

Plan *TBCero*

Enfoque integral para la prevención y control de la TB en el Cerro que Tose
Revisión de Experiencia

La Victoria | Lima - Perú
Periodo 2009 - 2010



PERÚ

Ministerio
de Salud

DIRECCIÓN DE SALUD V
LIMA-CIUDAD



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

PERU

CALIDAD
EN SALUD

MLV

MINISTERIO
DE LA VICTORIA

Plan **TBCero**

Enfoque integral para la prevención y control de la TB en el Cerro que Tose
Revisión de Experiencia

La Victoria | Lima - Perú
Periodo 2009 - 2010

Septiembre 2012

Este documento ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América, a través del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud, bajo los términos del contrato N°: GHS-I-02-07-00004-00. El contenido de este documento es responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

Elaboración de textos

Rocío Valverde Aliaga

Claudia Salas Quenaya

Revisión técnica

Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur, Sub-Director DISA V Lima Ciudad

Dra. María del Carmen Martínez Bertramini, Directora Ejecutiva de Salud de las Personas DISA V Lima Ciudad

Dr. Alberto Mendoza Ticona, Miembro del equipo técnico de la ESNPCT

Dr. Rubén Darío Vásquez Becerra, Estrategia Sanitaria Nacional de PyC de ITS/VIH/SIDA

Dr. Guillermo Frías Martinelli, Miembro del Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud - ParSalud

Edición

Dr. Oscar Cordón Cruz, USAID|Perú|Calidad en Salud

Corrección de textos

Lic. María Luz Pérez Goycochea, Consultora en comunicaciones

Dr. Rubén Darío Vásquez Becerra, Estrategia Sanitaria Nacional de PyC de ITS/VIH/SIDA

Agradecimiento

Nuestro especial agradecimiento a las personas que se menciona a continuación, por sus comentarios que enriquecieron la elaboración de este documento.

Dr. Vladimir Alberto Gayoso Villaflor

Ex Decano de Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú

Dr. Ciro Maguiña Vargas

Ex Decano Nacional del Colegio Médico del Perú

Lic. Julio Mendigure Fernandez

Ex Decano del Colegio de Enfermeros del Perú

Dr. Luis A. Fuentes Tafur

Subdirector de la Dirección de Salud V Lima Ciudad

Dr. José Best Romero

Coordinador Nacional de Salud Penitenciaria

Dr. Eduardo Ticona Chávez

Past- President de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales

Dr. Eduardo Gotuzzo Herencia

Director del Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt”

Dra. Virginia Baffigo Torre

Unidad de Gestión de Proyectos del Fondo Mundial – CARE Perú

Arq. Alberto Sánchez Aizcorbe

Alcalde Distrital Municipalidad de La Victoria

Sra. Edtih Matías Muñoz

Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria

Sra. Ivette Otárola Guillén

Responsable del Área de Salud de la Gerencia de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria

Ps. Carla Moreno Soto

Psicóloga de la Casa de Alivio

Lic. María Nuñez Villanueva

Responsable de la Estrategia de Salud Familiar de la DISA V Lima Ciudad

Ps. Rosario Núñez Herrera

Responsable de la Etapa de Vida Adolescente y Salud Mental de la DISA V Lima Ciudad

Lic. María Taype Aylas

Nutricionista, miembro del equipo de la Dirección de Salud de las Personas de la DISA V Lima Ciudad

Lic. Melissa Daga Caycho

Enfermera, miembro del equipo de la Dirección de Salud de las Personas de la DISA V Lima Ciudad

Sr. César Jesús Alva

Presidente de la Asociación de Enfermos con TB de La Victoria

EQUIPO IMPLEMENTADOR

Dr. Eduardo Rumaldo Gómez

Jefe del Centro de Salud San Cosme

Dra. Pamela Canelo Marruffo

Responsable de la Estrategia de PC TB del CS San Cosme

Dr. Eloy Valencia Reyes

Co-responsable de la Estrategia de PC TB del CS San Cosme

Dr. Williams Rojas Martinez

Médico de la Familia de San Cosme

Dr. Néstor Alberto Huimán Dávila

Médico de la Familia de San Cosme

Dr. Franz Llacza Mayorca

Médico de la Familia de San Cosme

Sra. Betty Apari Mallqui

Promotora de Salud del Plan TBCero

Sra. Melina Tiza Ayala

Promotora de Salud del Plan TBCero

Sra. Betty Martel Acuña

Promotora de Salud del Plan TBCero

Señores Juana, Gloria, Pedro y Juan, Pacientes dados de alta durante el Plan TBCero

CONTENIDO

ABREVIATURAS	7
RESUMEN EJECUTIVO	9
INTRODUCCIÓN	13
1. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN	17
1.1 Objetivo general.....	17
1.2 Objetivos específicos.....	17
2. METODOLOGÍA EMPLEADA	21
3. RESULTADOS	25
3.1 Mapa de Actores	25
3.2 Características generales de los actores centrales del Plan TBCero	26
3.2.1 DISA V Lima Ciudad	26
3.2.2 Centro de Salud San Cosme	26
3.2.3 Municipalidad Distrital de La Victoria	27
3.2.4 Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú	27
3.2.5 Asociación de Enfermos de Tuberculosis de La Victoria	27
4. PROCESOS DEL PLAN TBCero	31
4.1 Antecedentes	31
4.2 Inicios del Plan TBCero	32
4.3 Marco Lógico del Plan TBCero	33
4.4 Mesa TBCero	33
4.5 Los Enfoques del Plan TBCero y La Estrategia DATOS	34
4.6 Conformación del equipo TBCero	36
4.7 Primer Momento del equipo TBCero: la exploración	36
4.8 Segundo Momento: la inserción del equipo Plan TBCero	37
4.9 Tercer Momento: la consolidación del equipo y la Casa de Alivio	38
4.9.1 La Casa de Alivio	39
4.9.2 Rol y Perspectiva de trabajo desde la Municipalidad	41
4.10 Cuarto Momento: la expansión.....	41
4.11 Gobierno Nacional y Regional	41

5. EFECTOS DEL PLAN TBCero	45
6. ANÁLISIS DE PROCESOS Y LECCIONES	53
6.1 La Necesidad de Innovar	53
7. CONCLUSIONES	57
8. RETOS PENDIENTES	61
9. LECCIONES APRENDIDAS	65
10. RECOMENDACIONES	69
11. ELEMENTOS CLAVE PARA GARANTIZAR EL ÉXITO DE ESTAS INTERVENCIONES EN ÁREAS CON SIMILARES CARACTERÍSTICAS	73
ANEXOS	77
ANEXO 1. Lista de integrantes de los equipos del Centro de Salud San Cosme	77
ANEXO 2. Lista de actores claves entrevistados y documentos	78

Abreviaturas

ASETB	Asociación de Enfermos de Tuberculosis
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CA	Casa de Alivio
CMP	Colegio Médico del Perú
CS	Centro de Salud
DATOS	Detección, Análisis, Tratamiento y Observado Socialmente
DEMUNA	Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente
DISA	Dirección de Salud
DOTS	Tratamiento Acortado Directamente Observado
ESNPCTB	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
FONCODES	Fondo Nacional de Cooperación para el Desarrollo
MINSA	Ministerio de Salud
MR	Microrredes
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAT	Pacientes Afectados por TB
PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
TB	Tuberculosis
TBO	Casos de Tuberculosis Observados
TB-MDR TB	Multidrogo Resistente
TB-XDR TB	Extremadamente Resistente

RESUMEN EJECUTIVO

El Centro de Salud (CS) San Cosme, ubicado en el distrito de la Victoria en Lima, reporta una de las más altas tasas de tuberculosis (TB) en el Perú. Su población se caracteriza por una alta prevalencia de pobreza crónica, exclusión social, inequidad, hacinamiento, desnutrición, desempleo, subempleo, conducta anti-social, alcoholismo y drogadicción.

En este contexto la Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISA V Lima Ciudad), en marzo del 2009, con Resolución Directoral N° 196/2009-DG-DISA.V.L.C, dio inicio a la implementación del “*Plan TBZero: Un Enfoque Integral para el control de la TB en el ámbito del Centro de Salud de San Cosme*”. Este plan proponía crear una nueva estrategia de atención del paciente afectado con TB, que abordara de manera integral su situación y la de sus familias, con un enfoque multisectorial y con abordaje de los determinantes sociales de la TB.

Luego de más de dos años de su implementación, se han suscitado una serie de acontecimientos alrededor de esta propuesta que se han visto reflejados en una sustancial mejora de los indicadores operacionales y epidemiológicos de la Estrategia Sanitaria de TB del CS San Cosme. La descripción, análisis y sistematización de esta experiencia es importante para gestores de salud de escenarios similares, para que puedan replicar la experiencia, aprendiendo de experiencias exitosas y evitando errores que comprometan el desarrollo de su intervención. Hacia finales de 2011, a solicitud de la DISA V Lima Ciudad y con la asistencia técnica del Proyecto USAIDIPerúCalidad en Salud, se inicia la recopilación de información de los procesos que comprendieron la implementación de este plan con la finalidad de reflexionar sobre los aprendizajes generados, los cuales se presentan en este documento.

A lo largo de esta evaluación se realizaron entrevistas a los involucrados internos y externos al plan TBZero. Se revisaron documentos y se participó en talleres de discusión identificándose innovaciones. Posteriormente, se describieron cronológicamente los procesos más significativos de la implementación y se plantearon algunas reflexiones sobre las condicionantes favorables y limitantes del plan; así como los aprendizajes obtenidos.

Inicialmente el plan TBZero contempló el asocio con otros actores dentro del ámbito de la jurisdicción geográfica del CS como la sociedad civil local organizada (clubes de madres, promotoras de salud, grupos de ex presidiarios, etc.), el Gobierno Local, representantes de otros sectores como el Ministerio de Educación y la empresa privada. Asimismo, se contempló una propuesta integral con la intención de abordar los determinantes de salud que hacían perpetuar a la TB en San Cosme. Sin embargo, el plan TBZero ha tenido que ir adaptándose a los cambios y limitantes diversos, por lo que en sus primeros dos años solamente se han implementado tres innovaciones principales:

La primera, de carácter político estratégico, que consistió en el **asocio de la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria** estableciendo objetivos y acciones conjuntas para ofrecer una respuesta articulada a la TB. El establecimiento de esta nueva relación, planteó nuevos roles tanto a la autoridad sanitaria como al gobierno local.

Una segunda, fue de carácter programático, con el establecimiento de un equipo TBCero conformado por médicos de familia y promotoras de salud, quienes realizan visitas domiciliarias en búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios, estudio de contactos de casos diagnosticados, seguimiento de pacientes que no habían acudido a su cita médica y de quienes reportaban estar experimentando diferentes dificultades en seguir su tratamiento.

La tercera incluyó la creación y funcionamiento de una “Casa de Alivio” (CA), lugar a donde fueron referidos los pacientes de TB sensible negativos quienes recibieron una atención integral que incluyó el tratamiento antituberculoso, evaluación psicológica y social de los pacientes y sus familias; incluyó más soporte social, nutricional, emocional y económico, con estrategias individualizadas de atención acorde a las necesidades identificadas de las familias.

Entre los elementos dinamizadores y favorables que permitieron la implementación de varias acciones en favor del control de la TB se identificaron: 1) el compromiso político y las capacidades de abogacía del equipo de la DISA V Lima Ciudad, 2) la alineación de los intereses político estratégicos de la DISA V y de la Municipalidad de La Victoria en la construcción de una visión compartida con equipos implementadores que permitieron direccionar acciones de prevención, promoción y tratamiento en un escenario de poca planificación y alta flexibilidad; y 3) la alianza estratégica con los colegios profesionales permitió que el plan contara también con un respaldo académico.

Los resultados obtenidos del plan TBCero hasta el momento, en términos meramente operacionales, muestran una reducción sostenible de las tasas de incidencia de TB, incremento en las tasas de cura y de captación de sintomáticos respiratorios y una drástica disminución de la tasa de abandonos de pacientes al esquema uno de tratamiento antituberculoso.

El plan TBCero ha culminado la implementación de su primera fase, posterior a la cual se han identificado algunos retos pendientes entre los cuales vale la pena mencionar:

El primer reto es el fortalecimiento de las relaciones con las ESNPCTB y con los niveles locales de salud del MINSA, para institucionalizar las acciones preventivo-promocionales a nivel de red y microrred de salud.

Un segundo reto, es superar el nivel sanitarista del control de la TB y abordar las inadecuadas determinantes sociales en las que vive la población y que contribuyen a la presencia de la enfermedad.

Un tercer reto, está referido al fortalecimiento del recurso humano que implementa el plan TB Cero en las diferentes dimensiones del reconocimiento y seguridad laboral, para sostener el capital humano existente, piedra angular del plan.

Un cuarto reto identificado, es desarrollar una estrategia de atención diferenciada entre TB sensible y TB-MDR, mejorando la capacidad diagnóstica de la ESNPCTB a través del fortalecimiento de la baciloscopía, acceso a rayos X y la incorporación de la universalidad de las pruebas de sensibilidad rápida para detectar la Tuberculosis Multidrogo Resistente (TB-MDR).

Un quinto reto es el fortalecimiento de la participación comunitaria, impulsando la organización de las personas afectadas como parte de la inclusión política y el espacio de ejercicio de ciudadanía que el propio enfoque inicial del plan propone.

En esta primera etapa, se identificaron lecciones aprendidas tales como el nuevo rol promotor del equipo de la DISA V Lima Ciudad; en base a un compromiso institucional y a acciones de abogacía con distintos actores públicos y de la sociedad civil en torno a la salud y sus determinantes sociales. Asimismo, las implicancias que tiene el cambiar las nociones clásicas de la salud, la enfermedad y las responsabilidades adjudicadas a las diferentes instancias del sector público.

El plan TBCero ha permitido mostrar cómo un cambio de concepción del proceso salud-enfermedad origina cambios en el escenario, aparición de nuevos actores y asignación de nuevas responsabilidades para actores ya conocidos. La evolución del plan y la flexibilidad en que se han ido incorporando las innovaciones, plantea la necesidad de continuar interviniendo, pero también de visibilizar los componentes de atención integral, que son parte de las innovaciones. Ello supone continuar con la instalación de instrumentos prácticos y procesos sistemáticos de registro desde la perspectiva de los operadores del plan.

Nota: Los nombres y cargos citados en este documento corresponden a las personas que fueron entrevistadas durante la realización de esta revisión.

INTRODUCCIÓN

El Perú, junto a Haití y Bolivia, tiene las mayores tasas de incidencia de TB de Las Américas. Lima y Callao concentran el 56% de la TB Sensible del país, el 80% de TB- MDR y el 93% de los casos acumulados de TB extremadamente resistente (TB-XDR). El distrito de La Victoria es uno de los distritos de mayor tasa de morbilidad de Lima, con 1,347 casos por 100,000 habitantes para el año 2008. El CS San Cosme reporta la mayor tasa de prevalencia de TB en el distrito de La Victoria, y su población jurisdiccional tiene altos índices desde pobreza crónica, exclusión social y cultural, alta inequidad, hacinamiento, desnutrición, desempleo, subempleo, alcoholismo y drogadicción.

Desde el año 1992, la respuesta nacional a la TB, incluyó la instauración de la estrategia de tratamiento DOTS, esta estrategia logró efectos importantes en el control de la TB sensible. Años más tarde se puso en evidencia que no se respondía con la misma eficacia a la TB cuando el bacilo había desarrollado resistencia a drogas. Desde 1996 se registra en el Perú casos de TB-MDR en una curva ascendente que fueron tratados inicialmente con el esfuerzo de instituciones no gubernamentales. Recién a partir del 2004, el Estado ofrece tratamiento a las personas afectadas con TB-MDR.

En el 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define una nueva variante de TB-MDR que amplía resistencia a fluoroquinolonas y drogas parenterales de segunda línea, definiéndose así a la TB-XDR. Inmediatamente se comprobó la existencia de estas cepas en el país. Esta situación muestra que si bien en estas últimas dos décadas se han incorporado nuevas tecnologías de diagnóstico, se han incorporado nuevos esquemas de tratamiento y se ha brindado apoyo socio-económico a los pacientes, aún así las respuestas del sistema de salud no han sido suficientes para controlar la TB resistente. Existen aún problemas para un diagnóstico e inicio de tratamiento rápido y oportuno, debilidad en el control de contactos, problemas en la adherencia de tratamiento, baja calidad de atención en los servicios de salud, recursos humanos limitados, poco motivados y que muchas veces reproducen los gestos de estigmatización de la sociedad hacia el paciente enfermo.

Es en este escenario de búsqueda de nuevas estrategias de respuesta eficaz al problema, es que nació el plan TBCero. Desde su concepción en marzo de 2009 este plan contó con el liderazgo técnico de la DISA V Lima Ciudad y de las autoridades del CS San Cosme, compartiendo la conducción con la Municipalidad de La Victoria y la participación organizada de las personas de la comunidad. Su diseño y aplicación ha supuesto una construcción paulatina y colectiva de consensos entre quienes participan en el diagnóstico de la problemática, la incorporación de enfoques conceptuales y metodológicos de la respuesta de los servicios de salud. Asimismo, la

incorporación de estrategias y acciones para hacer incidencia política, manejo clínico, manejo de las condiciones psicosociales, nutricionales y manejo de comorbilidad en los afectados; complementándose con estrategias de promoción de la salud, comunicación y gestión propiamente.

El plan TBCero, es una experiencia novedosa en el campo de la respuesta a la TB y en la historia de la salud pública en el país desde varios aspectos. Primero, a pesar que el país ha organizado una respuesta desde el Estado para controlar y prevenir la TB, es la primera vez que una instancia del nivel regional, la DISA V Lima Ciudad, asume de manera directa y comprometida el liderazgo de la lucha contra este mal en el primer nivel de atención. Segundo, es la primera vez que se logra un compromiso político y de gestión de parte de un gobierno municipal, en el contexto de la descentralización de la salud. Tercero, el plan TBCero incorpora enfoques de prevención y promoción que buscan superar las respuestas salubristas clásicas, considerando los determinantes sociales (realidad social de la población que sufre el problema), la integralidad de la respuesta y el acercamiento múltiple al individuo, a la familia y a la comunidad mediante un asocio promotor de salud y médico de la familia. Este equipo por un lado refleja la presencia ciudadana de vecinos de la comunidad y médicos entrenados con capacidad de resolver problemas sanitarios, no solo limitados a TB, en los domicilios de las familias.

Dos años después de su lanzamiento, el plan TBCero concebido en su propuesta inicial aún está en proceso de desarrollo. La sociedad entre la DISA V de Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria, (alianza pública – pública) que se ha venido consolidando muestra avances importantes en indicadores tales como el incremento en la tasa de cura y la captación de sintomáticos respiratorios y la disminución de la tasa de abandonos de pacientes al esquema uno de tratamiento antituberculoso. Asimismo, se han reconocido algunas limitaciones y nuevos retos en la implementación del plan.

Considerando la importancia antes descrita del plan, la dinámica flexible de su construcción y sus efectos observados, surge la necesidad de reflexionar y aprender sobre el proceso implementado; sistematizar lo actuado de manera participativa, involucrando a todos los actores que participaron en el proceso y sopesar los beneficios obtenidos con las fortalezas, las limitaciones, los condicionamientos y retos futuros del plan TBCero. Esta documentación del plan TBCero contó con el apoyo técnico y financiero del Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud, y busca contribuir con la difusión de experiencias exitosas que han mejorado la eficacia y la calidad de los servicios de TB y que al ser replicadas en otros escenarios similares logren mejorar el control y la prevención de la TB en el país.



UNION ... EL

I. OBJETIVOS DE LA REVISIÓN

I.1 Objetivo general:

Documentar de manera sistemática las principales contribuciones de la implementación del plan TBCero como estrategia de salud pública para el control de la TB en el CS San Cosme de la DISA V Lima Ciudad.

I.2 Objetivos específicos:

Identificar en forma secuencial cómo se desarrollaron los procesos técnicos e institucionales vinculados con el diseño y la implementación del plan TBCero en San Cosme durante el periodo 2009-2010, que incluye:

- Identificar los antecedentes que dieron origen al plan TBCero
- Describir el rol de la DISA V Lima Ciudad y los actores involucrados en el diseño del plan TBCero: enero-abril 2009
- Describir los pasos que se siguieron para la elaboración del Marco Lógico del plan TBCero: abril 2009
- Describir los pasos que se siguieron en la negociación y abogacía con los actores locales de San Cosme y de La Municipalidad de La Victoria
- Identificar los pasos que se siguieron en la formalización del plan TBCero (DISA V Lima Ciudad)
- Describir las iniciativas en la implementación del plan TBCero: del periodo agosto 2009-diciembre 2010: con la estrategia DATOS, y de Médicos de Familia de San Cosme
- Descripción de la contribución y participación de los principales actores (DISA V Lima Ciudad, CS San Cosme, Municipalidad de La Victoria, población afectada, Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud, y otros actores)
- Realizar una revisión de las fases del proceso de diseño e implementación del plan TBCero
- Describir el efecto de la implementación del plan TBCero en el control de TB: según Indicadores de desempeño (operacionales y epidemiológicos) en el período 2009-2010

mejor sonrisa

Sin FE es imposible triunfar

Esfuerzos valientes e contigo



2. METODOLOGÍA EMPLEADA

El enfoque de revisión de esta experiencia se concibió como un proceso de construcción del saber, a partir de la vivencia-experiencia desarrollada en un ejercicio inherentemente colectivo y que metodológicamente requirió la participación de la mayor cantidad de los actores involucrados en la experiencia en el proceso de recolección de información y reflexión.

Se realizaron entrevistas no estructuradas a los actores clave de la DISA V Lima Ciudad, del CS San Cosme, de pacientes afectados con TB (PAT), de la Municipalidad de Lima, y del Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y analizadas de manera sistemática ordenando los aportes de los entrevistados de acuerdo a componentes de análisis pre-establecidos. Se visitó en tres oportunidades el CS San Cosme y la CA. Se identificó en base a los contactos y las visitas a los actores involucrados en el proceso, la relación de fuentes secundarias de información disponibles y los escenarios físicos y sociales en los que se desarrolló la experiencia.

Posteriormente se hizo una revisión de la información objetiva de la normatividad existente, el informe operacional del CS San Cosme dado por la responsable de la Estrategia de Prevención y Control de TB de la DISA V Lima Ciudad y los artículos científicos y periodísticos publicados sobre el plan. Se desarrolló una matriz sobre servicios brindados y no registrados en la CA en coordinación estrecha con su equipo de profesionales. Finalmente se procedió a resumir la información de carácter descriptivo.

Se complementó la información con entrevistas no estructuradas a otros actores internos centrales y periféricos, así como actores externos, tal como se aprecia en el Anexo 2. Finalmente, se desarrolló un taller con el equipo del Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud, el equipo de la DISA Lima Ciudad, el equipo de la Municipalidad de La Victoria, Personal del CS San Cosme y Asociaciones de Afectados por TB para revisar y discutir los hallazgos preliminares y construir las lecciones aprendidas que aparecen incluidas en el presente informe.



"... lo que nos es menos que una gota de agua en el desierto. Pero si la gota cae en el desierto, se pierde. Pero si cae en el mar, se une a las olas y se hace parte de algo".
Madre Teresa de Calcuta



3. RESULTADOS

3.1 Mapa de Actores

En la localización de los actores del plan TBCero se distinguen dos dimensiones. La primera, es la dimensión estratégica-política donde el nodo central fue la DISA V Lima Ciudad, el equipo de la Dirección General de Salud de las Personas y su articulación con la Municipalidad Distrital de La Victoria, a través de su alcalde y equipo de la Gerencia de Desarrollo Social. Posteriormente, la DISA buscó el respaldo político del Colegio Médico del Perú (CMP) a través del Comité para el Control de la TB del Colegio Regional III de Lima; y el respaldo técnico de representantes de la academia y la salud pública del país.

En la segunda dimensión (programática-operativa) se distinguió el CS San Cosme, con el equipo de la Estrategia Sanitaria Local, el equipo del plan TBCero conformado por los médicos de familia, las promotoras de salud y el personal de la CA. Se resaltó en esta dimensión el acompañamiento de la Asociación de Enfermos de TB de La Victoria.

Se identificaron otros actores en el escenario estratégico tales como la ESNPCTB, la Red de Salud Lima Ciudad a la que pertenece el CS San Cosme, organizaciones, como CARE Perú que implementaban el Programa del Fondo Mundial de 2da y 5ta ronda, Prisma, Socios en Salud que implementaban programas de apoyo e investigaciones, Pathfinder International, que funciona como Receptor Principal de la implementación de la 8va ronda del Fondo Mundial. Asimismo, la organización GREVA (Gremio Resocialización La Victoria), que trabajan en la resocialización de personas del sector, y quienes mantienen una importante presencia en el mismo. Las organizaciones vecinales y las instituciones educativas también estuvieron presentes en el momento inicial de la mesa de coordinación que organizó el plan TBCero; así como representantes de la empresa privada, principalmente los empresarios del Centro Comercial Gamarra de La Victoria. Estos actores contribuyeron en la propuesta inicial del plan por su interacción con el CS San Cosme, pero progresivamente las actividades de desarrollo del plan se focalizaron en los actores centrales: La DISA V Lima Ciudad, El CS San Cosme, La Municipalidad de La Victoria, La Asociación de enfermos de TB (ASET) La Victoria y finalmente el Consejo regional III del CMP.

3.2 Características generales de los actores centrales del plan TBCero

3.2.1 DISA V Lima Ciudad

La DISA V Lima Ciudad fue creada por Resolución Ministerial N° 191-1987 con el nombre de Unidad Departamental de Salud Lima-Ciudad, por el entonces Ministro de Salud Dr. David Tejada de Rivero. La DISA V Lima Ciudad inicia sus actividades formales, el 9 de mayo de 1987. Veintidós distritos conforman su jurisdicción, entre ellos Lima Cercado, Breña, La Victoria, Rímac, Puente Piedra, Carabaylo, San Martín de Porres, Independencia y Comas. Cubre una población de 3 millones 785 mil 688 personas. La DISA V Lima Ciudad congrega a 128 centros y puestos de salud y 10 hospitales, los cuales se encuentran agrupados en 13 micro redes (MR) y éstas a su vez en cuatro redes de salud.

Es un órgano desconcentrado del MINSa que tiene como finalidad gobernar la salud en su jurisdicción, consolidando la política de prevención y promoción de la salud. Tiene por objetivos la defensa de la vida y la democratización de la salud, con la participación activa de la comunidad y de todos los sectores sociales y económicos de su ámbito jurisdiccional. En este sentido, busca fortalecer un espacio de diálogo y concertación con representantes de los sectores públicos y privados a fin de lograr la máxima participación en la solución de sus problemas de salud.

El equipo de gestión en los inicios del plan TBCero estuvo conformado por el Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero, Director General, Dr. Luis Loro Chero, Sub Director General, Dr. Luis A. Fuentes Tafur, Director Ejecutivo de Salud de las Personas, y Dra. María Ynés Bonzán Rodríguez, Directora Ejecutiva de Promoción de la Salud. En la actualidad los cargos están ocupados por: Dr. Víctor Cuba Oré, Director General; Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur, Sub Director General; Dra. María del Carmen Martínez Bertramini, Directora Ejecutiva de Salud de las Personas; y Dr. César Torres Nonajulca, Director Ejecutivo de Promoción de la Salud. El rol principal de este equipo fue político y de coordinación e intermediación en la implementación del plan. También tuvo un rol financiador. La inversión inicial de la ESN-PCT fue de aproximadamente 700,000 nuevos soles de los cuales mas o menos el 40% fue financiado por la Municipalidad de “La Victoria”.

3.2.2 Centro de Salud San Cosme

Pertenece a la Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V Lima Ciudad y posee una jurisdicción que comprende el Asentamiento Humano Manzanilla II, la Urbanización Manzanilla I y el Cerro San Cosme. El área está limitada por las avenidas: Grau, Nicolás Ayllón, México y Aviación. La población asignada es de 22,317 habitantes. Las condiciones de vida de la población de la zona son limitadas, con una alta proporción de su población en estado de pobreza e inequidad social. El CS presenta una de las mayores tasas de incidencia de casos de TB que coinciden con una preocupante realidad: alta exposición a riesgos sociales y graves condiciones de vulnerabilidad en las diversas etapas de vida de su población.

La Estrategia Sanitaria Local de Prevención y Control de TB en el CS lidera los aspectos estratégicos y técnicos de control local de la TB, buscando brindar atención integral con calidad y calidez al afectado y su familia para disminuir la morbilidad y mortalidad en la comunidad. En el Anexo 01 se presentan los integrantes y roles de los equipos. Su rol fue de implementador (operador) y coordinador de las estrategias planteadas dentro del plan TBCero.

3.2.3 Municipalidad Distrital de La Victoria

Es la institución encargada de la gestión local, brinda servicios municipales buscando impulsar el desarrollo integral, la conservación del ambiente, la limpieza del distrito, el cuidado de áreas verdes y fomenta el bienestar y seguridad de los vecinos del distrito de “La Victoria” Su Alcalde es el Arquitecto Alberto Sánchez Aizcorbe Carranza, quien trabaja junto al equipo de gestión, liderado por la Lic. Andrea Edith Matías Muñoz. Dentro de sus objetivos institucionales se cuenta con el fortalecimiento de los servicios de salud integral y nutrición preferentemente de la población más vulnerable. Tomando en cuenta este objetivo se decidió direccionar al equipo involucrado en la implementación del mismo para que participara en la ejecución del plan TBCero para lo cual fueron invitados por los representantes de la DISA V Lima Ciudad para que formaran parte del plan. Su rol fue político, financiero y articulador de la participación ciudadana con el objetivo de contribuir a la disminución de la tasa de incidencia de la tuberculosis en ese distrito en un 30% en un período de cinco años a través del trabajo conjunto con las personas afectadas por TB, de las familias de estas personas, de las empresas presentes en el distrito y de los servidores de salud del CS San Cosme.

3.2.4 Consejo Regional III del Colegio Médico del Perú

El CMP es una institución autónoma de derecho público interno, conformado por organismos democráticamente constituidos y representativos de la profesión médica en todo el territorio de la República. Su creación data del 16 de octubre de 1964, mediante la Ley N° 15173; modificada por D.L. 17239 del 29 de noviembre del mismo año. Instala su primer Consejo Nacional presidido por el primer Decano Dr. Jorge de la Flor Valle, en noviembre de 1969.

Siendo la colegiatura un requisito indispensable, el CMP incorpora obligatoriamente a todos los médicos-cirujanos que se encuentren legalmente aptos para ejercer la profesión. El CMP tiene como misión fomentar el bienestar social y el trabajo decente de médicos, promover una reforma por el derecho a la salud y el acceso universal a la seguridad social, garantizar una formación y ejercicio profesional científico, humanista, basado en los principios ético-deontológicos de la profesión.

Su labor está orientada a la promoción y vigilancia del ejercicio profesional en el marco del Código de Ética y Deontología, al fortalecimiento organizacional, al fomento de la calidad de formación profesional y a la lucha permanente del derecho a la salud y a la seguridad social, se haga realidad para hombres y mujeres en el país. El Decano del CMP al momento de realizar esta revisión a nivel nacional, era el Dr. Ciro Maguiña Vargas y del Colegio Regional III en Lima el Dr. Alberto Gayoso Villaflores. El rol del Consejo fue de asesor y promotor de la implementación de las estrategias del plan TBCero, a través de la participación de miembros del equipo TBCero en el Sub Comité de TB en el Comité de Salud Pública de la Región III del colegio y de la publicación del texto: “Lineamientos generales de un programa para la prevención y el control de la TB en Lima Metropolitana”. También dio su apoyo político difundiendo comunicados donde expresaba su opinión favorable para la implementación del plan.

3.2.5 Asociación de Enfermos de Tuberculosis de La Victoria

La ASET de La Victoria es una asociación civil que inicia sus actividades el 24 de marzo de 2007 con el objetivo de velar por los derechos y la dignidad de las personas con TB. Está conformado por los pacientes de los CS de “La Victoria”, “El Pino”, “El Porvenir”, “Max Arias” y “San Cosme”.

Cuenta aproximadamente con 30 miembros activos. Su directiva está integrada por cinco miembros. Cuentan con un acta de constitución, estatutos y padrón de socios, y vienen gestionando la documentación respectiva en la Municipalidad de “La Victoria”,

para su formalización en los Registros Públicos. Su rol fue de abogacía e intermediación entre la población en general, la población de pacientes afectados y las autoridades del CS de San Cosme y de la Casa de Alivio de la municipalidad. También se involucraron en algunas visitas domiciliarias realizadas a pacientes afectados y en la búsqueda de asistencia social y económica para las familias.

Tabla N° 1

MAPA DE ACTORES SEGÚN ACTITUDES, INTERESES Y NIVEL DE INFLUENCIA

Actores	Inicio del plan		Situación Actual		Nivel de Influencia
	Actitud frente al plan	Grado de Interés	Actitud frente al plan	Grado de Interés	
Actores del Gobierno Central					
Estrategia Sanitaria Nacional	Oposición	Bajo	Indeciso	Alto	Alta
Sanidad del INPE	Apoyo	Alto	Indeciso	Medio	Baja
Actores del Gobierno Local					
Municipalidad de La Victoria	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta
C Comité Multisectorial de La Victoria (COMUL)	Oposición	Alto	Oposición	Medio	Media
Equipo Casa de Alivio	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta
Actores del Sector Salud Local					
DISA Lima Ciudad	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta
Red de Salud	Indeciso	Medio	Indeciso	Medio	Media
Microrred de Salud San Cosme	Indeciso	Medio	Indeciso	Medio	Media
Centro de Salud San Cosme	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta
Estrategia Local de PyC de TB	Indeciso	Alto	Apoyo	Alto	Alta
Equipo TBCero	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta
Sociedad Civil					
Colegio Médico del Perú	Indeciso	Medio	Apoyo	Alto	Alta
Care Perú	Apoyo	Medio	Apoyo	Alto	Baja
Dr. Gotuzzo (Académico)	Apoyo	Medio	Apoyo	Medio	Baja
Dr. Ticona (Académico)	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Baja
Dr. Oswaldo Jave (Académico)	Indeciso	Bajo	Indeciso	Bajo	Baja
Asociaciones de Personas Afectadas					
ASET La Victoria	Apoyo	Alto	Apoyo	Alto	Alta

Nota: Apoyo Bajo: manifestaba interés en la intención del plan más no se comprometían a promoverlo; Apoyo Medio: manifestaban interés en la intención del plan, participaban en algunas de las reuniones de coordinación pero no asumían compromiso de liderar el proceso de implementación; Apoyo Alto: manifestaban interés en la intención del plan, se comprometían en promoverlo, y asumían compromisos adicionales según la naturaleza del trabajo de la institución que representaban para que el plan se echara a andar y continuara.

La Tabla 1 de Mapa de Actores muestra el nivel de interés e influencia de los principales actores del plan TBCero, desde el nivel central así como de actores locales. Los niveles de apoyo son mayoritariamente en el nivel local.

Los actores internos del plan han ido fortaleciendo su compromiso y se han constituido en un núcleo fuerte. Por otro lado esta experiencia ha permitido el fortalecimiento de las acciones locales es dentro del contexto de la descentralización, donde la autodeterminación se ha fortalecido.

La presencia y respaldo de actores clave del sector académico de los colegios profesionales y de diversos profesionales han mostrado durante la implementación del plan su aporte reflexivo, su interés y su apoyo.



4. PROCESOS DEL PLAN TB Cero

4.1 Antecedentes

Según CW. Mills¹ para comprender la historia y la biografía, es necesario comprenderla una desde la otra. Es así que para comprender los procesos que se llevaron a cabo en el plan TB Cero fue importante recuperar las experiencias de las organizaciones, incluyendo las huellas personales de quienes lo lideraron.

La sensibilidad del Dr. Fuentes Tafur, respecto de la TB como problemática y la urgencia de obtener una mejora en la respuesta frente a la enfermedad, se inicia con la información que recibió sobre la situación de la TB-MDR² cuando era Director General del Centro Nacional de Salud Pública del Instituto Nacional de Salud en setiembre de 2008. Surge de allí una motivación personal basada en evidencia científica mostrada en el informe final del Comité de TB-XDR de la ESNPCT: “Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú, 2008.

“yo había pensado hasta ese momento que la tuberculosis ya no era un problema tan grave... en ese momento se me partió el alma y dije que bárbaro y yo acá y ciego...”

Entrevista al Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur, Subdirector de la DISA V Lima Ciudad

En febrero 2009, el Dr. Fuentes Tafur asume la Dirección Ejecutiva de Salud de las Personas de la Dirección de Salud Lima Ciudad, en cuya jurisdicción se encuentra el Centro de Salud San Cosme. En enero de 2009, llega al CS San Cosme la Dra. Pamela Canelo asume el servicio de TB. Las condiciones en el servicio de TB del CS San Cosme no tenían cómo mejorar: alta demanda de pacientes, escasos recursos humanos y necesidades palpables.

¹. MILLS, C. Writtht. La Imaginación Sociológica. México, Fondo de Cultura Económica, p. 157.

². Del Castillo H, Mendoza A, Saravia J y Somocurcio J. Análisis de la situación actual y propuesta de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú, 2008.

“venían como si fuera un centro comercial un montón de gente afuera esperando ser atendidos... yo los quería atender rápido, un montón de gente era MDR y en el ambiente sensible porque tenían que tomar su medicina y al final el día era agotador, después de haber hablado con tantas personas salir y encontrar las pastillas tiradas en el suelo eso era lo que más cólera y pena me daba”

Entrevista a Dra. Pamela Canelo, Responsable de la Estrategia Sanitaria en el CS San Cosme

El jefe del CS San Cosme, Dr. Eduardo Rumaldo, resume la situación de la respuesta a la TB en San Cosme antes del plan TBCero, como una Estrategia DOTS limitada con sobredemanda de pacientes, muy limitados recursos humanos, deficientes condiciones de control de infecciones, limitaciones de infraestructura y de calidad de atención, entre otros. Esta situación, si bien era parte de una situación global del país, como lo mencionó el Decano del Colegio de Enfermeros, parecía elevarse a su mayor grado en San Cosme. El presidente de la Asociación de afectados por TB coincide en gran medida al referirse al escenario de atención en el CS antes del plan TBCero.

“y como yo daba charlas aquí me iba enterando que no había suficiente personal y no había mucha vigilancia para los pacientes que estaban en tratamiento, era una preocupación, en la charla demostraban que no eran bien atendidos”

Entrevista a señor Jesús Alva, representante de Asociación de enfermos de tuberculosis (ASETB) La Victoria

Por su lado, el Alcalde de la Municipalidad de La Victoria Arq. Alberto Sánchez Aizcorbe, con un periodo municipal por delante, en un distrito con muchas urgencias y limitados recursos; mortificado por la visión estigmatizada de San Cosme como “el Cerro que tose”, fue convocado por la DISA para responder al problema de manera asociativa. Vio en el plan TBCero un vehículo estratégico para ingresar a una población altamente necesitada difícil de abordar por la autoridad municipal, pero también vio una organización conflictiva, con una cultura política basada en la desconfianza, donde las instituciones estatales son desacreditadas por la poca respuesta histórica que han tenido a sus necesidades.

“entrar a San Cosme ha sido el objetivo principal más aun cuando está estigmatizado como alta incidencia de TB, entonces el gobierno local tenía que hacer algo”

Entrevista a Lic. Edith Matías, Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria

4.2 Inicios del plan TBCero

El 6 de Marzo de 2009 se publica la Resolución Directoral N° 196/2009-DG-DISA-V-LC, conformando el Comité de Gestión del plan TBCero nombrando al Dr. Velazco como Presidente y al Dr. Fuentes Tafur como secretario ejecutivo donde se diseña el plan de Control Integral de Tuberculosis en el Distrito de La Victoria, Localidad del Cerro San Cosme. A partir de este documento el plan obtiene un nombre y reconocimiento oficial, Asimismo, se aprueba un primer plan de control de TB, con el objetivo de contribuir a la disminución de la incidencia de TB con un enfoque de ciudadanía en la jurisdicción del CS San Cosme en La Victoria.

Se plantearon cuatro enfoques en el documento que hasta ese momento no eran desarrollados: determinantes sociales; salud como derecho humano - ciudadanía;

descentralización; gobernabilidad y gobernanza. Se incorporan seis estrategias con sus correspondientes líneas de acción: incidencia política, manejo clínico de las personas afectadas de tuberculosis (PAT), manejo de los factores psicosociales y nutricionales, manejo de la co-infección TB-VIH y otras co-morbilidades, salud y seguridad de los servidores de salud, promoción de la salud, comunicación y gestión del plan TBCero.

Por último, se estableció que la conducción política estaría a cargo de la Municipalidad de La Victoria y la conducción técnica a cargo de la DISA V Lima Ciudad. Es importante mencionar que el plan no propuso metas ni indicadores de logro. Es también en el mes de marzo del mismo año que la Red Lima Ciudad de la DISA V Lima Ciudad, lleva a cabo el Módulo Perú en la localidad de San Cosme; cuya finalidad era ejecutar metas tangibles en beneficio de los más necesitados, quienes podrían acceder a los programas sociales que brinda el Gobierno, entre ellos el que ofrecía atención integral de salud. En este escenario de discusión política donde participaron ministros de Estado, incluidos el Primer Ministro, ministro de Salud y ministra de la Mujer; el alcalde de La Victoria, y autoridades sanitarias regionales y locales; es que el diagnóstico de la tuberculosis como el principal problema sanitario de San Cosme quedó evidenciado.

4.3 Marco Lógico del plan TBCero

En la búsqueda de posibilidades y socios para emprender el desarrollo del plan, en abril de 2009 se visita al equipo de Proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud. Luego de la presentación del plan TBCero y de las líneas de trabajo del proyecto, se identifica la necesidad de elaborar el marco lógico del Plan que articule todos sus componentes y el aporte a la mejora de la calidad del servicio de tuberculosis, con la implementación de la Metodología de Mejora del Desempeño (MMD). El Proyecto propone la asistencia técnica para llevar a cabo estas dos actividades previas al inicio del plan TBCero.

La incorporación de la MMD en el servicio de tuberculosis del Centro de Salud San Cosme, consistió en el análisis y revisión del cumplimiento de las buenas prácticas en la atención de las personas con sospecha de tuberculosis o personas en tratamiento, lo que suponía un proceso de capacitación, validación de guías, registro y seguimiento posterior. Se lleva a cabo la validación de guías y se redacta un informe preliminar. Este informe sirvió de base para entrar a una segunda etapa de revisión de actividades.

El desarrollo del plan en términos metodológicos programáticos se logró mediante la asistencia técnica para la elaboración de un marco lógico. Para su elaboración, el proyecto accedió a la información pertinente del CS San Cosme y personal técnico del proyecto realizó trabajo de campo para evaluar in situ alternativas de viabilidad de la propuesta que derivaron en las finalidades, objetivos y actividades del plan organizados en una matriz de marco lógico a la cual se anexó un presupuesto referencial.

4.4 Mesa TBCero

La coyuntura de los procesos de consulta popular impulsados por el Módulo Perú, dio paso a lo que más tarde se denominaría la Mesa Multisectorial de Lucha contra la TB o Mesa TBCero. La Mesa condujo nueve reuniones que se iniciaron el 18 de junio del 2009 y prosiguieron hasta octubre del mismo año. Podría considerarse que la creación de la Mesa focalizándose en la lucha contra la TB surgió en base a la opción política de la DISA, la abogacía constante con los otros actores y la aproximación conceptual de la TB desde un enfoque de determinantes sociales. Hablar de TB era hablar de desarrollo.

Estos tres elementos hicieron que la Mesa TBCero derivara en una experiencia de amplia participación como quedó planteado en el plan TBCero, esfuerzo importante para consolidar la asociación DISA - Municipalidad.

La Mesa TBCero dio apertura a los distintos actores sociales de la zona. Participaron en esta mesa la asociación GREVA (Gremio Resocialización La Victoria), con una presencia importante en la acción cotidiana de las instituciones locales, las organizaciones sociales de base; instituciones educativas, juntas vecinales, promotoras de salud y la empresa privada, representada fundamentalmente por las asociaciones de base de las galerías "Gamarra". Por parte del MINSA participó la DISA V Lima Ciudad, por el gobierno local un representante de la Municipalidad de Lima. Asimismo, tomaron parte de la mesa las autoridades del CS San Cosme, las promotoras de salud y los representantes de la Municipalidad de La Victoria, quienes se ausentaron hacia finales de agosto del 2009 por los permanentes reclamos que recibían de las organizaciones de base que aprovecharon la mesa para expresar y reclamar sus disconformidades con el gobierno local.

Esta dinámica de diálogo y participación social respecto de la situación de la TB relacionada con las condiciones de urbanidad, hacinamiento, pobreza, desempleo, desnutrición, entre otros, pronto derivaron en demandas de tipo social, económico y político que superaban las posibilidades de acción de la mesa. En ese momento se analizaron de manera conjunta las posibilidades de producir sobre este proceso de consulta multisectorial un proyecto conjunto de mejora. En ese momento se integró al proceso la Asociación de Afectados por TB.

La Mesa TBCero logró posicionar políticamente la TB en el espacio participativo en la agenda de políticas públicas, en la agenda sanitaria nacional, y en las agendas locales. Así se convirtió en la semilla que generó la implementación del plan TBCero.

Paralelamente se fue gestando un trabajo interno, fundamentalmente en el espacio de la DISA V Lima Ciudad. El equipo delineó el proyecto de lo que sería luego el plan TBCero donde se identificó la necesidad de crear la figura de médicos de familia, quienes se constituyeron como la primera pieza del plan.

4.5 Los Enfoques del plan TBCero y La Estrategia DATOS

Hacia finales del año 2009, el Dr. Luis Fuentes publica en la Revista de Salud Pública del INS el artículo: "Enfoque sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú", artículo en donde se sintetizan los siete principios que impulsan las innovaciones del plan TBCero, estos principios se sustentaron en diversos elementos teóricos y de análisis de la situación:

- 1. Pasar de un enfoque desde el daño a un enfoque desde la vida.** Los principales enemigos para la salud y aliados de la enfermedad son las precarias condiciones de vida de las personas. En este contexto se propone entender que no se trata de combatir a un ser vivo, sino más bien que el ser humano debe prepararse como individuo y colectivo para transformar su ambiente físico, social y político y mejorar su calidad de vida. A fin de no facilitarle condiciones de desarrollo y transmisión al bacilo. Este reto hace indispensable que se complementen las ideas del sistema médico occidental con las ideas y paradigmas de otros sistemas médicos holísticos.

Desde la perspectiva de la vida, el autor reta a combatir la TB con justicia social, redistribuyendo no sólo la economía, sino también el reconocimiento, la solidaridad

y la inclusión social a los afectados, es decir reconociendo a éstos como seres humanos (temporalmente afectados por TB). Este enfoque sustentado en el ejercicio de ciudadanía, hace necesario un trato digno de cada uno de los miembros de la sociedad, que incluye a los afectados por TB.

- 2. Pasar de un enfoque individual a un enfoque familiar y comunitario.** Reconoce que la afectación no es solo individual, sino que afecta a toda una familia y a una colectividad. La estigmatización familiar es frecuente y afecta la integridad familiar, la salud mental y los proyectos de vida de sus integrantes.
- 3. Pasar de un enfoque de exclusión social a un enfoque inclusivo basado en redes sociales.** Las personas afectadas deben sostener una comunicación adecuada con el sistema político, estableciendo para ello redes sociales cooperativas. Esta concepción aporta a la construcción de capital social ya que las redes son una fuente de cooperación, solidaridad, reciprocidad y compromisos cívicos. Los PAT (Pacientes Afectados por TB) se empoderan en la red y ejercitan su derecho a tomar decisiones sobre sus vidas a través de la formulación de políticas públicas.
- 4. Pasar de un enfoque de beneficencia a un enfoque de derechos a la salud tanto de los pacientes como de los servidores de la salud.** Para ello, el Estado debe garantizar las mejores condiciones sanitarias a la población, tanto desde el sector salud como de todos los otros sectores del Estado, gobiernos regionales y gobiernos locales.
- 5. Pasar de un enfoque biomédico a un enfoque de acción político-social.** En una sociedad justa la libertad no sólo consiste en el ejercicio del voto, sino en tener las posibilidades de acceder a mejores condiciones de vida, a tener dominio sobre su vida y también a tener voz y ser escuchados. Por tanto, la equidad en salud es un asunto de justicia social.
- 6. De un enfoque desestructurado a un enfoque sistémico de gobernanza y descentralización en salud.** El Ministerio de Salud debe ejercitar su rectoría respetando la diversidad de actores, pues los esfuerzos desplegados por el sector evidencian la superposición de acciones, generando el uso irracional de los escasos recursos.
- 7. Pasar del enfoque asimétrico de la información al enfoque de transparencia y de responsabilidad.** La gestión de cualquier programa, proyecto o plan debe basarse obligatoriamente en la ética pública; promover la participación social y fortalecer la confianza.

Complementariamente al nivel filosófico de los enfoques como condensación de lo actuado y lo aprendido, el plan TBCero propone la Estrategia DATOS que se implementa en San Cosme como una aplicación práctica de tecnología que busca fortalecer la estrategia DOTS (tratamiento acortado directamente observado) propuesto por la OMS complementándolo en sus cinco componentes. DATOS es la Detección (no solo del bacilo sino de las condiciones de vida que hacen vulnerables a los PAT, Análisis (no sólo de las condiciones en que se transmite el bacilo sino analiza el por qué se presenta la enfermedad, haciendo una evaluación estratégica), Tratamiento (no sólo como manejo médico, sino como un compromiso con la adherencia social) y Observado Socialmente (porque busca superar la vigilancia y lograr el acompañamiento), así se constituye como una estrategia de salud pública para la TB.

Este enfoque complementario de fortalecimiento del DOTS, tuvo tres tácticas operacionales: 1) La atención diferenciada por niveles, 2) La creación de los médicos de familia de San Cosme; y 3) la táctica TBO. La primera responde directamente a la actuación de la Casa de Alivio y a la atención individual, familiar y comunitaria. La segunda, responde a las acciones extramurales que realizan los médicos de familia y las promotoras en la visita domiciliaria; y la tercera: casos de sintomáticos respiratorios (TBO) correspondió a las actividades de detección de sintomático respiratorios en los escenarios comunitarios (TBO = Te veo).

4.6 Conformación del equipo TBCero

Según el Subdirector de la DISA V Lima Ciudad, en el planteamiento de trabajo se tuvo en cuenta la estrategia de médicos de familia existente en Cuba, de allí se pensó en aplicar una estrategia similar en San Cosme; médicos comprometidos que recorrieran el cerro y respondieran a las necesidades de atención integral de salud además de la prevención y control de la TB. En el equipo de la DISA V Lima Ciudad se identificó rápidamente que los médicos de familia necesitaban la compañía de una promotora de la zona, persona pobladora del lugar, que fuera conocida por los habitantes y asegurara el reconocimiento del equipo de salud. También había temores sobre la seguridad personal de los equipos, pues la zona era considerada de alta delincuencia con poca o nula presencia de las instituciones del Estado encargadas de prestar la seguridad ciudadana. Esta función de acceso a la zona se sumaba a las capacidades de promoción de la salud que tenían muchas mujeres con una historia de trabajo comunitario en salud.

“para poder tener médicos caminando en la zona, teníamos que escoger promotoras, que acompañaran a los médicos de la familia, al final el equipo estaba formado por el médico tradicional mas el médico occidental, para nosotros ellas (las promotoras) eran médicos, porque toda la vida lo fueron”

Entrevista al Dr. Fuentes Tafur, Subdirector de la DISA V Lima Ciudad

El perfil profesional de los médicos de familia, exigido por el equipo de la DISA, fue que contaran con experiencia de trabajo en comunidades con escasos recursos y gran vulnerabilidad. Es así como fueron convocados tres jóvenes médicos que retornaban de hacer su servicio rural y que habían egresado de la misma promoción de la universidad. Cuentan los médicos de familia, que en la selección les sorprendió que se les preguntara sobre su vocación de servicio a las comunidades, y no en el manejo clínico de la enfermedad.

En octubre de 2009 a través de reuniones de capacitación y durante quince días estos médicos recibieron información y jornadas de reflexión a cargo de especialistas de amplia trayectoria y reconocimiento. Junto a los tres médicos de familia, se hallaban tres mujeres de gran experiencia de campo en la promoción de la salud. La jefatura del CS San Cosme enfatizó en la actitud de compromiso y en la identificación hacia la implementación del plan.

4.7 Primer Momento del equipo TBCero: la exploración

Posterior a la capacitación, el equipo TBCero ingresó a San Cosme. En un inicio las actividades y formas organizativas no eran claras para ninguno de los actores. Esto llevó a que los propios médicos y promotoras sintieran que no había una dirección clara.

Para los equipos de médicos de familia y promotoras la experiencia era novedosa. Ellos eran parte de un plan poco conocido, operativamente flexible. Sabían que la historia iba escribiéndose al momento de vivirla. En paralelo aparecían sentimientos de incertidumbre percibiendo la implementación como poco planificada.

La consigna inicial era sencilla: caminar el cerro, recorrerlo de lado a lado, conocer a sus habitantes, hablar con ellos, conocer a las autoridades vecinales, de manera que en lo sucesivo pudieran ellos conducirse de manera segura, ser reconocidos y no ser víctimas de la delincuencia presente en la zona. Era claro para todos también que el acceso a la población era mediado por la compañía de las promotoras, ellas eran un símbolo de protección, de acceso real a espacios donde la presencia estatal era limitada.

En un inicio, la agenda de actividades y los niveles de coordinación eran también poco estructurados. El equipo dependía directamente de la DISA V Lima Ciudad. De ellos recibían las indicaciones laborales y a ellos reportaban. Esta situación se tornaba incómoda con las autoridades del CS San Cosme, y generaba inquietud también en el personal de otros servicios del CS, pues no reconocían el nuevo rol del trabajo extramural. Al mismo tiempo se percibía la sobresaturación de trabajo, ya que algunos proveedores consideraban inútil contar con tres médicos caminando el cerro, que estuvieran desarrollando actividad clínica alguna.

Un elemento que provocó mayores dificultades para el engranaje del equipo plan TBCero, fue la percepción de incongruencia con la escala salarial. Un médico de familia tenía un ingreso bruto aproximadamente 50%, mayor que la responsable de la estrategia. Esta situación enrarecía el clima laboral. Peor aún en el caso de las promotoras, quienes tenían un régimen laboral nuevo, ya que antes no recibían pago por el trabajo comunitario, ahora tenían un sueldo aproximadamente mayor en 40% al ingreso de una técnica de enfermería. Esto motivó los consecuentes reclamos del personal de planta del servicio de TB. El director del CS aprovechando estas circunstancias pudo incrementar el salario de algunas personas, sin llegar aún a nivelar a los trabajadores del plan TBCero que seguían siendo remunerados por la DISA V Lima Ciudad.

Si bien es cierto, en esa situación el plan TBCero resultó en un beneficio para retener recursos humanos con gran experiencia en el manejo programático y de contexto, cuyo alejamiento hubiera significado en un costo importante para el servicio; la fragilidad laboral en el personal de salud del plan TBCero y la nivelación de salarios con el resto del personal de planta, aún no fue superada, constituyéndose en un reto permanente.

El escenario al interior del CS se hizo más complejo con la poca disposición de algunos actores internos (diferentes del personal de salud que trabajaba en la Estrategia de PCTB) en aceptar los cambios. De un lado observando cómo el equipo de TB crecía considerablemente y del otro lado con una valoración muchas veces estigmatizante hacia la Estrategia de TB. Este hecho despertó emociones complejas que se tradujeron en cuestionamientos y críticas frente al plan e incomodidad frente al equipo TBCero y de la Estrategia Sanitaria.

4.8 Segundo Momento: la inserción del equipo plan TBCero

No obstante el clima laboral, se iniciaron las actividades y luego del primer reconocimiento se formaron brigadas de pares para iniciar las visitas. Se diferenciaron tres zonas; un médico de familia acompañado por una promotora se hizo cargo de cada zona.

Se clarificaron y se delinearono cinco funciones: 1) La captación de sintomáticos respiratorios, 2) la evaluación del paciente, 3) la evaluación de contactos, 4) las visitas a los pacientes y sus familias para evitar los abandonos y 5) el seguimiento de los pacientes irregulares más la atención integral; como parte de esta última se consideró la detección de riesgos o diagnóstico de otros problemas de salud.

Se estableció un procedimiento donde el trabajo del equipo extramural empezaba con la confirmación del domicilio para autorizar su ingreso al programa en menos de 24 horas. Si el domicilio era confirmado el paciente era ingresado al programa. El médico que trabaja en la estrategia de TB en el CS, coordinaba con el equipo TBCero para la evaluación de los contactos de los pacientes con TB pulmonar. Para esta actividad el equipo TBCero disponía de una semana. La evaluación incluía a contactos intra-domiciliares, así como los extra-domiciliarios en la comunidad en los lugares de trabajo o estudio.

Sobre la atención general o integral surgió la necesidad desde el primer momento de intervenir en los domicilios. Sin embargo, estas atenciones no fueron registradas sistemáticamente. Por ejemplo, atención a diabéticos, a hipertensos, control de crecimiento y desarrollo, infecciones respiratorias agudas y diarrea en niños, entre otras. El propio trabajo fue haciendo necesaria y funcional una mayor coordinación con la Estrategia Sanitaria de TB del CS San Cosme, a pesar que aún se daba una cuota importante de autonomía al equipo TBCero, sostenida en su relación directa con la DISA V Lima Ciudad. Esta etapa duró alrededor de 10 meses, hasta mediados del 2010.

4.9 Tercer Momento: la consolidación del equipo y la Casa de Alivio

Unos meses después, el equipo TBCero logró su inserción al equipo de la Estrategia de TB del CS San Cosme. Se aclararon funciones y se dio organicidad al trabajo extramural. Desde el equipo TBCero se puede valorar el orden y el cumplimiento de metas, al integrarse al equipo del CS y culminando un período de relativa autonomía.

“después de casi 10 meses recién se articuló un trabajo mejor y se fue mejorando y aportando cada vez más”

Entrevista a Médicos de Familia y Promotoras plan TBCero

La pérdida de autonomía e inserción en el equipo del CS fue muy valorada. Sin embargo, se percibieron algunos riesgos como la pérdida de la flexibilidad horaria o la respuesta a las necesidades del CS descuidando en algún momento los objetivos propios del plan. Aún no se percibe con claridad la complementariedad de la propuesta entre las funciones y actividades extra e intra murales.

A partir de esta integración, la Estrategia de TB del CS San Cosme, empezó a ver con mayor claridad los beneficios de un equipo extramural. Esta percepción fue un cambio fundamental para su consolidación. Parafraseando a una entrevistada del CS “comenzó a sentir que sus ojos y brazos crecían y que podían llegar más allá...”. La inclusión del equipo TBCero hizo posible la atención diferenciada a personas con dificultades para asistir al establecimiento de salud, como ancianos, discapacitados, personas con problemas con el alcohol y drogodependencia, entre otros.

Aún en la consolidación del equipo el tipo de planificación ensayo - error permaneció vigente, las formas y organización del trabajo continuaron en constante cambio, se planteó como un aprendizaje permanente.

“constantemente modificamos la forma de trabajar porque vemos errores esa es la facilidad del plan TBCero que no es algo estricto y cuadrulado sino es algo que va modificándose con el tiempo”

Entrevista a Médicos de Familia y Promotoras plan TBCero

4.9.1 La Casa de Alivio

En enero de 2010, en las reuniones en la DISA V Lima Ciudad sobre el plan TBCero, ya se mencionó la idea de contar con una Casa de Alivio (CA). Es así, que el 24 de marzo de 2010 se inauguró la Casa de Alivio de San Cosme gracias al esfuerzo de la Municipalidad de La Victoria para apoyar el tratamiento, el acompañamiento y el soporte integral de las personas con TB sensible que hubieran superado la etapa de contagio. Estos pacientes fueron trasladados del CS San Cosme a la CA luego de la evaluación del caso a cargo de un comité de la Estrategia de TB del CS San Cosme.

Los pacientes que cumplían con los criterios para ser referidos a la CA asistían dos veces por semana a recibir su tratamiento supervisado por el personal de la Casa. El ingreso era a partir del tercer mes de tratamiento, cuando los pacientes con baciloscopia negativa, pasaban a la fase dos del tratamiento. Estos pacientes quedaron bajo responsabilidad de la CA por los siguientes cuatro meses, período en el que concluyeron su tratamiento. El equipo de la CA estuvo conformado por una psicóloga, responsable del equipo, una enfermera y dos técnicas de enfermería. Allí los pacientes recibieron sus medicamentos, desayuno y según el caso, complementos vitamínicos.

Adicionalmente, se realizó una evaluación psicológica y social inicial, buscando identificar problemas colaterales que podrían limitar la adherencia al tratamiento. A partir de lo cual, el equipo inició su estrategia de atención integral, enfocándose en las necesidades básicas, usando los recursos existentes y coordinando con los programas sociales de la Municipalidad de La Victoria y de otras organizaciones.

“la Casa de Alivio se inauguró oficialmente el 24 de marzo del 2010 desde entonces tenemos un aliado más, ahora somos un todo, gobierno local y sector salud representado a través del Centro de Salud”

Entrevista al Dr. Rumaldo, Jefe de CS San Cosme

El objetivo de la CA consistió en brindar un espacio de calidez y apoyo psicológico y socio-económico a los pacientes y a sus familias para garantizar la adherencia al tratamiento y coadyuvar a mejorar su calidad de vida. Se desconcentró la atención del CS San Cosme y se controló el contagio y la posibilidad de transmisión de bacilos resistentes a drogas de pacientes con baciloscopia positiva a otros contactos que asistían al CS.

Si bien la orientación era clara respecto de la calidez necesaria para atender a los pacientes, las acciones específicas se fueron delineando con el tiempo. Sobre todo aquellas relacionadas con las dimensiones sociales y económicas que se presentaban en el día a día. Surgió así la necesidad de facilitar el registro de los usuarios en el

padrón del Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y otros como la necesidad de apoyar los registros de identidad a muchos pacientes y familiares de ellos ya que muchos no tenían partida de nacimiento o documento nacional de identidad, requisitos fundamentales para ingresar a los programas sociales.

El equipo de la CA, logró rápidamente organizarse y compatibilizar competencias y afinidades. Su implementación fue financiada por la Municipalidad de La Victoria en cuanto a su infraestructura y equipamiento. La conducción técnica estuvo a cargo de la jefatura del CS.

La descentralización de la Terapia directamente observada sin duda fue una de las dificultades mayores para el establecimiento de la CA. La resistencia de la Estrategia Sanitaria Nacional, que ya había mostrado su escepticismo frente a las características del plan, fue importante. No obstante, se logró su autorización y pudo implementarse. Las críticas se producían sobre la verticalidad en la gestión del plan toda vez que las pautas emanaban directamente de la DISA V Lima Ciudad, sin pasar por las instancias de la Red y de la Micro Red de Salud correspondiente. Asimismo, había una concentración de las acciones hacia el mejoramiento de lo sanitario, sin abordar las variables sociales como se planteaba originalmente.

La CA fue recibida por la población con mucha expectativa, sobre todo por los afectados de TB, mientras la Estrategia de TB en el CS continuaba recibiendo nuevas tensiones debido a esta integración por parte de la Estrategia Sanitaria Nacional. Si bien pasó un tiempo para que la ubicaran en el imaginario laboral como una extensión del CS, se notó en un inicio resistencia y desconfianza para transferir a los pacientes. Tiempo después se organizó el Comité de Evaluación de la CA que decidía el momento en que los pacientes del CS debían ser referidos a la CA el cual funciona hasta la actualidad de manera frecuente y eficiente.

El equipo en la CA se ganó la confianza del equipo de la Estrategia TB del CS San Cosme en base a trabajo y resultados. La visión fue clara y compartida por el equipo, pero las acciones concretas se fueron diseñando con el tiempo, pensando en el afectado y sobre todo en cómo mejorar su calidad de vida.

La perspectiva de atención integral atendiendo a los aspectos espirituales, psicológicos, sociales, culturales fueron parte del discurso en torno a la atención en la CA. Esto fue operado de manera flexible y creativa por el equipo. Cada caso fue tratado de manera diferente desafiando los procedimientos del caso anterior.

Cuando se habló de tener un centro referencial para los afectados por TB que después se denominó la CA, se planteó que así como los médicos de familia debían tener el diagnóstico sanitario de las familias que visitaban en San Cosme, también en la CA debía realizarse el diagnóstico sanitario y social y coordinar con el médico de familia para que ellos hicieran la visita respectiva en caso de la detección de un problema de salud. Se integró rápidamente la necesidad de no sólo ver al individuo, sino a la familia, siendo consecuentes con el enfoque integrador del plan.

Frente a las necesidades sociales y económicas de los pacientes, se buscaron aliados, y se les incorporaron a beneficios sociales y programas según las necesidades y oferta de los mismos, siendo los programas sociales del Municipio de La Victoria los principales puntos de solicitud de apoyo.

4.9.2 Rol y Perspectiva de trabajo desde la Municipalidad

Desde la perspectiva de la Municipalidad, según la Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria, la intervención en San Cosme se basó en: 1) encalamiento, ornato y limpieza; 2) asignación de médicos de familia y fortalecimiento del plan TBCero; 3) seguimiento de promotores. El encalamiento, el ornato y la limpieza no están relacionados directamente con TB, pero favorece la calidad de vida de los pobladores, mejorando su salud mental, elevando su autoestima y el auto-cuidado. En cuanto a los promotores de salud, el apoyo ha sido dirigido al fortalecimiento temático y al compromiso que logren formar en las personas afectadas atendidas en la CA.

En la zona industrial y comercial de Gamarra (ámbito del CS San Cosme) la Municipalidad viene proporcionando el carnet de sanidad a los trabajadores, integrando el examen con placas radiográficas de tórax, habiéndose dado cobertura al 50% de los trabajadores; asimismo, iniciaron una campaña de restaurantes saludables. Entre las principales limitaciones encontradas fue la negación de los trabajadores a un diagnóstico de TB temiendo ser objeto de discriminación al identificarse que estaban enfermos, y ser conocidos los resultados del diagnóstico por las empresas.

4.10 Cuarto Momento: la expansión

La abogacía para la legitimidad y expansión del plan a otras comunidades han sido parte de las actividades de la DISA V Lima Ciudad desde el inicio del plan. Es notorio en los cuadernos de trabajo, las innumerables reuniones con actores de toda procedencia, dueños de fábricas, autoridades del gobierno central y regional, representantes de la cooperación internacional, organizaciones de la sociedad civil y organizaciones internacionales. La relación con los colegios profesionales ha sido permanente, aún en el contexto pre electoral del 2010 cuando el plan logró insertarse en la agenda central del CMP como una estrategia para responder a la TB en Lima Metropolitana.

4.11 Gobierno Nacional y Regional

Se hizo un análisis de la situación y de la Respuesta del Estado a la TB y de las instituciones de salud, evaluando poco compromiso político en las autoridades más altas del Gobierno y una pobre rectoría y organización de la Estrategia Sanitaria. Dando alarma sobre la situación frente a la expansión de las formas más graves de TB, la TB-MDR y la TB-XDR.

“hay una respuesta lenta desde el Estado, uno va al seguro social sigue trabajando en Lima por su lado, el ministerio que es el ente rector no convoca, el programa incluso hace buenas cosas pero el rol rector en TB no lo ha asumido como yo hubiera pensado, así como el ministro se mojó la camiseta para el aseguramiento universal, yo hubiera hecho TB, TB, TB todos los días. TB para mi es una de las grandes prioridades no solo de salud, sino del país...”

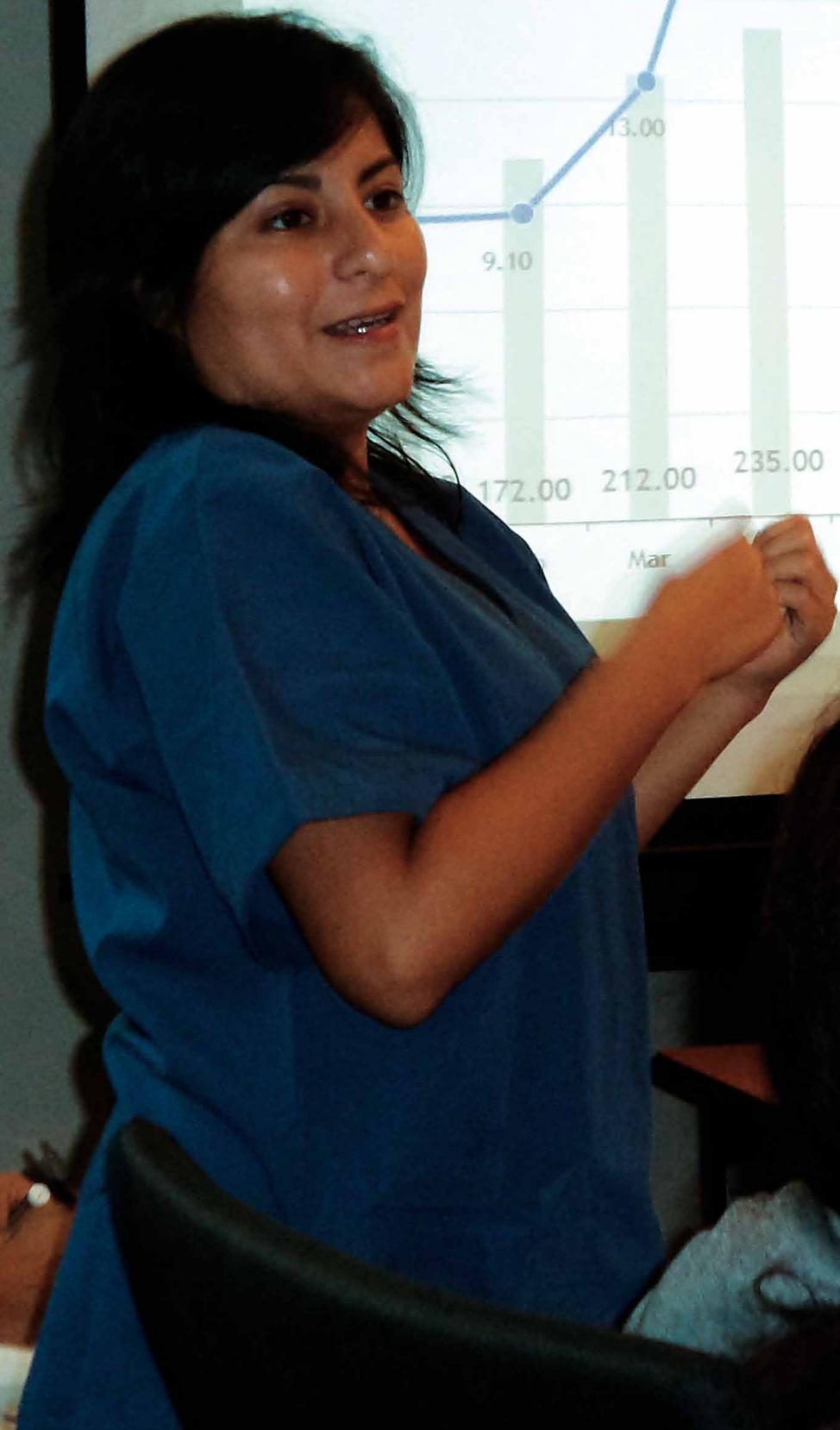
Entrevista al Dr. Ciro Maguiña, Decano del Colegio Médico del Perú

El CMP conformó un Sub Comité de TB en el Comité de Salud Pública del Consejo Regional de Lima. Emitieron la resolución N° 0183-CR/III-CMP-2011 y se nombró nuevos miembros del comité asesor del Consejo Regional, entre los integrantes del plan

TBCero de San Cosme. Se articularon estrategias y el comité orientó su recomendación a la expansión del plan TBCero a otras zonas de Lima. En los primeros meses del 2011, el CMP publica el texto lineamientos generales de un programa para la prevención y el control de la TB en Lima Metropolitana basados en el modelo que se venía implementando con el plan TBCero en San Cosme; donde se diagnostica la situación de la TB en Lima y se plantea el esquema del plan como propuesta estratégica de respuesta al problema.

“el plan TBCero ha ido más allá del tema médico, para nosotros esto va a crear ciudadanía, es una plataforma que sirve para muchas cosas, ya también estamos pensando en el Plan Cáncer Cero con INEN basado en la plataforma con un modelo parecido”

Entrevista al Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur, Subdirector de la DISA V Lima Ciudad



5. EFECTOS DEL PLAN TBCero

Interpelar al plan TBCero sobre sus efectos nos llevó a puntualizar las características del plan, que nació del concurso de la iniciativa de autoridades y profesionales de la DISA V Lima Ciudad, comprometidos con la respuesta a la TB. La decisión de cambio fue clara y compartida. Sin embargo, las estrategias programáticas y operativas implementadas inicialmente se rediseñaron a medida que se avanzaba y se asumían nuevos retos.

La innovación más importante, de acuerdo a los académicos entrevistados, fue la del desarrollo de abogacía ante las autoridades municipales del distrito de La Victoria. El Arquitecto Alberto Sánchez Aizcorbe se integró al equipo de impulsores amalgamando la alianza pública-pública DISA-Municipalidad. Esa alianza fundacional resultó en el principal impacto del plan en la medida que generó compromiso político y financiero de las acciones programáticas del plan.

“es la participación no solamente del sector salud sino de la comunidad y de la municipalidad, a mi me parece eso súper valioso porque ellos han involucrado a grupos religiosos, a alcaldía, y a la comunidad que vive alrededor del cerro”

Entrevista a Eduardo Gotuzzo. Académico Investigador del Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Peruana Cayetano Heredia

Es importante señalar que las coordinaciones con el gobierno municipal, no sólo involucró un llamamiento similar a otros, supuso un cambio en la concepción misma de la salud, concibiéndola más allá de enfoques biomédicos. En este contexto, la salud es producida por una amalgama de condiciones biológicas y sociales, poniendo mucho énfasis en los determinantes sociales de la enfermedad, por lo que fue limitado responder a la enfermedad solo desde la perspectiva de la salud, y fue imperioso pensar en respuestas más multidimensionales, que comprometan a los sectores de desarrollo social en su conjunto.

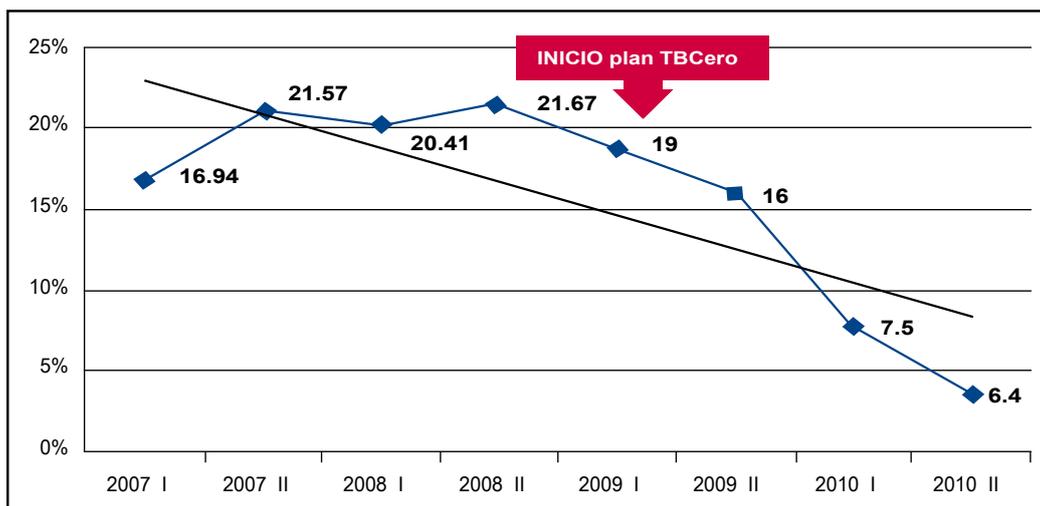
El plan TBCero es considerado como un plan exitoso según los indicadores sanitarios de la Estrategia Sanitaria de TB. Se logró disminuir significativamente la tasa de incidencia, es decir casos nuevos de TB. Así mismo, se logró disminuir significativamente la tasa de abandonos. En el 2008 el CS San Cosme reportó una tasa de abandono del 21%, hecho justificado por algunos entrevistados ya que los “pacientes tenían un contexto difícil”, refiriéndose a las condiciones de alcoholismo, delincuencia, e indigencia, en las que vivían muchos de ellos.

Para finales del 2010, después de quince meses de implementación del plan TBCero, se reportó una tasa de abandono de 3.8% habiéndose constatado un incremento ostensible de la adherencia al tratamiento. Lo cual se logró a través de las constantes y regulares visitas domiciliarias realizadas por el equipo conjunto de médicos de familia y promotoras de salud.

Como se mencionó anteriormente, un componente adicional que contribuyó a la adherencia de los pacientes fue el hecho de que muchos de ellos fueran referidos a la casa de alivio cuando presentaban problemas con su tratamiento, y a programas sociales cuando se encontraron situaciones de riesgo. Para un mayor detalle del cambio del indicador trazador a través del tiempo ver Gráfico N° 1.

Gráfico N° 1

PROPORCIÓN DE ABANDONO AL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS CON ESQUEMA UNO*, CENTRO DE SALUD SAN COSME. 2007 – 2010



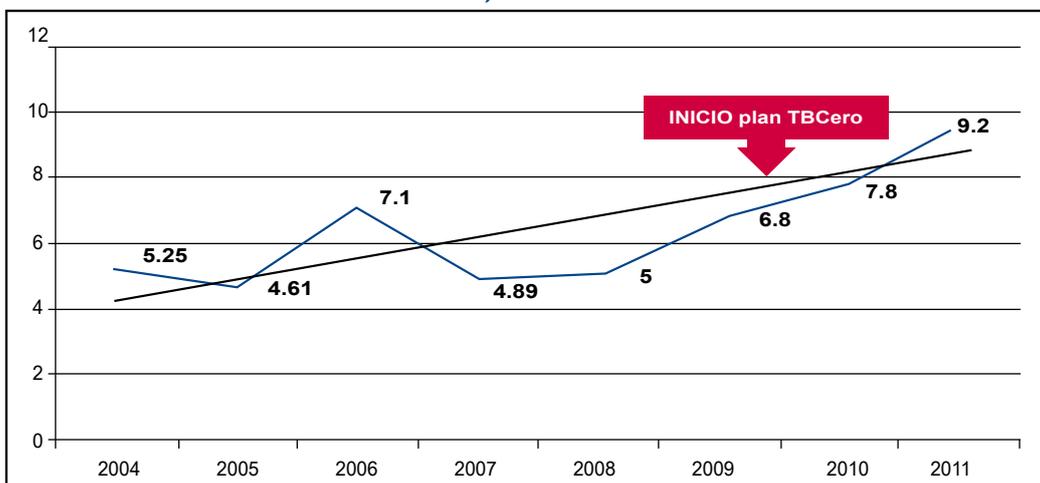
Fuente: Estrategia Sanitaria de Tuberculosis. CS San Cosme. 2010

* Incluye dos meses con tomas diarias de Rifampicina, Isoniacida, Pyrazinamida y Ethambutol, mas cuatro meses, con tomas dos veces por semana de Rifampicina es Isionazida.

De igual manera para la captación de sintomáticos respiratorios (se define como 'sintomático respiratorio' a toda persona que refiere tos y expectoración por más de 15 días. Asimismo, se define como 'caso de tuberculosis' a toda persona que refiere estar o haber estado en tratamiento para tuberculosis bajo la supervisión de un servicio de salud). El indicador trazador nacional requerido es de por lo menos 5% anualmente. En el año 2008 el CS San Cosme alcanzó el 5% y en el año 2011 ascendió a 9.2% (Ver Gráfico N° 2)

Gráfico N° 2

PROPORCIÓN DE SINTOMÁTICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS POR CADA 100 ATENCIONES EN MAYORES DE 15 AÑOS, CENTRO DE SALUD SAN COSME. 2004 – 2011



Fuente: Estrategia Sanitaria de Tuberculosis. CS San Cosme. 2011

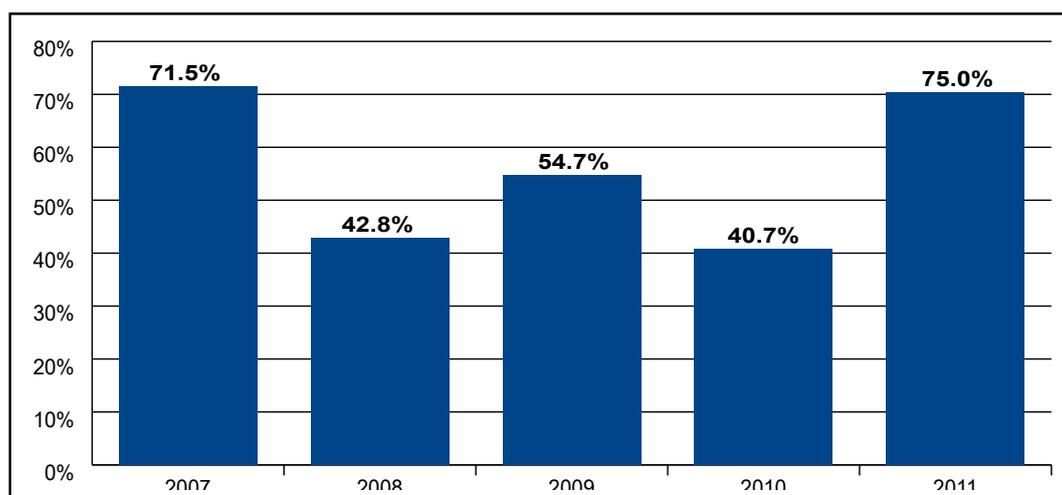
Según el representante de ASET La Victoria, el buen resultado en tan poco tiempo, (sobre todo en reducir los abandonos), se debe al acompañamiento y seguimiento a las personas afectadas. Habiéndose retomado la humanización de la atención en el servicio de salud, la CA y a través de la creación de las visitas domiciliarias que realizó el equipo TBZero.

Un indicador que ha aumentado significativamente está referido a la evaluación de contactos. Cuando se empezó a implementar el plan se reportaba un 30% de casos con estudio a sus contactos. En el año 2011 se aumentó esta cifra a un 75% de estudio de contactos. Sin embargo; para la responsable de la Estrategia del CS, es un indicador difícil de superar porque demanda un gran esfuerzo. (Ver Gráfico N° 3)

“Lo mejor ha sido que los contactos han aumentado, el indicador de contactos indica a cuántos he evaluado, nosotros manejábamos antes porcentajes de 30%, 40%, ahora estoy en 60%, 70% en un mes he llegado a casi 80% ... es un gran logro”

Entrevista a Médicos de Familia y Promotoras Plan TBZero

Gráfico N° 3
PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS - CENTRO DE SALUD SAN COSME. 2007 – 2011



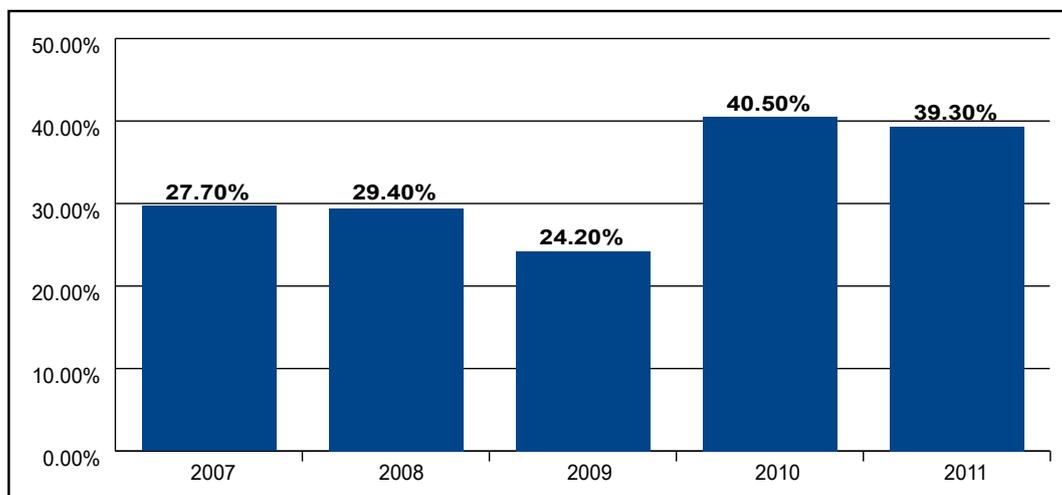
Fuente: Estrategia Sanitaria de Tuberculosis CS San Cosme. 2011

El aumento del control de contactos, de la quimioprofilaxis y de la adherencia, influyó en la disminución de transmisión de la enfermedad. Esto será observable en un estudio de cohorte y en un período mayor. Sin embargo, ya existe la percepción de un cambio en este sentido en algunos miembros del equipo. (Ver Gráfico N° 4)

“cuando yo entré habían familias enteras, más de una persona tomando medicinas y luego desde que llegó el equipo hasta ahora, es muy raro ver una familia entera enferma. Yo creo que la intervención del equipo ha hecho de que la familia sea parte del tratamiento y sea parte de la prevención que es lo que nosotros queremos”

Gráfico N° 4

**PORCENTAJE DE CONTACTOS RECIBIENDO QUIMIOPROFILAXIS.
CENTRO DE SALUD SAN COSME. 2007 – 2011**

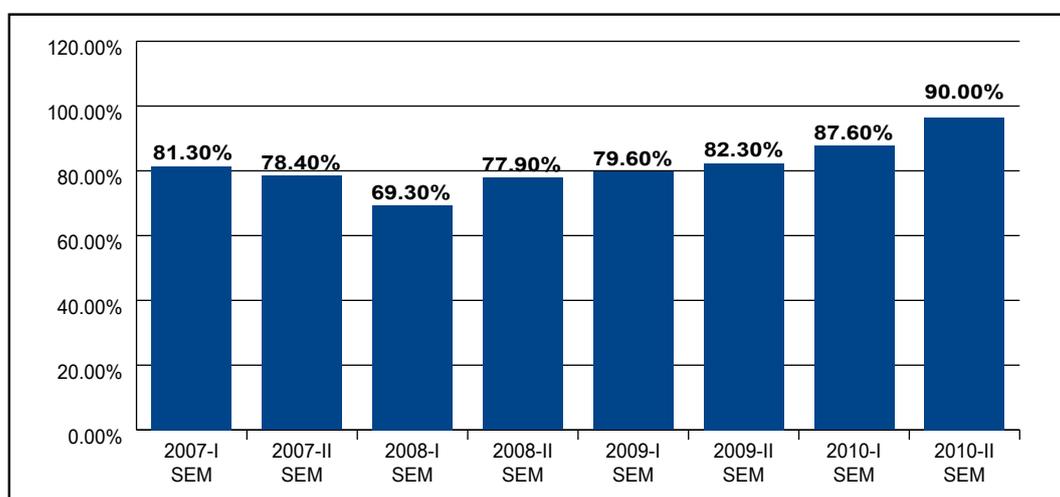


Fuente: Estrategia Sanitaria de Tuberculosis CS San Cosme. 2011

En torno al porcentaje de curación del esquema uno, es apreciable su incremento posterior a la implementación del plan, llegando a superar el 90% al 2010. (Ver Gráfico N° 5)

Gráfico N° 5

**PORCENTAJES DE CURA SEGÚN COHORTE ESQUEMA UNO.
CS SAN COSME. 2007-2010**



Fuente: Estrategia Sanitaria de Tuberculosis-CS San Cosme. 2011

En relación a la estrategia de la Casa de Alivio se exhiben también logros importantes. Al momento de la sistematización se habían atendido 143 afectados, y CERO abandonos.

“Todos nuestros pacientes han tenido cero deserción. Nos han permitido entrar a sus casas y hacer seguimiento domiciliario”

Entrevista a Lic. Edith Matías, Gerente de Desarrollo Social de la Municipalidad de La Victoria

La CA no había registrado en una base de datos la información de las atenciones de salud, sociales y económicas fuera de los indicadores operacionales de TB. Junto al equipo de la CA, se realizó un proceso retroactivo de registro de todas sus actividades en base a anotaciones en cuadernos de registro y otras fuentes. Cuando se detectó inconsistencia en la información se consideró como dato perdido. La información procesada se presenta en la siguiente tabla.

Tabla N° 2

ACTIVIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL Y APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO A PACIENTES Y FAMILIARES

Tipo de acciones desarrolladas	SI	%	NO	%	Datos perdidos	Total
Visitas domiciliarias de seguimiento	142	99	1	1	0	143
Casos derivados al CEM La Victoria y DEMUNA	13	9	130	91	0	143
Referencia para servicios de salud reproductiva	15	10	128	90	0	143
Referencia a psiquiatría y manejo de adicciones	9	6	134	94	0	143
Referencia a otros servicios (nutrición, adulto mayor, gastroenterología)	23	16	116	81	4	143
Apoyo para tramitar DNI a paciente o familiar	27	19	103	72	13	143
Apoyo para inscripción en el AUS	55	38	49	34	39	143
Información y seguimiento de recojo canasta de alimentos del PAN –TBC	81	57	11	8	51	143
Apoyo para el internamiento en Hogar/Albergue al paciente o familiar no enfermo	5	3	137	96	1	143
Apoyo con información nutricional	143	100	0	0	0	143
Apoyo capacitación laboral	40	28	103	72	0	143
Apoyo en reinserción laboral	7	5	136	95	0	143
Acceso a recursos muebles, ropa, juguetes	62	43	81	57	0	143

A la fecha de la visita a la CA, diciembre de 2011 se habían realizado visitas domiciliarias de seguimiento al 99% de los 143 casos atendidos en la CA. Trece casos con problemas de violencia o maltrato familiar se habían derivado a instituciones como la Defensoría Municipal del Niño y el Adolescente (DEMUNA). Asimismo, como parte de estas atenciones se encontró una alta frecuencia de abuso de drogas y otras patologías mentales que se derivaron en un 6% a psiquiatría, 10% al consultorio de salud reproductiva y 16% a otros servicios de salud. Además se apoyó a un 19% de los casos seguidos en el trámite de documentos de identidad y a un 38% en su inscripción en el AUS.

Asimismo, 87 pacientes habían recibido orientación y seguimiento para acceder a la canasta de víveres que distribuye el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA). Cinco pacientes fueron apoyados para internarse o internar a su familiar en un albergue u hogar. Se ha capacitado a 40 pacientes para reinsertarse en mejores condiciones al medio laboral y siete pacientes recibieron apoyo con acceso a empleo. Dos de cada cinco pacientes han recibido algún tipo de ayuda con bienes tales como muebles, ropa o juguetes.

Estas cifras muestran cómo los equipos se han ido involucrando en atenciones más integrales, de acuerdo a las necesidades de cada paciente y sus familias. Una experiencia más reciente para recuperar información y efectivizar la respuesta fue el uso y análisis de los “filiogramas” (censos y reconocimiento de familias que viven en el Cerro San Cosme, para su intervención integral), estrategia que viene siendo implementada con el apoyo de los equipos de la DISA V Lima Ciudad.

En estos dos años del plan TBCero se han obtenido resultados impactantes en los indicadores trazadores de la estrategia de TB. Se instaló un equipo de trabajo complementario y sinérgico al servicio de salud, con atención domiciliaria y comunitaria, que ha posibilitado una mayor detección de sintomáticos respiratorios, inicio más rápido de tratamiento con comprobación domiciliaria en menos de 24 horas. Asimismo, ha permitido un estrecho control de contactos en el domicilio prestando una adecuada atención de co-morbilidades y de otros problemas de salud latentes.

Complementariamente se investigó y recogió datos sobre la disminución del abandono de los casos recibidos en la CA, lo cual fue un resultado de la atención integral que los pacientes recibieron en la misma. Se tomó en cuenta una visión de tratamiento desde la perspectiva de la unidad familiar como un todo a ser evaluado, enfocándose también en aspectos relacionados con la situación socio-económica y emocional de los afectados y sus familiares. Finalmente, se pudo insertar a algunos pacientes en programas sociales para reducir la exclusión en que vivían.

Estos son sólo algunos de los resultados preliminares de la implementación del plan TBCero a través de la aplicación de sus innovaciones programáticas. Estos hallazgos hacen suponer que en la continuación y seguimiento del plan se podrá observar, a mediano plazo, un impacto positivo tanto en la prevención como en el tratamiento y recuperación de los afectados de TB en el distrito de San Cosme; y a largo plazo el control progresivo de la enfermedad.



LO QUE DEBEMOS SABER DE LA GRIPE A-H1N1

¿CÓMO SE PROPAGA LA GRIPE A-H1N1?

Fabrizio Carrero, director de la OMS, dice que la gripe A-H1N1 se transmite de persona a persona.

Dolores Muscarello, directora de la OMS, dice que la gripe A-H1N1 se transmite de persona a persona.

Comunicación y Educación.

Competencia Mundial: Aprender a vivir.

Estadísticas.

Orden y estilo de trabajo.

Tus hábitos.

SEÑALES PREVENTIVAS PARA ESTAR LA GRIPE A-H1N1

Lavar las manos con agua y jabón varias veces al día.

No saludar con besos o abrazos.

Evitar tocar los ojos, la nariz y la boca.

No compartir alimentos, vasos y cubiertos.

Cubrir la boca con una mascarilla al estar en lugares cerrados y aconchados.



Nunca dejes para mañana el puntito aburrir a alguien hoy, porque cuando estés los abrazos a alguien, en el mismo momento estás rechazando uno de ustedes...

¿Qué está esperando para trabajar y hacerse el regalo de un abrazo...?

CARRERA PÚBLICA MAGISTERIAL

SELECCIÓN DE PERSONAL PARA EL SERVICIO PÚBLICO

PROCESO DE SELECCIÓN PARA EL PUESTO DE

PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA

PROCESO DE SELECCIÓN PARA EL PUESTO DE

PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA

CARRERA PÚBLICA MAGISTERIAL

SELECCIÓN DE PERSONAL PARA EL SERVICIO PÚBLICO

PROCESO DE SELECCIÓN PARA EL PUESTO DE

PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA

PROCESO DE SELECCIÓN PARA EL PUESTO DE

PROFESOR DE EDUCACIÓN BÁSICA

NO PERMITAS LA CORRUPCIÓN DENUNCIALO



HOGAR CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS

Edad	Sexo	Estado
0-10	M	10
0-10	F	10
11-20	M	10
11-20	F	10
21-30	M	10
21-30	F	10
31-40	M	10
31-40	F	10
41-50	M	10
41-50	F	10
51-60	M	10
51-60	F	10
61-70	M	10
61-70	F	10
71-80	M	10
71-80	F	10
81-90	M	10
81-90	F	10
91-100	M	10
91-100	F	10



6. ANÁLISIS DE PROCESOS Y LECCIONES

6.1 La Necesidad de Innovar

La concepción teórica inicial del plan no se cumplió completamente. En cambio, se produjeron innovaciones en la atención diferenciada con un equipo de salud más sólido y progresivamente más unido, y de la participación de la Municipalidad de La Victoria apoyando la CA que complementa la segunda fase de tratamiento de PAT. Una primera constatación de la innovación es que el ciclo de vida del plan TBCero que se ha descrito muestra una naturaleza de plan en construcción continua, en una permanente dialéctica entre el pensar y el hacer. Muchas de las ideas primarias, como organizar una mesa de concertación de base amplia con involucramiento de diversos actores, no se pudo consolidar por intereses de diversa índole. Sin embargo, al final derivó en el asocio entre: la DISA, la Municipalidad de La Victoria, y el CS San Cosme como eje del éxito de las intervenciones en los primeros años del plan.

El plan TBCero nació de la necesidad de mejorar la capacidad de respuesta. No fue el resultado de una mera inquietud intelectual, ha sido un movimiento de autoridades y profesionales de la salud que surgió desde los propios operadores del sector en los niveles locales que sintieron la necesidad que debían cambiar el camino para poder re-direccionarlo. La convicción se fue nutriendo de experiencias y saberes personales y fue configurando una visión de cambio, tal vez de allí que el nombre del plan enunció la meta o el sueño, y no una forma o estrategia de cambio en particular.

Sobre las estrategias y tácticas desarrolladas confluyeron dos criterios iniciales: un saber casi generalizado por todos los actores que atribuían la necesidad imperiosa de dotar de nuevos recursos humanos que complementaran al equipo mínimo que venía haciendo sus mejores esfuerzos desde el CS San Cosme. El segundo criterio fue el uso de la metodología de trabajo formal que se había instituido era impropio o demasiado lento y no representaba una salida concreta, por lo que era necesario innovar. Ante esta necesidad surgió la inquietud de involucrar a la municipalidad para dotar de recursos humanos adicionales, que pudiera implementar las innovaciones propuestas.

Podemos citar tres innovaciones claramente identificadas por actores internos y externos:

- 1. Asocio DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria: Nuevos enfoques y nuevas relaciones interinstitucionales:** El plan TBCero constituyó un nuevo rol del gobierno local con responsabilidades políticas y financieras tangibles. Lo cual

plantea también una nueva relación de asocio en mayor paridad de dos instancias estatales. La responsabilidad técnica del plan recae en la DISA V Lima Ciudad y la responsabilidad política en la Municipalidad. Sobre los recursos de implementación, el equipo TBZero recibió financiamiento y recursos de la DISA, mientras que la CA fue financiada en su totalidad por recursos del gobierno local.

2. Incorporación del Equipo TBZero al CS San Cosme: Nuevos roles de médicos de familia y promotoras de salud: El equipo complementario de trabajo extramural, involucró a médicos de familia y promotoras de salud que visitaban la comunidad, que recorrían el cerro casa por casa, que realizaban acciones preventivas, que hacían seguimiento de casos y atención domiciliaria a casos con extrema vulnerabilidad, así como personas que no podían acercarse al servicio de salud por alguna discapacidad.

- a. Los médicos de familia fueron médicos caminantes que tenían el encargo de examinar a los pacientes con TB y otras patologías, debiendo examinar no solo al enfermo sino a toda la familia, que se conectaban con la comunidad en una zona de difícil relacionamiento social, donde imperaba el riesgo y la desconfianza.
- b. Aello se agregó la promotora de salud, que era una acompañante que posibilitaba el acercamiento con los pacientes (en este caso a tiempo completo), con experiencia y conocimiento comunitario y de promoción de la salud. Esta complementariedad, luego de un proceso de inserción progresivo en el servicio, logró incorporarse a la organización del establecimiento de salud, donde se planificaban las metas y estrategias y se presentó el reporte continuo de sus acciones.
- c. Es importante mencionar que esta nueva configuración de capacidades necesarias para el médico de familia, entró en conflicto con la actual matriz de competencias del médico general, donde las dimensiones de promoción y prevención de la salud aún no son competencias que se incluyen dentro del enfoque recuperativo biomédico imperante. Por tanto, competencias de análisis social, estrategias de comunicación, educación comunitaria, resolución de conflictos, participación comunitaria, debieran ser parte de la formación de los médicos o por lo menos se le debiera dar más importancia. El médico de familia reta la formación médica imperante al posicionarse con un rol nuevo de medicina preventiva en el país.
- d. La promotora de salud, también introdujo cambios sustantivos, en un entorno que aún plantea la promoción comunitaria como acciones no remuneradas. Estas promotoras fueron contratadas con un salario establecido y un horario laboral de tiempo completo. La experiencia de trabajo en las calles las ha capacitado para el quehacer en la comunidad; por otro lado la experiencia de trabajo en el servicio de salud las capacitó para relacionarse con el personal de salud. Complementariamente, su pertenencia comunitaria, al ser un par cultural de los potenciales beneficiarios, aseguró su conocimiento local de las reglas de juego en las calles.

3. Apertura y Funcionamiento de la Casa de Alivio. El Nuevo Rol de la Municipalidad en la Salud de las Poblaciones: La inclusión de un centro para la atención de pacientes TB sensibles negativos en el segundo período de la terapia de tratamiento contra la TB, fue la primera experiencia de Tratamiento Directamente Observado a nivel comunitario. La CA que se instala con la búsqueda de prestar una atención integral de alta calidad, reconociendo en cada enfermo una familia potencialmente enferma, y en cada caso de enfermedad, un potencial problema social. De allí la importancia de la atención psico-emocional y la atención socio-económica prestada a cada familia. Un componente medular fue el seguimiento estrecho de los casos lo cual permitió que en la atención de 143 casos no se registrara ningún abandono.



BUENAS PRACTICAS
SEMPEÑO TBC

7. CONCLUSIONES

Luego de haber reconstruido la historia de estos primeros dos años del plan TBCero y de puntualizar en sus innovaciones, es importante señalar cuáles han sido los principales elementos cohesionadores y posibilitadores de las acciones:

- a.** El plan TBCero desde un punto de vista sanitario y político fue eficiente en mejorar la calidad de la atención de las personas con sospecha diagnosticada de tuberculosis en el CS San Cosme como resultado de una interacción entre el sector salud, el gobierno local y la sociedad civil. Este éxito se vió reflejado en un impacto favorable sobre indicadores operacionales de la Estrategia Sanitaria, y la percepción favorable de los propios implementadores y de los propios pacientes.
- b.** Un elemento primordial para desarrollar e implementar el plan fue el compromiso político-estratégico de las autoridades de la DISA V Lima Ciudad, como propulsores iniciales del proceso y el compromiso asumido por el equipo TBCero y el equipo de la Estrategia de TB del CS San Cosme.
- c.** Otro elemento, no menos importante, fue la alineación de los intereses político-estratégicos de la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria. El haber encontrado en la lucha contra la TB en la localidad de San Cosme una estrategia política de inserción del Estado en una zona de alta conflictividad social, con organizaciones delictivas poderosas y con poblaciones en alta exclusión; fue determinante en el compromiso asumido por la Municipalidad. Para la DISA este asocio significó mayores posibilidades de innovación, con mayor poder de acción, mayor manejo de recursos reduciendo los procedimientos burocráticos del sector salud.
- d.** Está aún pendiente el fortalecimiento de la participación comunitaria, impulsando a la organización de las personas afectadas como parte de la inclusión política y la participación multisectorial del Estado y la sociedad civil que el propio enfoque del plan propuso inicialmente.

Las condiciones laborales vigentes en el subsector MINSA, fueron el mayor impedimento para la inserción del nuevo equipo TBCero. Por un lado el enfrentamiento a una escala salarial inequitativa con los equipos que ya venían trabajando en el CS, creó dificultades de aceptación de los nuevos recursos, y por el otro, las limitaciones para el reconocimiento de todos los derechos laborales de los trabajadores recientemente contratados demoraron la integración de ambos equipos.

- a.** La Relación DISA – CS fue fortalecida, el esquema de gestión del plan TBCero fue generado por una iniciativa de la DISA V Lima Ciudad con un compromiso político, estratégico y financiero importantísimo e implementado directamente por el CS San Cosme.
- b.** Acciones tan valiosas como proporcionar ayuda socio-económica a las personas que asistieron a la CA fue parte de los resultados favorables del plan.
- c.** El plan TBCero fue en gran medida el resultado de una innovación en recursos humanos, pues no sólo incluyó un número mayor de personal, sino fundamentalmente, una innovación con nuevos roles asignados a médicos y promotoras. El nuevo rol de médico de familia y de la promotora TBCero, está centrado en un médico fuera del entorno del servicio de salud y dedicado a acciones de promoción en familias y comunidad y una promotora incluida en un equipo itinerante de alta dedicación.
- d.** La resistencia a apoyar la implementación del plan TBCero por parte de los funcionarios que en su momento dirigían la ESNPCTB desde los inicios del plan, fue quizás la mayor barrera para la implementación de las acciones. Esta resistencia, produjo un sobre esfuerzo de los equipos, así como la potenciación de vínculos interinstitucionales tanto políticos como académicos con otras instituciones.
- e.** La legitimidad obtenida desde la academia y los Colegios Profesionales fue importante. Al no contar con el respaldo de la Estrategia Sanitaria Nacional, hizo que la legitimidad fuera profesional y científica construida en base a la presentación y abogacía del plan en las instancias de diversos gremios profesionales.



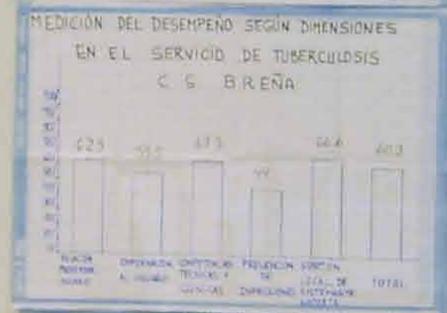
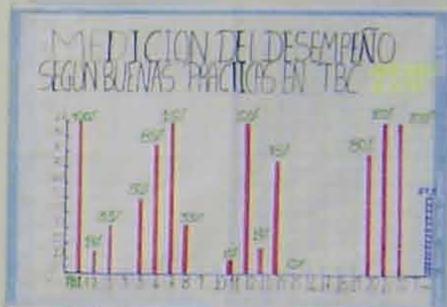
CUIDA EL AGUA

EL CARREFO

8. RETOS PENDIENTES

- a.** Debido a que una de las acciones estratégicas del plan fue desconcentrar la atención de los pacientes con TB e incorporar un centro referencial de administración del tratamiento antituberculoso por fuera del establecimiento de salud, lo que se denominó un DOTS comunitario, es decir, un tratamiento administrado y directamente observado por un agente comunitario calificado y autorizado, hace absolutamente necesario lograr la aprobación y el apoyo de la ESN para sostener las innovaciones, profundizar los cambios y extrapolar los aprendizajes a otras zonas comprometidas de Lima con características similares.
- b.** Se hace necesario incentivar la institucionalización de las vinculaciones entre los programas sociales del Estado, que no sean producto de una disposición personal de algún funcionario comprometido, sino una práctica recurrente y sinérgica entre los programas, para que se potencien sus beneficios.
- c.** En una estrategia de atención diferenciada entre TB sensible y TB-MDR como se ha constituido la estrategia sanitaria en San Cosme, un gran ausente fue la innovación relacionada a mejorar la capacidad diagnóstica del servicio incorporando la universalidad de las pruebas de sensibilidad. Esto queda como un reto pendiente para el plan, en la medida que pueda asegurar mayor eficacia terapéutica a partir de un diagnóstico oportuno de la TB en todas sus formas.
- d.** Una innovación necesita caminos nuevos, una institucionalización necesita caminos ya conocidos. Es importante en este segundo momento reflexionar sobre el rol de instancias locales como la Red y la MR de salud en la vida futura del plan.
- e.** Muchas de las actividades que han realizado los equipos del plan TBCero (médicos de familia, promotoras y equipo de la CA) no han sido registradas sistemáticamente, por lo que son limitadas las fuentes de información tangibles, haciendo difícil evidenciar los avances en las innovaciones.
- f.** La DISA V Lima Ciudad ha logrado con la nueva gestión incorporar a todo el equipo TBCero a contratos de administración de servicios. Es un reto importante lograr la estabilidad laboral del equipo y condiciones plenas de trabajo. Para la siguiente etapa del plan se hace necesario reforzar los vínculos participativos, para poder impulsar la organización de los afectados que vienen siendo atendidos en las nuevas condiciones del plan como parte de la inclusión política y espacio de ejercicio de ciudadanía que el propio enfoque del plan propone.

- g.** El reto de trabajar en los determinantes sociales de la enfermedad es un proceso pendiente. En estos primeros años del plan se ha desarrollado una estrategia sanitaria y comunitaria complementaria al servicio de salud, que ha mejorado ostensiblemente la atención y el trato al paciente. Se identifica más tempranamente los casos gracias a la búsqueda comunitaria y se han realizado esfuerzos para superar la exclusión y la postergación de las familias afectadas. Sin embargo, el trabajo sobre los determinantes sociales que suponen los propios procesos de urbanización y mejora de la calidad de vida de los potenciales afectados, aún es una tarea pendiente.
- h.** El marco lógico elaborado para el plan ha tenido relativa vigencia, siendo su diseño una necesidad percibida desde afuera, lo que de alguna manera plasma cierta renuencia a la formalización de indicadores y metas, a transformar la acción en información. Es quizá la mayor debilidad del plan justamente para dar a conocer sus éxitos.
- i.** Uno de los retos pendientes para el equipo del plan, en este nuevo contexto de nueva coordinación y equipo de gestión, es presentar el plan y abogar por el apoyo institucional necesario para sostener las innovaciones, profundizar los cambios y extrapolar los aprendizajes a otras zonas también afectadas por la epidemia.
- j.** Un reto pendiente también es el mejoramiento de la protección de los recursos humanos que implementan el plan, en relación a: limitaciones en la provisión de respiradores, poca promoción del uso de los mismos y de mascarillas en la atención de pacientes; con el objetivo de lograr más empatía con los mismos, instalaciones que esté más iluminadas y ventiladas en la CA. Asimismo, lograr que el personal de salud cuente con todas las condiciones de aseguramiento de su salud



A woman with glasses and a dark jacket is standing and presenting to an audience. She is holding a stack of papers and pointing towards the charts on the wall.



9. LECCIONES APRENDIDAS

- a.** La implementación del plan TBCero, nos plantea aprendizajes significativos en torno a la salud y sus determinantes, como las implicancias de cambiar las nociones clásicas de la salud, la enfermedad y las responsabilidades adjudicadas a las diferentes instancias del sector público.
- b.** El plan TBCero muestra cómo un cambio de concepción de los procesos salud-enfermedad origina cambios en el escenario, aparición de nuevos actores (básicamente el involucramiento directo del gobierno local) y nuevas responsabilidades para los actores que se dedican de oficio al control y prevención de esta enfermedad.
- c.** Es indispensable para el sostenimiento del plan, que se logre el fortalecimiento de las condiciones laborales, de todos los miembros del equipo operativo del mismo para lograr una mayor vinculación del personal.



I 0. RECOMENDACIONES

- a.** La estructura de abordaje con modelos nuevos de intervención como el plan TBCero, siempre debe darse en condiciones programáticas: detección, diagnóstico y tratamiento que incluya la participación multisectorial buscando la sostenibilidad de la intervención.
- b.** Reconocer los determinantes sociales de la TB y su impacto, para transformar las condiciones de urbanidad e inclusión social de las poblaciones.
- c.** Continuar negociando con la Municipalidad de la Victoria para que se aborden dichos determinantes que en esta primera etapa de la intervención no ha sido posible modificar, tales como: a) condiciones de vivienda, b) ofertas laborales a los pacientes afectados y sus familias, c) nutrición, d) servicios básicos como agua, drenajes, disposición de desechos, etc.
- d.** Institucionalizar las innovaciones logradas a través de resoluciones u ordenanzas y la asignación de un presupuesto, de manera que no dependan en el futuro de la voluntad política de alguna autoridad específica.
- e.** Se requiere la instalación de instrumentos prácticos y procesos sistemáticos de registro desde los operadores del plan. Estos instrumentos deben ser diseñados y reflexionados con los propios equipos que implementan el plan y deben ser utilizados en una reflexión diaria de rutina para identificar el grado de avance.
- f.** Es importante nivelar las remuneraciones salariales y mejorar las condiciones laborales, sociales y culturales de los recursos humanos que participan en el plan, para sostener y cohesionar a los equipos fortaleciendo su capacidad de inventiva en la solución de los problemas cotidianos. Para ello se hace indispensable reforzar el acceso a recursos y programas que viabilicen sus acciones y las potencien.
- g.** Fortalecer el carácter alternativo del médico de familia y la nueva promotora de salud, en cuanto a sus capacidades de promoción y prevención de salud fortaleciendo su activismo social.
- h.** Buscar el nexo y compromiso de instituciones educativas que puedan asumir el reto de brindar una formación más integral de médicos de familia, fortaleciendo sus capacidades de sistematizar experiencias, implementar metodologías de investigación-acción, implementar estrategias de mejoramiento continuo de la calidad, gestión de programas sociales, planificación estratégica, educación para el desarrollo, estrategias para el cambio de comportamientos y desarrollo de estrategias comunicacionales.

II. ELEMENTOS CLAVE PARA GARANTIZAR EL ÉXITO DE ESTAS INTERVENCIONES EN ÁREAS CON SIMILARES CARACTERÍSTICAS

- a. Lograr el compromiso de la autoridad sanitaria local en proporcionar una respuesta integral para la prevención y control de la TB que involucre la planificación, la gestión y el financiamiento de actividades innovadoras.
- b. Desarrollar capacidades de abogacía y negociación con otros actores del Estado que involucre reuniones continuas, presentaciones e intercambios donde se presenten los planes y se intente comprometer voluntades y recursos.
- c. Identificación por parte del gobierno local que la salud, y en específico la presencia de TB en su área, puede ser usado como un espacio-para generar presencia política hacia la comunidad.
- d. Los servicios de salud que cuentan con alta carga de casos de TB y escasos recursos humanos, pero que cuentan con autoridades y equipos profesionales dispuestos a recibir innovaciones y respaldar procesos que trascienden los patrones culturales estándar o tradicionales, pueden ser el escenario ideal para lograr el éxito en la implementación de éste tipo de estrategias.
- e. Una comunidad con alta concentración poblacional, y con disposición recelosa frente al servicio de salud, pero con capacidad para establecer nuevos tratos frente a los proveedores de los servicios de salud pueden generar cambios en su situación.
- f. Es importante garantizar la disponibilidad de recursos humanos, profesionales de salud capacitados, con disposición a asumir nuevos retos y roles, quienes a su vez tengan garantizando sus derechos laborales para solidificar e institucionalizar la experiencia.
- g. Es crítico contar con la oferta de promotoras de salud de la comunidad con experiencia en la promoción de la salud en su zona y que cuenten con el reconocimiento de la población de su jurisdicción.
- h. Es clave contar con un entorno de autoridades nacionales que sea favorable a las innovaciones y estén propensos a brindar normatividad y rectoría que posibilite nuevas acciones a favor de una respuesta más integral a la TB.

- i. La construcción de una mística de trabajo basada en la comunidad a través de un proyecto de transformación que puede o no ser ideológico, de carácter espiritual o religioso pero que de un sentido unificado y de trascendencia a las acciones de los integrantes del equipo de trabajo en sus distintos niveles, es clave.
- j. Que exista un fortalecimiento de la participación comunitaria en la planificación, gestión y evaluación del plan de Intervención que se pretenda impulsar es determinante



MANUEL MORALES

LUKEF VILLALBA MDI DAVID 02

7409 01 ZELIA PAUCA

OSIA 31
MAGA
AYRE

OSAL
KWAYA
ONNTAK 22

OSCAN
HUMAN
VICTOR 25

ABARCA
CASAS 34
JUAN

CHAUCA
CAMPOS
CAROLA 29

ELIAGA
ORTIZ
JUANA 23

WASSINGER
SILVA
EY WENINGER 28

VARGAS
RALLI 35
SARA ELVIRA

QUIMIO-
PROFILAXIS

STOCK
PCT

14 MARIA
TORIBIO ARROYO

TORON

RESPIRADOR PERSONAL

RESPIRADOR PERSONAL

CONCENTRADO
PARA
LAVADO DE MANOS
CON ALCOHOL
70%
VIRUCIDA
ANTIBACTERICIDA
ANTIFUNGICA
ANTIPARASITARIA

"MODULO INDIVIDUAL DE TRATAMIENTO"
PACIENTE:
CASO No:
ESQUEMA DE TRATAMIENTO:
UNO () DOS ()

ANEXOS

ANEXO I

Listas de integrantes de los equipos del CS San Cosme

INTEGRANTES DE LA ESL PCT

Dra. Pamela Canelo Marruffo.	Responsable de ESLPCT.
Dr. Eloy Maier Valencia Reyes.	Co-Responsable de ESLPCT.
Lic. Enf. Graciela Pescoran Ross.	Responsable área TB MDR.
Lic. Enf. Ana Lia Castillo Firma.	Responsable área TB Sensible.
Téc. Enf. Julia Saavedra.	Equipo área TB Sensible.
Lic. Ss.Ss Teófila Damian.	Responsable área Social.
Lic. Psic. Gianina Vicente.	Responsable área Psicológica.
Lic. Psic. Elva Nacarino.	Responsable de Consejería en VIH.
Lic. Nut. Silvia Maldonado.	Responsable área Nutrición.
Téc. Lab. Martín Blas.	Responsable área de Laboratorio Exclusivo de Baciloscopías.
Téc. Enf. Lázaro Gabriel De Paz	Responsable área Rayos X.

PERSONAL DEL PLAN TBCero

Dr. Néstor Huiman Dávila.	Médico de Familia de San Cosme.
Sra. Betty Apari Mallqui.	Promotora de salud.
Dr. William Rojas Martinez.	Médico de Familia de San Cosme.
Sra. Melina Tiza Ayala.	Promotora de salud.
Dr. Franz Llacza Mayorca.	Médico de Familia de San Cosme.
Sra. Betty Martel Acuña.	Promotora de salud.

PERSONAL DE LA CASA DE ALIVIO (MUNICIPALIDAD DE LA VICTORIA)

Lic. Carla Moreno Soto.	Responsable de Equipo
Lic. Carmen Sulca Cárdenas.	
Téc. Enf. Laura Hidalgo Olivos.	
Téc. Enf. Janeth Meza Gamarra.	

ANEXO 2

Lista de actores claves entrevistados y documentos

I. Entrevistas individuales

Nombre y Apellido	Institución/Organización	Cargo actual o anterior(a)
Dr. Alberto Gayoso	Colegio Médico del Perú	Miembro del Consejo Nacional
Dr. Carlos Alberto Mendoza Ticona	USAID Perú Calidad en Salud	Líder del Equipo de Enfermedades Infecciosas
Dr. Eduardo Rumaldo	Centro de Salud San Cosme	Médico Jefe
Dr. Eduardo Ticona Chávez	Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos	Docente - Ex presidente de la Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales
Dr. Guillermo Frías	USAID Perú Calidad en Salud	Gerente Regional de Operaciones
Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur	Dirección de Salud Lima Ciudad	Sub-Director DISA V Lima Ciudad
Dr. Percy Maldonado	Médico Plan TB Cero	Centro de Salud San Cosme
Dra. Pamela Canelo	Centro de Salud San Cosme	Coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis
Dra. Rosario Núñez	DISA Lima Ciudad	Equipo Plan – Coordinadora de Etapa de Vida Adolescente, Salud Mental y Cultura de Paz y Tuberculosis
Lcda. María Taípe Aylas	DISA Lima Ciudad	Equipo Plan – Nutricionista DESP
Lcda. Melissa Daga	DISA Lima Ciudad	Equipo Programa – Enfermera
Lcdo. Julio Mendigure	Colegio de Enfermeras y Enfermeros	Representante
María Núñez	DISA- Lima Ciudad	Responsable de la Estrategia de Familia
Sr. César Jesús Alva	ASET La Victoria	Representante
Sra. Edith Matías	Municipalidad de La Victoria	Gerente de Desarrollo Social
Sra. Ivette Otárola	Municipalidad de La Victoria	Responsable Operativa
Dr. Oswaldo Jave	Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de TB	Coordinador Nacional
Dra. Virginia Baffigo	CARE Perú	Gerente del Programa de Fondo Mundial de Lucha contra la TB y VIH
Dr. Eduardo Gotuzzo	Instituto de Medicina Tropical Alexander Von Humboldt - Universidad Peruana Cayetano Heredia	Docente – Investigador
Dr. José Best	INPE	Responsable del área de salud
Dr. Ciro Maguiña	Colegio Médico del Perú	Decano

2. Entrevistas colectivas

Grupo/Organización/Criterio	Número de Participantes
Médicos de Familia del plan TBCero	1 entrevista grabada
Promotoras del plan TBCero (promotores)	1 entrevista grabada
Pacientes en alta del plan TBCero*	3 entrevistas grabadas

3. Lista de documentos escritos y visuales

Documentos	Ubicación
Normatividad del Programa – Resoluciones, Convenio	Página Web del Programa
Cuaderno de Reuniones de la DISA Lima Ciudad	DISA V Lima Ciudad
Cuaderno del recuerdo	Casa de Alivio
Informes operacionales del Período	Centro de Salud San Cosme
Artículo Enfoque Sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú del Dr. Fuentes-Tafur	Revista Perú Med Exp Salud Pública, 2009; 26(3): 370-379
Artículo Un enfoque innovador: El plan TBCero La Victoria, elaborado por la DESP DISA V Lima Ciudad. Mayo 2011	Página Web
Galería de Fotografías	DISA V Lima Ciudad
Marco Lógico	DISA V Lima Ciudad

USAID| Perú| Calidad en Salud

Av. La Floresta 497, Of. 104,
Urb. Chacarilla del Estanque
San Borja. Lima 41 – Perú
Teléf.: 511-6189300 • Fax: 511-6189303

info@calidadensalud.pe
www.calidadensalud.pe

