda de pacientes con SR.

Gráfica 6. Pregunta seis. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes y detección de casos de Tuberculosis? (Zipaquirá)



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron 60% población indígena y carcelaria; 30% población indígena, carcelaria y adulto mayor; 10% población infantil.

El resultado de la Encuesta, tipificado en la gráfica señala que la tuberculosis en la población indígena es una prioridad (60%) para la cooperación entre organismos no gubernamentales como la OMS/OPS, ya que las mayores tasas de incidencia se encuentran en las regiones con mayor población indígena, que tienen una mayor vulnerabilidad para enfermarse y morirse de TB (Ministerio de protección social, 2007).

La población infantil (10%), es otro grupo vulnerable, que según los encuestados requiere un seguimiento especial. Algunos de los factores que hacen difícil estimar la carga de tuberculosis en la población infantil, cabe citar los siguientes (OMS, 2013): “la dificultad de establecer un diagnóstico definitivo, la presencia de enfermedad extra pulmonar (lo que hace necesario consultar a un especialista), su escasa prioridad en

materia de salud pública (la tuberculosis infantil raramente es bacilífera), la inexistencia de vínculos entre los pediatras del sector privado y los programas nacionales de tuberculosis".

Los encuestados señalan como población vulnerable a los crónicos (30%), porque son los pacientes crónicos importantes como objeto de seguimiento, porque este tipo de población está muy asociada a personas de tercera edad, con sistemas inmunes deteriorados, algunas veces en indigencia y con factores de desnutrición, que los hace susceptibles a padecer la enfermedad de TB.

Nuevamente se deja abierta la puerta a mejorar la calidad y oportunidad en la atención en salud, mediante capacitaciones, acompañamiento y sensibilización en la realización de un trabajo con calidad por parte de los profesionales de las IPS /EPS.

9.1.1 Resumen de los resultados del Hospital de Zipaquirá. Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional de Zipaquirá. Cundinamarca.

No.	Pregunta	Sujetos	Hospital	%	Respuestas	Observaciones
1	Características prioritarias para captar pacientes con TB.	10	Zipaquirá	90% 10%	Tos y expectoración por más de 15 días. Pacientes con VIH.	Se conoce la Guía 412 del Ministerio de Salud, 2000.
2	Recursos no entregados en forma oportuna.			40% 30% 10% 20%	Tiempo consulta. Patología y Lineamientos. Toma de muestras. Atención.	Los médicos no cuentan con el tiempo suficiente de consulta. Falta conocimiento en los lineamientos y patología, las muestras y la atención no son dadas en tiempo oportuno.
3	Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes.			90% 10%	Casa – Casa IPS	Los asignados son los promotores, pero son los profesionales quienes tienen el conocimiento y la experticia.
4	Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis.			100% (En resumen los médicos se ajustaron a todos los actores de salud).	Promotores médicos, enfermeras, instituciones de salud.	Todos los actores del programa son responsables de los escenarios geográficos.

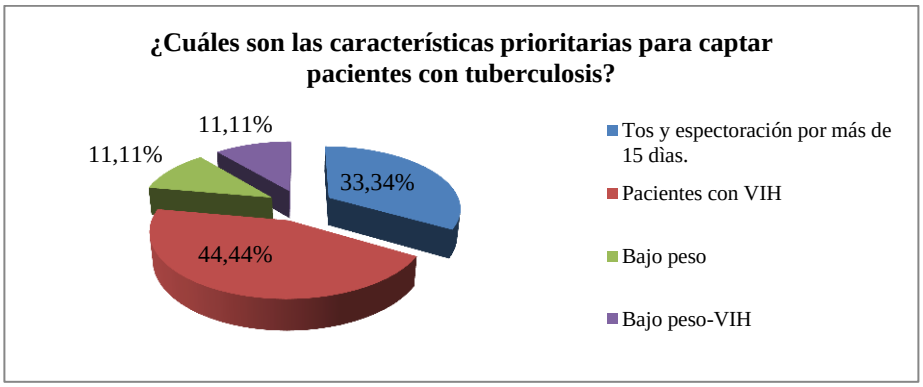
5	Califique de mayor a menor las estrategias.	10	Zipaquirá	40% 30% 20% 10%	Pacientes VIH Crónicos AIEPI Epidemiológicos.	No hay claridad en la detección de pacientes con TB, porque la prevención y detección no se hace en población infantil menos a 5 años (10% encuestados). Los niños en los municipios son diagnosticados en los cuartos niveles de atención.
6	Población vulnerable			60% 30% 10%	Indígena-carcelaria Indígena-carcelaria, adulto mayor. Infantil.	Adulto mayor, sistemas inmunes deteriorados, indígenas y población carcelaria por las condiciones en que viven.

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014. Análisis de encuesta. 2014.

9.2 Hospital San Rafael de Fusagasugá. Cundinamarca.

Muestra: 9 médicos generales en consulta externa.

A la primera pregunta 33.34% contestaron persona con tos y expectoración por más de 15 días; 44.44% pacientes con VIH; 11.11% paciente con bajo peso; 11.11% paciente con bajo peso, asociado con VIH.



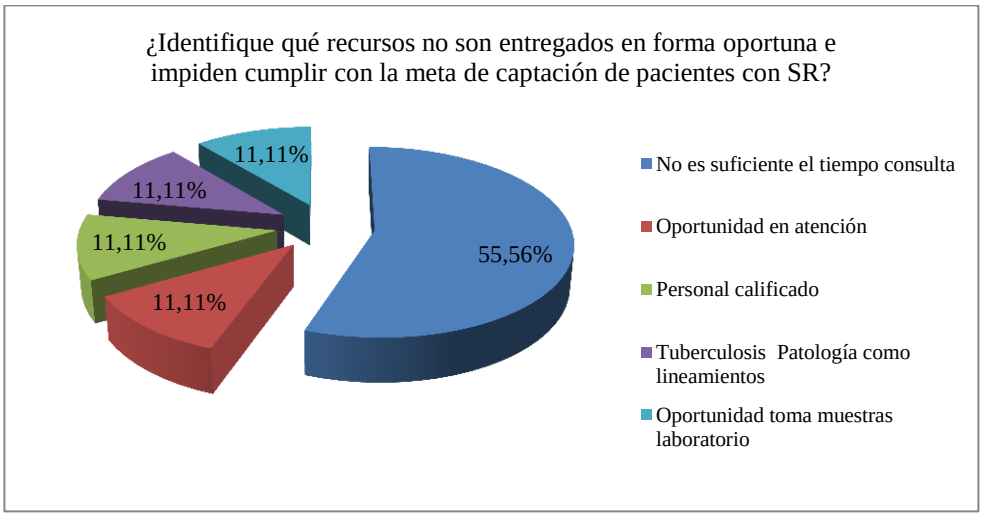
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 7. Pregunta uno. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Fusagasugá)

Se debe focalizar sobre la sintomatología, tos por más de 15 días revela de forma evidente que el paciente puede sufrir TB, y está aunados a la sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre y fatiga; esta sintomatología se presenta en los casos de TB sintomática. Vale la pena aclarar que esta característica no es propia en todos los caso de TB y que es necesario realizar las pruebas de laboratorio para confirmar la presencia

del patógeno, especialmente en los casos que no son sintomáticos; aunque en el caso del paciente con VIH/SIDA (44.44%) tiene mayor riesgo de presentar TB oportunista, y por ende se debe focalizar todas las intervenciones, para disminuir la trasmisión en este grupo de población, pero a pesar de esto no es la característica prioritaria. Igualmente un paciente con enfermedad respiratoria como neumonía, no es una característica prioritaria para captar pacientes, no es porque la neumonía no sea una alteración pulmonar importante, sino porque el personal de salud no debe esperar a que los casos de enfermedad respiratoria se compliquen hasta llegar a la neumonía.

A la segunda pregunta: Contestaron 55.56% No es suficiente el tiempo de consulta; 11.11% oportunidad en la atención; 11.11% personal calificado; 11.11% capacitación en tuberculosis tanto de la patología como de los lineamientos; 11.11% oportunidad en la toma de muestras de laboratorio.



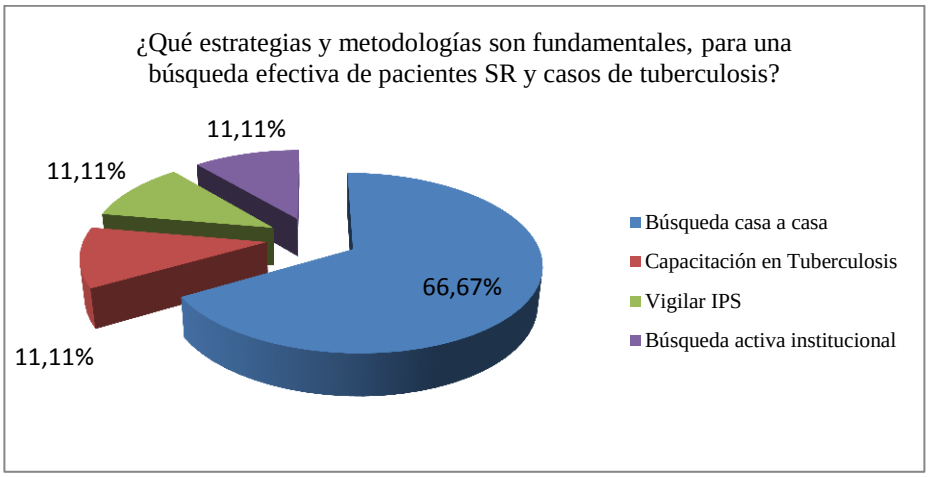
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 8. Pregunta dos. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR (Fusagasugá).

Solicitan capacitación en parámetros, lineamientos, pero sobre todo sensibilización y conciencia en la labor.

Los médicos no ven como prioritario en la consulta, detectar pacientes con TB y otros denotan, que son necesarias otras acciones, pero en definitiva no hay un trabajo de conciencia con la enfermedad y los pacientes, porque ellos tienen el conocimiento y la experticia, serían de gran ayuda al programa.

A la tercera pregunta: 66.67% contestaron búsqueda casa a casa; 11.11% capacitación en tuberculosis; 11.11% vigilar IPS; 11.11% búsqueda activa Institucional.

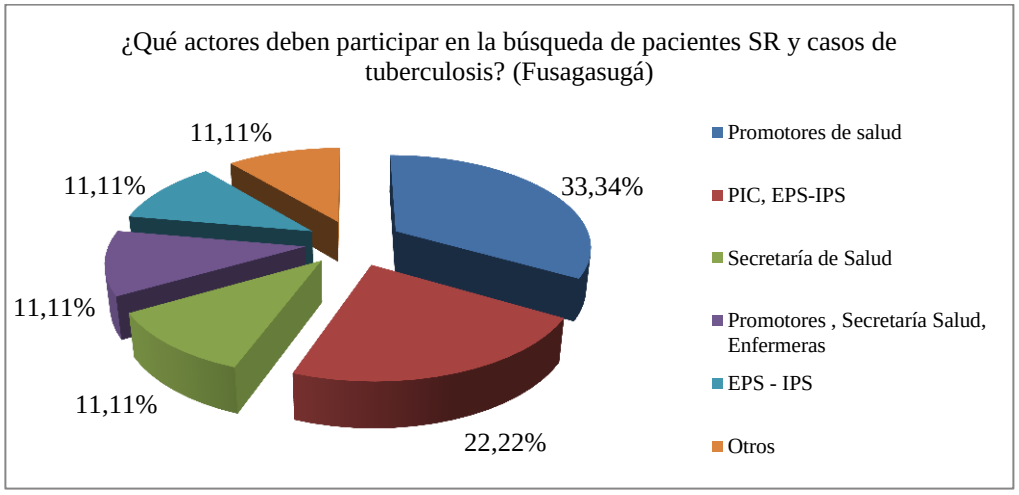


Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 9. Pregunta tres. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Fusagasugá).

La gráfica muestra que la búsqueda casa a casa, es prioritaria en el éxito del programa; todos los actores de salud deben trabajar en forma activa y prioritaria en el programa de tuberculosis; más bien existe apatía, por lo tanto, se debe realizar talleres de sensibilización y concientización sobre la problemática.

Gráfica 10. Pregunta Cuatro. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Fusagasugá).



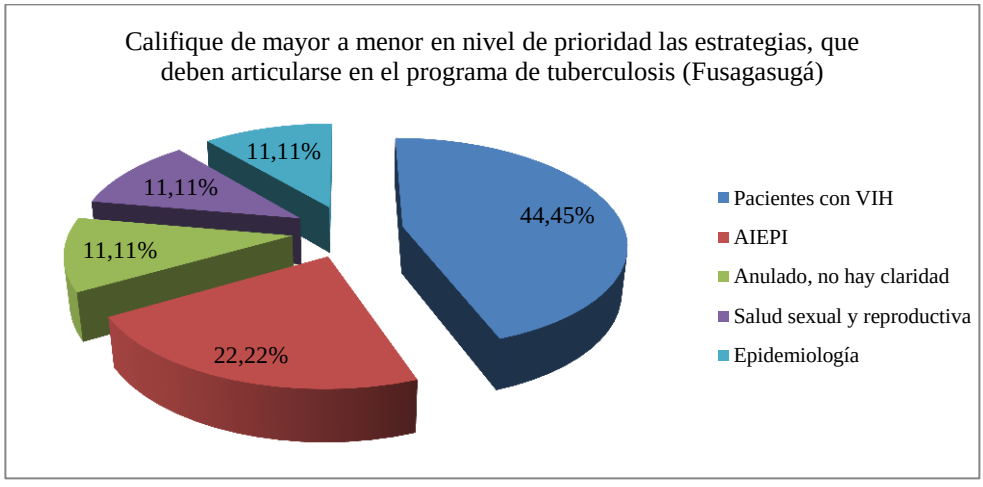
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron 33.34% promotores de salud; 22.22% PIC, EPS-IPS, 11.11% Secretaría de Salud; 11.11% Promotores, Secretaría de Salud; enfermeras, 11.11% EPS – IPS, 11.11% todos.

Se evidencia, que los médicos consideran que los profesionales de salud con más contacto con la comunidad son los que participan en la búsqueda de SR y detección de casos y son los promotores, las enfermeras. Llama la atención que ninguno escogió a la terapeuta respiratoria como actor en la captación y detección de casos, cuando una profesional como la terapeuta con su conocimiento y experticia debería estar al menos en posición igual a la de promotores y enfermeras.

Es curioso que los encuestados teniendo la oportunidad de escoger la opción del médico por su cercanía con los pacientes y sus conocimientos, sería un perfil ideal, para la captación de pacientes SR y casos de tuberculosis, posiblemente EPOC, Diabetes; estas enfermedades como factor de riesgo, para tuberculosis.

Gráfica 11. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis (Fusagasugá).



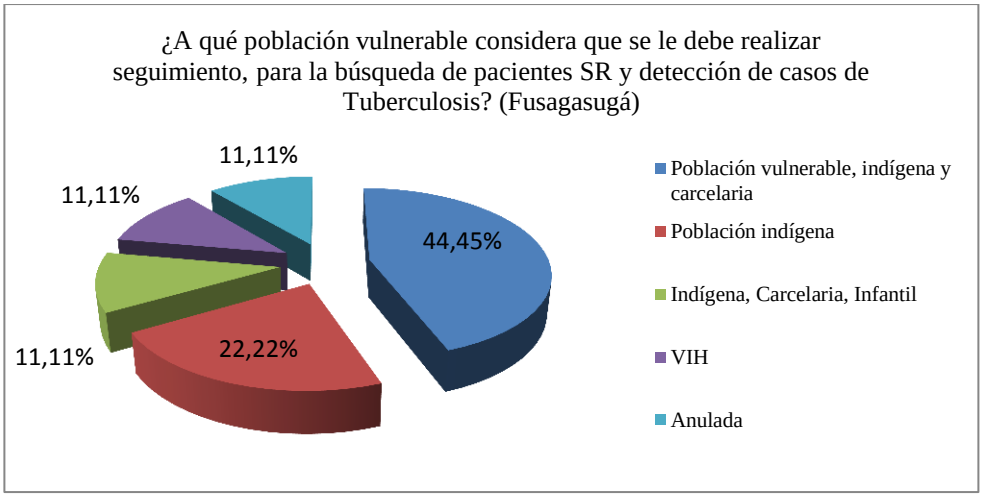
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron 44.45% pacientes con VIH; 22.22% AIEPI; 11.11%; anulado no hay claridad 11.11% Salud sexual y reproductiva; epidemiología 11.11%.

Sobre la estrategia AIEPI, 22.22% le dan una prioridad de 3 para articularse con el programa de TB y epidemiológica 11.11%. Esto demuestra, que los encuestados le dan una evaluación de media y baja a esta articulación, sin embargo, las estrategias de prevención y manejo de la TB en la infancia, en las IPS no están priorizadas, ya que en el Departamento no realizan búsqueda de SR y detección de pacientes con TB en población menor de 5 años. Los pocos niños que se encuentran en los municipios del Departamento son diagnosticados en los cuartos niveles de atención.

Con respecto a la articulación con Salud sexual y Reproductiva, no son prioritarios, pero pueden servir como base, para la búsqueda de pacientes con SR; 11.11% encuesta contestada con más de una respuesta anulada.

Gráfica 12. Pregunta seis. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis? (Fusagasugá).



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Contestaron 44.45% población vulnerable indígena y carcelaria; 22.22% población indígena; 11.11% indígena, carcelaria, infantil; 11.11% VIH; una anulada 11.11%.

Según la gráfica, las respuestas muestran que se debe vigilar a la población vulnerable, como la indígena, carcelaria, infantil y aquella con VIH

Se deja abierta la puerta a mejorar la calidad y oportunidad en la atención en salud, mediante capacitaciones, acompañamiento y sensibilización en la realización de un trabajo con calidad por parte de los profesionales de las IPS /EPS y actores de la salud.

9.2.1 Resumen de los resultados Hospital de Fusagasugá. Hospital San Rafael de Fusagasugá. Cundinamarca.

No.	Pregunta	Sujetos	Hospital	%	Respuestas	Observaciones
1	Características prioritarias para captar pacientes con TB.	9	Fusagasugá	44.44% 33.34% 11.11% 11.11%	Pacientes VIH, Tos y expectoración por más de 15 días, Pacientes con bajo peso, VIH y bajo peso.	No hay seguimiento de la Guía 412, Ministerio de Salud, 2000.
2	Recursos no entregados en forma oportuna.			55.55% 11.11% 11.11% 11.11% 11.11%	Suficiente tiempo de consulta. Oportunidad de atención personal calificado, patología y lineamientos, capacitación.	No hay prioridad en los médicos por ser parte activa en el proceso, además falta capacitación.
3	Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes.			66.67% 11.11% 11.11% 11.11%	Casa – Casa Capacitación. Vigilar IPS Búsqueda activa institucional.	Se deben realizar talleres de sensibilización y concientización, porque todos los actores de salud deben de realizar su papel en forma activa y eficiente.
4	Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis.			100%	Los médicos en conjunto con las respuestas opinan que todos los actores de salud deben participar.	Los médicos opinan que los promotores deben hacer el trabajo y porqué no ellos que tienen conocimiento y experticia.

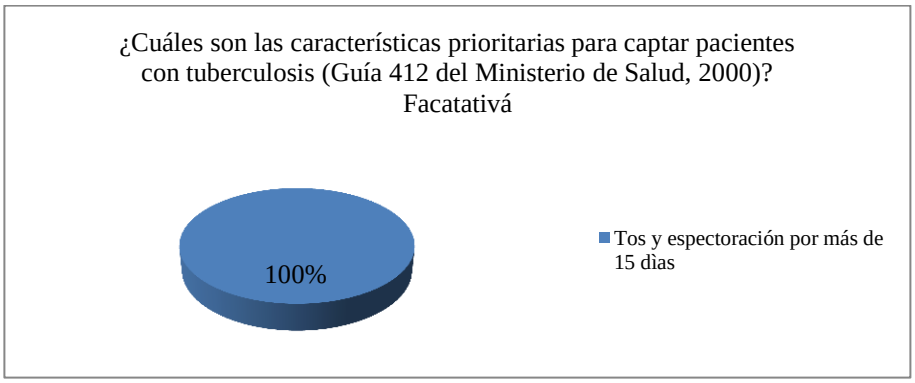
5	Califique de mayor a menor las estrategias.	44.45% 22.22% 11.11% 11.11% 11.11%	Pacientes VIH AIEPI Salud sexual Epidemiológica. Anulado	No se efectúa búsqueda de pacientes con menos de 5 años, se debe realizar capacitación para patologías y lineamientos.
6	Población vulnerable	44.45% 22.22% 11.11% 11.11% 11.11%	Indígena-carcelaria Indígena Indígena-carcelaria infantil Anulada.	Población vulnerable, indígena – carcelaria – VIH – Infantil.

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014. Análisis de encuesta. 2014.

9.3 Facatativá Hospital público. Facatativá. Cundinamarca

Muestra 10 médicos generales en consulta externa.

A la primera pregunta. Contestaron diez (10) el 100%, persona con tos y expectoración por más de quince días.



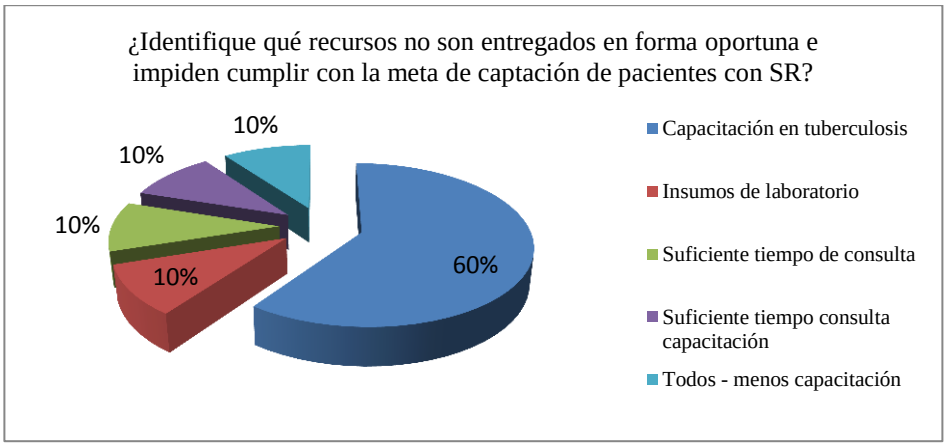
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 13. Pregunta 1. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Facatativá).

De acuerdo a la gráfica, definitivamente se conoce a cabalidad los pacientes con sintomatología respiratoria (SR), según la Guía 412 del Ministerio de Salud, 2000; la tos por más de 15 días revela de forma evidente que el paciente puede sufrir TB, y está aunados a la sudoración nocturna, pérdida de peso, fiebre y fatiga; esta sintomatología se presenta en los casos de TB sintomática, pero vale la pena aclarar, que esta característica no es propia en todos los caso de TB y que es necesario realizar las pruebas de

laboratorio para confirmar la presencia del patógeno, especialmente en los casos que no son sintomáticos.

A la segunda pregunta. Contestaron seis (6) el 60%, capacitación en tuberculosis tanto de la patología como de los lineamientos; 10% insumos de laboratorio; 10% suficiente tiempo de consulta; 10% suficiente tiempo de consulta, 10% todos menos la capacitación en tuberculosis tanto de la patología como de los lineamientos.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 14. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR (Facatativá).

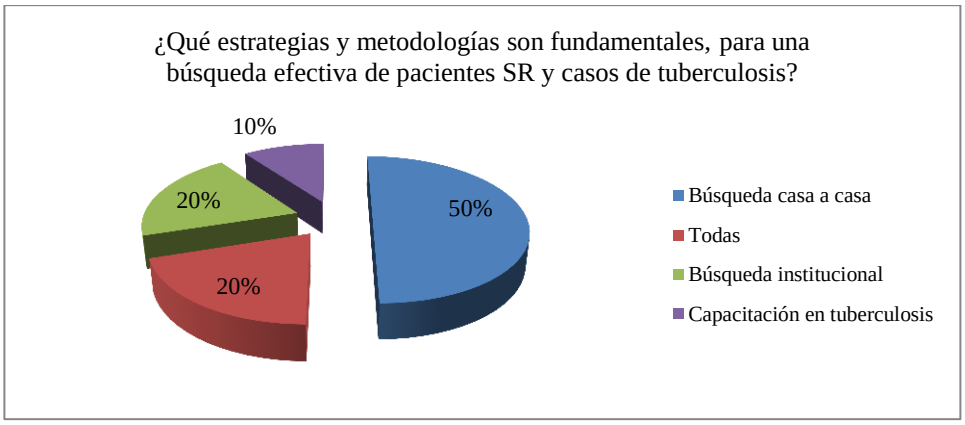
La capacitación en tuberculosis tanto de la patología como de los lineamientos, es el recurso que ocupa una posición, equivalente a 60%, esto evidencia, que hacen falta conocimientos sobre todo en los parámetros, planes y lineamientos provenientes de las

entidades superiores de salud del país, como también es necesario realizar constantemente capacitaciones de actualización en la patología.

El análisis de la pregunta, lleva a concluir que, no le hace falta ningún recurso, que todo se lo brinda la Institución de salud, que evidencia que hace falta fortalecer la búsqueda de pacientes, ó que hace falta incluir otros criterios, que no están listados en las opciones de respuesta y por eso se debe la respuesta que dieron.

Los insumos de laboratorio son otro recurso que aún en un porcentaje menor no es provisto de forma constante por las Instituciones de salud y que es requerido para la captación y detección de paciente con TB.

A la tercera pregunta. Contestaron 50% contestaron búsqueda casa a casa, 20% todas; 20% búsqueda activa institucional; 10% capacitación en tuberculosis.

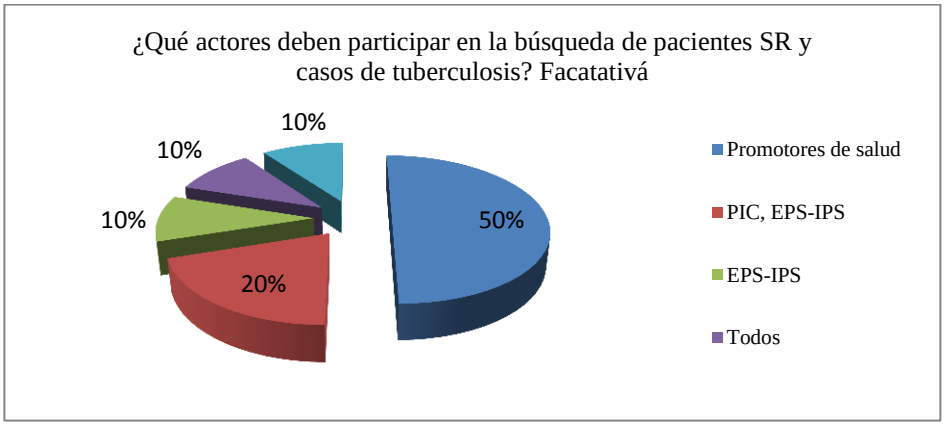


Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 15. Pregunta 3. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Facatativá).

El análisis de la gráfica muestra, que es prioritario, la búsqueda casa a casa y todas las opciones como capacitación en tuberculosis, vigilar IPS, búsqueda activa Institucional, metas institucionales, son los factores que pueden influir para el éxito de las estrategias encaminadas a diagnosticar a tiempo la tuberculosis en pacientes con sintomatología respiratoria (SR).

En la cuarta pregunta. Contestaron: 50% Promotores de salud, 20% todos (PIC, EPS-IPS), 10% EPS – IPS, 10% promotores de salud, enfermeras; 10% PIC, Promotores, Secretaría de salud, PIC, EPS-IPS- promotores – Secretaría de salud - médico.

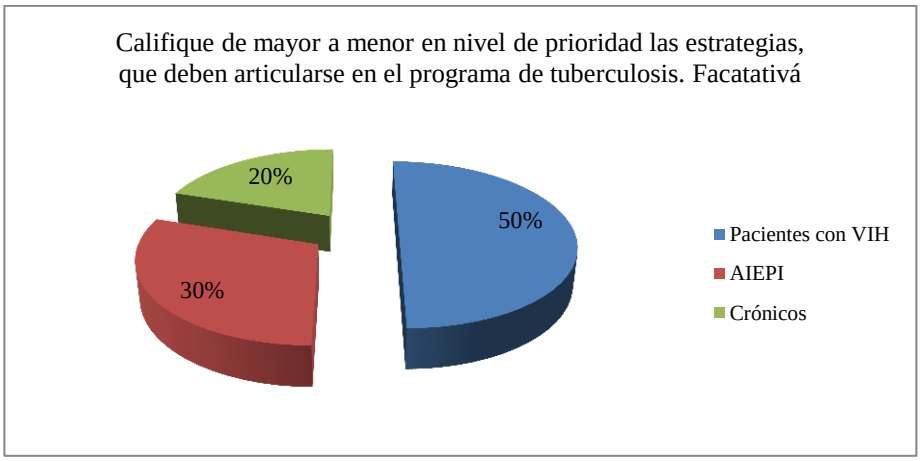


Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 16. Pregunta 4. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Facatativá).

Al efectuar el análisis de la gráfica, podemos concluir que en la búsqueda de pacientes con SR, los más importantes son los actores (promotores de salud) en este programa de tuberculosis y en general cada uno de los profesionales de la salud como las instituciones de referencia, juegan un papel prioritario en este plan Nacional de Salud.

A la quinta pregunta. 50% contestaron pacientes con VIH; 30% AIEPI; 20% crónicos.



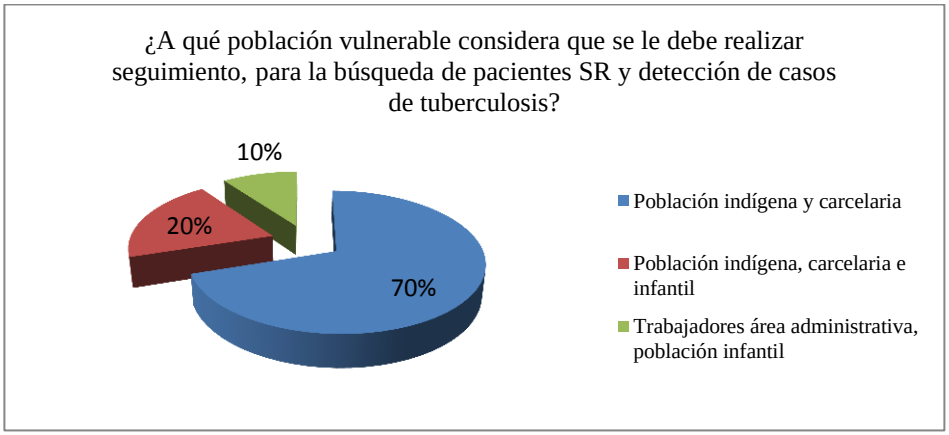
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 17. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis (Facatativá)

.

La gráfica indica la urgencia de anexar a la búsqueda pacientes con SR, otros como aquellos con VIH, los niños y personas crónicas, que son por lo general adultos mayores, personas vulnerables y sensibles a la enfermedad.

A la sexta pregunta contestaron 70% contestaron población indígena y carcelaria; 20% población indígena, carcelaria e infantil; 10% trabajadores del área administrativa y población infantil.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 18. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de tuberculosis? (Facatativá).

Las personas más vulnerables a la enfermedad, por las condiciones sanitarias del diario vivir, hace que estos segmentos poblacionales sean sensibles a la patología, indígenas, personal carcelario e infantil.

La tuberculosis en la población indígena es una prioridad (70%) para la cooperación entre organismos no gubernamentales como la OMS/OPS, ya que las mayores tasas de incidencia se encuentran en las regiones con mayor población

indígena, que tienen una mayor vulnerabilidad para enfermarse y morirse de TB (Ministerio de protección social, 2007).

La población infantil (20%), es otro grupo vulnerable, que según los encuestados requiere un seguimiento especial. Algunos de los factores que hacen difícil estimar la carga de tuberculosis en la población infantil, cabe citar los siguientes (OMS, 2013): "la dificultad de establecer un diagnóstico definitivo, la presencia de enfermedad extra pulmonar (lo que hace necesario consultar a un especialista), su escasa prioridad en materia de salud pública (la tuberculosis infantil raramente es bacilífera), la inexistencia de vínculos entre los pediatras del sector privado y los programas nacionales de tuberculosis".

La población administrativa, no se explica la escogencia, ya que estas personas no tienen mayor contacto con los pacientes atendidos en los servicios de salud. Los pacientes crónicos como objeto de seguimiento son importantes, porque este tipo de población está muy asociada a personas de tercera edad, con sistemas inmunes deteriorados, algunas veces en indigencia y con factores de desnutrición, que los hace susceptibles a padecer la enfermedad de TB.

9.3.1 Resumen de los resultados.

No.	Pregunta	Sujetos	Hospital	%	Respuestas	Observaciones
1	Características prioritarias para captar pacientes con TB.	10	Facatativá	100%	Tos y expectoración por más de 15 días.	Se evidencia conocimiento de la Guía 412, Ministerio de Salud 2000, pero en asintomáticos es necesario realizar pruebas de laboratorio.
2	Recursos no entregados en forma oportuna.			60% 10% 10% 10% 10%	Patología y lineamientos. Insumos Consulta Consulta + capacitación Todos – capacitación.	Capacitación. Revisar procesos de entrega insumos. Falta tiempo en la consulta.
3	Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes.			50% 20% 20% 10%	Casa – Casa Todas. Búsqueda activa institucional. Capacitación.	Todas las opciones son válidas en la búsqueda de pacientes activos.
4	Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis.			50% 10% 10% 10% 10% 10%	Promotores. Todos. EPS – IPS. Promotores – Enfermeras PIC + promotores + entidades de salud. Promotores Secretaría de Salud + Médico.	En general todos los actores de salud, deben aportar a la búsqueda de pacientes con TB.

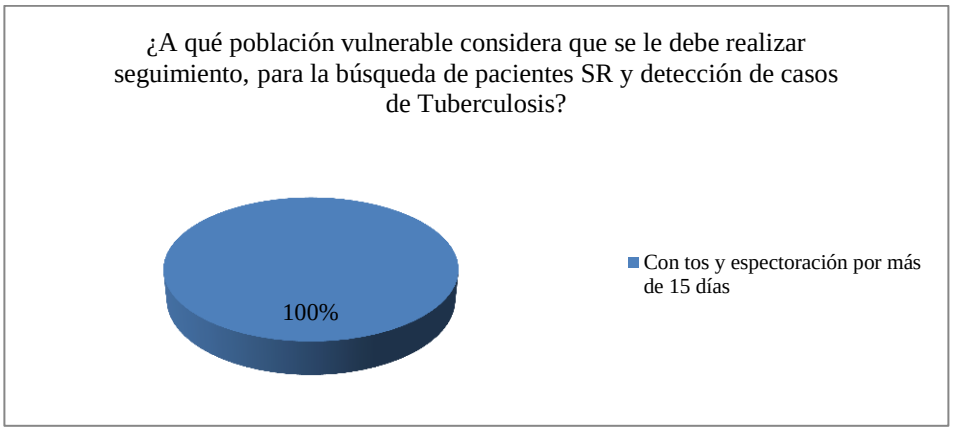
5	Califique de mayor a menor las estrategias.	50% 30% 20%	VIH. AIEPI. Crónicos.	Es urgente anexar personas con VIH y crónicos como el adulto mayor y los niños.
6	Población vulnerable	70% 20% 10%	Indígena + carcelaria Indígena + carcelaria + infantil Área administrativa + población infantil..	En general se tiene claridad en la población vulnerable.

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

9.4 Girardot. Hospital Universitario La Samaritana Unidad Funcional de Girardot. Cundinamarca

Muestra: 12 médicos generales en consulta externa.

A la primera pregunta. Contestaron doce (12) el 100% persona con tos y expectoración por más de 15 días.



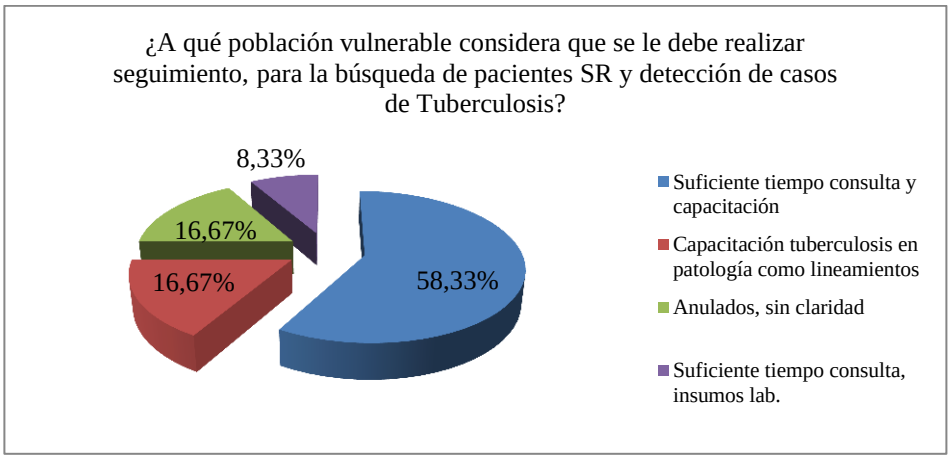
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

*Gráfica 19. P*regunta 1. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? (Girardot).

Según la gráfica existe claridad en la sintomatología Respiratoria, SR, Guía 412 de 2000. Ministerio de Salud; la característica de esta la guía de atención, se considera como prioritaria para captar pacientes con TB y que fue seleccionada por el 100% de los

encuestados, aquellos son personas con sintomatología como tos y expectoración por más de 15 días.

A la segunda pregunta contestaron Siete (7), 58.33%, contestaron suficiente tiempo de consulta; dos (2) con 16.67% capacitación en tuberculosis tanto en patología como de los lineamientos; dos (2) 16.67% Anulados, sin claridad; uno (1) con 8.33% suficiente tiempo de consulta, insumos de laboratorio.



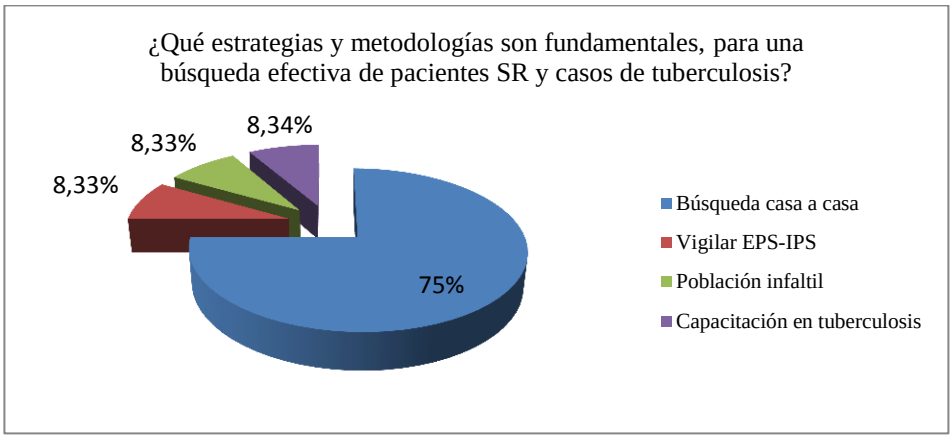
Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 20. Pregunta dos. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR (Girardot).

De acuerdo a la gráfica, es difícil cumplir la meta de captación en pacientes con SR, falta tiempo en la consulta y capacitación, los médicos solicitan tiempo no para atender al paciente de otras enfermedades y dedicarle un espacio, para detectar tuberculosis; esta es la mayor falencia, se evidencia un problema del sistema de salud,

donde el médico general no es más que un filtro para subespecialidades, el cual se encarga de tomar datos, llenar formatos y no examina al paciente que tiene al frente por falta de tiempo, además es un limitante que impide cumplir con la meta de captación y detección de los casos de TB.

A la tercera pregunta contestaron nueve (9) con 75% búsqueda casa a casa; uno (1) el 8.33% vigilar EPS-IPS; uno (1) el 8.34% población infantil; uno (1) el 8.33% capacitación en tuberculosis.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 21. Pregunta tres ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis? (Girardot)

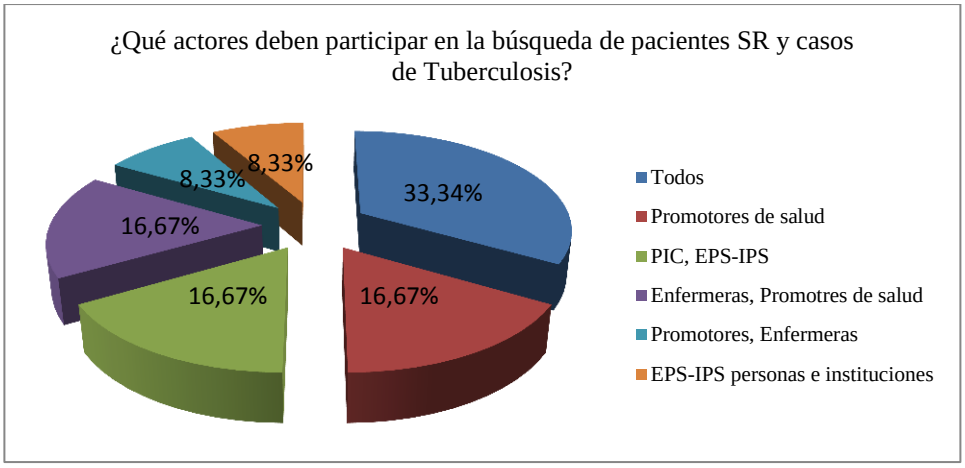
De acuerdo a la gráfica, esta pregunta hace referencia a las metodologías y estrategias propuestas, búsqueda casa a casa, capacitación en Tuberculosis, vigilancia de IPS, establecimiento de metas institucionales, búsqueda activa institucional y asignación

de recursos, para mejorar la búsqueda de Sintomáticos Respiratorios y detección de casos de Tuberculosis.

La búsqueda casa – casa, es una actividad que fue determinada como obligación de los promotores de salud y es necesario denotar el papel que tienen las entidades gubernamentales como la Secretaría de Salud, en el desarrollo de estas metodologías, y la importancia en los papeles de vigilancia y asignación de recursos, es decir actividades a niveles estratégicos y tácticos, que garanticen el funcionamiento correcto de los programas.

El papel de los profesionales de la salud está ligado a la sección operativa de los procesos, ya que tienen un contacto directo con el paciente y pueden apoyar en la búsqueda activa institucional.

A la cuarta pregunta. Contestaron cuatro (4) el 33.34% todos, dos (2) el 16.67% Promotores de salud; dos (2) el 16.67% PIC, EPS-IPS, enfermeras, promotores de salud; dos (2) el 16.67% Promotores, enfermeras; uno (1) el 8.33% EPS-IPS; personas e instituciones; uno (1) el 8.33% enfermeras, promotores, Secretaría de salud.

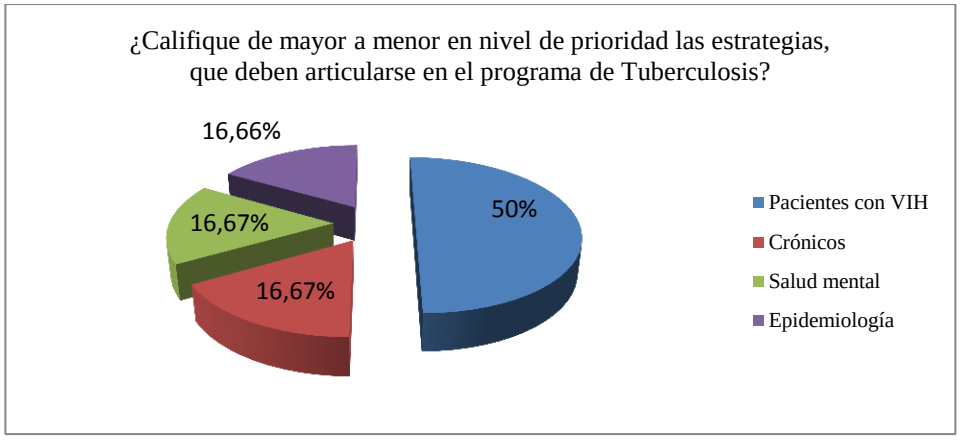


Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 22. Pregunta 4. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de Tuberculosis? (Girardot).

La gráfica, focaliza que todos los actores e instituciones influyen en el éxito del Plan Nacional estratégico población "libre de tuberculosis" ocupan un lugar importante los promotores de salud, enfermeras e Instituciones en referencia, pero dejan por fuera a la terapeuta que tiene el conocimiento y la experticia.

A la quinta pregunta. Contestaron 50% considera, que se debe anexar al programa de búsqueda estrategias como pacientes con VIH; 16.67% crónicos; 16.67% salud mental; 16.67% epidemiología.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

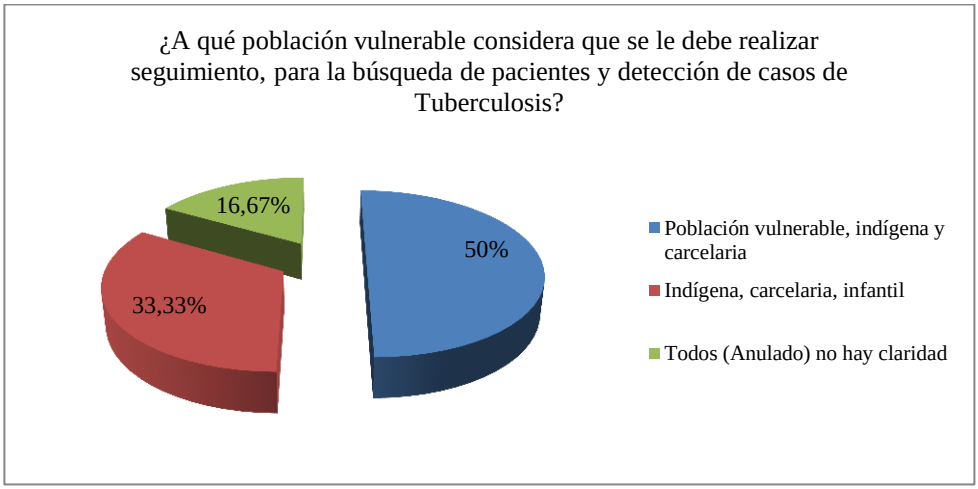
Gráfica 23. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de Tuberculosis (Girardot)

En la gráfica, se observa que los encuestados consideran de importancia pacientes con VIH, por ser un factor científicamente evidente de un nivel alto de riesgo, responsable de la reactivación de la tuberculosis latente a enfermedad activa; crónicos, factor de riesgo, personas con EPOC o EPOC más diabetes; salud mental y epidemiología, porque detecta focos de TB, que una vez identificados, pueden ser herramientas conectivas y seguir la evolución de sectores vulnerables.

El objeto de la pregunta cinco es determinar qué estrategia debe debería articularse con el programa de Tuberculosis, con el objeto de fortalecer la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorio.

Los encuestados dan una prioridad, para articularse con el programa de TB, a salud mental, porque se detectan focos, que una vez identificados pueden ser herramientas correctivas y seguir la evolución de sectores vulnerables.

A la pregunta seis. Contestó el 50% como población vulnerable, indígena y carcelaria; 33.33% indígena, carcelaria, infantil; todos, 16.67% (Anulado) no hay claridad.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 24. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis? (Girardot)

Los resultados muestran que las poblaciones vulnerables a vigilar son la población carcelaria, indígena y la infantil como factores de riesgo, de acuerdo con las investigaciones efectuados por expertos.

La tuberculosis en la población indígena es una prioridad, para la cooperación entre organismos no gubernamentales como la OMS/OPS, ya que las mayores tasas de incidencia se encuentran en las regiones con mayor población indígena, que tienen una

mayor vulnerabilidad para enfermarse y morirse de TB (Ministerio de protección social, 2007).

9.4.1 Resumen de los resultados Hospital de Girardot. Hospital Universitario La Samaritana UF de Girardot.

No.	Pregunta	Sujetos	Hospital	%	Respuestas	Observaciones
1	Características prioritarias para captar pacientes con TB.	12	Girardot	100%	Tos y expectoración por más de 15 días.	Hay claridad en la Guía 412 Ministerio de Salud; capacitaciones efectivas.
2	Recursos no entregados en forma oportuna.			58.33% 16.67% 16.67% 8.33%	Tiempo de consulta. Capacitación en lineamientos y patología. Anulados. Tiempo de consulta + insumos de laboratorio.	Los profesionales de la salud (médicos) piden mayor tiempo de consulta, pero no hay compromiso con el programa y capacitación.
3	Estrategias y metodologías para la búsqueda efectiva de pacientes.			75% 8.33% 8.34%	Casa – Casa EPS – IPS Población infantil.	En general se analiza que son todos los actores de salud, que deben involucrarse en el programa TB, como estrategia efectiva.
4	Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis.			33.34% 16.67% 16.67% 16.67% 8.33% 8.33%	Todos. Promotores de salud. EPS-IPS Promotores – enfermeras. Promotores enfermeras. EPS – IPS. Todos + Instituciones.	Profesionales + Instituciones, pueden trabajar en conjunto por el éxito del programa (TB).

5	Califique de mayor a menor las estrategias.	50% 16.67% 16.67% 16.67%	Pacientes VIH. Crónicos. Salud mental. Epidemiología.	Consideran de alto riesgo a pacientes con VIH, crónicos, epidemiología, consideraciones para anexar al programa..
6	Población vulnerable	50% 33.33% 16.67%	Indígena + carcelaria Indígena + carcelaria + infantil Anulado.	Hay claridad en anexar población vulnerable, como indígenas por su medio de vida (OMS/OPS).

Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

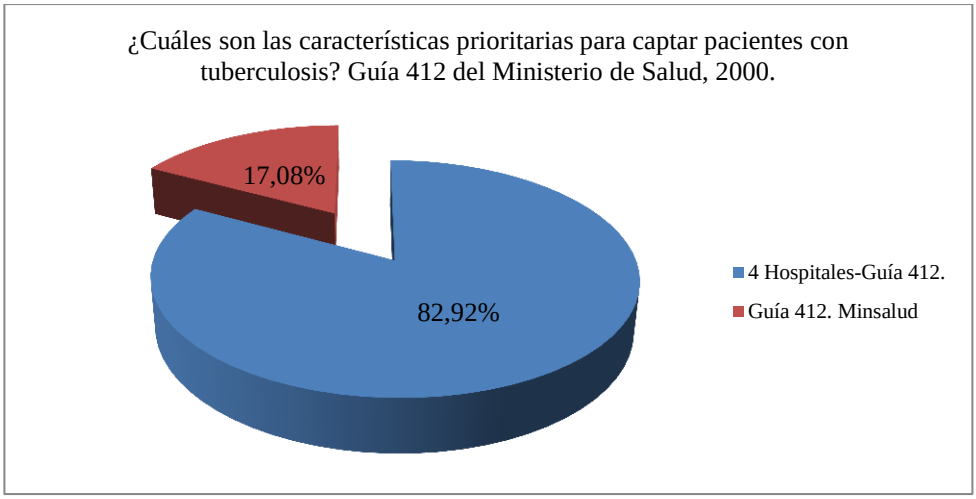
9.5 Análisis general de los resultados (Cuatro (4) hospitales Zipaquirá – Fusagasugá – Facatativá y Girardot)

Se efectúa un análisis de los cuatro (4) hospitales, en el cual, se consolidan las 41 encuestas, de acuerdo al número de médicos de cada Institución de Salud.

Muestra: 41 médicos.

Gráfica 25. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? Guía 412 del Ministerio de Salud, 2000.

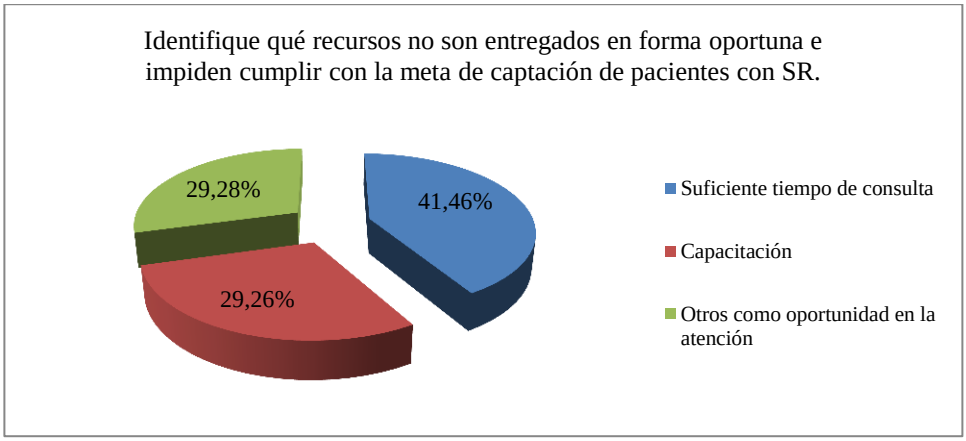
A la primera pregunta. El 82.92% respondieron persona con tos y expectoración por más de 15 días, hay claridad en las características de los pacientes con SR y la Guía 412, 2000, del Ministerio de Salud, el 17.08% de este 2.43% corresponde a Zipaquirá, 14.64% en Fusagasugá, lo que determina que en éste último municipio, es necesario capacitar sobre la guía 412, 2000 Ministerio de Salud y sobre el Plan estratégico Nacional “Colombia libre de Tuberculosis”.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 26. Pregunta 2. Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR.

A la segunda pregunta contestaron 41.46% respondieron suficiente tiempo de consulta; 29.26% capacitación y el 29.28% otros como oportunidad en la atención, toma de muestras de laboratorio, oportunidad en la toma de muestra de laboratorio.

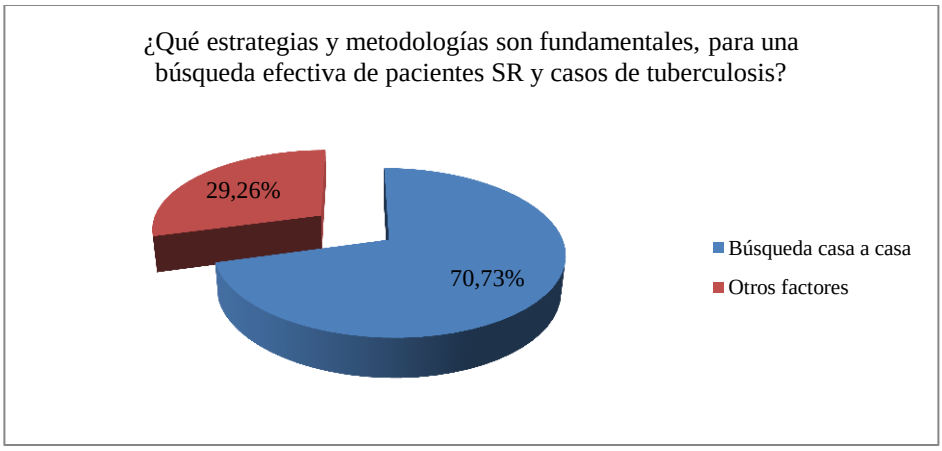


Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Es importante valorar todos los factores porque seguramente están influyendo en alguna forma para cumplir con la meta de captación de pacientes con SR.

Gráfica 27. Pregunta 3. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis?

A la tercera pregunta. Contestaron 70.73% búsqueda casa a casa; 29.26% otros factores; en general todas las estrategias son válidas para la captación de pacientes con SR y detección de casos de tuberculosis.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

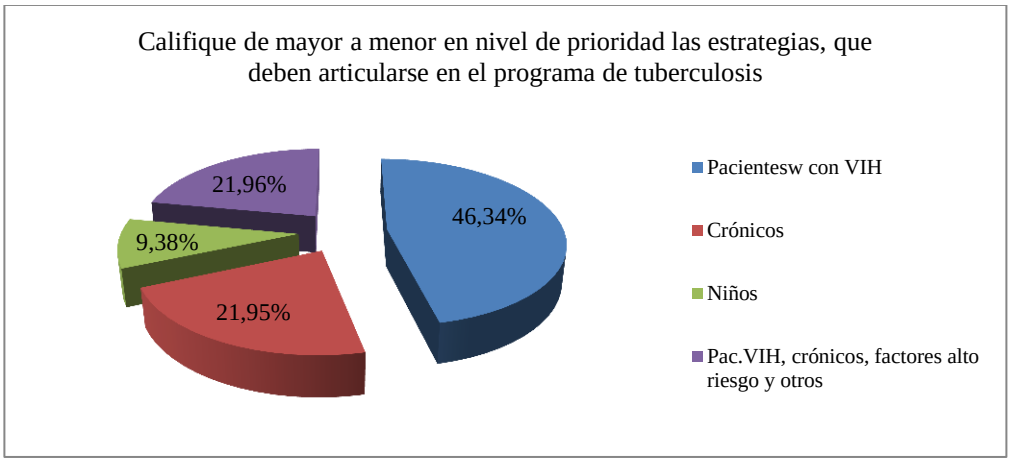
En la cuarta pregunta ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de tuberculosis?

Todos los profesionales de la salud e Instituciones de referencia, son responsables del programa de salud sobre tuberculosis, pero debe especificarse las

funciones en cada Municipio, dando los recursos de tiempo y programación, así como anexar al programa un grupo de vigilancia y control para funcionarios e Instituciones de Salud.

Gráfica 28. Pregunta 5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de tuberculosis.

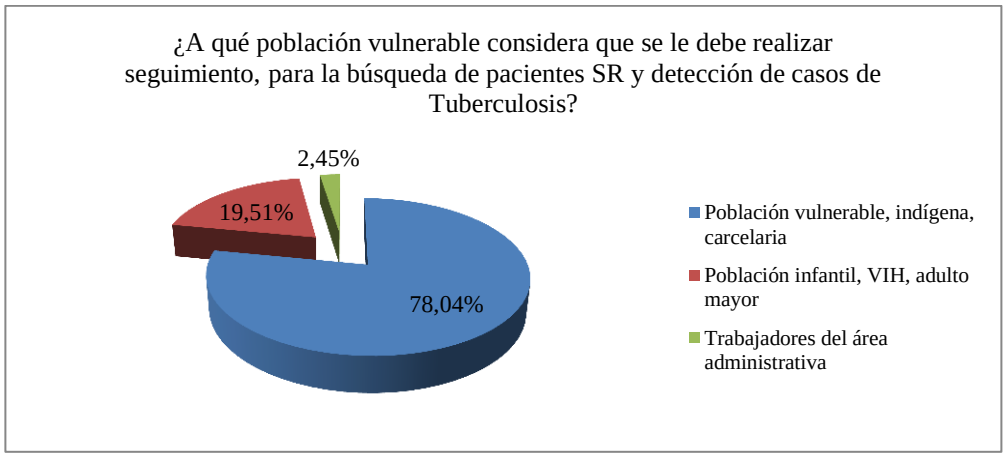
En la quinta pregunta contestaron 46.34% pacientes con VIH; 21.95% crónicos; 9.75% niños, para un total de 78.04%, estrategias que deben anexarse al programa, para obtener éxito total en el control de tuberculosis, pacientes con VIH, crónicos, factores de alto riesgo y otros 21.96% como Vacunación, salud sexual, reproductiva, salud mental, en estos son factores de posibilidad, para encontrar pacientes con SR; en epidemiología focos de detección de casos de tuberculosis, en general, se deben tener en cuenta estos factores de posibles enfermos TB.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

Gráfica 29. Pregunta 6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis?

En la sexta pregunta contestaron 78.04% población vulnerable, indígena, carcelaria; 19.51% población infantil, VIH, adulto mayor y un 2.45% trabajadores del área administrativa.



Fuente. Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2014.

9.5.1 Comparación entre Municipios.

Todos los municipios consideran las personas con tos y expectoración por más de 15 días como una característica prioritaria, para captar pacientes con Tuberculosis. Esto se debe a que la tos, sumado con fiebre, pérdida de peso y sudores nocturnos son los síntomas más comunes de la enfermedad.

Existen dos recursos para la detección y control de TB que no son entregados de forma oportuna, impidiendo la captación de pacientes y la detección de la enfermedad a

tiempo. Los recursos y el suficiente tiempo de consulta y la capacitación sobre la enfermedad.

El actor responsable en la búsqueda casa a casa de los pacientes con TB, es la entidad promotora de salud, correspondiente.

El papel de las entidades promotoras de salud y la secretaria de salud son indispensables para la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios y la detección de casos de Tuberculosis.

Otros actores identificados son las enfermeras y las terapeutas respiratorias.

La población infantil, también ha sido considerada como población vulnerable. La representatividad es menor respecto al otro grupo de población privada de la libertad e indígenas, pero debido a su condición están más expuestos los infantes a contraer la enfermedad de TB.

Es necesario que las entidades nacionales privadas y públicas establezcan los lineamientos con la OMS para lograr la creación de redes y de ayuda en el establecimiento y la revitalización de mecanismos nacionales innovadores, así como encaminar las estrategias propuestas en los municipios hacia el desarrollo de planes de prevención de la desnutrición y demás factores de riesgo.

Se encontró que no hay claridad en los roles que cada actor debe asumir para la detección, tratamiento y captación de pacientes con TB. Para ello la OMS (2013) subraya la importancia de contar con un mecanismo para mejorar la función asesora de las organizaciones de la sociedad civil en la lucha contra la tuberculosis en todos los niveles, y además la necesidad de un mecanismo de rendición de cuentas y de seguimiento de tales actividades de colaboración.

Se realiza la anterior selección de Hospitales Públicos por muestreo de conveniencia teniendo en cuenta que, además de la incidencia, no cumplen con los indicadores de captación de SR y de detección de pacientes con TB, a excepción de Girardot. Adicionalmente se hace notoria la falta de implementación de estrategias para cumplir con las metas establecidas según lineamientos nacionales.

Tabla 8. *Programación y cumplimiento de indicadores de captación y detección de pacientes con TB. Hospitales de Facatativá, Fusagasugá, Girardot y Zipaquirá/Cundinamarca. Colombia: Fuente secundaria.*

En este cuadro se evidencia, que los profesionales de la Salud no cumplen con Indicadores y metas propuestas sobre la captación y detección de pacientes con tuberculosis.

PROGRAMACION							CUMPLIMIENTO AÑO 2013						
MUNICIPIO	IPS	Consultas primera vez mayores de 15 años	Meta captación SR Año	Captacion Minima Esperada (90%)	Pacientes Bacilíferos a Captar año Positividad: 2.5%	Detección minima esperada (80%)	Total SR Captados año	Total SR examinados año	Total BK año	Total Cultivos año	% Captacion SR alcanzada año	Pacientes Baciliferos DX año (Detección)	% Deteccion alcanzada en el año
ZIPAQUIRÁ	HOSPITAL U. LA SAMARITANA UF	9088	454	409	11	9	314	218	614	198	48	0	0
GIRARDOT	HOSPITAL U. LA SAMARITANA UF	14455	723	650	18	14	970	970	2427	791	134	51	282
FUSAGASUGÁ	HOSPITAL SAN RAFAEL	12921	646	581	16	13	593	593	1451	519	92	16	99
FACATATIVÁ	HOSPITAL SAN RAFAEL	18009	900	810	23	18	274	274	686	233	30	3	13
TOTAL	TOTAL	54473	2724	2451	68	54	2151	2055	5178	1741	75	70	103

METAS CAPTACION / DETECCION		
0% - 39%		ROJO
40% -69%		AMARILLO
70 -100%		VERDE

Fuente: Lyda Yicel Cifuentes Rodríguez y Diego Armando Pulido Gil. 2013. Tomados de la Secretaría Dirección de Salud Pública. Programa Tuberculosis.

Según el cuadro, las metas oficiales de captación y detección en el año 2013 en los Hospitales, fue así: El Hospital Universitario La Samaritana UF (Zipaquirá), la meta era 454 SR, captó sólo 314 pacientes, para un 48% de cumplimiento; en Girardot, en el Hospital Universitario La Samaritana UF, de 723 se captó el 134%, o sea 970 pacientes; en Fusagasugá, en el Hospital San Rafael de 646 según datos de meta de captación / año, con el 92% o sea 593 de pacientes captados, para cumplir con el término propuesto; y en Facatativá de 900 meta asignada, sólo el 30% o sea 274 pacientes captados; de tal manera, que dos hospitales no cumplieron con el 80% propuesto, el que más captó pacientes con SR fue Girardot, y el peor resultados fue en Facatativá. Con respecto a las metas de detección de pacientes con TB encontramos: Zipaquirá, meta 11 pacientes bacilíferos, con cero (0) pacientes detectados; Girardot de 18 casos meta, se detectó 51 pacientes, o sea el 282% de cumplimiento, logrando más de la meta establecida; Fusagasugá, de 16 pacientes a detectar lograron la meta al encontrar el 100% de lo proyectado; y en Facatativá de 23 casos meta, solo lograron detectar 3, con 13%.

10. Resumen de resultados

Muestra: 41 médicos.

A la primera pregunta ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? Guía 412 del Ministerio de Salud 2000.

El 82.92% respondieron persona con tos y expectoración por más de 15 días. Hay claridad en las características de los pacientes con SR y la Guía 412, 2000, del Ministerio de Salud, del 17.08%, el 2.43% corresponde a Zipaquirá y 14.64% en Fusagasugá, lo que determina que en este último municipio, es necesario capacitar sobre la Guía 412, 2000 Ministerio de Salud y sobre el plan estratégico nacional "Colombia libre de tuberculosis".

A la segunda pregunta ¿Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR?

41.46% respondieron suficiente tiempo de consulta; 29.26% capacitación y el 29.28% otros como oportunidad en la atención, toma de muestras de laboratorio, oportunidad en la toma de muestra de laboratorio.

Es importante valorar todos los factores porque seguramente están influyendo en alguna forma, para cumplir con la meta de captación de pacientes con SR.

A la tercera pregunta ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis?

En esta pregunta se tiene 70.73% búsqueda casa a casa; 29.26% otros factores, en general todas las estrategias son válidas, para la captación de pacientes con SR y detección de casos de tuberculosis.

En la cuarta pregunta ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de Tuberculosis?

Todos los profesionales de la salud e instituciones de referencia, son responsables del programa de salud sobre tuberculosis, pero debe especificarse las funciones en cada municipio, dando los recursos de tiempo y programación, así como anexar al programa un grupo de vigilancia y control, para funcionarios e instituciones de salud.

En la quinta pregunta. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de Tuberculosis.

46.34% contestaron pacientes con VIH; 21.95% crónicos, 9.75% niños, un total de 78.04%, estrategias que deben anexarse al programa, para obtener éxito total en el control de la tuberculosis, pacientes con VIH, crónicos, factores de alto riesgo y otros 21.96% como vacunación, salud sexual reproductiva, salud mental, en estos son factores de posibilidad, para encontrar pacientes con SR; en epidemiología focos de detección de casos de tuberculosis, en general, se deben tener en cuenta estos factores de posibles enfermos TB.

En la sexta pregunta ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis?

78.04% población vulnerable indígena y carcelaria, 19.51% población infantil, VIH, adulto mayor y un 2.45% trabajadores del área administrativa.

La población vulnerable, por problemas sanitarios, hacinamiento (indígenas, carcelario), personas con VIH, por factor de riesgo; adulto mayor, crónicos con EPOC; o

la población infantil, por problemas sanitarios del lugar de desarrollo y crecimiento de los niños.

11. Conclusiones de resultados

- El 82.92%, hay claridad en la sintomatología de la tuberculosis, tos y expectoración por más de 15 días, pero el 17.08% desconoce la sintomatología, según Gruía 412, 2000 del Ministerio de Salud.

- El 41.46%, los profesionales de salud necesitan el mayor tiempo en la consulta; 29.26% necesitan capacitación y el 29.28%, oportunidad en la Atención, toma de muestras de laboratorio.

- El 70.73% la mejor forma de captación de pacientes es búsqueda Casa - Casa realizada por promotores, y el 29.26% otros actores como IPS, EPS, enfermeras.

- 46.34% comentaron que deben articularse al programa sobre tuberculosis con estrategia de VIH; el 21.25% con crónicos; el 9.75% con niños; el 21.96% con vacunación y Salud Sexual y Reproductiva; de tal manera, que los resultados muestran desconocimiento de los objetivos del Programa.

- 78.04% opina que el seguimiento debe hacerse a población vulnerable como indígenas y población carcelaria; el 19.51% con población infantil, pacientes con VIH, adulto mayor y el 2.45% con trabajadores del área administrativa.

12. Propuesta de mejoramiento

- Realizar brigadas con el grupo interdisciplinario del Programa Tuberculosis, direccionado por zonas, bajo la responsabilidad de las IPS.

- Exigir a los médicos, adscritos al Programa de Tuberculosis, un estricto y reglamentario cumplimiento, en la captación de pacientes con o sin sintomatología respiratoria.

- Efectuar controles periódicos de cumplimiento, en cada uno de los actores en salud, involucrados en el programa de Tuberculosis.

- Analizar los tiempos y movimientos con respecto al número de pacientes captados con sintomatología respiratoria, para establecer la eficiencia en los costos por proceso, en el Programa de Tuberculosis.

- Minimizar las barreras de atención de parte de las IPS en exámenes de laboratorio, oportunidad de atención a los pacientes con SR en consulta externa, cultivos de laboratorio y asesoría a pacientes con VIH.

Conclusiones

La Guía de Atención Básica del 2000 y plan estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis", período comprendido entre 2010 – 2015, donde se fortalecen las acciones como la búsqueda activa de Sintomáticos Respiratorios (SR) y la investigación epidemiológica de campo, se determinó en el estudio que los indicadores de captación de los cuatro hospitales públicos del Departamento de Cundinamarca, son muy bajos, encontrándose lejos de la meta del 80% a pesar de que la detección de casos y control de tratamiento, son de costo bajo; de sencilla y rápida ejecución. Se llegó a analizar los resultados de la aplicación de los cuestionarios a 41 médicos generales de consulta externa, de los cuales se dedujeron que en el personal de salud, algunos no tienen claro el concepto de Sintomático Respiratorio en tuberculosis, como tampoco hay compromiso y responsabilidad en la captación de pacientes con SR, en poblaciones vulnerables, como indígenas, carcelarios; VIH, personas crónicas como aquellas de la tercera edad, o que tengan algún tipo de alteración Pulmonar.

Los recursos son asignados en el momento el mayor problema se fundamenta, en que los médicos de las IPS, EPS, no efectúan los procesos con el paciente, para detectar casos con tuberculosis, éstos profesionales de la salud se encargan de llenar formatos, no es más que un filtro por subespecialidades, no examinan al paciente por falta de tiempo; de tal manera que, solicitan más tiempo en la consulta, para realizar adecuadamente su trabajo; además, hay controles de estricto y reglamentario cumplimiento al cuerpo médico; además existe una alta rotación de personal en las Instituciones de salud, lo que determina, que patologías y modificaciones de diagnóstico y tratamiento, se desconocen, falta de capacitación continua. Otro factor, que influye en este escenario de captación de

pacientes sintomáticos respiratorios, son los promotores de salud, que no efectúan una planeación acorde con la distribución geográfica veredal por municipio, siendo la persona que está en contacto con la comunidad o acciones extramurales, deben salir más al campo y deben ser auditados, para conocer el manejo de tiempos y movimientos, respecto al número de pacientes captados con SR; además debe existir un organismo, que acompañe a las Secretarías de Salud Departamental en la vigilancia y control en la función desarrollada por Secretarías de Salud municipal, IPS . EPS, profesionales de la salud y promotores, otro aspecto, es que no se llena correctamente los formatos para las actividades normadas, según la Guía de Atención de la TB pulmonar y extrapulmonar, talleres de captación y concientización a los actores de salud sobre el compromiso y responsabilidad con la población colombiana a todos niveles, para lograr resultados más positivos en el desarrollo del programa (TB).

De lo anterior se deduce, que la gestión desarrollada a nivel departamental adolece, de factores que involucran el recurso humano, sin efectividad en las prácticas realizadas, por lo tanto, se hace necesario un sistema eficaz de vigilancia y control a todos los niveles.

Sugerencias y Recomendaciones

- Mejorar los procesos de capacitación, incluyendo el papel que desempeñan todos los actores del programa en la captación de pacientes sintomáticos respiratorios.

- Efectuar una revisión y evaluación de los objetivos cumplidos o por lograr y los resultados del proceso y qué porcentaje en tiempo y número de pacientes con SR son captados.

- Determinar la efectividad, analizando eficacia y eficiencia en Recursos y Resultados.

- Analizar la calidad en el proceso de gestión del Programa, para efectuar correctivos en busca de la calidad en los procedimientos realizados.

- Exigir más compromiso y responsabilidad a los actores de salud involucrados en el Programa, con funciones específicas y controles periódicos de cumplimiento.

- Necesidad de anexar a otras poblaciones vulnerables, que indirectamente puedan tener tuberculosis por enfermedad primaria.

Referencias

Acciones intersectoriales y vínculo en el control de la tuberculosis en la Salud de la Familia. (2011). Revista Latinoamericana de Enfermería. Vol. 19. Número 2. P. 387395. p. 9.

Bauer, W. Bleck,-Neuhaus, J. & Dombois, R. (2010). *Desarrollo de proyectos de investigación.* Guía para un Seminario. Editores Universidad de Bremen, Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD). Bremen/Bonn.

Bonilla Castro, E. & Rodríguez, P. (20905). *Más allá del dilema de los métodos.* Tercera Edición. Editorial Grupo Normal. Bogotá.

Cerda, G. H. (2008). *Los Elementos de la Investigación.* Cuarta Edición. Colombia. Editorial El Búho Ltda.

Departamento Nacional de Planeación. (2005). *Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015*. CONPES Social 91 de 2005. Bogotá, Colombia.

García, I; Merchán, A, Chaparro, P. E & López, L. E.; *Panorama de la coinfección tuberculosis/VIH en Bogotá*, 2001.

Grisales, L. M. & Giraldo, L. A. (2008). *Políticas públicas vigentes en Colombia que contribuyen al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio afines con el sector salud.* Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Volumen 26 (1). Pp. 78-85.

Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. (2000). *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública.* Ministerio de la Protección Social. Bogotá. Colombia (2007). Revisión y

actualización de un amplio grupo de guías y normas incluidas en la Resolución 412 de 2000.

Hargreaves, J., et al. (2011). *Los Determinantes Sociales de la Tuberculosis: Desde la Evidencia de Acción.* Revista Panamericana de Salud Pública. April. Volumen 101. Número 4. Pp. 654-662.

Henao, S. et al. (2007). *Búsqueda de Tuberculosis en Pacientes Sintomáticos Respiratorios en Cuatro Hospitales de Bogotá D.C.* Revista Salud Pública. Volumen 9. Número.3.

Hernández, R. Fernández, C. & Baptista, P. (2008). *Metodología de la Investigación.* Cuarta Edición. Editorial McGraw Hill. México.

Machado, J. E. & Martínez, J. W. (2005). *Asociación tuberculosis y VIH en pacientes de Pereira.* Colombia. Volumen 36. Número 4. (Octubre-Diciembre).

Mesía, R. (2007). *Contexto ético de la investigación social.* Investigación Educativa. Volumen 11. Número 19. Pp. 137 – 151.

Ministerio de Protección Social. (2007). *Guía 11 de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.*

Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2007). *Tuberculosis en los pueblos indígenas de Colombia: el reto de la prevención y el control.* Bogotá. Colombia.

Ministerio de Protección Social. Instituto Nacional de Salud. Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015.* Documento Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB. Bogotá. Colombia.

Ministerio de Salud. (2013) *¿Qué es la Tuberculosis?* Consulta Realizada el 4 de junio de 2013.

Nóbrega, R., et al. (2010). *Búsqueda activa de sintomáticos respiratorios para el control de la tuberculosis en el escenario indígena Potiguara* Estado de Paraíba. Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermería (RLAE). Volumen 18. Número 6. P. 1169-1176. p. 8.

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2006 – 2015.* Alianza Alto a la Tuberculosis.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *El Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2011 – 2015.*

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe de la Consulta de la OMS sobre el fortalecimiento de la participación activa de las organizaciones de la sociedad civil en la prevención, el tratamiento y el control de la tuberculosis a escala mundial.* Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Informe mundial sobre la tuberculosis*. Resumen de Orientación. Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2013). *Hablemos de Tuberculosis y VIH. La carga mundial de tuberculosis y su relación con el VIH.* Ginebra, Suiza.

Organización Panamericana de la Salud. (1988). *Manual de Normas y Procedimientos Técnicos para la Bacteriología de la Tuberculosis Parte I La Muestra.* El Examen Microscópico.OPS Nota Técnica Núm. 26/Rev. I

Plan Estratégico "Colombia Libre de Tuberculosis 2010–2015, para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB". (2009). Ministerio de la Protección Social.

Presentación de un control de foco de tuberculosis pulmonar, Municipio Habana Vieja. (2004). Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. Volumen 48. Issue 2. P 142146, p 5.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2012). *Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: La Agenda Global para superar la Pobreza.* Consulta realizada Bogotá. Colombia. Martes 16 de octubre.

Romero Amaro, Z. et al. (2008). *Prevalencia de tuberculosis pulmonar en pacientes indígenas y no indígenas del estado Zulia durante el periodo 1996-2005*. Revista Kasmera. Volumen 36. Número 2. Pp. 159-168.

Ruiz, J. (2010). *Metodología de la investigación cualitativa.* Universidad de Deusto. España.

Severo, T. et al. (2010). *Intervención capacitante para la pesquisa activa de sintomáticos respiratorios en dos Municipios de Ciudad de La Habana*. Revista Cubana de Medicina Tropical. Volumen 62. Número 3. P. 186-193. p. 8.

Severo, T., et al. (2011). *Tuberculosis notificada en cuatro municipios de la capital cubana.* Revista Cubana de Medicina General Integral. Volumen 27. Número 3. Pp 344-354.

Tamayo & Tamayo, Mario. (1998). *El proceso de la investigación científica.* Tercera Edición. México. Editorial Limusa S .A.

World Health Organization, (2012). *Who policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders.*

http://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Tuberculosis.aspx.

http://www.pnud.org.co/sitio.shtml.

http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index.html.

Anexos

Anexo 1. Guías para las visitas de asesoría, supervisión y evaluación del Programa

Anexo 2. Planilla de Revisión de Historias Clínicas

Anexo 3. Cuestionario

Marcar sólo una respuesta. Dos respuestas invalidan la pregunta.

1. ¿Cuáles son las características prioritarias para captar pacientes con tuberculosis? Guía 412 del Ministerio de Salud 2000?

a. Paciente con bajo peso.

b. Paciente con VIH.

c. Persona con tos y expectoración por más de 45 días.

d. Pacientes con diabetes.

e. Paciente con neumonía.

2. ¿Identifique qué recursos no son entregados en forma oportuna e impiden cumplir con la meta de captación de pacientes con SR?

a. Tiempo de consulta.

b. Insumos de Laboratorio

c. Personal calificado.

d. Capacitación en tuberculosis, tanto patología como lineamientos.

e. Oportunidad en la Atención.

f. Oportunidad en la toma de muestras.

g. Otra. ¿Cuál?

3. ¿Qué estrategias y metodologías son fundamentales, para una búsqueda efectiva de pacientes SR y casos de tuberculosis?

a. Búsqueda casa a casa.

b. Capacitación en Tuberculosis.

c. Vigilancia IPS y EPS.

d. Asignación de metas institucionales.

e. Búsqueda activa Institucional.

f. Asignación de Recursos.

4. ¿Qué actores deben participar en la búsqueda de pacientes SR y casos de Tuberculosis?

a. Alcaldía (Coordinación PIC).

b. EPS – IPS.

c. Enfermeras

d. Promotores de Salud.

e. Secretaría de Salud.

f. Terapeuta Respiratoria.

g. Otro ¿Cuál?

5. Califique de mayor a menor en nivel de prioridad las estrategias, que deben articularse en el programa de Tuberculosis.

a. VIH,

b. AIEPI

c. Salud sexual y Reproductiva.

d. Epidemiología.

e. Vacunación.

f. Salud Mental.

g. Pacientes crónicos.

6. ¿A qué población vulnerable considera que se le debe realizar seguimiento, para la búsqueda de pacientes SR y detección de casos de Tuberculosis?

Anexo 4. Tablas de Excel, Tabulación de Respuestas en el Cuestionario