

El Plan TBZero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis

TB zero plan: An integrative approach for controlling tuberculosis

Luis Alberto Fuentes-Tafur¹, Eduardo Ticona Chávez², Juan Carlos Velasco Guerrero¹, Wilder Vidauro Carpio Montenegro¹, Eduardo Guido Rinaldo Gómez³, Pamela Canelo Marruffo³

RESUMEN

Introducción: Presentamos los resultados de la ejecución del Plan TBZero, que con un enfoque sociopolítico se desarrolla en la jurisdicción del centro de salud de San Cosme, distrito de La Victoria. Esta es un área de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB), que presenta la más alta tasa de incidencia de TB del Perú, y donde las condiciones como el trabajo informal, daños psicosociales, pobreza, altas tasas migratorias, hacinamiento y turgurización han dificultado el éxito de diversas intervenciones.

Metodología: Desde Marzo del 2009 se viene implementando el Plan TBZero con un modelo de abordaje integral, sistémico y humanizado que se fundamenta en la incidencia sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y la Atención Primaria de Salud (APS). Está conducido por la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad Distrital de La Victoria (MLV) con la participación de las personas afectadas por la TB. Tiene 6 componentes: incidencia política, atención clínica de las personas/familias/comunidades afectadas, manejo de factores asociados (VIH, daños psicosociales, laborales), salud y seguridad de los servidores de salud, promoción y comunicación en salud y gestión del plan. Dentro de ello, se desarrolla la Estrategias DATOS (Detección, análisis y tratamiento observado socialmente), que permite fortalecer la estrategia DOTS en las AERT-TB.

Resultados: Incremento en un 130 % del porcentaje de SRI, disminución del porcentaje de abandono (83 %), disminución en 20 % de la tasa de incidencia de TB, humanización de la atención familiar/comunitaria, y participación del gobierno local de La Victoria (MLV) con la formulación y ejecución de políticas públicas saludables. Se sugiere la aplicación del modelo en otras AERT-TB del país y/o del mundo.

Palabras clave: Tuberculosis, tuberculosis multidrogo resistente, tuberculosis extensivamente resistente a drogas, atención primaria de salud, sociología médica. (DeCS/MeSH).

SUMMARY

Introduction: We present the results of the execution of the TB zero plan, a socio-political approach that is currently being carried out in the jurisdiction of the San Cosme Health Center in La Victoria district. This is an area with a high risk for TB transmission, showing the highest incidence rates of TB in Peru, and where conditions such as informal employment, psycho-social disturbances, poverty, high migration rates, and overcrowding had hampered success of many intervention measures. The TB zero plan has been in practice since March 2009, using an integrative, systemic, and humanistic approach based on social determinants of health and primary healthcare. The plan is carried out by the local Lima City V Health Direction (DISA V, Lima Ciudad) and La Victoria Municipality, with the active participation of persons affected by TB. The plan has 6 components: political impact, clinical care of affected persons/families/communities, management of associated factors (HIV infection, psycho-social and working conditions), health and safety conditions of healthcare workers, health promotion and communication, and plan management. Within this integrative plan, the DATOS (according to its Spanish initials) strategy has been implemented (detection, analysis and socially observed therapy), which allows to strengthen the DOTS strategy in these areas with a high risk for TB transmission. Results observed are a 130% increase in the number of persons with respiratory symptoms identified, a reduction in the percentage of therapy withdrawals to 83%, a 20% reduction in the incidence of pulmonary TB, humanization of family/community healthcare, and the participation of local authorities in the design and execution of health public policies. We suggest to apply this model in other areas with a high risk for TB transmission in this country and/or elsewhere.

Keywords: Pulmonary tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, Extensively Drug-Resistant Tuberculosis, primary health care, medical sociology. (DeCS/MeSH).

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una de las enfermedades reemergentes que más afecta a las grandes ciudades y de preferencia a los países más pobres del mundo. La OMS estimó que para el año 2007 el número de casos nuevos de tuberculosis en el mundo fue de 9,3 millones (139,1 por 100 000 habitantes), mientras que en las Américas fue de 294 636 que correspondieron a una tasa de 32,4 casos por 100 000 habitantes¹.

Nuestro país presentó para el año 2008 una incidencia de 150,2 por 100,000 habitantes, siendo la ciudad de Lima la que concentró el 60 % de todas las formas de TB, el 80% de TB MDR y el 90 % de TB XDR².

La distribución de la TB no es uniforme en la ciudad, por lo que se identifican áreas de una mayor incidencia de casos reconocidas como áreas de elevado riesgo de transmisión de tuberculosis (AERT-TB)³.

Una de estas AERT-TB corresponde la zona de influencia del centro de salud de San Cosme (CSSC). Sólo en el 2008 dicho centro diagnosticó 266 casos de TB. En tasa el total de todos los casos de TBC, independientemente de su clasificación, correspondieron a 1 347,2 x 100,000 habitantes y específicamente en los casos TBC pulmonar con frotis positivo se tuvo un valor de 1 028 x 100 000 habitantes. En el 2008 se diagnosticaban seis casos de TBC pulmonar por semana y el AERT-TB de CSSC constituía la zona de mayor incidencia de TBC en el país⁴.

El CSSC ofrece cobertura a una población cercana a los 23 mil habitantes, que en horas punta del día se incrementa hasta a 60 mil personas. Dicha variación se explica en gran parte por la continua concurrencia generada por los proveedores, trabajadores y clientes del Mercado Mayorista N° 1 ("La Parada") y por el centro comercial Gamarra.

En el caso de "La Parada", desde su formación a fines de los años 40 del siglo pasado, esta se ha constituido en un "atractor" donde la informalidad laboral y las fuertes migraciones externas e internas de la ciudad de Lima han

1. DISA V Lima Ciudad.
2. Hospital Nacional Dos de Mayo, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Universidad San Martín de Porres.
3. Centro de Salud San Cosme.

generado un conjunto de factores de riesgo propicios para el desarrollo de la tuberculosis y dispersión al resto de la ciudad. En esta zona el empleo informal y precario, el hacinamiento y tugurización, alta contaminación ambiental, la delincuencia, prostitución, drogadicción y alcoholismo se sinergian con la pobreza, exclusión social y discriminación⁸. El arribo del *M. tuberculosis* en forma intensa a esta zona, parece haberse producido desde inicios del siglo XX en el que autopoyéticamente se relacionaron "la semilla y el terreno fértil"⁹.

Con el transcurrir de los años la persistencia y fortalecimiento de estos factores han facilitado el desarrollo de la epidemia de tuberculosis en la zona. Contribuyó además, un sistema de salud precario con fuerte influencia del modelo de atención biomédico¹⁰ y la indiferencia de los gobernantes locales (alcaldes) que facilitaron la situación de inequidad para acceder a mejores condiciones de vida y al derecho a la salud de la población en general y en especial de las personas afectadas por TB.

En el área de elevado riesgo de transmisión de TB del centro de salud San Cosme (AERT-TBC/CSSC), se han ejecutado diversas actividades de prevención y control de TB que no han logrado revertir esta situación, tampoco lo ha conseguido el sostenido crecimiento económico del país¹¹ ni la disminución de la pobreza a nivel nacional¹².

Aproximación de la situación actual de la tuberculosis en San Cosme

Algunos indicadores de importancia socio-sanitarios de la jurisdicción se resumen en la Tabla 1.

TABLA 1. Algunos aspectos socio sanitarios de San Cosme 2008-2010

Aspectos sociodemográficos	
Población ¹³ .	22 317 hab.
Población sin acceso a agua potable de red ¹³ .	5 %
Viviendas de material precario (adobe, esteras, piedra con barro, madera, cartón) ¹³ .	10 %
Hogares que no acceden a programas sociales (Comedores, vaso de leche, wawa wasi, otro) ¹³ .	68 %
Familias con algún miembro con problemas de alcoholismo ¹³ .	23 %
Familias con algún miembro con problemas de drogadicción ¹³ .	3 %
Situación de la Tuberculosis	
Familias con antecedentes de TB ¹³ .	25 %
Tuberculosis total en 100 000 habitantes (2008) ¹⁴ .	1 347,2
Tuberculosis pulmonar frotis + en 100 000 habitantes (2008) ¹⁴ .	1 028,0
Tasa de curación de 74,6% a 87,7% del 2008 al 2010 ^{15,16} .	82 %
Disminución de la tasa de abandonos de 20,4% a 7,7% del 2008 al 2010 ⁶ .	20,30 %
Nº casos TB MDR (2008) ⁶ .	35

Situación de la oferta de servicios

El CSCS es un establecimiento de Nivel I-3 perteneciente a la Red de Servicios de Salud Lima Ciudad y a la Micro

Red El Porvenir y está localizado al pie del Cerro San Cosme, en el corazón de La Parada. Producto de la cooperación internacional tiene acondicionado su segundo piso (150 mts² aprox.) para el manejo de pacientes afectados por TB, lo que resulta insuficiente para atender diariamente a un promedio de 150 pacientes que reciben atención bajo DOTS.

El establecimiento contaba con un equipo de profesionales y técnicos a dedicación exclusiva para la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la TBC (ESN-TB) local: 02 médicos generales, 01 enfermera, 01 asistente social, 02 técnicos de enfermería, 01 técnico de nutrición, 01 técnico administrativo y 16 promotores de salud; personal insuficiente para la creciente demanda.

En este contexto, en la jurisdicción del CSSC del distrito de La Victoria, desde marzo del año 2009 se viene desarrollando un programa con enfoque de ciudadanía denominado "Plan TBCero", a través de un esfuerzo compartido entre la Dirección de Salud V Lima Ciudad (DISA VLC) y la Municipalidad Distrital de La Victoria (MLV) con el objetivo de contribuir a la disminución de la tasa de incidencia de la tuberculosis en un 30%, en un periodo de 5 años.

ESTRATEGIAS

La Dirección de Salud de las Personas de la DISA V Lima Ciudad, propone la implementación de un plan en la jurisdicción del CSSC con un modelo de abordaje integral, complementario, sistémico y humanista¹⁷ luego de evaluar la situación de la TB en Lima Metropolitana y en la DISA V Lima Ciudad.

Para ello, en el periodo comprendido entre enero y abril del año 2009, realizó una evaluación de línea de base, en los siguientes aspectos:

1. La situación de salud de la localidad de San Cosme con énfasis en la tuberculosis.
2. La encuesta basal: Módulo Perú. La Victoria marzo-2009 elaborada por la Red Lima Ciudad.
3. El análisis de las experiencias de intervenciones desarrolladas por el Ministerio de Salud en forma conjunta con las agencias de cooperación.
4. El análisis del rol de las organizaciones representativas de las personas afectadas por la tuberculosis.
5. Revisión bibliográfica sobre la tuberculosis en estos ámbitos.
6. Entrevista con los actores de estos procesos, ponderando la voz de los directamente afectados.

- 7. Opinión de expertos en tuberculosis, sanitaristas y científicos sociales.
- 8. Revisión de experiencias de atención comunitaria para el control de la tuberculosis.

Luego se desarrolla un bosquejo de plan de intervención denominado Plan TB Cero, que fue evolucionando desde el mes de abril del 2009 hasta adquirir la actual estructura, que a continuación se detalla: Ver Figura 1.

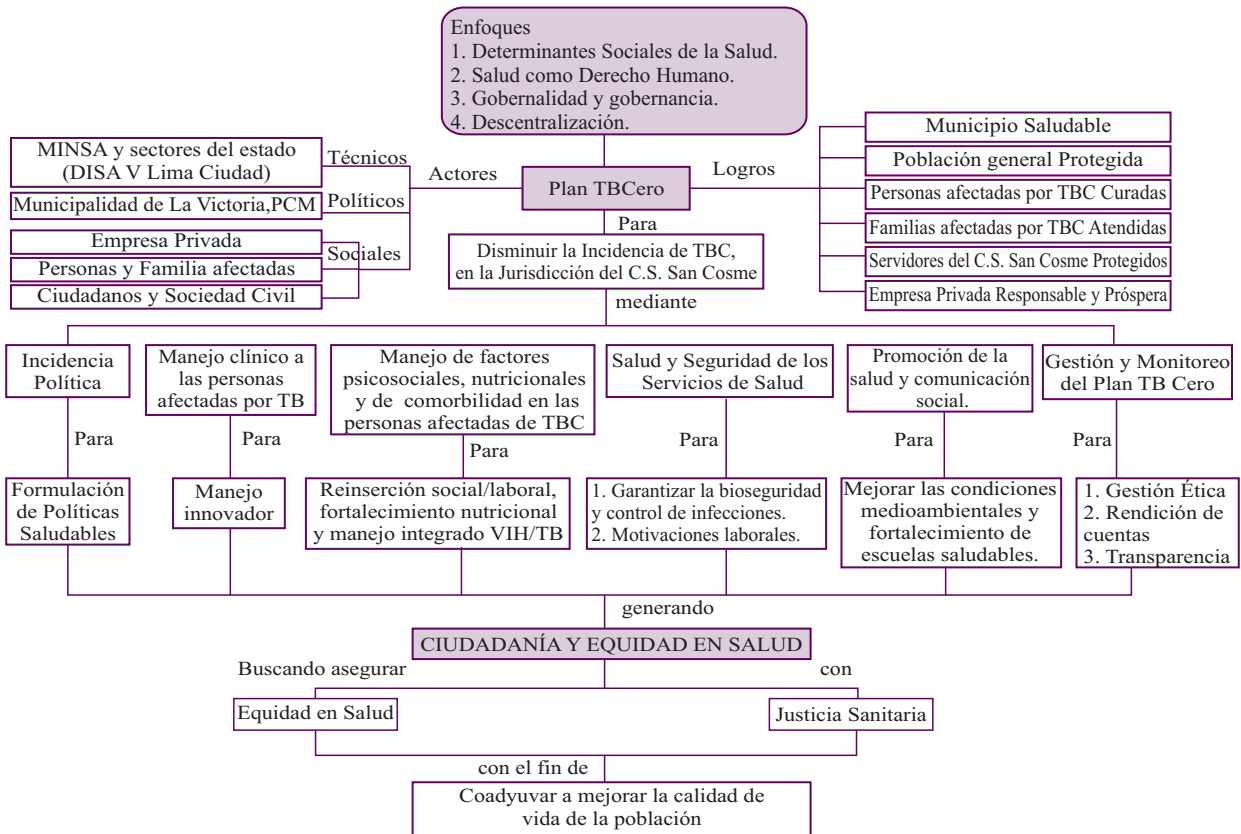


FIGURA 1. Mapa conceptual

ENFOQUES

- Determinantes sociales de la salud: la TB¹⁸ es una de las enfermedades más vinculadas a las condiciones de vida de las personas, así como a la respuesta social organizada desde los servicios de salud. Se busca que el enfoque asocie la visión de la Atención Primaria de la Salud (APS)¹⁹.
- Derechos humanos a la salud: la realización del derecho a la salud de las personas/familias/comunidades afectadas por la TB es una obligación del Estado peruano; por tanto los servidores de salud deben ejecutar políticas con enfoque de equidad e inclusión social. Nuestro abordaje trasciende al paciente que busca los servicios de salud, para hacerse familiar, comunitario y en muchos casos individual. De la misma manera se busca garantizar el derecho de los trabajadores de salud que en estas zonas se hallan en mayor riesgo de adquirir la infección²⁰.
- Gobernanza y gobernabilidad: los múltiples actores sociales participantes, en especial los afectados, deben relacionarse mediante acuerdos y normas que garanticen el ejercicio de sus derechos pero también de sus obligaciones. El Ministerio de Salud (MINSA) en su calidad de órgano rector debe liderar técnicamente el

proceso donde la sociedad civil coadyuve a ese propósito. Es fundamental la ejecución ética y transparente de los recursos destinados a las acciones sanitarias, los afectados deben realizar el control social y las instituciones participantes deben rendir cuentas.

- Descentralización local: los gobiernos locales tienen responsabilidad sobre los determinantes sociales que afectan la calidad de vida de los vecinos del municipio, es su obligación ejecutar políticas públicas saludables destinadas a disminuir los determinantes sociales negativos para la salud. Cualquier programa que busque sostenibilidad debe institucionalizar las acciones de los gobiernos locales mediante presupuestos concertados participativamente. Este diseño de política de carácter territorial favorece la creación de redes sociales de soporte y coadyuva a la inclusión social y eliminación de la discriminación.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

- Incidencia política: en los actores sociales relevantes como el alcalde, organizaciones sociales de base, ONGs, empresas privadas; y articulación intersectorial (Educación, MIMDES, MINAG). Agendar la TB como un problema prioritario de salud pública. Impulsar

alianzas con organizaciones de personas viviendo con VIH-SIDA (PVVS).

- Manejo clínico de las personas/familias/comunidades afectadas por la tuberculosis: Fortalecer las actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento. Estrategia de fortalecimiento del DOTS con enfoque de APS denominado DATOS (Detección, análisis y tratamiento observado socialmente) explicado más adelante.

- Manejo de los factores psicosociales, nutricionales, de coinfección TB-VIH y otras comorbilidades (diabetes, etc.) en los afectados: Promover la atención integral de los afectados específicamente en aspectos vinculados a su nutrición, salud mental, reinserción laboral y coinfección TB-VIH. Fortalecer redes sociales con la participación de las organizaciones de afectados. Se considera que el apoyo nutricional no es una estrategia de adherencia al tratamiento, sino debe ser más bien un soporte familiar con una perspectiva de seguridad alimentaria y nutricional.

- Salud y seguridad de los servidores de salud: garantizar la seguridad de los trabajadores de salud desarrollando medidas de control de infecciones (implementación de medidas administrativas, mejoramiento de la ventilación y protección respiratoria personal), así como control periódico de los servidores de salud. Capacitación y asistencia técnica permanente. Incentivos por trabajo en zona de alto riesgo ocupacional.

- Promoción de la salud y comunicación: fomentar entornos saludables (escuelas, viviendas, comunidades, centros laborales), acciones de comunicación y planteamiento legal para la reubicación ordenada de "La Parada".

- Gestión del Plan TBCero: Rendición de cuentas. Fortalecimiento del sistema de información basado en tecnologías de la información. Información oportuna para la toma de decisiones.

NIVELES DE GESTIÓN DEL PLAN TBCERO

- Decisión política: Alcalde distrital de la MLV y Director General de la DISA V LC.

- Decisión tecno-política: Director Ejecutivo de Salud de las Personas de la DISA V Lima Ciudad (Secretario Técnico del equipo del Plan TBCero), Gerencia de Desarrollo Social de la MLV y el Presidente de la Asociación de Personas Afectadas por la Tuberculosis de La Victoria (ASET La Victoria).

- Nivel operador: Red de Salud Lima Ciudad, Micro Red El Porvenir, centro de salud San Cosme y médico jefe de salud de la MLV.

Este enfoque innovador debe contribuir a mejorar la equidad sanitaria y a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de la localidad de manera que el derecho a la

salud sea garantizado y ejercitado; pero además servirá como base para desarrollar un conjunto de acciones sanitarias que contribuyan a controlar otros daños, evitar las enfermedades y potenciar la salud de las personas con su participación¹⁷.

Se planteó un desarrollo por etapas y de aprendizaje continuo, lo que permitirá ir corrigiendo e implementando nuevas propuestas. Cada una de las líneas estratégicas tiene un conjunto de tácticas operacionales y actividades consideradas dentro de un marco lógico¹⁸.

ESTRATEGIA DATOS

- En la línea estratégica: Manejo clínico de las personas/familias/comunidades afectadas por la tuberculosis, se desarrolla una propuesta complementaria para fortalecer la estrategia DOTS en los AERT-TB, los cuales presentan las siguientes características:

- Tipo de pacientes: pobreza, empleo informal, condiciones de hacinamiento, inequidad, exclusión, discriminación, con daños psicosociales (alcoholismo, drogadicción, delincuencia), con historias familiares donde la TB es vista como "algo natural" que hace disminuir la percepción de daño. Personas con múltiples factores de riesgo vinculados a abandonos de tratamiento.

- Establecimientos de salud: elevada demanda de atención, infraestructura inadecuada, personal insuficiente, limitaciones en las medidas para el control de las infecciones, riesgo para los pacientes afectados, riesgo para los trabajadores de salud.

- Características epidemiológicas: crecientes tasas de incidencia y aumento de las tasas de abandono. Interacción permanente en el servicio de pacientes con TB, TB MDR, TB XDR y coinfección TB-VIH, con el riesgo de reinfección o intercambio de cepas.

Por tanto se propone un modelo flexible que facilite el manejo familiar/comunitario de los pacientes, conservando los principios del DOTS. A este modelo se denomina DATOS (detección, análisis, tratamiento observado socialmente). Su fundamento radica en el encuentro y diálogo con las racionalidades de la comunidad, en la comprensión del devenir de la vida de los afectados en su comunidad, en la diversidad entre sus integrantes (cultural y social), así como en la existencia de una precaria red social.

La estrategia DATOS es la interfase entre el enfoque biomédico y el social, significa la organización de los servicios de salud para incorporarse a la comunidad en el abordaje sobre los determinantes sociales¹⁹; se complementa con la incidencia política sobre otros actores sociales, la participación de los afectados y el rol protagónico del gobierno local de La Victoria. Ver Figura 2.

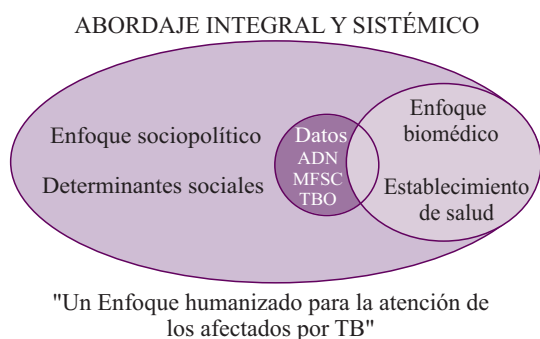


FIGURA 2. Esquema de la Estrategia DATOS.

COMPONENTES

Atención diferenciada por niveles (ADN)

Considerando a la persona como parte de la familia y el barrio/comunidad; así como las particulares condiciones socioculturales de la población afectada se ha establecido cuatro niveles de atención:

- Nivel familiar: Atención a domicilio, dirigido a pacientes con TB sensible, que tienen enfermedades crónicas, discapacitados, algunos casos de TB sensible que presenten casos psicopáticos y que no puedan/deseen asistir a los establecimientos públicos y últimamente los casos TB-XDR. Está a cargo de los médicos de la familia de San Cosme y de los promotores de salud.

- Nivel comunitario: Se basa en la atención de un centro que dispensa medicamentos y coopera en el apoyo asistencial terapéutico físico, psicológico, social y espiritual. Se denomina "Casa de Alivio", en él se imparte una atención personalizada y está a cargo de personal de salud de la MLV bajo la conducción del médico director de la MLV y el jefe de centro de salud de San Cosme; ellos también realizan visitas y atención médica domiciliaria integral.

Es financiado totalmente por la municipalidad y los pacientes son incorporados a los programas sociales municipales (redes de apoyo, estudios, empleo). La casa de alivio está dirigida a los pacientes con TB sensible BK (-) y cultivo (-) y su manejo consta de un protocolo innovador²¹.

- Nivel de establecimiento de salud: Destinado a la atención de pacientes con TB MDR; pacientes que presentan Reacción Adversa a los Fármacos Antituberculosos (RAFA), y en general todos los pacientes en los inicios de su tratamiento y durante sus evaluaciones médicas. Atención desde las 7 am. Desde aquí se dirige las acciones de la Estrategia DATOS. Proceso de mejora de la calidad de atención con especial énfasis en la dimensión humana.

- Nivel especializado: Un centro especializado para casos complicados que necesiten una atención especializada. Este centro es el Hospital Nacional Dos de Mayo.

Médicos de la Familia de San Cosme (MFSC)

Integrada por médicos que tienen asignada una determinada zona y cuya función es la detección de casos en la comunidad, tratamiento medicamentoso, evaluación de contactos intra y extra domiciliarios, apoyo psicológico y social, recuperación de casos de abandono. En sus visitas familiares y comunitarias recorren las calles, viviendas, escuelas y lugares de trabajo; si bien su tarea fundamental está vinculada a la tuberculosis, también desempeñan otras acciones sanitarias de salud integral. Articulan el trabajo del centro de salud, la casa de alivio y la comunidad. Su selección y formación incluyen aspectos médicos, sociales, antropológicos y espirituales. Los promotores de salud trabajan estrechamente con ellos.

Observación en centros laborales "TB te veO"

Intervención en los centros laborales para la búsqueda de sintomáticos respiratorios, detección de casos y educación para la salud.

LOGROS

De acuerdo a las líneas estratégicas:

a) Incidencia política: Se han establecido alianzas con la Municipalidad de La Victoria, el sector educación y ONGs. Existe participación activa en la conducción del plan por parte de la ASET- La Victoria.

Se ha conseguido financiamiento 650 000 nuevos soles de la MLV a través del Presupuesto Participativo (9 % y 6 % entre los años 2010 y 2011 a diferencia de menos del 1 % el año 2009) y la agendación de una política pública a través de un convenio entre la MLV y la DISA V LC para la implementación del Plan TB Cero^{22,23}.

Organizaciones internacionales lo reconocen como modelo innovador (OPS, Calidad USAID, Unión Internacional de lucha contra la tuberculosis) y el Comité Nacional de Enfermedades Transmisibles del Consejo Nacional de Salud del Perú, lo recomienda como complementario al Plan Estratégico Multisectorial (PEM-TB)²⁴.

Considerando que la infraestructura del centro de salud San Cosme es insuficiente, se realizó gestiones ante la Superintendencia de Bienes Nacionales (SBS) para la transferencia de la propiedad del campo deportivo de San Cosme a favor de la MLV la que ha cedido una parte para la futura construcción de un establecimiento de mayor nivel de resolución con la finalidad de cerrar la brecha de atención a una población en situación de pobreza, inequidad y estrés social²⁵.

Se ha sustentado técnicamente el pedido de la municipalidad para la reubicación de La Parada por ser el "atractor" social que fortalece los determinantes sociales asociados a la tuberculosis.

Se ha iniciado una intensa coordinación con organizaciones de personas vulnerables con VIH-SIDA (PVVS), para trabajo articulado de consejería, educación y comunicación.

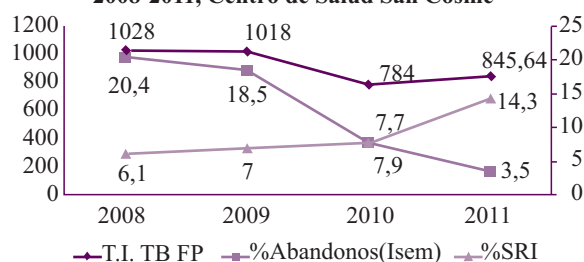
b) Manejo clínico de las personas afectadas de tuberculosis (PAT): En Octubre del 2009 se iniciaron las actividades de los "MFSC" en una primera etapa de inducción considerando las particularidades de la zona. Están conformados por 3 médicos y 3 promotores de salud sometidos a una selección rigurosa y formación multidisciplinaria, están financiados por la DISA V LC. Implementación de dos tácticas operacionales: ADN a través de la implementación de la casa de alivio desde marzo del 2010 y MFSC; estando en etapa de inducción la táctica "TB te veO" para los centros laborales.

Uno de los logros más importantes del plan (desde la perspectiva de la APS) es la humanización de la atención de los afectados generando confianza en los pacientes/familiares/comunidad.

La estrategia DATOS ha fortalecido: la integralidad de la atención personal/familiar/comunitario, la mejora de la aceptabilidad del establecimiento, disminución de riesgos de abandonos, identificación de sintomáticos respiratorios en la comunidad y la extensión de la oferta de servicios con calidad.

Se ha incrementado el indicador de SRI de 6,1 % el año 2008 a 14,3 % el 2011 y se ha disminuido el porcentaje de abandonos de 20,3 % el año 2008 a 3,5 % el año 2011(Ver Figura 3). Aún tenemos limitaciones en las pruebas laboratoriales y radiológicas.

Tasa de Incidencia de TB, SRI y número de Abandonos. 2008-2011, Centro de Salud San Cosme



Fuente: Estrategia Sanitaria para la Prevención y Control de TB. DISA V Lima Ciudad. 2010

FIGURA 3. Resultados de Indicadores 2008- 2011.

c) Factores psicosociales, nutricionales y de comorbilidad en los PAT: Estamos trabajando en una propuesta de mejora calórica de la canasta de víveres PANTB que debe ser entregado a la familia (seguridad alimentaria).

Los alimentos no deben ser el factor fundamental de la adherencia, ésta debe basarse en la confianza en el servicio por su calidad técnica y humana. Tenemos identificadas a las personas con coinfección TB-VIH y reciben permanente apoyo psicológico y soporte de pares.

Los pacientes que salen de alta de la casa de alivio tienen acceso a un empleo asignado por la MLV²⁶.

d) Salud y seguridad de los servidores de salud: Mejora de las medidas ambientales y dotación de respiradores N95 (para el personal de salud) y mascarillas (para los pacientes). Programa de capacitación para el control de las infecciones nosocomiales. Fortalecimiento de los recursos humanos y capacitación continua.

e) Promoción de la salud y comunicación: coordinar con la MLV para mejorar y ordenar el comercio informal en la zona de La Parada y el centro comercial de Gamarra. Limpieza de techos y mejora de la limpieza pública en la zona de San Cosme. Elaboración de propuesta y etapa de inducción de estrategia comunicacional para la ejecución la táctica "TB te veO". Se viene desarrollando una actividad de encalamamiento (cal en las paredes domiciliarias) con el objetivo de mejorar el aspecto arquitectónico de la zona, esto contribuye a fortalecer la salubridad y estima comunitaria.

f) Gestión del Plan TB Cero: Incorporación de las actividades del Plan TBCero en el POI de la DISA V LC y Red de Salud Lima. Incorporación al Presupuesto por resultados (PPR) de la DISA V LC a partir del año 2011.

Producto de estas acciones conjuntas se ha logrado que la tasa de incidencia de TB - que en el año 2008 era de 1028 por 100 000 habitantes - haya disminuido a 845,64 por 100 000 habitantes el año 2011 equivalente a un 20 %.

DISCUSIÓN

Desde la implementación del Plan TBCero, se ha evidenciado un incremento en un 130% del porcentaje de SRI, disminución de la tasa de abandonos en un 83 %, y de la tasa de incidencia de TB en un 20 % en la jurisdicción de la mayor AERT-TB del país, hecho no observado previamente a pesar de los esfuerzos realizados.

La estrategia DOTS aplicada en el país, desde los 90s ha mostrado ser muy eficiente disminuyendo la incidencia de TB en el país en razón a 5,5 % anualmente, hasta el 2003, luego del cual, la incidencia no se ha logrado disminuir. En los AERT-TB la disminución de la incidencia ha sido menos evidente que en el resto del país, lo cual consideramos se debe a que la eficiencia de la estrategia DOTS se ve limitada por factores económicos, sociales, culturales y políticos que se desarrollan en la comunidad, como consecuencia de los altos niveles de hacinamiento, tugurización, informalidad laboral, delincuencia, prostitución, drogadicción y alcoholismo que son los vectores de la pobreza y exclusión en la que viven sus habitantes, tal como ocurre en el área del CSSC, zona del "atractor" La Parada.

Otras intervenciones han sido implementadas en este AERT-TB, pero así como el DOTS, han tenido poca

consideración de los determinantes sociales de la salud, que este Plan TBcero sí considera.

Además, cuando se han implementado intervenciones sociales en AERT-TB, no han tenido un enfoque suficiente en ciudadanía, lo que se aprecia al no haber logrado la participación de los gobiernos locales ni de las personas/familias/comunidades afectadas desde la concepción del plan, evidenciándose a través de la ausencia de presupuestos y políticas públicas municipales destinados al control de la TB así como el escaso compromiso comunitario.

Los DSS implicados en la generación y desarrollo de la TB, hacen necesario para su efectivo control, el empleo de un abordaje con enfoque socio-político, complementario al enfoque biomédico. Aún las limitaciones de los servicios de salud para brindar una atención y cuidado con efectividad y calidad en el CSSC, han sido consideradas y cubiertas parcialmente por el gobierno local MLV.

El Plan TBcero, no ha incorporado ningún elemento nuevo en las intervenciones bio-médicas, lo que ha buscado es incorporar las clásicas intervenciones de este tipo, en el marco de un enfoque socio-político. Este enfoque, por primera vez incluye a la familia/comunidad y a sus autoridades como centro de la atención para la incorporación de las intervenciones bio-médicas¹⁰. Es la forma más convincente de abordar los DSS que inciden sobre la TB en los AERT-TB. Es así que la conducción y ejecución están a cargo de la DISA V LC y la MLV, ambos elementos son fundamentales en la responsabilidad de la salud de la comunidad, aprobándose políticas públicas saludables por la MLV, que disminuyen algunos DSS.

Existen indicadores de mejora tanto de los procesos como de los resultados. Sin embargo, consideramos que el mejor aporte del plan radica en el enfoque individual/familiar/comunitario humanizado y la acción de la MLV basada en los DSS y la APS, que garantizaría la sostenibilidad de la intervención.

Hemos apreciado aún muchas dificultades que limitan la implementación del plan: persistencia de la hegemonía del modelo biomédico en determinadas políticas, apoyo limitado para resolver temas de daños psicosociales (drogadicción, alcoholismo, prostitución, delincuencia), Intersectorialidad limitada (Interior, MIMDES, Ambiente), bajos resultados en la participación del sector privado, limitación en el desarrollo de la táctica operacional "TB te veO" por restricciones económicas, ausencia de un sistema de vigilancia epidemiológica para TB basada en los DSS, así como la de un sistema de información adecuado que impiden tomar decisiones oportunas sobre los mismos.

Sin embargo, los resultados positivos del Plan TBcero animan a continuar con el esfuerzo y consideramos que sus éxitos se deben a: su fundamento en la realidad local y las experiencias anteriores tomando de ellas lecciones aprendidas, encuentro de saberes y diálogo cultural,

compromiso de la autoridad local (Alcalde) para formular políticas públicas saludables, participación activa de las personas afectadas, compromiso de los trabajadores del centro de salud, calidad técnica y humana del equipo directivo/ técnico/operador, sentido de espiritualidad del equipo, aprendizaje, flexibilidad e innovación permanente, motivación por resultados diarios, racionalidad en el uso de los recursos materiales y financieros, apoyo de la academia, colegios profesionales y agencias de cooperación.

En cuanto al financiamiento es necesario señalar que la inversión adicional al presupuesto regular de la ESN-PCT es de aproximadamente 700 000 nuevos soles (unos \$270 000 financiados por DISA V LC y MLV). Si bien es cierto este plan es una muestra de gestión eficiente a baja inversión, es fundamental un estudio costo-efectividad considerando las externalidades económicas que genera una detección temprana de casos, disminución de abandonos y tratamiento oportuno y adecuado²⁷.

Nuestro desafío es continuar mejorando y proponer este Plan como un modelo para el control de la tuberculosis en otras AERT-TB. Lima Metropolitana concentra más del 60% de casos de TB en todas sus modalidades y en forma creciente los casos de TB- MDR y XDR. En Lima Metropolitana existen otros AERT-TB relacionados a "atractores" similares a La Parada, por lo que una intervención con este enfoque coadyuvaría a cortar la transmisión de la TB en nuestra capital y en el país. De la misma manera este modelo puede ser aplicado en otras zonas del mundo (grandes ciudades y metrópolis) con "atractores" similares.

AGRADECIMIENTOS

A las licenciadas Melissa Daga Caycho y Maria del Carmen Taype Aylas por su apoyo constante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Regional de Tuberculosis (DPC/CD) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Tuberculosis en las Américas: Reporte Regional 2009.[monografía en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2009. [Accesado el 20 Mar 2011]. Disponible en: https://www.google.com.pe/#hl=es-419&scient=psy-ab&q=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+Salud++Tuberculosis+en+las+Am%C3%A9ricas.+Reporte+Regional+2009.+&oq=Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+Salud++Tuberculosis+en+las+Am%C3%A9ricas.+Reporte+Regional+2009.+&gs_l=hp.3...20391.23391.2.27062.37.10.0.0.0.2.62.5.2046.4-2j2.4.0...0.0.O1XRm4hJZi0&psj=1&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_cp.r_qf.,cf.osb&fp=d8978475db68dd18&biw=1280&bih=827

2. Información Epidemiológica Operacional. Informe operacional 2008 [sede Web]. Lima: Estrategia Sanitaria Nacional de Tuberculosis de la Dirección General de Salud de las Personas. [Accesado el 20 Mar 2011]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/esntbc_inf_eo.asp

3. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Construyendo Alianzas estratégicas para detener la Tuberculosis: La Experiencia Peruana. [Informe en Internet]. Perú: Ministerio de Salud; 2006. p. 189. [Accesado el 20 Mar 2011]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgsp/ESN-tuberculosis/normaspublicaciones/ConstruyendoAlianzasEstrategicas.pdf>
4. Identificación de los determinantes sociales que influyen en la situación de la tuberculosis en el cerro San Cosme. [Informe en Internet]. Lima: 2009. [Accesado el 20 Mar 2011]. Disponible en: www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047994.pdf
5. Dimitrov V. Complexity and semiosis of human life. [Informe en Internet]. Australia: Centre for Systemic Development University of Western Sydney; 1998. [Accesado 12 Feb 2011]. Disponible en: http://members.tripod.com/~Vlad_3_6_7/Complexity-of-Life.html
6. Jesús Toledo Tito, Pedro Guillermo Suárez, Víctor Zamora Mesía, Sandra Ballenas Béjar et al. Vivir la tuberculosis. Estudio Socioantropológico de la tuberculosis en dos zonas de alto riesgo de Lima: San Cosme y El Agustino. [Informe en Internet]. Lima: Ministerio de salud; 2000. [Accesado 12 Feb 2011]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/pvigia/publicaciones/tuberculosis/2vivir_la_tb.pdf
7. Matos J. Urbanización, migraciones y cambios en la sociedad peruana. Publicación N° 1. Estudio de las Barriadas Limeñas (1955). P. 16-17. Lima, 1966
8. Patch RW. La Parada. Un estudio de clases y asimilación. p25. Lima 1967
9. Barnes DS. The Making of a Social Disease: Tuberculosis in Nineteenth-Century France. Berkeley: University of California Press, c1995 1995. [Accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: <http://ark.cdlib.org/ark:/13030/ft8t1nb5rp/>
10. Ticona E. Tuberculosis: ¿se agotó el enfoque biomédico? Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 273-75
11. Ministerio de Economía y Finanzas. Indicadores Macroeconómicos. [Página de internet]. [Accesado Feb 2011]. Disponible en: http://www.mef.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1313Aindicadores-economicos&catid=613Aconceptos-basicos&Itemid=101106&lang=es
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú INEI. Censo 2007. Sistema de Consulta de Indicadores de Pobreza y Otros Instrumentos de Focalización - Censos Nacionales 2007. [Página de internet]. [Accesado Feb 2011]. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>
13. Dirección de Salud V Lima Ciudad, Encuesta Basal Módulo Perú 2009 / San Cosme, [publicación en línea]. [con acceso el 09-2-2012] Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94
14. Ministerio de Salud del Perú. [Página de internet]. Minsa lanzó plan "TB cero" que reducirá en 30% la incidencia de la Tuberculosis en cerro San Cosme. [publicado: 24/03/2010]. [accesado feb 2011]. disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=8676
15. Estudio de Cohorte. Esquema I. Estrategia de Salud para el Control de la Tuberculosis- Dirección de Salud-V, Lima - Ciudad; 2009.
16. DESP-DISA V Lima Ciudad. [Página de internet]. Lima: Un enfoque innovador: El Plan TBCero- La Victoria. Dirección de Salud V Lima Ciudad; 2011. [Accesado 6 Mar 2011]. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94
17. Fuentes-Tafur L. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2009;26(3): 370-79
18. Resolución Directoral N° 196/2009-DG-DISA V L.C., Por la que se conforma el Comité de Gestión del Plan TB Cero, el Plan de Control Integral de la Tuberculosis en Distrito de La Victoria, Localidad del cerro San Cosme, denominado: Plan TB Cero y otros. Dirección Regional de Salud Lima - Ciudad. Ministerio de Salud. [Página oficial en internet]. [Accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94
19. James Macinko, Hernán Montenegro y Carme Nebot, et al. Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. [Documento en Internet]. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS); 2007. [Accesado 20 Feb 2011]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/AD/THS/OS/APS_spa.pdf
20. Hernán del Castillo Barrientos, Carlos Alberto Mendoza Ticona, Juan Carlos Saravia Sebastián, José Gabriel Somocurcio Vilchez. Informe final: Análisis de la situación actual y propuestas de lineamientos técnicos para el control y prevención de la tuberculosis resistente en el Perú, 2008. [Informe de internet]. Perú: Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR). Comité de Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR) Perú 2008. [Accesado Feb 2011]. Disponible en: [http://www.google.com.pe/#q=Comit%C3%A9+de+Tuberculosis+Extremadamente+Resistente+\(TB+XDR\)+Per%C3%BA+2008++An%C3%A1lisis+de+la+situaci%C3%B3n+actual+y+propuestas+de+lineamientos+t%C3%A9cnicos+para+el+control+y+prevenci%C3%B3n+de+la+tuberculosis+resistente+en+el+Per%C3%BA&hl=es-419&prmd=imvns&source=ln&tbs=ctr:countryPE&cr=countryPE&sa=X&ei=oNT5T4S4O4TX6wGdj6TaBg&ved=0CEwQpwUoAg&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=2789c0abca5a439a&biwh=827](http://www.google.com.pe/#q=Comit%C3%A9+de+Tuberculosis+Extremadamente+Resistente+(TB+XDR)+Per%C3%BA+2008++An%C3%A1lisis+de+la+situaci%C3%B3n+actual+y+propuestas+de+lineamientos+t%C3%A9cnicos+para+el+control+y+prevenci%C3%B3n+de+la+tuberculosis+resistente+en+el+Per%C3%BA&hl=es-419&prmd=imvns&source=ln&tbs=ctr:countryPE&cr=countryPE&sa=X&ei=oNT5T4S4O4TX6wGdj6TaBg&ved=0CEwQpwUoAg&bav=on.2,or.r_gc.r_pw.r_qf.,cf.osb&fp=2789c0abca5a439a&biwh=827)
21. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Plan TBCero. Guía técnica de implementación de la "Casa de Alivio" del Centro de Salud San Cosme Red de Salud Lima Ciudad. [Accesado 5 Mar 2011]. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94
22. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Convenio Especifico de Cooperación entre la Dirección de Salud V Lima Ciudad y la Municipalidad de La Victoria. [Accesado 5 Mar 2011]. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94
23. Perú. Municipalidad de La Victoria. Presupuesto

Participativo 2010. Proyectos priorizados. [Página de internet]. [Acceso en febrero de 2011]. Disponible en: http://www.munilavictoria.gob.pe/demo_web/index01.php?page=paginas/otro/pparticipativo2010

24. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Plan TBZero. Mesa de análisis del Plan TBZero. [Accesado 6 Mar 2011]. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94

25. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Plan TBZero. Resolución N° 036-2011/SBN-DGPE-SDAPE. [Accesado 6 Mar 2011]. Disponible en: <http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php>

26. Perú. Dirección de Salud V Lima Ciudad. Informe Técnico: Reformulación de la política pública en alimentación de familias afectadas por tuberculosis de la jurisdicción de la Disa V LC del Centro de Salud San Cosme. Disponible en: http://www.disavlc.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&task=view&id=692&Itemid=94

27. Perú. Coordinadora Multisectorial de salud (CONAMUSA) - Comité Perú Alto a la Tuberculosis. Febrero 2009.

CORRESPONDENCIA

Luis Fuentes Tafur
fuentestafur@yahoo.es



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe