

# RESULTADOS





En esta sección se presentan los resultados a los que llegó para cada objetivo específico. Pero antes, se da cuenta de los principales productos obtenidos a partir del trabajo de campo y que han servido de insumo para el análisis posterior.

## OBJETIVO ESPECÍFICO 1: ANÁLISIS DE LAS PRÁCTICAS DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA TUBERCULOSIS EN LAS COMUNIDADES QUECHUAS

Seguidamente se presentan los resultados siguiendo las dimensiones mencionadas. Primero, se presentan algunas ideas generales sobre el tema propuesto en cada dimensión, y luego se puntualiza en los hallazgos de cada región.

### A. Análisis del contexto de atención

Los contextos de atención estudiados se caracterizan por cuatro aspectos fundamentales:

1. A pesar de existir población quechua monolingüe o bilingüe que maneja más el idioma quechua que el castellano, es muy poco el personal de salud que puede hablarlo.
2. Las condiciones de trabajo del personal de salud no son buenas y afectan sus posibilidades de capacitación y atención en los servicios.
3. Los recursos humanos y materiales así como insumos son escasos, y están destinados a cubrir necesidades primarias de la atención de la salud de las comunidades.
4. Si bien una proporción de la población que se atiende es quechua, existe una ausencia de sistemas de pertinencia intercultural en los servicios de salud.

Los servicios de salud trabajados se caracterizan por pertenecer a contextos relativamente diferentes. Una de las diferencias importantes radica en la importancia del idioma quechua para proveer los servicios. En dos de los seis casos estudiados, Circamarca en Ayacucho y Paucará en Huancavelica, el quechua domina la mayoría de relaciones entre los miembros de la comunidad, independientemente de la generación y el género de las personas, y es muy difícil comunicarse sin manejar el idioma. En Relave (Ayacucho) y Santa Ana (Huancavelica) la población es diversa y existe una proporción importante que es bilingüe y se comunica con fluidez en castellano. En Ica, si bien la mayoría de la población es castellano hablante, existe una minoría que habla exclusivamente el quechua, especialmente entre la población migrante de mayor edad y quienes recién han inmigrado de zonas en donde se habla predominantemente este idioma. Más allá de estas diferencias, solo una minoría del personal de salud de este servicio estaba en la capacidad de comunicarse en quechua.

Por otro lado, buena parte del personal es contratado temporalmente. Cuentan con poca capacitación en temas no priorizados por el sistema de salud, se dedican a múltiples tareas y deben dejar de lado varias de sus actividades y funciones para privilegiar las más urgentes o importantes de acuerdo con las directivas de carácter nacional, regional o local. Estos aspectos limitan su capacidad para responder a todos los servicios y desarrollar adecuadamente su labor.

Además, en la mayoría de los casos, los recursos humanos y materiales, así como insumos son escasos y están destinados a cubrir necesidades primarias de la atención de la salud de las comunidades. Este aspecto dificulta el desarrollo de servicios que requieren de un conocimiento especializado, evaluaciones de relativa complejidad e intervenciones integrales.

En relación a la atención a la población quechua, existen algunos aspectos que dificultan y facilitan su labor. Entre las dificultades, en primer lugar, se encuentra la comunicación con la población quechua monolingüe. Un segundo problema, resaltado por el personal y también por los usuarios de los servicios de salud, son los horarios de atención que en ocasiones no se adaptan a las necesidades y posibilidades de la población. Sin embargo, un componente que facilita su trabajo es el funcionamiento de los programas sociales vinculados a la salud, que hacen que las madres asistan a sus citas o reuniones.

Se debe mencionar que ninguno de los centros estudiados cuenta con un sistema de pertinencia intercultural de los servicios de salud. La mayoría del personal entrevistado tiende a asociar servicios de salud interculturales con la atención del embarazo y el parto pero no con la atención de la tuberculosis, ya que muchos consideran que las nociones tradicionales son perjudiciales para el tratamiento de este tipo de padecimiento.

## Ayacucho

En Circamarca existe un establecimiento de tipo 1.1 para acciones de atención primaria, por lo que los locales, las especialidades y los servicios son limitados. Cuenta con tres personales de salud: un licenciado, un técnico en enfermería y una obstetra. Solo el técnico es nombrado. Los principales programas que realizan son los que están orientados a la atención de las mujeres gestantes y niños pequeños.

Tomando en cuenta el predominio del quechua en la comunidad, solo el técnico puede comunicarse en esta lengua. La señalización y los afiches en el local están en su 90% en castellano, aunque a partir del tipo de ilustración se hace un intento porque el mensaje llegue a su población.



Foto 11. Pintura en la fachada del EESS.



Foto 12. Afiches en un consultorio del EESS.

El establecimiento de Relave es de tipo 1.1, por lo que los locales, las especialidades y los servicios son limitados. Cuenta con ocho personales de salud: un médico, dos licenciadas en enfermería, un odontólogo (temporal), tres obstetras y un técnico en enfermería. Ninguno de ellos es contratado, y el médico y una de las enfermeras son SERUM.

Los principales programas que realizan son los que están orientados a la atención de las mujeres gestantes y niños pequeños. En este contexto, a diferencia de Circamarca, no se presenta la barrera idiomática ya que la mayoría de la población en Relave habla el castellano sin ningún problema y lo usa en los diferentes ámbitos de su vida. A pesar que en su mayoría provienen de otras regiones del país (Cusco, Arequipa, Ica, Lima y también del norte del país), se puede decir que están familiarizados con la vida urbana. Sin embargo, el personal no podría comunicarse con aquellos pacientes que son quechuahablantes monolingües.



Foto 13. Imagen de la comunidad de Relave.



Foto 14. Partido de fútbol entre pobladores de Relave.

## Huancavelica

En el caso del Centro de Salud de Santa Ana en Huancavelica, las atenciones se llevaban a cabo en un contexto precario y desventajoso para el paciente afectado por tuberculosis. Al no contarse con un ambiente único y específico para la atención, el PAT debía desplazarse hacia zonas como el tópic o enfermería, y esperar que las enfermeras o técnicas se desocupen para recibir su tratamiento. Además, en muchos casos la distancia entre sus viviendas y el centro de salud era considerable por lo que tenían dificultades para recibir su medicación. El personal no podía ir a sus casas “por ser muy pocos y no tener tiempo”.

*Creo que para la toma de pastillas, hubiera [sic] habido un personal determinado para eso, y en cuanto al ambiente en la posta también, porque está mal, está cerca al cuarto donde dan parto, ahí y no era lo más adecuado. Sería bueno que existiera un laboratorio solo para el tratamiento, donde se administre las pastillas, donde se reciba a los pacientes, donde se informe a los pacientes porque si es que están en un ambiente donde hay madres gestantes, obvio cualquiera puede ser infectado. Un ambiente propio.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

*El centro de Salud de Santa Ana, el local, su infraestructura es muy pequeño y no tiene un ambiente exclusivo para ese programa (PCT), están mal divididos, por ejemplo tiene los medicamentos de los pacientes al costado de hospitalización, y hospitalización es una zona que está contaminada, y también por ejemplo los niños no deberían estar en esa parte donde nos atendemos.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Estas carencias también las señala la propia encargada.

*Una debilidad también es mi ambiente, un ambiente para el programa que no tengo. Un ambiente para la toma de muestras, aunque a tanta insistencia a la doctora recién me está habilitando un pobre ambiente, pero por lo menos [es] algo.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

En todos los casos, el personal de salud entrevistado desconoce y se siente ajeno a la posibilidad de realizar una adecuación cultural de la Norma Técnica de la ESN PCT, pues la idea generalizada que se tiene es que cualquier “visión quechua” o “andina” para esta enfermedad es errónea, en tanto la enfermedad solo puede ser tratada con medicación occidental.

*Ellos [los pacientes quechuas] tienen más creencia en el cerro, las hierbas, el cuy. Y ellos sí optan más en irse a ese lado. Sí he visto varios casos: “No, que esto lo va curar tal persona”, y sí se iba. Pero culturales aquí, no se ve mucho eso porque es ciudad.*

**(Coordinadora ESR PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

En este punto también hubo énfasis en que debería establecerse horarios específicos para la toma de pastillas, de tal modo que los pacientes que con esfuerzo llegan al centro de salud no pierdan su tiempo con esperas innecesarias.

*Teníamos que esperar. En cuanto a sus horarios para tomar las pastillas, creo que deberían ya tenerlo claro, de modo que a una hora llegue un paciente y ya una asistente lo esté esperando allí, porque a veces yo iba y tenía que esperar media hora, y a veces ya me amargaba, les gritaba “¿Hasta qué hora les voy a esperar?”. A veces esperaba y ya estaba viniendo otro paciente, y ni modo que me dieran junto con él, a los dos al mismo tiempo.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Algunos pacientes manifestaron no tener inconvenientes con ir al centro de salud diariamente para tomar su medicación, pero otros sí expresaron su disconformidad.

*Yo en tres ocasiones fui a su casa [de la encargada del PCT] y ella también en tres ocasiones vino a mi casa. Ella me estableció un horario, a las 2:00 p. m. que bajaba del Centro de Salud, porque el detalle era que no podía subir [hasta el C.S.], me agitaba, por eso el motivo que yo le solicité eso.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Sin embargo, debe mencionarse que el hecho de que la medicación sea dada en casa no es vista de forma positiva por quienes llevan el ES PCT en dicho establecimiento.

## Ica

Los EESS de Ica gozan de mejores condiciones a nivel de infraestructura que los de Ayacucho y Huancavelica, sin embargo la carencia de recursos humanos y de material para la atención es similar. Se observó que el personal de salud de la ESN-TB se encuentra involucrado y comprometido con las actividades que forman parte del programa.

No obstante, hay algunos problemas que influyen negativamente en su accionar: falta de materiales de bioseguridad, recursos humanos, infraestructura insuficiente, etc. Por ejemplo, el centro de salud de Parcona posee un ambiente amplio, pero es único, por lo que el personal de salud de la ES PCT y otros pacientes se encuentran expuestos de manera permanente. En La Tinguiña, el centro de salud cuenta con dos ambientes para la ES PCT: uno para la atención a los pacientes, y otro donde se almacenan los medicamentos y se encuentra el personal de manera permanente que tiene una puerta con salida a la calle. Si bien esta es una medida de bioseguridad, puede ocasionar dificultades con los pacientes que se ven expuestos a las miradas y gestos de personas que transitan por la calle, algunas personas conocidas y otras que los ven esperando ser atendidos.

Por otro lado, las actividades que forman parte de la ES PCT se desarrollan de manera distinta en Parcona y La Tinguiña, debido principalmente a los recursos humanos y materiales con los que cuenta cada centro de salud. Sin embargo, en ambos se menciona que para la atención de pacientes quechua hablantes se busca un intérprete o interlocutor que facilite la comunicación en caso fuera necesario, no obstante, esto no es frecuente. Abajo se presenta una cita en relación a la población que es atendida en esta localidad:

*[La población] Es netamente migrante, de todas las partes que están alrededor de Ica vienen a atenderse. Los más necios son los que vienen de la sierra. Los pacientes que se me murieron eran de Puno. Ya la experiencia me ha enseñado que los pobladores de esa parte de la serranía son los más tercos; a otros les puedes hacer ver que lo que estás haciendo es por su bien y te entienden, pero los otros no.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS La Tinguiña - Ica)**

- *En los establecimientos muy pocos son los que hablan quechua, los trabajadores de salud muy poquísimos. Los técnicos menos, pero a veces hay algún establecimiento de salud en el que sí alguno habla, ya te llamas a la técnica, a quien habla "a ver comunícate con la señora, qué cosa quiere"; ya entonces, en eso... como te digo, si nos llegara ahora una paciente quechua hablante y llega mal o nos empieza a explicar no, no vamos poder, va a ser difícil hablarle, comunicarnos, porque no le vamos a entender.*
- *¿Y en ese caso cómo se procedería?*
- *No sé, buscarle, o si viene con un familiar buscar al familiar o alguien que nos pudiera hacer de interlocutor, porque tampoco podemos dejarla que se vaya; porque si está un poco mal o siente algún malestar... o con sus gestos trataremos de entenderla, ¿no? Porque es bien difícil, es bien difícil no saber qué quiere. Generalmente las personas mayores te explican y no saben cómo expresar lo que ellos necesitan porque tampoco lo van a entender. Eso es lo más difícil creo para poder... si es que tenemos más de tres o cuatro pacientes quechua hablantes que nadie hable quechua.*

**(Coordinadora regional de la ESN PCT, Ica)**

## B. Percepción del personal sobre la Norma Técnica de la ESN PCT

Pese a las diferencias entre los establecimientos. La gran mayoría no cuenta con un ejemplar actualizado de la norma de la ESN PCT. En casi todos los contextos la mayoría del personal afirma no haber leído este documento e indica sentir que no maneja adecuadamente los protocolos establecidos en el mismo.

No obstante, existen diferencias por región. En el caso de Ayacucho la gran mayoría del personal de salud entrevistado, incluyendo a los responsables de la ES PCT, afirman conocer poco de la Norma Técnica de la ESN PCT. En el caso de Huancavelica e Ica la mayoría de los responsables de la ES PCT entrevistados indican haber leído dicha norma y consideran manejar buena parte de ella. Sin embargo, se encontró que estos responsables no necesariamente son los encargados de la atención de los pacientes por lo que es necesario que el personal de salud que trata directamente a los PAT conozca la Norma Técnica de la ESN PCT:

*Por ejemplo eso si me molesta que cuando tocan días libres, y no estoy, el resto del personal no sé... no quieren recibirlos, incluso ya tuve un percance que ya se lo comenté al resto del personal. Me tenían que llamar para yo ingresarlo al programa, o cuando salía ¿qué pasaba con mis pacientes? No le daban el seguimiento adecuado en cuanto al tratamiento, yo soy la que tiene que estar viendo... porque si no estoy yo no hay quien se recuerde de mis pobres pacientes*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

Al parecer esto no se debería a una falta de iniciativa del personal de salud. En varios casos los entrevistados, especialmente los que deben atender a los pacientes de la ES PCT, independientemente de si son o no responsables del programa, indicaron haber solicitado el documento de la Norma Técnica de la ESN PCT pero no lo recibieron. Muchos de los encargados de atender a los pacientes han hecho una búsqueda personal de información incluso en la Internet, especialmente aquella asociada a la bioseguridad y prevención del contagio.

Por otro lado, aunque la mayoría del personal de salud entrevistado está informado sobre el contagio y el tratamiento de la TB, no maneja el enfoque integral de atención que se describe en la Norma Técnica de la ESN PCT. Este es un aspecto importante en tanto no transmiten esta noción de integralidad ni informan correctamente a los pacientes sobre los servicios a los que tienen derecho.

Entre los aspectos que les gustaría mejorar tenemos los siguientes:

- Bioseguridad y prevención del contagio.
- Dosificación y tratamiento de acuerdo con esquemas.
- Atención a contactos de los pacientes.
- Aspectos vinculados a la integralidad de la ES PCT: acceso a otros servicios.

Entre las observaciones o sugerencias más mencionadas a la Norma, resaltan dos. En primer lugar, se trata del abordaje al paciente y su familia. La mayoría considera que las indicaciones para evitar que la familia se contagie pueden generar temor y segregación hacia el paciente. En segundo lugar, se considera que la quimioprofilaxis diaria no se adapta a las posibilidades de los servicios de salud rural y las necesidades y estrategia de vida de la población. En relación a este punto, la mayoría considera que la Norma tampoco se adapta a las necesidades e idiosincrasia de los pacientes rurales. Uno de los temas importantes es el número de pastillas ingeridas diariamente. De acuerdo con varios de los entrevistados, este es un punto de discusión especialmente con los pacientes mayores. Por otro lado, la medicación directamente observada puede no ser viable en algunos casos en donde el paciente no puede llegar diariamente al establecimiento o que el personal no puede desplazarse hacia sus hogares:

*La norma debe contemplar quizás un poco más el manejo de esos pacientes quechuahablantes. Con el tratamiento a veces el problema es el diálogo con las personas, la comunicación, porque el tratamiento es el mismo, el manejo es el mismo. La comunicación con los pacientes, el trabajo que hay que hacer con estas comunidades, el trabajo que hay que hacer con las familias, porque es la familia [la] que va a tener que apoyar al paciente juntamente con el personal de salud.*

**(Coordinadora regional de la ESR PCT, Ica)**

A pesar de las limitaciones que tiene el personal en el conocimiento de este documento, se recogieron sus impresiones en relación a los puntos fuertes y débiles de la Norma.

**Puntos fuertes y débiles de la Norma Técnica desde el punto de vista del personal de salud**

Puntos fuertes	Puntos débiles
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es ordenada</li> <li>- Es minuciosa (presenta con detalle las acciones parte del diagnóstico y tratamiento)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hace falta desarrollar con más fuerza el abordaje al paciente y la familia</li> <li>- No se adapta a las características de la población quechua</li> <li>- Se necesita más precisión para los casos de pacientes con TB-MDR</li> <li>- Los síntomas de alerta presentados son insuficientes y no se condicen con la realidad</li> </ul>

A continuación veremos con más detalle cómo se presenta esta dimensión en cada contexto.

## Ayacucho

Ni en Circamarca ni en Relave se contaba con un volumen físico de la Norma Técnica de la ESN PCT (el núcleo Huancarayá tenía pendiente el envío del texto en el caso del primero). Del personal, nadie sabía a cabalidad la Norma ni siquiera la encargada de la ES PCT, además se sospechaba que lo que se sabía de ella en ese momento estaba posiblemente desactualizado.

## Huancavelica

En este caso, solo las responsables de la ES PCT de los centros de salud dieron alcances acerca de la Norma Técnica de la ESN PCT. El resto del personal, especialmente las técnicas en enfermería, quienes en periodos de ausencia o mucha actividad de la encargada son las responsables del tratamiento, manifestaron conocer poco o nada de la Norma Técnica de la ESN PCT, y solo cumplir órdenes. Esto constituye un serio problema que repercute luego en el aspecto de la integralidad de la atención.

*Lo que es la Norma Técnica, con las capacitaciones que recibimos creo que sí en algo lo estamos manejando. Yo cualquier cosa consulto con la Lic. Jéssica, si tengo una duda a ella le llamo porque es consultora del programa regional. Como ella me exigía, entonces sí, siempre me he estado motivando en ella.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Entre quienes conocen de ella, la mayoría consideró que era adecuada y bastante completa, puesto que era minuciosa y detallada. No obstante, la coordinadora regional de la ESN-TB afirmó que la Norma era débil y necesitaba reforzarse en relación al tratamiento a los pacientes MDR; en ese sentido, manifestó que era necesario construir un método o que por ley se obligara a estos pacientes a seguir tratamiento toda vez que constituyen un peligro para la salud pública.

*Por ejemplo como comentaba de uno de mis pacientes que no quería iniciar, en la fiscalía se lo denunció para que inicie, pero a pesar de que se le denunció la fiscalía rechazó el pedido pues como tiene derecho el paciente, pues no. En la Norma debería decir quizá que sea obligatorio, pero no van a imponerle la obligación, porque mira los casos de multidrogo a qué se deben: los pacientes abandonaron [el tratamiento] y se hacen multidrogos. Sería bueno pero ¿a qué congresista se le va ocurrir que este tratamiento sea obligatorio? A nadie. Porque debería ser una estrategia obligada que sí o sí se debería obligar a cumplir.*

**(Coordinadora regional de la ESR PCT, Huancavelica)**

Además, en el caso de Paucará, la responsable consideraba que el síntoma de tos por 15 días como señal de tener la enfermedad era un tanto erróneo, ya que ella había registrado ya varios casos de cuadros de TB que no presentaban dicho síntoma. Otro aspecto señalado fue el de los pacientes extrapulmonares:

*¿Por qué motivo una tuberculosis pleural, por ejemplo, para qué hacerle los BK de control de esputo? Si la tuberculosis se encuentra a nivel pleural, o sea de hecho que me va salir negativo. Y al cambio de fase yo los mando al hospital, pero me imagino que el doctor les saca las placas, les toma la muestra, no sé cómo lo manejará el neumólogo en el hospital, pero ¿qué deberíamos hacer frente a eso? Yo le dije a la doctora "¿Pero para qué sacarle si es pleural?". Y ya pues, por protocolo, por eso lo saqué.*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

A pesar de estos aspectos en contra, muchos coincidieron en que la Norma tenía puntos positivos claros en comparación con otros programas:

*Ahora según lo que nos capacitaron hay un mejor proceso, más ordenado, te indica como tomar las muestras, esperar los resultados de las pruebas de sensibilidad. Antes no se hacía eso. Antes solo se detectaba "Ah, TBC" y de frente se mandaba a tratamiento sin fijarse si era resistente o no, pero ahora creo que ya se superó eso.*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

## Ica

Las responsables de la ES PCT de cada establecimiento tenían un mayor conocimiento de la Norma Técnica de la ESN PCT y consideraban que algunos aspectos de ella no se adaptaban al trabajo con la población quechua (refiriéndose a las zonas de

sierra), ya que la Norma Técnica de la ESN PCT está pensada y diseñada para el trabajo en la costa. Ninguna de las internas de los establecimientos había leído esta Norma o tenía conocimientos certeros de lo que se señala en la misma.

### **C. Proceso de implementación de la estrategia de la ES PCT**

En la mayoría de contextos estudiados, la ES PCT se concentra en las acciones de diagnóstico y medicación de los pacientes. Las acciones preventivo-promocionales son restringidas. Solo se observaron talleres de capacitación en los establecimientos estudiados en Ica. Esta diferencia tiene que ver con el nivel de atención de los centros y la carga de trabajo que debe asumir el personal.

La captación de sintomáticos sigue una estrategia más bien pasiva en casi todos los ámbitos de investigación. Si bien en alguno de los contextos, como Circamarca e Ica, se han realizado campañas de despistaje, estas han sido esporádicas y no han tenido la respuesta masiva de la población. Por otro lado, la mayoría de capacitaciones se realizan cuando se inicia la medicación de los pacientes. Solo en algunos casos se ha trabajado examinando a los contactos de los pacientes, como en Ica. En ocasiones, además, los servicios de salud no cuentan con los insumos para el desarrollo de muestras y su análisis.

La mayoría de los centros estudiados no cuenta con espacios especiales para la atención de los pacientes dentro de la ES PCT, independientemente de la envergadura de los establecimientos. Para el personal esto representa un riesgo de contagio, tanto para los propios servidores de salud como para el resto de los usuarios de los servicios. Y los que sí contaban con ese espacio eran poco convenientes, como en el caso de Santa Ana en Huancavelica, donde se contaba con una caseta apartada del centro de salud, pero expuesta a las inclemencias del clima de la zona.

En el contexto de Ayacucho y Huancavelica, buena parte de los PAT tiene problemas para acceder todos los días a los servicios por varios motivos; uno de ellos es la distancia. Algunos pacientes viven a más de media hora de caminata de los servicios y no pueden desplazarse frente a una enfermedad que afecta su sistema respiratorio. El personal, en algunos casos, acude hasta los hogares, pero esta estrategia es difícil de sostener debido a que el personal tiene una fuerte carga laboral. Existen algunos casos de pacientes que no desean ir a los servicios de salud para recibir la quimioterapia respectiva para evitar que otros se enteren de su condición. En un caso específico esto se pudo solucionar debido a que uno de los miembros del personal contaba con una tienda a la que acudía el paciente para ser medicado. Otro motivo son los constantes desplazamientos que los pacientes realizan como parte de su trabajo, estudio o rutina (para hacer compras, por ejemplo).

En muchas ocasiones solo los responsables de la ES PCT manejan la composición de los medicamentos que los pacientes deben ingerir diariamente. Sin embargo, estos no se encuentran todos los días en los centros y son otros, muchas veces técnicos, quienes realizan esta acción sin la preparación suficiente. En algunos casos el personal encargado, mas no preparado, ha descontinuado el tratamiento al dudar sobre las dosis diarias.

En ninguno de los establecimientos estudiados se brindaba asistencia psicológica o laboral para los pacientes. Esto se debía a que no se contaba con los especialistas, psicólogos o asistentes sociales. La mayoría del personal de salud entrevistado considera que es muy difícil que estos servicios se brinden un sistema de atención primaria de la salud, y varios de ellos desconocían que estos eran componentes de la atención a los PAT.

El apoyo alimentario solo era distribuido en los casos de Ica, mas no en Ayacucho y Huancavelica. Son varios los problemas encontrados. Los principales tienen que ver con problemas para la gestión y distribución del apoyo.

Uno de los problemas importantes tiene que ver con los chequeos periódicos a los pacientes para evaluar la evolución de la enfermedad. Muchos de ellos no cuentan con los recursos ni reciben el apoyo de sus familias para desplazarse hacia servicios de salud que disponen del equipamiento e insumos para desarrollar estas pruebas. Debido a esto el monitoreo del estado de salud de los pacientes en tratamiento y el seguimiento a quienes ya lo concluyeron es limitado.

Por otro lado, se encontraron algunas adaptaciones a la Norma Técnica de la ESN PCT que pueden generar efectos importantes sobre la eficacia de los tratamientos:

- Dejar la medicación con el paciente o su cuidador para que este lo administre.
- Variar las dosis de medicación cuando esta no se podían administrar diariamente.
- Incluir algunas actividades de capacitación sobre tuberculosis en programas como JUNTOS.

Uno de los aspectos que no se ha podido trabajar con los pacientes quechuas es el trabajo y organización de pares debido a que la mayoría prefiere ocultar su condición.

## Ayacucho

En el caso de Circamarca se realizaban algunas capacitaciones sobre la enfermedad dirigidas al paciente y a su familia, solamente durante la consulta de confirmación de la enfermedad. Algo que sí se intentaba cumplir era el despistaje a la familia del paciente para detectar posibles casos. Como se mencionó, no se hacía entrega de la canasta alimenticia de manera mensual (en ocasiones se les otorgaba alimentos de otros programas). Lo mismo sucedía en Relave.

Asimismo, la toma de los medicamentos de forma supervisada por parte del personal y en el puesto de salud no se cumplía. Debido a la vergüenza que sentían los pacientes frente a los demás, se apartaban a un lugar que no levantase sospecha entre la gente.

En los casos de los pacientes que se dedican a trabajar en la mina (Relave), había ocasiones en que se le entregaban las medicinas con un día de anticipación debido a que ellos salen muy temprano a trabajar y regresan por la tarde. Incluso, en ocasiones se internan en la mina por varios días, lo que les lleva a pedir de manera anticipada sus medicinas.

## Huancavelica

Tanto en Paucará como en Santa Ana existen deficiencias en la implementación del programa. Un problema constante en esa línea era el poco presupuesto que el programa manejaba, así como la falta de un espacio propio (un consultorio) para tratar a los pacientes, e incluso un personal fijo de atención para los mismos. Debido a estas carencias la ESN-TB se llevaba a cabo a medias, especialmente en los aspectos de promoción e integralidad de los servicios:

*Porque no le dan mucha importancia al área [PCT] en Promoción de la Salud. Más se enfocan al área niños, al área materno, un poco abandonado lo tienen el área de tuberculosis.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

*En cuanto problemas de organización, todavía nos falta, no toda la gente está comprometida con la TB, por ejemplo la captación de sintomáticos no captan todos, el personal responsable de TB nomás capta, el resto no capta.*

**(Coordinadora regional, Huancavelica)**

Un aspecto problemático para los pacientes es que para recibir el tratamiento, deben caminar muchas veces hasta 40 minutos para llegar al centro de salud. Para la responsable de Santa Ana, esto era "positivo" porque así ella supervisaba de cerca quiénes recibían el tratamiento y quiénes no. Sin embargo, se observó que son pocos los casos en que la encargada brinda la atención, quien lo hace es el personal técnico, que muchas veces acude por indicación de sus superiores y solo se limitan a la entrega de pastillas.

Tampoco existe un adecuado seguimiento a otras enfermedades de los pacientes, como era el caso de un paciente adulto mayor en Huancavelica, quien por prescripción médica no debía recorrer largas distancias y debía permanecer en reposo, y sin embargo, todos los días tenía que caminar por lo menos 30 minutos para recibir su medicación en el centro de salud:

*Con operación estoy, próstata me dicen pero no creo que sea próstata, eso es diferente. Debe ser "chacho". Ese era porque me he caído, del golpe se ha aparecido así una bolsa, así negra de sangre, y así no es próstata, próstata es otra forma, con eso estoy. Ahí todavía me levanté, después he caminado, poco a poco, por eso quiere repetir nuevamente porque cuando camino camino, inflama nuevamente.*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Otro de los espacios que presenta serias deficiencias en su implementación es PANTB. Para la coordinadora general del programa en la región, la implementación de este componente es todavía un tanto ineficiente:

*El PAN-TB lo es administrado por las municipalidades, qué pasa, que este PANTB no está llegando al 100% a pesar que hay presupuesto y todo. Comprando alimentos se demoran. Qué lindo sería que el PANTB una vez diagnosticado el paciente se le notifica y con las mismas deberían darle su canasta, para que así le puedan apoyar en la alimentación, pero no pues, demora, hay mucha demora. En unos está mejor, en otros nada.*

**(Coordinadora regional, Huancavelica)**

Para la encargada en Santa Ana, en cambio, el programa sí se cumplía cabalmente, y los problemas en ese componente formaban parte del pasado:

*Con los demás servicios se está tratando de llevar las interconsultas, la municipalidad está apoyando con ello, cualquier paciente que está ingresando ya le están dando su canasta. Están cumpliendo, aunque un tiempo había problemas, se demoraba los alimentos de los pacientes y recuerdo que yo misma fui a ver ese problema y recién desde allí nos está llegando de forma regular lo que son los alimentos. Les dan arroz, habitas, anchoveta y aceite.*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

No obstante, al entrevistar a los pacientes se encontró un total desconocimiento de este componente, pues nunca habían recibido una canasta y manifestaron su preocupación por la falta de medios económicos para proveerse de alimentos:

*PANTB, no sé la verdad cómo será eso [...] Preocupa de todas maneras porque quién te da para la comida, quién te da para la enfermedad, para el gasto. Una preocupación es, porque si estoy sano puedo estar trabajando tranquilo. Pero no se puede trabajar de cualquier cosa, así me dice el doctor "te va agravar, ya está grave esa enfermedad", me dice.*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

## Ica

Respecto a las actividades que se realizan en cada centro de salud, estas son la captación de sintomáticos, diagnóstico, tratamiento, tratamiento de contactos, sesiones educativas y entrega de alimentos (canasta PAN-TB).

La dificultad más frecuente era reunir a los PAT; debido al estigma de la enfermedad y a los horarios de trabajo, muy pocos PAT acuden a las sesiones educativas que se convocan en el centro de salud. Por ello, la técnica e internas suelen salir con frecuencia a captar sintomáticos y a administrar medicamentos a los PAT que no pueden asistir al centro de salud.

Uno de los problemas en el proceso de implementación de la ES PCT es también la falta de materiales para las campañas de difusión/prevenición. Por otro lado, en los centros de salud se busca la mejor manera de transmitir la información al paciente y tener una buena comunicación con este. Por ello, el trato que da el personal de salud es brindando confianza, paciencia y amabilidad, usando apelativos como "mami" o "papi" cuando se dirige a los PAT.

## D. Interacción de la ES PCT con otros programas

En general, se apreciaron pocas articulaciones y sinergias entre la ES PCT y otros programas o intervenciones. Las salidas para realizar actividades de promoción de la salud no suelen incluir el tema ni la captación de sintomáticos. Tampoco se trata a los PAT con otros problemas de salud que pueden afectar la evolución del tratamiento y el desarrollo de una posible recaída.

En la mayoría de los casos, el resto de programas y acciones compiten con la ES PCT en varios sentidos. La preparación del personal y los recursos del centro se concentran principalmente en las acciones dirigidas hacia la salud materna y la desnutrición infantil. Se observa en otros programas, como JUNTOS, oportunidades para desarrollar acciones de capacitación y captación que difícilmente pueden ser ejecutados con los recursos de los centros de salud y la ES PCT.

## Ayacucho

En este tema, la situación en Circamarca y Relave es bastante similar. A un nivel discursivo, se afirma que los servicios de salud que ofrece el puesto tienen la facultad de brindarse de manera integral a la población. Sin embargo, se reconoce que no todos los programas funcionan a un mismo nivel.

Los programas orientados a la atención de gestantes y al cuidado del niño son los que más sobresalen, ya sea porque hay más demanda para esos programas (desde las altas direcciones se alienta a cumplir con cuotas o respetar ciertos índices en determinado tiempo), por la falta de recursos humanos, o porque no les alcanza el tiempo teniendo en mano otros programas. En este contexto, dentro de las expectativas del personal de salud, la ES PCT no tiene mayor demanda, como sí sucede con los programas antes mencionados, ya que eso puede representar un peligro para la población en general. En ese sentido, el énfasis del programa debería recaer en la identificación de los sintomáticos respiratorios, lo que según lo observado y las entrevistas realizadas, no se puede realizar a cabalidad.

## Huancavelica

Debido a los pocos casos que se presentan en Huancavelica (comparado con otras regiones) el apoyo a la ES PCT es bastante limitado, en relación a otros programas como el materno perinatal o el CRED. Y en la medida que existe poco apoyo político e institucional para el programa, la asignación presupuestal resulta también insuficiente para implementar la estrategia de forma exitosa. De esta forma podría afirmarse que la interacción de la ES PCT con otros programas, antes que beneficiarlo lo perjudica:

*En cierta parte puede ser positiva [el interactuar con otros programas] al ver que ellos están saliendo eso impulsa a uno también a salir, pero a veces les dan más prioridad a ellos [otros programas], más espacio, más presupuesto que a nosotros, casi nos dejan un poquito abandonados, también eso hace que no sobresalga este programa siendo tan importante.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Las limitaciones presupuestales se traducen luego en una deficiente infraestructura, como en el caso de Santa Ana donde no cuentan con un espacio asignado, en la falta de materiales de promoción y difusión (no existía afiche alguno en el puesto ni tampoco en las oficinas de promoción de la salud), entre otros.

La única articulación que se conoció en el caso de Huancavelica es con el programa JUNTOS. Sobre este tema trata la cita que viene a continuación:

*Se ha trabajado con JUNTOS. También se ha realizado varias veces las capacitaciones y la toma de muestra en wawa wasi, a las mamás cuidadoras, como son responsables de los niños, se les hizo la toma de muestras. Y eso por lo menos dos veces al año se realizan con JUNTOS y wawa wasi, y con JUNTOS es casi obligarles porque son los de extrema pobreza, entonces por eso se trata de tamizarles con la toma.*

**(Personal de salud, Santa Ana)**

## Ica

Al igual que en los otros casos, la articulación con otros programas es débil o nula. En Ica, en el caso de Parcona, solo se mencionó el trabajo de sesiones educativas junto con el programa de Nutrición. Esto porque la licenciada responsable de este programa coordina las sesiones educativas dentro del centro de salud —con el objetivo de repartir la canasta de PAN-TB a los pacientes— y fuera de este (en colegios, centros de rehabilitación, comedores populares, etc.). En La Tinguiña las sesiones educativas se realizan en las mañanas dos veces por semana. Si bien la coordinación es independiente, el personal de salud del programa realiza la charla y luego lo hace la odontóloga.

## E. Priorización de la atención del personal de la ES PCT

De acuerdo con lo observado en los tres contextos de investigación, la mayor parte de las acciones desarrolladas por los servicios de salud se concentran en dos grupos principales: gestantes y niños en la primera infancia. Desde la perspectiva del personal de salud, la mayoría de programas no están llegando hacia los adultos mayores y varones.

En relación con la ES PCT, está claro que las pocas acciones de capacitación y formación están dirigidas principalmente para la población castellano hablante, dejando de lado a la población quechuahablante monolingüe. El personal de salud considera también que los varones jóvenes y adultos son un grupo al que tampoco se está llegando.

## Ayacucho

Circamarca, al igual que Relave, presenta una población concentrada, por lo que el factor distancia no resulta un impedimento para que la gente acceda al puesto de salud. El sector de la población que más acude a él son las mujeres acompañadas de sus pequeños niños. Por una cuestión de género, el tema de la salud de los hijos le compete a la mujer. Así como en Relave, los hombres acuden al puesto de salud cuando el problema que se presenta se agudiza y no lo pueden controlar ellos mismos.

En el caso de Relave la presencia de los hombres no es frecuente, no solo por el tema de género, sino porque la mayoría de ellos se dedica a la mina y algunos prácticamente viven allí, viniendo a la ciudad solamente los fines de semana. Se dice que hay familias enteras que viven bajo esa dinámica.

Aquellas personas que se dedican a esta actividad económica, sean hombres o mujeres, no son fáciles de captar. A esto se suma que existe la presencia de muchas familias que vienen a Relave solamente por una temporada, atraídos por la actividad minera, y luego de ello se retiran. Muchas de estas personas viven en la periferia del centro poblado (en estos momentos se especula que debe haber una población no menor de 4000 personas). Esta dinámica migratoria dificulta que hombres, mujeres o niños sean captados por las redes del puesto de salud.

Un inconveniente sobre la atención, sobre todo en el caso de Circamarca, comprende el problema con el idioma. La población quechuahablante es bastante grande, siendo esa su lengua materna. Quienes se desenvuelven con mayor facilidad con el castellano son aquellas generaciones menores a los 40-45 años, y los hombres, en general. Sin embargo, se debe considerar que a pesar de que este grupo maneje el castellano con cierta fluidez, pueden sentirse más cómodos y confiados expresándose en su lengua materna.

El manejo del idioma va acompañado de una cultura que entiende mucho de sus males vinculados al animismo de su entorno. Esto se presenta sobre todo en las personas mayores y eso dificulta la adhesión de ellas a los servicios que ofrece el puesto de salud.

## **Huancavelica**

El idioma constituye una de las barreras en la atención de la ES PCT, pues aunque buena parte de la población maneja el castellano, ese no es su idioma natal y por ello las explicaciones acerca de lo que es la enfermedad y su tratamiento no llega a ser del todo comprensibles para los pacientes.

Otra barrera sería la edad; por un lado los jóvenes de entre 18 y 25 años son reacios a creer que padezcan la enfermedad argumentando que por su edad “tienen una salud de hierro”; y por otro lado, hay ancianos que no creen en la enfermedad, o que no solo están contagiados de TB sino que además tienen chacho, y deben tratarse ambos.

## **Ica**

La lejanía de algunas zonas a los centros de salud y los horarios de trabajo de la población afectada que se dedica principalmente al trabajo en los fundos agroexportadores, jornadas laborales que comienzan a las cuatro de la mañana y culminan a las cuatro o cinco de la tarde, vienen a ser las principales causas que dificultan el acceso de las personas a los centros de salud.

## **F. Incorporación – articulación con agentes de medicina tradicional**

Como se mencionó líneas arriba, no se contempla la incorporación de los agentes de medicina tradicional en el tratamiento de la TB. Para la mayoría del personal de salud esto es difícil de realizar ya que en el caso específico de la TB, el sistema tradicional de salud suele promover otro tipo de diagnósticos, como la “pacha” o el “alcanzo”, y desarrollar tratamientos que distancian al paciente de los servicios de salud.

## **Ayacucho**

A pesar de que hay personas que sí creen en lo que se conoce como agentes de medicina tradicional, su inclusión no está en los planes del puesto de salud. Para parte del personal, estos son vistos más como obstáculos que como posibles aliados, ya que ellos se convierten en su competencia, y llevan a la confusión a sus pacientes.

En el caso de Relave, no se tiene planeado incluir a los agentes de medicina tradicional y tampoco se hace necesario en este contexto. Aunque es cierto que algunos creen en sus servicios, la población prefiere la atención en el puesto de salud, o acudir al establecimiento de Chala (a una hora de Relave) o Camaná o a la misma ciudad de Arequipa, que se encuentra a más tardar a cinco horas del centro poblado.

## **Huancavelica**

En Huancavelica no existe una articulación con los AMT, y esta opción es vista como inadecuada por parte del personal argumentando que el único tratamiento válido es el que brinda la ESN PCT. Y si bien muchos de ellos son conscientes de que sus pacientes tienen otras concepciones y explicaciones para el mal que les aqueja, la mayoría trata de concentrarse en que el paciente entienda que solo puede curarse con pastillas.

En el centro de salud de Paucará, sin embargo, se observó que la encargada permitía que sus pacientes tomaran tratamientos “alternativos” pero de ningún modo ella los coordinaba o supervisaba. Simplemente les permitía a los pacientes tomarlos con la idea de que ellos se dieran cuenta de la inutilidad de dichos procedimientos:

*Hierbas siempre tomaba, siempre. Ahora también estoy tomando ciempiés, que es buena hierba para golpe. Después matico, manayupa, después yawarsocco. Esos he tomado en un remojadito para cualquier cosa. Con eso estoy mejorando de la operación, ya no es tanto ya, porque el doctor me había citado para un año completo: “Tienes que reposar un año completo porque tú ya no vales ya, tienes edad, porque tal vez puede aparecer nuevamente”.*

**(PAT, EESS Paucará Huancavelica)**

Está además la creencia entre los pacientes de más edad de que no tienen TB, o en todo caso, además de TB tienen “chacho”, que básicamente es que algún tipo de ente natural (laguna, puquio, cerro) lo “cogió” y debe hacerle un pago para curarse. Así, son varios los casos en que el paciente sigue tratamientos paralelos, es decir uno en el centro de salud y otro con curanderos:

*Bueno ese particular cura, ellos saben, ponen así preparando lo hacen, con eso será, porque dicen pues que eso es bien peligroso. Con eso varios se mueren porque eso no puede curar doctor porque no sabe el doctor, otra cosa ve el doctor, otro te cura, eso no. Eso es particular, aparte. Siempre dice tenemos eso, siempre nos agarra porque los campesinos así andamos en los campos, en sitios, y ahí caemos o así, ahí dice pues que pasa eso[...] Cuando ya me he sentido mal, mi cuerpo otra forma estaba, entonces fui al hospital ya, operación ya. En la operación me sacaron esa bolsa, que de repente se reventaba esa bolsa y ya no podía vivir, moría, pero como es chacho, vuelta le ha hecho aparecer. Por eso es chacho [...] Entonces qué cosa dije ya, que cosa me ha agarrado dije, fui al doctor y doctor me avisa “Está bien tu operación, no hay nada, por qué será ese dolor debe ser aparte, es la edad”, entonces recién me doy cuenta y digo será de lo que me he caído, entonces fui a mi señora lo mandé a un curandero por Lircay, por si acaso haber vamos a ver, debe ser pues será eso. Regresó ella diciendo “Dice de lo que te has caído, de ahí vamos a curar”. De eso me han curado y recién me levanté porque estaba mal, estaba sentado nomás.*

**(PAT, en primer mes de tratamiento)**

Entre los más jóvenes prevalece más el uso de hierbas contra enfermedades bronquiales (eucalipto) o la automedicación, que el uso de los curanderos.

## Ica

No hay incorporación de agentes de medicina tradicional. Solo en caso de que el PAT haga referencia a remedios naturales/caseros o a asistir a un curandero, el personal de salud le indica que está bien, que puede hacer eso pero combinándolo con el tratamiento que recibe en el centro de salud.

## G. Los actores en la atención y sus roles

### Ayacucho

Podría pensarse que los principales actores que se pueden encontrar en la familia de los pacientes son las mujeres, madres o parejas de los pacientes. Sin embargo, se encontró que los hijos y hermanos también cumplen un importante rol.

#### Nota de observación

En el caso de Esperanza, la participación de su hija, con la cual prácticamente convive, ha sido determinante para que ella continúe o suspenda su tratamiento. Uno de los hijos de Esperanza, quien presentó anteriormente la TB, también tiene influencia sobre ella, justamente por haber ya pasado por esa experiencia. Hay un segundo hijo varón que si bien vive en Lima, aparentemente ha jugado un papel decisivo para que la paciente retome el tratamiento, ante la amenaza de que lo abandone.

Para el caso de Silvia, el padre no es precisamente una persona muy expresiva, y ambos, padre y madre, son de manejo predominantemente quechua, lo cual dificulta la comunicación con el personal de salud. No obstante, su madre y su hermana de 16 años son vistas como aliadas teniendo como mira el tratamiento, mostrándose colaboradoras con el personal de salud, lo cual no sucedía con la familia de Esperanza.

Otro ejemplo es el de un joven exPAT cuya madre era lideresa del programa JUNTOS, y además quien más lo apoyaba en su tratamiento. Así, llegó a un acuerdo con el personal de salud para que sea ella quien recibiese la medicación todos los días y sea ella quien se la administre a su hijo en su casa, esto para evitarle un sentimiento de vergüenza y que la gente hable de él.

## Huancavelica

Generalmente la familia se constituye como el punto de apoyo de los pacientes y son pieza fundamental en su proceso de recuperación. Cuando uno o varios de ellos se muestran indiferentes o marginan a su familiar, este comportamiento repercute en el estado anímico del paciente, y si este no cuenta con recursos propios, peor aún. Por ello se espera que sean el pilar de apoyo de los PAT, y por tanto pieza fundamental en su proceso de tratamiento y recuperación. En los casos observados en Santa Ana se concluyó que el proceso se facilita mucho cuando los pacientes cuentan con el apoyo directo de su familia, ya sea en el proceso de convencerlos de ir al centro de salud (muchos pacientes son reacios a acudir al mismo) o de apoyarlos económica o moralmente:

*Fue mi hijo, él me ha salvado porque tuve que llamar pues, porque estaba grave, ya no podía levantarme, nada ya, con dolor estaba en el pecho. Entonces mi hijo ha venido, y me llevó, él me ha salvado*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Siempre la familia es el primer espacio íntimo de confianza para el paciente. Como en otro caso donde la PAT contó a su hermano menor y a sus hijos de su enfermedad:

*A ellos dos les conté, y antes de venir acá a mis dos hijitos les dije: "capaz tengo esto "ya había separado mi plato todo, y el chiquito mayor me dijo: "te vamos ayudar mamá", y me apoyaron, me dijeron "mamá no te vas a morir, de esto vas a salir".*

**(PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

*Bueno, en mi familia, para qué, me entienden, pero así de amigos no les he contado que tenía este mal, no saben. Porque al principio quería morirme, no quería que nadie se me acerque, ni mi familia, nadie, porque me sentía como si esa enfermedad me iba matar y era contagiosa. Pero luego mi mamá me dio ese apoyo, esa fortaleza, me habló y me dijo: "Hija, te vas a recuperar, fuese el SIDA ahí diríamos pero no te vas recuperar" y así salí de ese cuadro. Para qué, mi esposo y mi mamá me han apoyado bastante.*

**(ExPAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

Una de las responsables deja claro que el proceso se facilita cuando la familia y el paciente se comprometen, pero cuando uno de estos dos componentes no funciona el proceso para la recuperación se dificulta y puede fallar:

*Son distintas realidades, en algunos casos participan, ahora solo tengo dos casos. Uno es un chico, jovencito, que sí saben todos de su familia y le exigen, participa la familia, pero él es el que pone la barrera. Y tengo otra paciente, de 54 añitos, ella viene de otro lugar, no tiene familia, lo único que tiene es a su hermano y al inicio bien preocupados se les veía pero ahora ella manifiesta que no le apoyan, es en la parte económica, le decimos "Irene tienes que tomar leche", pero ella dice: "No tengo dinero, señorita", incluso el personal aquí se ha preocupado por ella, le traían quácker así para que pueda cocinar. Así es, son distintas realidades, distintas.*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

Otro actor importante son las responsables de la ESN PCT en cada establecimiento. Por lo general, se observó que son cercanas, conocedoras y preocupadas por su pacientes. En ambos casos las licenciadas a cargo tenían conocimiento de la condición de los pacientes y su entorno. Esta preocupación hace que también los propios pacientes reconozcan su labor, considerándolas en muchos casos las únicas preocupadas por su salud y recuperación:

*Para qué, la licenciada es buena gente me ha atendido bien, me daba más prioridad a mí, me daban mi tratamiento, me daba más preferencia a mí para tomar.*

**(ExPAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Esta situación se diferencia de la relación con el resto del personal de salud, quienes dependiendo del grado de conocimiento que tengan de la enfermedad, son más o menos proclives a prejuicios o temores. Pero entre todos existe cierta indiferencia que se evidencia en la forma del trato a los pacientes, en el casi nulo contacto que establecen con ellos (se dejan las pastillas sobre una mesa y se retiran a otro espacio, por ejemplo).

Entre los mecanismos que el personal de salud desarrolla para buscar la adhesión al tratamiento está básicamente el de tender lazos de confianza con el paciente, y este trabajo se centra casi de forma exclusiva en la encargada de la ES PCT. Ella muchas veces conoce no solo la casa sino también el número de celular del PAT y de sus familiares, de forma que pueda al instante contactarse con ellos, siendo esta también una herramienta para conocer las situaciones que los aquejan.

## Ica

Los actores más involucrados son los familiares de los PAT. Estos los acompañan a sus tratamientos, asumen ciertos cuidados en la vivienda y respecto a la alimentación del paciente. Asimismo, en las entrevistas se señala que los familiares cumplen un rol fundamental en el apoyo emocional a los pacientes para que superen la enfermedad. De igual modo, en algunos casos, no en todos, los familiares de los PAT colaboran con el personal de salud para asegurarse que el paciente cumpla adecuadamente el tratamiento y evitar el contagio a otras personas.

Los actores ausentes son los amigos y compañeros de trabajo. Debido al estigma de la enfermedad y a la dificultad para el contacto de estas personas, el personal de salud no realiza trabajo alguno con estas personas.

## H. Adecuación de la atención a las estrategias de vida de la población quechua

### Ayacucho

Como ya se mencionó, una barrera importante es el idioma, sobre todo en Circamarca. El hecho de que al menos un integrante del personal de salud sea lugareño y maneje este idioma soluciona muchos impases de comunicación entre la población y resto del personal que no sabe comunicarse en esa lengua. Sin embargo, sigue siendo insuficiente. En la nota de observación de abajo se describe brevemente cómo se intervino para solucionar el caso de una paciente quechuahablante que posiblemente por vergüenza, no quería asistir al establecimiento a tomar su medicación:

#### Nota de observación

Aunque fue un hecho particular el de Silvia, se creó una estrategia para que ella pudiese adherirse al tratamiento sin temores y evitar pasar la vergüenza que le generaba ir hasta la posta de salud. Lo que se optó fue que la paciente ya no se acercara al puesto de salud por las mañanas, y en cambio vaya a la bodega del técnico, en donde todas las mañanas compraba el pan. Y allí se encargaba su esposo de darle la medicina.

En el caso de Relave no se manifestó una exigencia mayor para realizar cambios sobre la atención que vienen brindando el puesto de salud a la población, más allá de la mejora de los servicios en sí. La población de Relave si bien tiene raíces quechuas irrefutables, la actividad económica a la que se dedica la población ha transformado su cultura urbanizándola.

Una adecuación de la ES PCT tendría, en todo caso, que contemplar la dinámica poblacional que le imprime la actividad minera al centro poblado. Por ejemplo, en algún momento se dispuso que la posta no atiende los domingos, cuando esos días hay muchas personas que recién bajan de la mina y esa es la oportunidad para que sean atraídos al puesto.

### Huancavelica

Un problema serio para la atención de los PAT es que aún no existe una estrategia adecuada de parte del personal de salud en relación al ciclo productivo de la población quechua, específicamente en relación a las migraciones constantes que realizan. Este hecho se evidenció especialmente en Paucará, donde la población viaja constantemente (tres o cuatro veces por mes a Lima), o que vive en Lima y más bien regresa a su pueblo solo para la feria de fin de semana. Lo mismo con aquellos que realizan las

actividades agrícolas y ganaderas por las cuales pasan la mayor parte del día fuera de sus casas. Debido a ello el número de abandonos de tratamiento en esta zona es preocupante.

Y en el caso de los pacientes adultos mayores pocos son los esfuerzos por explicar en quechua los alcances de la enfermedad que poseen, lo cual resulta perjudicial en tanto es este sector de la población el que muchas veces alberga y cree en prácticas enfermedades mágico - religiosas como el *chacho*.

La religión también constituye un problema a tratar. Por ejemplo, la directora del centro de salud de Paucará refirió la existencia de una secta evangélica que difunde que el contacto produce la enfermedad y prohíbe a sus miembros tratamientos con pastillas, lo que es algo muy preocupante.

En el caso de Santa Ana existía también un problema de distancia con la comunidad más alejada del centro.

*Tenemos una zona muy alejada a la que creo que ningún programa está llegando. Cuando programábamos atenciones integrales en ese lugar que es bien lejanito, la población no bajaba a hacerse atender cuando nosotros íbamos. Está lejitos, por lo menos tres o dos horas con carro.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Otra medida de adecuación es el uso del celular, así la encargada de la ES PCT facilita su número telefónico a los pacientes y estos hacen lo mismo de forma tal que puedan coordinar una hora adecuada para recibir su tratamiento. El único problema que presenta dicha solución es que las personas de mayor edad que no conocen de esta tecnología se ven un tanto marginados, aunque en los jóvenes sí tiene gran impacto.

*Este año hemos hecho varias visitas domiciliarias. Y también a veces hasta llamando de locutorio a sus celulares para decirle: "Oye, no has venido a tomar tu medicación", y más he podido tener más comunicación con ellos.*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

También se aplican medidas para disminuir los efectos del estigma en los pacientes. Así, en un caso dado el temor a ser reconocido, la responsable comentaba de las visitas sin el uniforme como una medida para evitar los abandonos:

*Lastimosamente ellos temen. Yo tenía una pacientita que me decía "Señorita, vas a venir a mi casa, pero no vengas con uniforme, porque te miran los vecinos y todo eso". Y entonces eso no era mi función, pero para ayudarla venía con ropa de calle, como su amiga.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

## Ica

En este contexto se encontró que existe un esfuerzo por adaptarse a los horarios de trabajo de los PAT que trabajan en los fundos agroexportadores, y a las dificultades que algunos pacientes mayores o con otros malestares tienen para acercarse al centro de salud a recibir su tratamiento. En esos casos se hace lo posible por administrarles el tratamiento a domicilio.

No obstante, bajo el discurso de que no hay diferencias en la atención a los pacientes en el centro de salud y que se atiende a todos por igual, se invisibilizan las posibles necesidades de los pacientes quechuas. El personal de salud solo hace referencia a la adecuación al idioma del paciente en caso de que sea quechuahablante y no pueda comunicarse directamente con este. En esos casos se busca un intérprete, que puede ser un familiar o un personal del centro de salud que hable quechua.

Las ideas presentadas se reflejan en las citas que se presentan seguidamente:

*Algunos son asequibles. Algunos si les hablas bien no te hacen caso, pero si les dices que te va a pasar esto, ya no vas a estar en un esquema de 6 meses, sino de 2 años, con inyectables, con todas esas cosas van teniendo miedo. Por el miedo los tienes que ganar, porque sino el paciente no toma conciencia de su enfermedad.*

**(Responsable de la ESN PCT, EESS La Tinguiña - Ica)**

*Se habla mucho de quimioprofilaxis, pero el MINSA no te proporciona y te pide una cobertura del 100%, pero no, nunca hemos hecho el 100%. Llegamos al 20, 30%. Yo no les hago a los de la calle, yo solo les hago a los contactos de mis pacientes. Yo puedo aceptar cuando vienen a decirme: "señorita, póngame esto", pero yo no voy a aceptar que me*

vengan a decir que es mi obligación hacerlo, porque el MINSA no me da y yo tengo que usar lo que me ha quedado del proyecto en los contactos de mis pacientes.

**(Responsable de la ESN PCT, EESS La Tingüña - Ica)**

Que el personal esté...se prepare un poco más en el idioma para que hable quechua o quizás en algunas cositas, ¿no? Buscar la manera de que ellos puedan entender que es por su salud el tratamiento que se les da. Quizás poniendo videos en quechua, que trate sobre la enfermedad, ¿no? Que les hable de cuidados, las medidas cómo deben cuidarse ellos en cuanto a su alimentación. Por ejemplo, si nos llega un paciente a Parcona y es quechuahablante, entonces poner en ese momento el televisor, el video para que él entienda que tiene que tomar sus pastillas, que tiene que alimentarse. Es importante. En ese aspecto quizás de esa manera.

**(Coordinadora regional de la ESN PCT, Ica)**

Por ejemplo, había un señor que tenía 65, 67 años. Él se iba a la quebrada y con su chullo venía, que un día se había puesto mal y se había hecho pasar ortiga en su cuerpo. Es que estaba mal me dice, ¿pero por qué te has hecho pasar ortiga? Ven acá y trátate, ¿no? Bueno que haga lo que él piensa que le va a hacer bien, pero igual acá pasó consulta, lo hicimos pasar consulta y ya estaba para el alta. Estaba todo negativo ya, le faltan dos tomas, pero de repente se resfría, porque ellos también se resfrían. Eso fue él que sí nos comentó. Que yo sepa la ortiga es feo pues, pero él por todo el cuerpo, cómo se habrá sentido. Y a él le habían pasado por todo su cuerpo ortiga (risas). Yo los escucho, lo que pienso que no les va a hacer mal, que sigan con su creencia, pero lo que sí les va a hacer mal les digo que mejor no.

**(Responsable de la ESN PCT, EESS Parcona - Ica)**

## I. Discursos sobre la enfermedad en el proceso de atención

### Ayacucho

La aparición de la enfermedad es asociada a los males respiratorios que se traduce en “mal de bronquios”, o también a un déficit alimenticio de las personas. En el caso de Relave después del brote de TB que se presentó, poco a poco la población fue conociendo más sobre esta enfermedad. Allí, la enfermedad también es asociada al trabajo en las minas, por trabajar en un ambiente cerrado y siendo conscientes que muchas veces al interior de estos lugares se respiran gases que son poco saludables.

### Huancavelica

En este ámbito resultó importante observar que mientras una parte el personal de salud se muestra seguro del conocimiento que sus pacientes tienen de su enfermedad, en realidad estos apenas la entienden, centrandó mucho su discurso en una frase: “Me explicaron que con las pastillas voy a curarme”:

*Cuando entrevistamos a todo paciente al darle a conocer acerca de la enfermedad, lo primero [que] tratamos de hacerle ver es el riesgo de su enfermedad, y tratar de hacerles ver las formas de contagio y en qué está basada su recuperación, que como bien sabemos se basa en el tratamiento, entonces les decimos cuáles son sus pasos para la recuperación. Todo eso se lo decimos acá, qué tratamiento van a tomar, cómo lo vamos a manejar nosotros.*

**(Responsable de la ESN PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Pero entre los pacientes la primera reacción es más bien temor y sorpresa:

*Primera vez que me enfermo, yo siempre he sido sana, nunca he ido al hospital, nunca yo he tomado pastillas. Primera vez. Me dio tos fuerte, no podía respirar, me dolía mi espalda, mi pecho. Pensaba que era otra enfermedad.*

**(Irene, PAT en tratamiento)**

Es decir, no existe un real conocimiento de los PAT acerca de la enfermedad, sus consecuencias, y las reacciones adversas a medicamentos (RAM). Esta situación genera luego que muchos pacientes al sentirse mejor tras un mes de tratamiento decidan abandonarlo y continuar con su vida cotidiana:

*Los pacientes no quieren tomar el tratamiento, se ha observado que ya un mes lo están tomando, se sienten recuperados y ya, piensan que están curados y se van, un doctor nos comentaba de eso que la coordinadora de la estrategia a nivel regional lo mandó hasta Lima a buscarlo "No sé qué haces pero me encuentras a tal paciente".*

**(Coordinadora de la ES PCT, Santa Ana)**

Estas conductas se extienden, además porque no hay una campaña adecuada de información sobre la enfermedad, hecho que las propias encargadas del ES PCT reconocen cuando afirman que más allá del Día de Lucha contra la Tuberculosis en marzo, no se tienen charlas sobre la enfermedad y sus riesgos, ya que todo el aspecto de promoción de la salud se enfoca en otros programas o enfermedades de mayor incidencia entre la población de la zona. Esto repercute incluso en el hecho de que muchos pacientes y familiares no tienen claro por qué les dio la enfermedad:

*Entonces fui a la posta, y la doctora me dijo: "lleva tu muestra", yo llevé todo y me dijeron: "vamos a revisar que cosa es", y después ya revisando la doctora me dice: "no hay nada, solamente tos nomás". Entonces me dio pastillas y después me hizo pasar ahí donde dan gasito para recibir [se refiere a las nebulizaciones] y después mascarilla, en esa mascarilla por ahí me [ha] agarrado esa tuberculosis, ahí estaba, eso me jodió, yo estaba sano, no pasaba nada. Ahí el doctor me ha dicho: "en esa mascarilla que te han puesto ahí estaba, por eso te han contagiado. Debieron haber vaciado y limpio ponerte a ti, porque así sin lavar, esa agua misma te han dado", y ahí me estaba, me dice, en la botella.*

**(PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

También la mala alimentación se relaciona como probable desencadenante de la enfermedad:

*Poco antes trabajaba de noche [en un bar], pero en ese entonces ya no trabajaba porque tenía anemia. Estaba prácticamente baja de defensas. En ese tiempo estaba con mis hijitos nada más, mi hermana llega a venir cuando se entera que tengo de tuberculosis, ya cuando estaba baja de peso venía a verme una o dos veces al semana, porque cuando mi papá se enteró que estaba baja de peso me dijo: "Oye, cómo vas a estar así", porque no podía caminar nada, antes de que detectaran.*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

*¿Por qué crees que te dio la enfermedad?*

*Mala alimentación, por no cuidarme o por no prevenir sabiendo que mi hermana estaba mal porque ella se enfermó por no tener defensas, no comía. Y yo también a veces no comía. Mi peso siempre ha sido 50, no paso ni bajo, pero [en] esas fechas bajé a 42, y sangre todavía me salía de la nariz. Y tratamiento psicológico también recibí porque me complicaba con mi peso.*

**(ExPAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

El frío también es relacionado como causa de la enfermedad:

*No me abrigaba, lavaba ropa en frío. Andaba así con politos en lluvia.*

**(ExPAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

## **Ica**

Se identificó un discurso de estigmatización/discriminación/rechazo hacia los PAT por parte del personal de salud que no está involucrado en la ES PCT, y por parte de otra población en general (conocidos, amigos e incluso familiares). Esto se debe a los prejuicios que se asocian a la enfermedad y a la facilidad de contagio.

En La Tinguiña los pacientes señalaron el problema del rechazo y el miedo a la discriminación, asociándolo con la infraestructura del centro de salud (el ingreso de los pacientes para tratamiento es independiente y directo a la calle), ya que las personas los ven y los reconocen y saben que están ahí porque tienen tuberculosis.

Sobre la enfermedad, el personal de salud trata de infundir confianza en los PAT (de acuerdo a lo que ellos refieren en las entrevistas), diciéndoles que se van a curar, que tienen que cuidarse, que se alimenten adecuadamente; no obstante, se hace mucho hincapié en la facilidad de contagio. En ese sentido, a partir de lo observado y lo escuchado en las entrevistas, se puede apreciar que las técnicas, quienes son las que realizan las visitas a domicilio, tratan de atemorizar a los PAT y sus familiares para que sigan el tratamiento y las indicaciones. Por ejemplo, se les dice que si no cumplen van a empeorarse, van a pasar a la segunda fase que es

más larga y van a recibir inyecciones diarias y que ese tratamiento es mucho más largo y difícil, que si abandonan el tratamiento van a retroceder todo lo avanzando y tener que iniciar de cero.

### CONCLUSIONES DEL OBJETIVO 1

A partir de las nueve dimensiones de análisis fue posible llegar a varias conclusiones tanto en relación a la Norma Técnica de la ESN PCT y su aplicación, como a aspectos de índole cultural que intervienen en el despliegue de la ESN PCT. Estas ideas son resumidas en la tabla que viene a continuación.

DIMENSIÓN	IDEAS PRINCIPALES
<p><b>A.</b> Análisis del contexto de atención</p>	<p>Los contextos de atención estudiados se caracterizan por cuatro aspectos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A pesar de existir población quechua monolingüe o bilingüe que maneja más el idioma quechua que el castellano, es muy poco el personal de salud que puede hablarlo o entenderlo.</li> <li>- Las condiciones de trabajo del personal de salud no son buenas y afectan sus posibilidades de captación y atención en los servicios.</li> <li>- Los recursos humanos y materiales son escasos, y están destinados a cubrir necesidades primarias de la atención de la salud de las comunidades.</li> <li>- Si bien una proporción de la población que se atiende es quechua, existe en los servicios de salud una ausencia de sistemas de pertinencia intercultural.</li> </ul>
<p><b>B.</b> Percepción del personal sobre la Norma de la ESN PCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la mayoría de contextos estudiados, el personal afirmó no conocer la Norma Técnica de la ESN PCT a cabalidad y que no manejan adecuadamente los protocolos establecidos en la misma.</li> <li>- Aunque la mayoría del personal de salud entrevistado estaba informado sobre el contagio y el tratamiento de la TB, no manejaba el enfoque integral de atención que se describe en la Técnica de la ESN PCT.</li> <li>- Entre las observaciones o sugerencias a la Norma más mencionadas, resaltan dos. En primer lugar, se trata del abordaje al paciente y su familia. La mayoría considera que las indicaciones para evitar que la familia se contagie pueden generar temor y segregación hacia el paciente. En segundo lugar, se considera que la quimioprofilaxis diaria no se adapta a las posibilidades de los servicios de salud rural y las necesidades y estrategia de vida de la población.</li> </ul>
<p><b>C.</b> Proceso de implementación de la estrategia del PCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En la mayoría de contextos estudiados, la ES PCT se concentra en las acciones de diagnóstico y medicación de los pacientes. Las acciones de prevención de la TB y promoción de la salud son restringidas.</li> <li>- La captación de sintomáticos sigue una estrategia pasiva en casi todos los ámbitos de investigación.</li> <li>- La mayoría de capacitaciones se realizan cuando se inicia la medicación de los pacientes.</li> <li>- La mayoría de los centros estudiados no cuenta con espacios especiales para la atención de los pacientes dentro de la ES PCT, independientemente de la envergadura de los establecimientos.</li> <li>- En el contexto de Ayacucho y Huancavelica, buena parte de los PAT tiene problemas para acceder todos los días a los servicios.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En muchas ocasiones solo los responsables de la ES PCT manejan la composición de los medicamentos que los pacientes deben ingerir diariamente. Sin embargo, estos no se encuentran todos los días en los centros y son otros, muchas veces técnicos, quienes realizan esta acción sin la preparación suficiente.</li> <li>- En ninguno de los establecimientos estudiados se brindaba asistencia psicológica o laboral para los pacientes.</li> <li>- El apoyo alimentario solo era distribuido en los casos de Ica, mas no en Ayacucho y Huancavelica.</li> </ul>
<p><b>D.</b> Interacción de la ES PCT con otros programas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se apreciaron pocas articulaciones y sinergias entre la ES PCT y otros programas o intervenciones.</li> <li>- Las salidas para realizar actividades de promoción de la salud no suelen incluir la captación de sintomáticos. Tampoco se trata a los PAT con otros problemas de salud que pueden afectar la evolución del tratamiento y el desarrollo de una posible recaída.</li> <li>- En la mayoría de los casos, el resto de programas y acciones compiten con la ES PCT.</li> </ul>
<p><b>E.</b> Priorización de la atención del personal de la ES PCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mayor parte de las acciones desarrolladas por los servicios de salud se concentran en dos grupos principales: gestantes y niños en la primera infancia.</li> <li>- Desde la perspectiva del personal de salud, la mayoría de programas no están llegando hacia los adultos mayores y varones.</li> </ul>
<p><b>F.</b> Incorporación – articulación con agentes de medicina tradicional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No se contemplaba la incorporación de los agentes de medicina tradicional en el tratamiento de la TB.</li> </ul>
<p><b>G.</b> Los actores en la atención y sus roles</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre los principales actores se identificó que las mujeres de las familias de los PAT (como madres o parejas) cumplen un rol importante; como también lo son en algunos casos los hijos y hermanos.</li> <li>- Otro actor importante son los responsables de la ESN-TB en cada establecimiento. Por lo general, se observó que son cercanos, conocedores y preocupados por sus pacientes.</li> </ul>
<p><b>H.</b> Adecuación de la atención a las estrategias de vida de la población quechua</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Una barrera importante es el idioma.</li> <li>- Un problema serio para la atención de los PAT es que aún no existe una estrategia adecuada de parte del personal de salud en relación al ciclo productivo de la población quechua, específicamente en relación a las migraciones constantes que realizan.</li> <li>- La religión también constituye un tema a tratar.</li> <li>- En algunos casos existía un problema de acceso con las comunidades más alejadas del centro.</li> <li>- Se observó que el personal aplica algunas medidas para disminuir los efectos del estigma en los pacientes, como las visitas domiciliarias sin el uniforme. Asimismo, se encontró que en algunos casos existe un esfuerzo por adaptarse a los horarios de trabajo de los PAT, y a las dificultades que algunos pacientes mayores o con otros malestares tienen para acercarse al centro de salud a recibir su tratamiento. Pero esto no se repetía en todos los lugares.</li> </ul>
<p><b>I.</b> Discursos sobre la enfermedad en el proceso de atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se identificaron discursos que asociaban la enfermedad al trabajo en las minas, a un déficit de alimentación, destacando la estigmatización hacia quienes la padecen.</li> </ul>

## OBJETIVO ESPECÍFICO 2: IDENTIFICAR LA PERCEPCIÓN DE LAS COMUNIDADES QUECHUAS EN LA ATENCIÓN INTEGRAL EN LA ESTRATEGIA SANITARIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Como parte de este objetivo se presentan los resultados a los que se llegó tomando en cuenta cada dimensión de análisis, presentando los hallazgos por cada localidad, y al final de cada punto una síntesis y conclusión de lo encontrado en cada caso.

### A. Percepción de la población sobre los servicios de salud en general

#### Ayacucho

Se encontró que existen aspectos en los que la población no muestra mayor disconformidad, y otros en los que su molestia era evidente. Una de las quejas más comunes de los pobladores de Circamarca en relación a los servicios de salud locales, fue la ausencia del personal en el puesto. Esto se debe principalmente a la rotación de sus horarios, su asistencia frecuente a capacitaciones, o a la atención de asuntos personales. A pesar que el establecimiento cuenta con tres técnicos, sus inasistencias coinciden en algunas ocasiones por lo que el establecimiento queda vacío. De ellos, dos eran contratados por lo cual al cumplir su contrato deberán retirarse o serán trasladados a otro puesto.

Algunos de los usuarios comprenden la escasez de recursos humanos y las razones de sus ausencias en el puesto, pero otros tantos lo toman muy mal, más aún si es que esto coincide con alguna emergencia. Unos pocos reclaman que haya algunos servicios o especialidades adicionales a las que ya gozan, y otros piden tener una ambulancia para atender con mayor celeridad los casos de emergencia que se les presentan.

Los entrevistados no expresaron mayores reparos sobre el trato que reciben del personal. Pero sí hubo más de una mención para que se contrate un personal más, bajo la modalidad del nombramiento, para que de esta forma se garantice su permanencia.

En el caso de Relave, una de las molestias más recurrentes en los usuarios de esta comunidad es la falta de experiencia del personal de salud a quienes acusan de "practicantes" e "inexpertos". Eso también sucedió con algunos informantes en Circamarca. Aunque esta afirmación es algo que no podía ser constatado, lo cierto es que muchos de los que trabajan en esa zona no superaban los 25 años. También era cierto que el equipo presente en ese momento era relativamente nuevo, y que fueron llegando poco a poco, haciéndole el relevo a otros trabajadores que iban dejando el puesto. Entre los informantes existían varios recuerdos negativos del equipo anterior, sin embargo, este nuevo equipo empezaba a tener más aceptación.

Otra de las quejas más frecuentes se da por la demora en la atención, sobre todo cuando hay mucha afluencia de público en el programa materno-infantil. Se repiten como en Relave la necesidad de contar con algunos servicios adicionales, y una ambulancia que permita atender mejor las emergencias.

Por otro lado, existe la necesidad por parte de los usuarios de coordinar mejor los horarios de atención con los horarios que lleva la población (especialmente los varones) debido a la actividad minera. Los mineros suelen salir muy temprano y regresar al finalizar la tarde muy cansados, y otros se ausentan por algunos días, por lo que los fines de semana disponen de más tiempo para buscar la atención médica. Y no siempre el puesto está abierto en esos días, o el personal no está completo, lo que genera descontento.

#### Huancavelica

Los pobladores entrevistados de Paucará, si bien reconocen las mejoras en el servicio, no se sienten seguros de su calidad, ni de las medicinas que se entregan en las atenciones. Aunque no se hizo alusión a la ES PCT, se encontraron quejas de los demás programas como maltratos, que solo les entregan medicinas "baratas", o que los médicos solo hablan en español y desconocen por completo el idioma quechua, exigiéndoles además a los pacientes que hablen en castellano y no en su idioma natal.

Existe también un fuerte temor en las personas a que la atención en el centro de salud sea inadecuada, ya sea por falta de insumos o porque el centro carezca del nivel requerido ante una enfermedad grave. En ese imaginario, Lima aparece como el único lugar seguro.

*Acá a veces ya nos molesta, capaz no se qué podemos hacer, denunciar a esos que atienden, porque si él ya sabe que va morir para qué dice "tráeme esta pastilla" que no hay en Huancavelica, y no hay ni en Huancayo. A Lima lo envía y hasta eso ya está muerto, por eso aquí directamente a veces no queremos acudir, porque de ser grave de acuerdo a las normas nos manda a Huancavelica y es mentira. Por eso nosotros lo llevamos a Lima, porque en Huancavelica nada hacen.*

**(Contacto PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

*Antes si no quería “como voy a sanar, acá medio corriente, inyección, pastillas no es bien”, decía. Último ha sanado y yo le decía “mentira, ya ves, no querías ir al posta”. Pero en Lima le han encontrado [la TB] aquí no, negativo, negativo ha salido. En Lima ha salido [positivo].*

**(Contacto PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

La desconfianza puede ser tanta que incluso se crean una serie de mitos e historias sin mucho fundamento real, pero que calan en el imaginario, especialmente entre los más ancianos. Una de estas ideas se expresa en la siguiente cita. En ella se hace alusión a que una vez que los ancianos forman parte del programa Pensión 65 pueden recibir una mala atención o prácticamente los dejan morir en los establecimientos:

- *¿Será señorita verdad? Dice que cuando vas a la posta te dan descanso ya.*
- *Dicen que de lo que les dan a los viejitos su Pensión 65, por eso dicen que cuando caes mal, y vas al posta, ya te “dan descanso” [te matan], por eso mi comadre tiene miedo, “yo no voy a ir —dice—, que tal me da”, así no sé quién habrá dicho.*
- *No, así han dicho, así otra señora ha dicho, que un señor aquí también ha fallecido llegando a Huancavelica, ahí nomás llegando ha muerto, por eso dicen que “descanso” te dan cuando recibes es Pensión 65. En Posta saben, saben cómo vivimos o morimos.*

**(Contacto PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

En Santa Ana, en general, se percibió que los informantes desconfían del servicio que brindan en este establecimiento, lo que muchas veces se genera a raíz de las colas que deben hacer para ser atendidos, o el tiempo excesivo de espera para una atención. Por esta razón van con frecuencia de un centro de salud a otro, precisamente porque no se les atiende de forma rápida y oportuna.

Se pudo observar que programas como CRED y Obstetricia eran los de mayor demanda en el lugar, además de Medicina General. En general son los niños los principales usuarios de los servicios de salud, pues existe de cierta forma la idea de que un viejo puede “resistir” la enfermedad y curarse de forma casera, cosa que no sucede con un niño que es mucho más “débil” o vulnerable.

## Ica

Al preguntar por la opinión que se tenía de los servicios de salud locales, la respuesta general era de insatisfacción, debido a varios aspectos: excesivo tiempo de espera por falta de personal, maltrato de algunos de ellos, etc. Aunque no se puede negar las falencias que puedan existir en su establecimiento de salud, esto también tiene que ver con el mayor acceso que existe en esta ciudad a los servicios privados, lo que hace inevitable las comparaciones:

*Bueno, en algunas oportunidades hay enfermeros o doctores que a veces no atienden como debe ser, ni tampoco te atienden a la hora que tú vas. Ellos asignan un horario y a veces ese horario es muy reducido, hay mucha gente que va y ya se terminan su hora de trabajo y se quitan. Ya no te atienden como debe ser.*

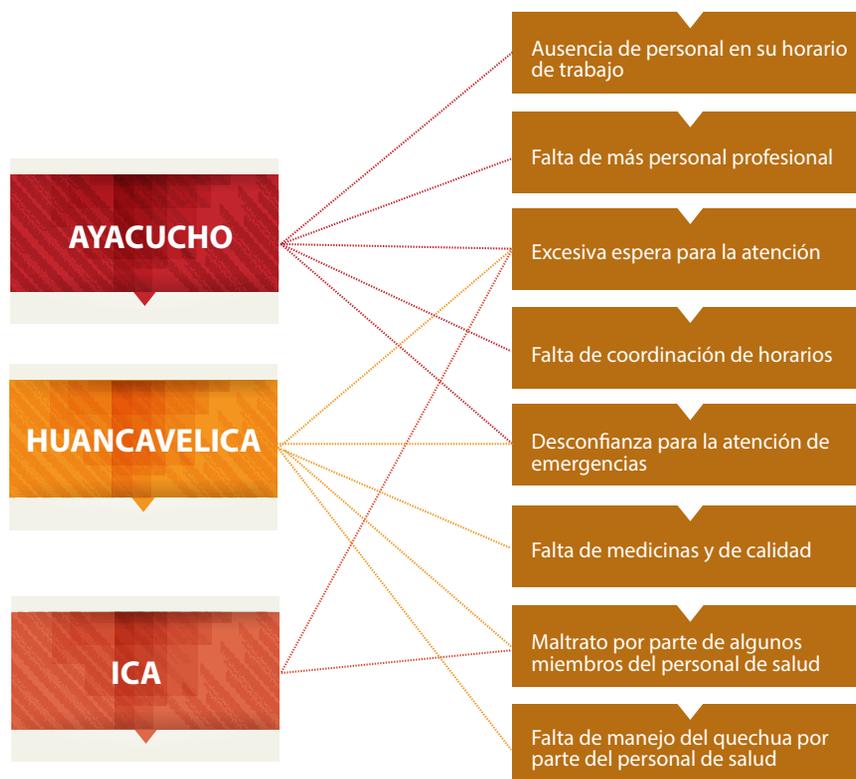
**(Paciente, EESS Parcona - Ica)**

*A mí me gustaría que cambien su forma de atenderte. Hay personas que de repente te hacen esperar y a veces las personas están o los médicos están de mal humor, justo chocas ahí... no te atiende como debe ser a veces.*

**(Paciente, EESS Parcona - Ica)**

En conclusión, las opiniones que se recogieron en torno a este tema, resumen la insatisfacción que existe también en otras partes del país por un sistema de salud que no se da abasto y que resulta precario para las expectativas de sus usuarios. Encontramos demandas de más personal, de personal más experimentado, de mejores medicinas, de mayor celeridad en la atención, de un mejor trato, entre otras. Sin embargo, las demandas se vuelven más específicas en contextos con dinámicas sociales y culturales que resultan particulares. Así, en el caso de Relave en Ayacucho, se demanda una mejor coordinación de los horarios de atención, teniendo en cuenta la dinámica laboral presente en esa zona. En Huancavelica se percibe en general una mayor desconfianza del sistema de salud oficial, ya que parece sentirse como una lógica terapéutica distinta a la que han estado habituados por mucho tiempo con el sistema tradicional. Ello lleva a que se mantenga con más fuerza que en los otros dos contextos de estudio, el uso paralelo de los sistemas tradicional y oficial. Aspecto que se ve reforzado con factores como la falta de conocimiento del quechua por parte del personal.

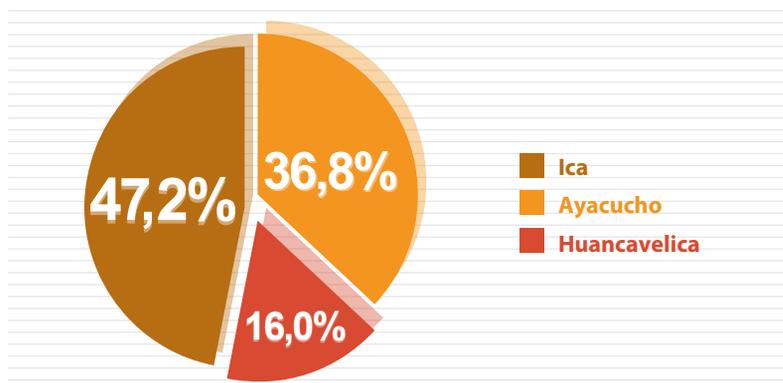
**GRÁFICO 1. Principales demandas de los usuarios a los servicios de salud locales**



## B. Conocimiento de la población sobre la ES PCT

El conocimiento de la población sobre la ES PCT es escaso y a veces nulo. Como se verá más adelante, este programa (que no es conocido por su nombre) es identificado básicamente con la entrega gratuita de la medicación. Ignorando así otros componentes importantes, como las capacitaciones que forman parte de las acciones de prevención. En ese sentido, los PAT y ex-PAT encuestados revelan haber recibido alguna capacitación una vez que fueron diagnosticados (65,7% la recibió en un EESS), pero no como parte de una actividad preventiva. Sobre este tema, se encontró que Ica presenta el mayor porcentaje de pacientes que recibieron las capacitaciones, con 47% (Ayacucho con 36,8% y Huancavelica con 16%), lo que confirma que es en este departamento donde la ESR PCT se desarrolla en mejores condiciones en comparación a las otras dos.

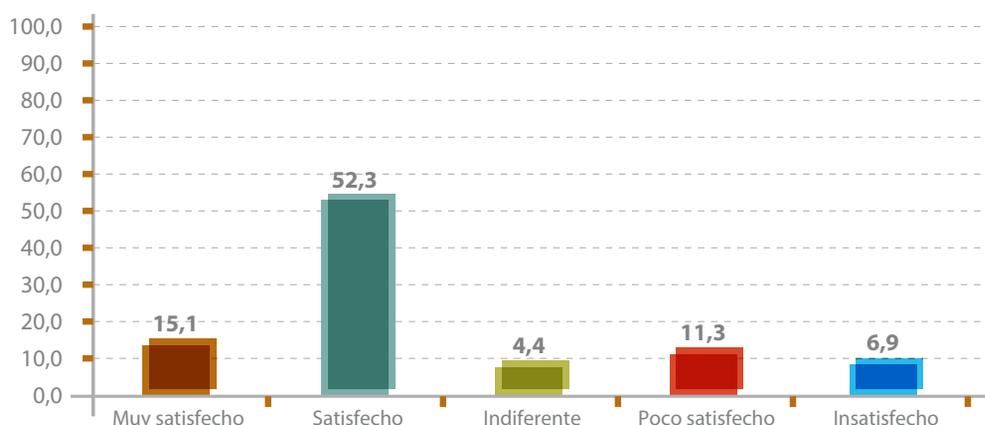
**GRÁFICO N° 2. Porcentaje de personas que han recibido alguna charla o información sobre la tuberculosis**



Sobre la canasta de PAN-TB, un 62,3% de los PAT y ex-PAT quechuas manifestó estar satisfecho, y un 79,7% manifestó que le gustaban los productos de esta canasta. Si complementamos esta información con los datos cualitativos, en los que se demuestra que era muy poca la población que accedía a este programa y que tenía conocimiento de él; se puede decir que dado que se percibe a la canasta como “un regalo” los reclamos que se pueden hacer de ella son mínimos.

Este dato se aprecia en la siguiente tabla por provincia.

**GRÁFICO N° 3. Nivel de satisfacción sobre la canasta de PAN-TB:**



**Nivel de satisfacción sobre la canasta de PAN-TB por regiones**

Sobre la canasta de PAN-TB usted está	Regiones (%)			Total General
	Ayacucho	Huancavelica	Ica	
<b>Muy satisfecho</b>	12,7	0,0	21,0	15,1
<b>Satisfecho</b>	58,2	52,2	67,9	62,3
<b>Indiferente</b>	5,5	8,7	2,5	4,4
<b>Poco satisfecho</b>	14,5	26,1	4,9	11,3
<b>Insatisfecho</b>	9,1	13,0	3,7	6,9
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

En cuanto a los productos específicos de la canasta de PAN-TB, cuando se les preguntó qué productos cambiaría, los pobladores quechuas encuestados mencionaron al atún en un 43,5%, el arroz en un 8,7%, el trigo 8,7%, enlatado 4,3%. También se indagó sobre qué productos de la canasta aumentaría, obteniendo como respuesta la leche con 13,5%, menestras 13,5%, lentejas 7,9% y aceite con 7,1%.

## Ayacucho

Si bien los pacientes participan de la ES PCT, no saben cuál es su contenido y tampoco lo conocen bajo esa etiqueta. La identificación más fuerte que se tiene sobre el servicio que reciben es la entrega de medicamentos para su tratamiento. La excepción se presenta en un paciente que inicialmente recibía su tratamiento en Lima, y sí tenía más información sobre algunos de los componentes del programa, como las capacitaciones. Además tenía noción del programa de apoyo alimentario a partir de las canastas, lo que no se repetía en el resto de casos.

## Huancavelica

La población desconoce la ES PCT o su funcionamiento, aun cuando existe un cartel con una estancia asignada para el mismo al interior del centro de salud:

- *¿Conoce el Programa Contra la Tuberculosis, PCT?*
- *No, ¿programa? No.*
- *¿No le han hablado nada?*
- *No.*

**(Ex-PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

En Santa Ana, al igual que en Paucará, la población no conoce al PCT o su funcionamiento. Sin embargo, en Santa Ana esto era mucho más grave, ya que al no tener siquiera un espacio propio de atención, la existencia de material informativo era nulo, excepto por un cartel junto al laboratorio "Sobre cómo obtener una buena muestra de esputo". Este poco conocimiento refuerza la situación de marginación de los pacientes con TB. Por tanto el conocimiento que se tiene se circunscribe casi exclusivamente a "que con las pastillas te curas":

*18 días llevo ya, falta todavía para un mes, por eso me dice tienes que cumplir dos meses sin fallar porque de repente te puede ganar esa enfermedad. Pasados los dos meses ya me voy a curar y ya no haber nada ya, pero ya me estoy calculando yo, ya está pasando ya no hay tos a cada rato, fastidiaba, ahora ya se calmó*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

- *¿Ha escuchado hablar del Programa Contra la tuberculosis?*
- *¿Qué cosa es eso?*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Los dos únicos casos que manifestaron conocerlo, eran personas jóvenes y que lo conocieron cuando les dio la enfermedad o por conocimientos previos (una de ellas era técnica en enfermería).

*Antes no, cuando ya tenía la enfermedad he escuchado. Sirve para prevenir que haya más infectados de la población con TBC, dar a conocer, también ayudar a que las personas que no quieren recibir el tratamiento, incentivar[los].*

**(PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

*Sí he escuchado hablar del Programa, en el Hospital, en el Centro de Salud donde he trabajado en Castrovirreyna también había una Estrategia contra la TB. Sirve más que nada para promocionar y prevenir la enfermedad más que nada a la sociedad y al personal mismo.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

## Ica

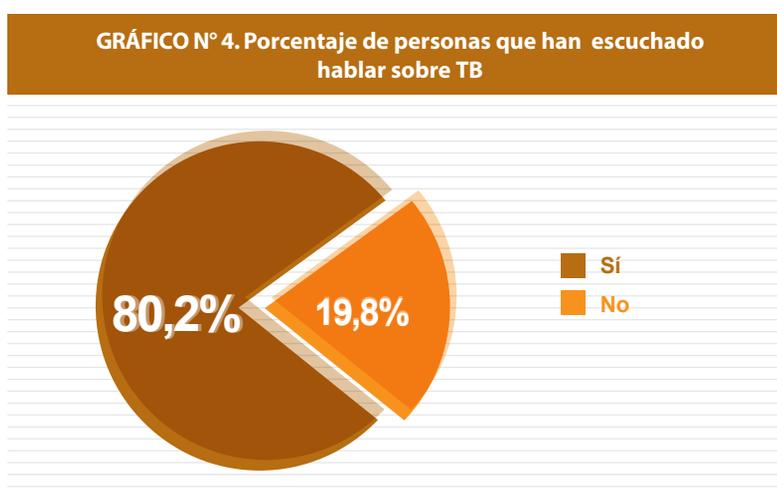
En este contexto, las personas sí tenían cierto conocimiento del programa, en qué consiste, y los beneficios que ofrece: medicinas y alimentos gratuitos. Aunque no lo asociaban inmediatamente con el nombre que recibe. En algunos casos no reconocían las charlas, capacitaciones o sesiones educativas como una actividad permanente de la ES PCT o importante, pues señalaron que no las han recibido, no hicieron referencia al contenido, ni a lo que les agradó o desagradó. No obstante, quienes sí las recibieron valoraron su importancia, en la medida que a través de ellas es que se informaron sobre la alimentación adecuada y el cuidado que debían tener los familiares para evitar el contagio o una recaída del paciente.

Además, tienen conocimiento del apoyo alimentario que les corresponde a través de las canastas. La mayoría afirmó haberlas recibido y estar conformes con su contenido, al margen de algunas demoras.

En síntesis, en este tema se comparte el desconocimiento de la ES PCT, sus componentes, beneficios y demás. Solo en el caso de Ica se identificó un mayor nivel de información al respecto, aunque de forma variable. En los casos de Ayacucho y Huancavelica se presentaron muy pocos casos con conocimiento del tema, y los que lo tenían era por un contacto previo con Lima o Ica.

### C. Percepción de la población sobre la TB y el lugar de los servicios en su atención

En torno a esta dimensión, se encontró que a pesar de que muchas personas han escuchado hablar de la TB, el conocimiento real que tienen de ella (causas, tratamiento, etc.) es bastante limitado. Así, a partir de la encuesta se obtuvo que un 80,2% mencionó haber escuchado sobre esta enfermedad, siendo mayor la proporción en Ayacucho, Ica y Huancavelica (según este orden).



El promedio de edad de los que han escuchado hablar alguna vez sobre la TB fue de 39 años. En cuanto al género, los varones presentaron una proporción ligeramente mayor al de las mujeres (84,3% vs. 76,4%).

#### Nivel de conocimiento sobre TB, según sexo

¿Ha escuchado hablar alguna vez de alguien sobre la tuberculosis o TB?	Sexo del entrevistado (%)		
	Hombre	Mujer	Total
<b>Sí</b>	84,3	76,4	80,2
<b>No</b>	15,7	23,6	19,8
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

La gran mayoría de los pacientes mencionó que la fuente principal de adquisición de su conocimiento sobre la TB fue el EESS, seguido de “más de un lugar”, y por último el colegio de su localidad. Esto demuestra que fue recién cuando adquirieron la enfermedad que los PAT encuestados recibieron el mayor flujo de información, en este caso en el EESS donde recibirían su tratamiento. Es importante identificar el medio principal por el cual la persona adquiere la información, ya que esta puede provenir de medios no confiables, obteniéndose así conocimientos erróneos acerca de la tuberculosis, pudiendo agravar su enfermedad o poniendo en riesgo la salud de sus familiares y de la comunidad. Es útil, además, para poder identificar otros canales importantes de información aparte de los EESS.

#### **Lugar donde se ha escuchado hablar sobre TB, según sexo**

¿Dónde ha escuchado hablar alguna vez a alguien sobre la tuberculosis o TB?	Sexo del entrevistado (%)		
	Hombre	Mujer	Total
En la posta	45,8	37,1	41,3
Más de un lugar	20,5	25,8	23,3
En el colegio	10,8	11,2	11,0
Otro lugar	8,4	13,5	11,0
En mi barrio	13,3	6,7	9,9
En la iglesia o en la parroquia	1,2	5,6	3,5

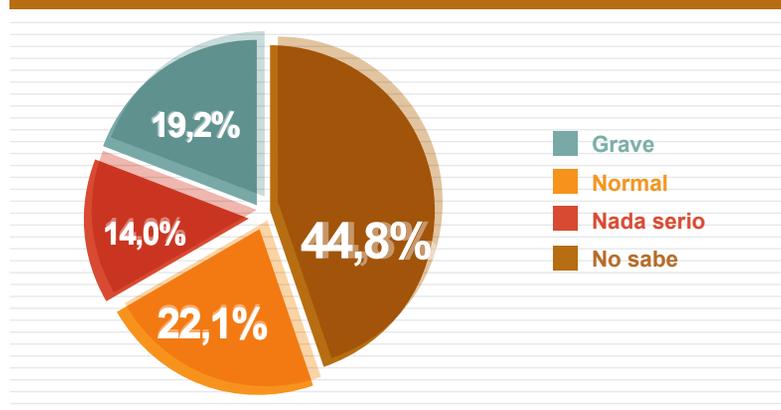
La tuberculosis es una enfermedad que afecta principalmente a la población económicamente activa (PEA). Su distribución por grupos etarios y por sexo, según los últimos reportes del MINSA, reflejan resultados similares a los encontrados en los pacientes que formaron parte de este estudio. El grupo de edad de 15 a 29 años, con un 37,7%, es el que más ha escuchado hablar alguna vez sobre la TB, lo que podría deberse a que es el grupo de edad al cual llegan masivamente los mensajes por los medios informativos.

#### **Nivel de conocimiento sobre TB, según grupo de edad**

Grupo de edad del entrevistado	¿Ha escuchado hablar alguna vez a alguien sobre la tuberculosis o TB? (%)		Total
	Sí	No	
10 a 14 años	2,2	0,0	1,7
15 a 29 años	37,7	23,5	34,9
30 a 44 años	19,6	32,4	22,1
45 a 59 años	23,9	17,6	22,7
60 a más	16,7	26,5	18,6
<b>Total general</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Al indagar sobre las formas de contagio, tanto hombres como mujeres respondieron que la forma más común era a través de la tos o estornudo, seguido de la debilidad o bajas defensas. Lo que, al igual que el dato anterior, demuestra que la información más certera sobre la TB la tienen aquellos quienes han pasado por el trance de la enfermedad. Por otro lado, un 44,8% de la población encuestada considera que la TB es un problema grave. Esta percepción debería demandar que se incluya como parte de la ESN PCT a más expertos en temas sociales, que permitan un trabajo multidisciplinario entre el equipo de profesionales de la salud de manera complementaria con otros sectores que tengan que ver con la vivienda, educación y alimentación.

**GRÁFICO N° 5. Percepción sobre el nivel de gravedad de la TB**



Se evidencia que en la región Ica un alto porcentaje, más de las dos terceras partes no saben o no reconocen adecuadamente este problema, ello se debe a los procesos de migración que tiene esta población quechua a este ámbito, los cuales tienen ciertas dificultades como el idioma y cosmovisión de la enfermedad. También está la escasa información sobre la incidencia de la enfermedad e incluso la poca importancia que se le da frente a otros problemas que presenta esta ciudad.

**Percepción sobre el nivel de gravedad de la TB**

Regiones	En tu comunidad, la tuberculosis se considera un problema			
	Grave	Normal	Nada serio	No sabe
<b>Ayacucho</b>	48,1	28,9	41,7	9,1
<b>Huancavelica</b>	13,0	18,4	12,5	18,2
<b>Ica</b>	39,0	52,6	45,8	72,7

**Ayacucho**

En Circamarca, la información que la población maneja en torno a la enfermedad es bastante limitada. En este aspecto tiene mucho que ver el cumplimiento que hace el personal de las capacitaciones, su extensión y contenido; por lo que el conocimiento que los pacientes llegan a manejar varía si es que el personal trabajó este punto o no, y la forma en que lo hizo.

La mayoría considera que la TB es una enfermedad que se adquiere por estar mal alimentado. No obstante, hasta el momento en que se obtiene el diagnóstico definitivo y se empieza a tener más información de la enfermedad, los síntomas son relacionados a otros males como una simple tos, una gripe fuerte, o incluso la “pacha”<sup>10</sup>. Para su tratamiento, el primer camino suele ser la

<sup>10</sup> Alcanzo o pacha: **Denominación:** Alcanzo, pachas pacha q’apirusqa (Andahuaylas); pacha qapisqa, pacha kamasqa o pacha oqarisqa (Ayacucho y Huancavelica); jallpajapisk’a (Canas); pacha, pacha ganarun, llapchasqa, qapisqa o agarrado por la tierra (Cangallo); pacha hapisqa (Cusco); alcanzo, pacha o pachajapin (Huamanga); pampa chatay (Huancayo); jallpajapiska o lugar hapisqa (Puno); oraken–oraqencatjatawa o laqan batuta (Puno); pacha o alcanzo (Vilcas Huamán). **Descripción:** Este síndrome distingue varios aspectos causales: agarrado por la tierra o agarrado por el espíritu de la tierra; taytaorccounquy o agarrado por el espíritu del cerro (wamani) o por la boca del cerro; amaruqapisqa o agarrado por el espíritu maligno del amaru; rumi qapisqa o agarrado por el espíritu de las piedras; sachá qapisqa

automedicación con alguna pastilla que ayude a contrarrestar el malestar, y el consumo en infusión de algunas hierbas medicinales como el eucalipto o la cáscara de plátano. En el caso específico de la “pacha”, este síndrome es tratado por un agente de medicina tradicional, en este caso el “curandero”.

*De frío creo me he enfermado, antes no me abrígaba, con polo nomás andaba, me tomaba agua fría. Ya me estaba pasando ya, es que un día me fui a ver a mis animales y de ahí me cansé y no tenía agua. Tenía mucha sed, no llevaba agua, y me tomé agua del río, bastante. Ahí es que me empezó a empeorar*

**(PAT, EESS Circamarca – Ayacucho)**

No obstante, al parecer es cada vez menor la búsqueda que se hace de los agentes de medicina tradicional para tratar esos síntomas. Esto parece restringirse más a las personas mayores que mantienen una alta confianza en lo que les pueden ofrecer, y que más bien no parecen adaptarse al sistema de salud oficial o no confían en él. Pero lo más recurrente es que se opte por someterse a los dos tratamientos, o que ante la ineficacia de uno de ellos se recurra al otro.

Los entrevistados que forman parte de la ES PCT afirmaron tener confianza en el tratamiento, así como saber la importancia de completarlo. Sin embargo, solicitaban la posibilidad de ver otras vías que no impliquen que el paciente tenga que ir todos los días al establecimiento, como que les den las pastillas que corresponden a varios días para que ellos los tomen por cuenta propia. Esto debido al nivel de movilidad de la población, que suele viajar constantemente por trabajo o estudios.

Sobre este tema, en Relave se presenta una situación similar. Allí los informantes consideraban también que el contagio se hace efectivo por estar mal alimentado, pero además por el frío o la transmisión de humedad a los pulmones, y el abundante polvo en el aire por la actividad minera. Como ya se mencionó, la gran mayoría de los pobladores trabajan en este rubro, y por tratarse de minería informal persiste la explotación a partir de socavones. El trabajo en su interior genera una constante y abundante sudoración en los trabajadores a causa de las altas temperaturas, por lo que al salir se topan con las bajas temperaturas en la noche lo que facilitaría el desarrollo de la enfermedad, según los informantes.

Ante los síntomas, los pacientes optan primero por la automedicación y el uso paralelo de plantas como el eucalipto, que se consumen con miel en infusiones. Cuando se percibe que esto no funciona, se opta por asistir al establecimiento de salud. Sin embargo, es común que se opte por acudir a un establecimiento de mayor nivel que el de la comunidad por considerar que el diagnóstico será más acertado, y que la atención es mejor.

En general, se tiene confianza en el tratamiento. Dado que en ciertos períodos este exige el consumo de pastillas de forma diaria, tanto el personal como los pacientes han desarrollado cierta “adecuación” o flexibilidad a los ritmos de cada uno. Por ejemplo, ya que muchas veces es poco probable que los pacientes varones puedan asistir de forma diaria al establecimiento por su horario de trabajo, el personal opta por entregarles una vez por semana la cantidad de pastillas que corresponde a ese tiempo para que se las autoadministren. Por otro lado, dado que a veces la persona encargada de la ES PCT debe ausentarse y el personal que queda a cargo no siempre tiene el suficiente conocimiento del tratamiento que sigue cada paciente con TB —lo que muchas veces lleva a la decisión de no brindarle el medicamento—, recién al retorno del encargado los pacientes toman las pastillas por todo el tiempo de suspensión.

Asimismo, tanto en Circamarca como en Relave existe una fuerte sensación del estigma por parte de los pacientes. Sentimiento que desde un inicio es reforzado por el mismo personal, al destacar el peligro de contagio que existe y ordenarle que inmediatamente inicie con el tratamiento, así como el uso de mascarillas en ciertas circunstancias. Aunque no cabe duda que el personal tenga esas expresiones de buena intención y con el fin de asegurar de que ese paciente activo se trate y así se evite el contagio a otras personas, muchas veces las formas (según los entrevistados) no han sido las mejores ni más adecuadas. Esto considerando que el propio paciente debe comenzar a asimilar que tiene la enfermedad, y que hasta ese momento probablemente sea poco lo que sepa de ella más allá de que es contagiosa:

*O sea, yo solo pensé a irme a ver qué es lo que tenía [en el puesto de Chinchá], quería hacerme tratar. Pero una vez que entré a la posta, o sea, mi flaca le había mentado, le había dicho que yo estaba recontra grave. De ahí, “tráigalo”, le dijo [la enfermera]. Y de ahí me querían amarrar atrás, o sea, como si fuera que ya estoy contagiando a la gente. Y de ahí me vendieron una mascarita, para prevenir, para protegerme la boca. De ahí yo quería irme a Arequipa, porque yo no quería*

o agarrado por el espíritu de los árboles. “Agarrado” (apropiado, cogido, posesionado, tomado) por la tierra (o por sus poderes negativos cuando se halla enojada) se genera por razones diversas: porque no realiza los pagos u ofrendas antes de iniciar los trabajos de campo, porque la persona se cae o es tumbado bruscamente por algún animal, por dejar caer algunas gotas de su sangre (principalmente en tierra virgen), porque se sienta o se recuesta con descuido, duerme en el campo, a medio camino o en el piso recién construido de una casa, por cambiar de casa sin pagar la ofrenda. **Síntomas:** Malestar general, decaimiento, aceleración del pulso, sueño, pérdida del apetito, dolor de “estómago”, tos; dolor intenso de huesos, debilidad, pérdida de peso y fiebre. Cuando se agrava, en muchos casos, esputos con sangre (yawaratoqay). El agravamiento de los síntomas mencionados provoca la aparición de tumores (amoqullo) malignos y dolorosos que minan el órgano afectado y hasta pueden producir la muerte. En este caso el “significado” es que el enfermo ha sido “comido” como consecuencia de la cólera del espíritu de la tierra (Fuente: Página web del Instituto Nacional de Salud).

*estar en Chinchá [...] Yo no quería que la gente se enterara, porque acá, uhhhh, porque si se va a enterar toda la gente molesta, pues. Los del cerro [mina] prácticamente se hubiesen enterado y me hubiesen molestado... O sea, a mí no sino a mi hermano, la gente le hubiese estado preguntando, habrían estado mirando.*

**(PAT, EESS Relave – Ayacucho)**

Y en el caso específico de Relave, donde el trabajo en las minas lleva a una constante interacción con sus demás compañeros, se hace lo posible por ocultarla. Por ejemplo, uno de los casos con los que se conversó describió así la forma en que responde a un compañero la pregunta de por qué toma esas pastillas:

*Estoy mal de la caja, y tengo polvo y no puedo hacer fuerza, por eso estoy tomando pastilla.*

**(Paciente, EESS Relave – Ayacucho)**

Además, la información que reciben sobre las RAM del tratamiento suele ser escasa o inexistente. Ante ello, deben ir asimilando poco a poco dichas reacciones como la irritabilidad, gastritis, problemas en la vista, náuseas, entre otros. Al respecto existen varias manifestaciones que traducen la necesidad de contar con un apoyo psicológico que les permita sobre llevar esta condición. El personal normalmente les aconseja en cuanto a la alimentación e intentan siempre recalcar la importancia de no abandonar el tratamiento, pero no se preocupa ni puede visualizar esta necesidad que se menciona.

En relación a la población, existe una creciente preocupación por la TB ante la frecuencia de casos que se observa, que mucho tiene que ver con las condiciones de trabajo existente en las minas informales. Esto resulta más preocupante aún al saber que muchos menores de edad también participan de este sistema, sobre todo durante las vacaciones escolares. Los profesores al darse cuenta de esta realidad ensayan algunas charlas en sus aulas sobre el tema:

*La TBC no tiene cura... porque la TBC es algo que nosotros tenemos adentro, y cuando dejamos de tomar la pastilla, cuando estamos desnutridos, así, sale esa enfermedad, y cuando tomamos la pastilla de nuevo lo mete. La TBC siempre para en nuestro cuerpo.*

**(Docente, Relave – Ayacucho)**

## Huancavelica

Se observó que en Paucará es muy poca o nula la información que maneja la población en general sobre la TB, por lo que al presentarse los síntomas estos no son asociados a ella, y tampoco alcanzan a comprender del todo la enfermedad y lo que la origina. En muchos casos, los síntomas de la TB suelen ser confundidos con el “chacho”<sup>11</sup>.

Para algunos pobladores pueden ser males que se presentan de forma paralela y que requieren de tratamientos también paralelos. Así, se encontró la idea que la TB solo se cura con pastillas porque no es chacho, y que a su vez el “chacho” no es TB y por tanto tiene otro tratamiento que los curanderos (también llamados “curiosos”) conocen. Un interesante caso al respecto es el de la esposa de una PAT la cual contó cómo enfermó de “chacho” hace aproximadamente 15 años atrás:

*A mí una vez me ha agarrado, de mi suegra su puquial era, yo voy siempre a ese puquial, me ha agarrado tos seca, como un día toseaba [sic] y seco seco, y esta partecita [señala su espalda] dolía como hincado con cuchillo, así dolía ¿qué cosa tengo? Decía de bronco tomaba yo, inyección más peor me ha hecho. Después mi mamá ha venido un curioso había, ahora ya no hay ese curioso, pero después a las diez, once me agarraba fiebre. ¡Asu! de ahí pasaba una, dos, tres horas, pero pasaba, pero esta partecita dolía, por pulmón por ahicito como indicado cuchillo, heridita así, un día he toseado dos veces, bronquitis diciendo he ido a la farmacia y ahí me ha puesto inyección como de 25 soles, ¿para qué? Yo me he hecho mal sentadita nomás he amanecido, peor más me ha chocado.*

*Mi mamita me ha hecho ver con curioso, ha hecho el pago nomás a ese puquial, Jesús recién me ha soltado ahí, existe señorita, existe chacho. Yo no creía, pero tres veces me ha agarrado.*

*Esa vez una vecina también hablaba, decía “Tuberculosis le ha agarrado”, la he sanado toda esa fiebre, esa tos, ese dolor me ha pasado también, ha quitado bonito, en mi sueño también, cuando esa noche cuando ha pagado mi papá con otro señor, cuando estoy dormitando, en mis sueños un señor dice bastante chanco estaba haciendo comer comida,*

<sup>11</sup> El “chacho” (alcanzo, hapiruzqa en quechua) se considera como una enfermedad de origen mágico, caracterizada por presentar fiebre, malestar general, rechazo a algunos derivados lácteos y carne de chanco; en la mayoría de los pacientes se menciona el antecedente de descanso cercano a un cerro o dormir en el suelo (tierra).

*eso he soñado, bonito pues, porque así pagapo le han hecho, y eso ha recibido, por eso es que ya amanecí sanito ¿Porque acaso acostada dormía? Sentadita nomás con mi frazada atrás apilonado, yo no dormía echado porque ese quería reventar, quería botar sangre así algo yo sentía. Mentira inyección ponía cuando no era así, era chacho.*

**(Contacto de Ex-PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

En Santa Ana, al igual que en Paucará, las personas rara vez identifican los síntomas iniciales que tienen con TB, y suelen asociarlo más bien con problemas de bronquios, por lo que apelan a remedios caseros como eucalipto, matico y similares para tratarse. Al notar que no presentan una mejoría es que acuden al centro de salud, aunque a la par muchos de ellos acuden también a un curandero y realizan tratamiento paralelo.

Y es que en muchos de los casos se parece tomar la TB y el “chacho” como enfermedades separadas pero que atacan a la persona a la vez, lo que requiere desde su perspectiva la combinación de tratamientos.

## Ica

La mayoría de pacientes entrevistados tenía información sobre aspectos generales de la enfermedad como sus causas, síntomas, cómo se produce el contagio y cómo es el tratamiento. Se tenía claro que una de las principales causas de su contagio era haber estado mal alimentados o haber estado con las defensas bajas. Esto se debe principalmente a las capacitaciones que recibieron al inicio del tratamiento, y su nivel de especificidad variaba según el tiempo que dedicó el personal a esta tarea, y el interés personal del paciente hacia estos aspectos.

Sin embargo, cuando empezaron a sentir los síntomas la mayoría cuenta que optó por la automedicación con algún tipo de pastilla o jarabe para la tos o el dolor. Algunos acudían inmediatamente al puesto de salud pero no siempre el resultado salía positivo a la primera prueba de esputo. La diferencia se da en aquellos casos, sobre todo de personas mayores que provenían de zonas rurales andinas y que había migrado a Ica especialmente para ser atendidos, quienes sí manifestaron haber consumido algunas hierbas medicinales, recetas caseras en base a cebolla y ajos, o haber acudido a algún “curandero”. Existía un informante en este caso, al igual que en Ayacucho, que creía que posiblemente había sido contagiado por sus animales (principalmente vacas) porque tosía y estornudaba mucho. Pero al obtener su diagnóstico a partir del sistema de salud oficial, seguía el tratamiento sin mayores reparos. Uno de los temas que más destacaron al hablar de la enfermedad, fue el estigma. Esto se manifestaba a través de la vergüenza que sentían cuando otros pacientes los veían en el área de la ES PCT, o su molestia cuando alguien del personal era poco discreto, o el rechazo que podían sentir de algunos vecinos cuando se enteraban que tenían TB.

*Sí lo atendían, pero el centro tenía sus cosas. Por ejemplo, siempre cuando se enteraban que tenía TB uno se cuida para no estar contagiándose, entonces ellos tienen que tocar un timbre, porque son los mismos doctores que están atendiendo adentro, los enfermeros los que tienen que darles sus pastillas. Entonces a veces se demoran y ellos tiene que estar parados y la gente ahí mirándolos afuera, entonces eso es lo que a él le molestaba. Estar esperando allí en la calle y todos saben que ahí es para eso.*

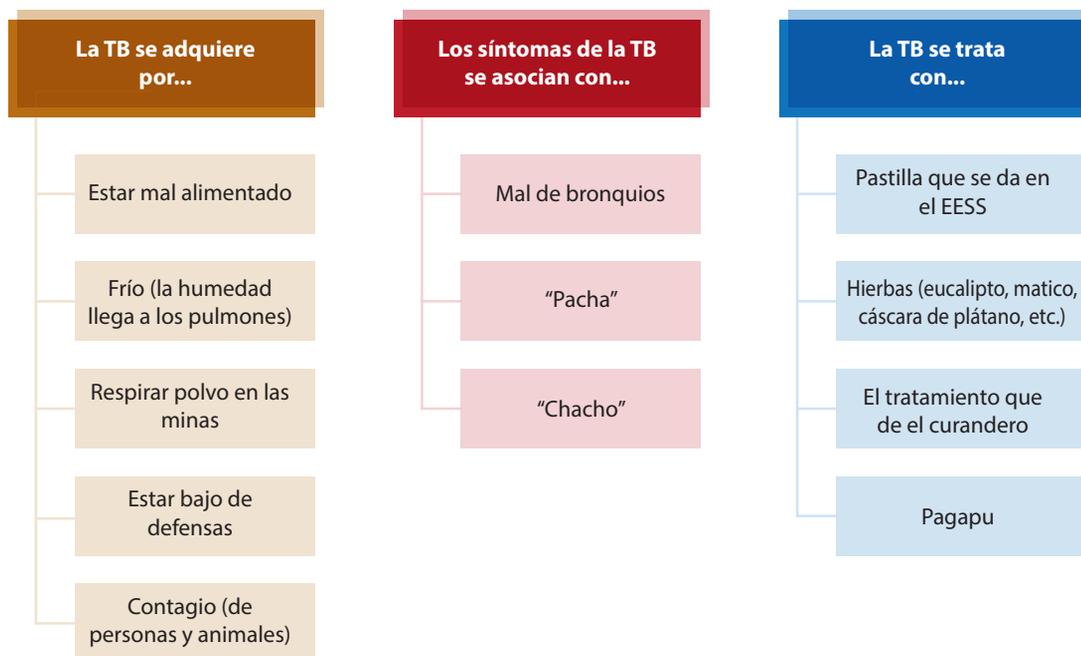
**(Contacto PAT, EESS La Tinguña - Ica)**

*Deberían tratar de ser más privados al momento de entrar la gente. Que esté ahí una persona permanente para que el paciente que venga, entre y tome; porque se avergüenzan de que otras personas los vean.*

**(Contacto PAT, EESS La Tinguña - Ica)**

Como se ve, es muy poca y confusa la información que tiene la población sobre la TB antes de ser diagnosticados. En algunos casos se piensa que es un problema netamente bronquial, en otros es asociado a síndromes culturales locales como la “pacha” y el “chacho”. Es recién al recibir el diagnóstico y la charla informativa por parte del personal, que el paciente comienza a comprender el proceso que sigue la enfermedad y su tratamiento. Sin embargo, esto varía mucho en función de la calidad de la charla que recibieron, ya que en varios casos incluso teniendo varios meses de tratamiento hay aspectos que no están claros para ellos. Por otro lado, en algunos contextos como Ayacucho y especialmente Huancavelica, funciona un sistema de salud tradicional al que prefiere acudir un sector de la población, lo que es ignorado por el sistema oficial. Finalmente, una coincidencia en los tres casos es el estigma asociado a la TB, al cual también (aunque de forma involuntaria) contribuye a veces el mismo personal.

GRÁFICO N° 6. Percepción de los pacientes en torno a la TB



## D. Percepción del trato recibido en los servicios de la ES PCT

### Ayacucho

Sobre el tema se registró una falta de comunicación entre el personal y los pacientes. Como se mencionó en el punto anterior, existe un refuerzo involuntario que hace el personal del estigma. La segregación del paciente dentro de su casa que ordena el personal, es sentida a veces como una medida exagerada, que los hace verse a sí mismos como "sucios" o extraños. Esto probablemente tenga raíz en la falta de comunicación entre ambos, y en la insuficiente explicación que hace el personal de lo que es la enfermedad y las medidas que ameritan, por lo que este tipo de órdenes son poco comprendidas. A ello se suman ciertos elementos que hacen visibles a los usuarios de la ES PCT ante el resto de la población, como el uso de una habitación especial en el establecimiento y el tener que llevar siempre la avena para tomar las pastillas, lo que hace que deseen que quienes los atiendan sean lo más discretos posibles.

Aunque se reconoce el esfuerzo constante que debe hacer el personal para que los pacientes no abandonen el tratamiento, siempre se ve a las visitas domiciliarias como la opción óptima para ellos, o la autoadministración en las que pueden tomar las pastillas a su ritmo y sin ser vistos por mucha gente. No obstante, son conscientes de que esto es poco probable de darse.

Además se expresó la necesidad de informar más sobre la enfermedad no solo a quienes la padecen, sino al resto de la población. A pesar de estos inconvenientes, el personal encargado de la ES PCT no es objeto de mayores críticas.

Tampoco se conoce qué acciones forman o deberían formar parte de la ES PCT, más allá de la entrega gratuita de la medicación. Es por ello que no existe, por ejemplo, una incomodidad por la ausencia de las canastas alimenticias, dado que no lo perciben como algo que les corresponde sino como una ayuda voluntaria.

El personal con quien se desarrolla una relación más estrecha es con aquel que está a cargo de la ES PCT, lo que se ve fomentado por el contacto continuo que tienen. Para el caso de Relave este rol estaba bastante más claro que en Circamarca. En cambio, si el encargado se ausenta o no se puede hacer cargo del paciente y manda a otro personal a asumir la responsabilidad de la ES PCT la relación se debilita en la medida que el "suplente" no muestra mucho interés, lo que hace que el paciente también pierda interés en el tratamiento:

*Lo que sí me gustó es que a mí sí me trataban bien... con cariño y hasta tomaron interés, me decían "no faltes, tienes que tomar tus pastillas, tienes que sanarte, tienes que comer bien". Me animaban a mí mismo a querer recuperarme. Y yo, así, animoso, iba, tomaba mis pastillas. Hasta "chau, cuidate", me decían. De ahí me hicieron descansar un mes, estaba mejor, estaba alegre, contento. Empecé la segunda etapa del tratamiento con otra doctora que me atendía, y ahí empezaron los problemas. [Ininteligible] antes [la primera etapa] como era seguido se preocupaban más... de ahí como me vieron mejor, así, se dejaron de interesar...*

**(PAT, EESS Relave – Ayacucho)**

## **Huancavelica**

La gran mayoría de casos vistos fueron de migrantes retornantes de Lima, pero nacidos en Huancavelica. Varios de los testimonios coincidieron en señalar la dificultad del personal médico en Lima para detectar la enfermedad, teniendo que ir a varios hospitales hasta por fin dar con el causante real del mal:

*Antes que me detecte el TBC en otro hospital me han recetado otras pastillas, y por gusto gasté plata y peor avanzó el dolor, entonces dejé de tomar y otro hospital he ido, el Cayetano Heredia ya pues, más bien me dieron solución.*

**(Ex-PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

Otro de los reclamos constantes es el maltrato que reciben por algunos miembros del personal:

*Dice que los doctores no le atendían ahí mismo, le hacían esperar una hora, dos horas, él reclama "Atiéndeme, señorita, o voy morir", así decía él, sino al doctor avisaba "No me atiende su señorita", cuántas veces después me ha dicho 'Rapidito me han atendido' cuando al comienzo le decían "Un ratito, señor, estamos en visita", y así le hacía esperar. Entonces él decía "No, no, no atiéndeme o al doctor le aviso" y si decía así le atendió.*

**(Contacto Ex-PAT, EESS Paucará - Huancavelica)**

En las atenciones se observó además ciertos prejuicios y temores del personal de salud en relación a los pacientes TB, el cual se evidenciaba en el mínimo contacto que tomaban con el paciente, que muchas veces solo se limitaba a la entrega de pastillas, sin corroborar siquiera que el paciente las tomara.

La mayoría de pacientes manifestaron percibir mala disposición por parte del personal técnico que los atiende, lo que no sucede con las encargadas de la ES PCT en sí, de quienes tienen una buena opinión:

*Porque cuando estoy con dolor, estoy grave, ella [la encargada de la ES PCT] sabe, por eso me atiende. Las otras señoritas están bien, pero no me conversan ni nada, en cambio la señorita Carolina todo me dice "¿Cómo estás? ¿Te estás sintiendo bien o mal?" todo me pregunta. Me hace tomar pastilla uno por uno nomás, en cambio otros me dan así montonando [amontonando] en papel nomás me dan, no controlan si tomo o no tomo, no me controlan nada. Pero claro, para sanarme cómo no voy a tomar, tengo que sanarme como sea, sino cómo voy a sanar sin tomar.*

**(Paciente, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

*Una enfermera sí fue muy pesimista conmigo. Me tiró las pastillas, o sea ni siquiera, al menos me diría "Lorenita, abre y toma, ahorita estoy ocupada", pero no, me tiró así, y entonces yo le dije "¿disculpe?, ¿Usted es enfermera o qué? Usted tiene que hacerme tomar las pastillas, abrir y hacer que yo administre y tome e ingiera las pastillas, ese es su trabajo". "Es que no tengo tiempo", todavía me respondió. De eso yo me quejé con la encargada del tratamiento, y me preguntó por cómo era esa doctora, pero yo no la volví a ver, era señorita nomás, pero así fue luego con otra señora también, en tres oportunidades fue así.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Del lado del personal médico es constante justificar estas acciones con el argumento de que disponen de poco tiempo, y deben priorizar otros casos, o a otros pacientes que esperan atención. En el caso del personal técnico que cumple con administrar la medicación ordenado por la enfermera es constante el argumento de que "esa no es su labor" o "para eso no trabaja", el cual en cierta medida justifica que no hagan o no cumplan la labor encomendada de forma adecuada, en tanto no se sienten responsables realmente de la misma.

Las autoridades en general ven el problema de la TB como algo menor, más propio de “grandes ciudades” y en esa medida, manifiestan que sus esfuerzos están concentrados en otras “tareas más urgentes”, como los índices de desnutrición o mortalidad infantil y materna.

## Ica

En líneas generales, a diferencia del personal de otros programas, señalan que la atención de las coordinadoras de la ES PCT es amable y paciente. Se reconoce como positiva la atención de internas a pacientes jóvenes con quienes entran en confianza y hacen sentir más cómodos durante su estancia en el centro de salud. Quizás los inconvenientes surgen más cuando los encargados del programa se ausentan y los atiende otra persona, o es un personal poco sensible.

Incluso con cierta frecuencia se desarrollan visitas domiciliarias para administrar el medicamento a aquellos pacientes que por algún problema de salud no pueden acudir al establecimiento. Como sucedió en el caso de una paciente que se había torcido el pie y no podía caminar, o el de un paciente mayor que tenía un problema en el corazón que le impedía caminar mucho. Estas visitas tienen también el objetivo de captar nuevos casos. Sin embargo, el personal no suele contar con un financiamiento para los gastos de movilidad, lo que limita este importante trabajo.

### **Nota de observación:**

*La atención que se observó consistió en la administración del tratamiento a domicilio de una paciente identificada. En la atención participaron una interna, la técnica en enfermería y la paciente y se desarrolló en su vivienda. En términos de movilización de recursos y desplazamiento, significó el traslado del personal de salud hasta la vivienda lo que implicó que este cubra los gastos de pasajes y lleven los medicamentos.*

*La atención se desarrolló en castellano, no se observaron problemas de comunicación debido al uso de este idioma, ni aparecieron términos que sean difíciles de comprender. El personal era quien hablaba más y el que planteaba los temas de conversación. Asimismo, respondía a todas las consultas que la paciente hacía. Sobre la tuberculosis, la paciente no comentó nada, pero el personal de salud sí.*

*Antes de llegar a la vivienda, la técnica comentó que esa paciente era MDR y que ya estaba por culminar su tratamiento individualizado. Agregó que el hijo de la paciente era alcohólico [la expresión que ella utilizó es “borrachito”], y que se le estaba llevando los medicamentos a su vivienda porque se lastimó el pie y no podía acercarse al centro de salud. Sobre este tema, la técnica dijo que creía que el hijo la había lastimado o que la señora se había accidentado por culpa de él.*

*El proceso de la atención fue el siguiente: primero, la interna y la técnica llegaron a la casa de la paciente, tocaron varias veces, la llamaron en voz alta por su nombre, pero no obtuvieron respuesta. Intentaron varias veces hasta que la interna le dijo a la técnica que se regresen al centro de salud, que la señora no estaba. Luego, la técnica decidió tocar en la casa de la vecina y decirle que le avise a la señora que ellas vinieron a darle su tratamiento y que le están dejando un vasito para su muestra para mañana en la mañana. La vecina le dijo que la señora puede estar en la casa de enfrente, que toque ahí. Fueron, tocaron y esta vez les dijeron que la señora estaba con su vecina, a dos casas de la suya. Fueron y esta vez sí la encontraron. Le dijeron que le habían traído sus medicamentos, pero la señora respondió que estaba comiendo, que luego los iba a tomar. La técnica insistió en que tenía que tomarlos en ese momento, entonces la señora salió de esa casa y se dirigieron a la suya. Una vez allí la paciente le volvió a decir a la técnica que los iba a tomar luego, pero ella volvió a insistir que los tome en ese momento. La señora accedió y tomó los medicamentos.*

*Durante este proceso se observó que la paciente se negaba inicialmente a tomar sus pastillas y que la técnica le tenía que insistir para que acceda, hasta que la señora salió de la casa de su vecina y se dirigió a la suya para tomar las pastillas ante la insistencia de la técnica.*

*No se observan puntos de conflicto en la atención, pero sí se observaron problemas: no se encontró a la paciente en su vivienda, entonces la técnica empezó a preguntar a los vecinos hasta encontrar a la paciente en la casa del costado. Antes de estos incidentes la interna se quejaba de dolor de cabeza e insistía en que si la paciente no estaba se regresen al centro de salud y que la interna no debía dejarle el envase para su muestra, porque la licenciada dijo que no dejaran nada si no encontraban a un paciente.*

**(Paciente, EESS Parcona – Ica)**

En la nota de observación antes presentada, se encuentran varios detalles que llaman la atención. Por un lado, está la reticencia de la paciente a cumplir con su tratamiento como se lo ordenaron, por otro, está el procedimiento que elige el personal para cumplir con su misión. Sin duda, existía una muy buena intención para que la paciente tome sus medicamentos, incluso se muestra cierta sensibilidad por su situación personal, y se insiste de buena fe acudiendo a los vecinos. Sin embargo, no sabemos hasta qué punto era prudente comunicar la información que se lee a otras personas ajenas a la familia de la paciente, tampoco se sabe si quizás esa reticencia se debía a una incomodidad de su parte ante la insistencia del personal y su presencia en casas ajenas a la suya. Lo que queda como conclusión es que se presentan una heterogeneidad de situaciones entre lo que es la Norma y su aplicación. Como se leyó, existía un desacuerdo entre el personal sobre si dejar o no el recipiente para la prueba de esputo a otra persona que no fuese la paciente. Situaciones de este tipo se presentan casi a diario.

Por otro lado, los informantes mostraban aprecio al esfuerzo del personal para la realización de sesiones educativas, pero su calidad y nivel de detalle variaba según el nivel de energía y compromiso que se tuviese. Al respecto, algunos pacientes sugirieron informar este tema de manera más calmada y en términos más simples para asegurar que las personas mayores comprendan el mensaje. Los temas que se trataban por lo general eran los siguientes: causas, síntomas y tratamiento de la enfermedad, efectos de la medicación, cuidados a tener en el hogar para evitar el contagio y consejos para la correcta alimentación.

Los PAT y sus familiares también reconocían la importancia de las palabras de ánimo que el personal de salud daba a los pacientes para que estos se recuperen, no se depriman y continúen con el tratamiento.

*La señorita bien buena. A veces yo lloraba, extrañaba y ella me decía: "Mamita, no llores, vas a sanar, tranquilízate. Cuando cumplas un año voy a darte traslado". Ella era bien buena gente, amable. Acá también las señoritas [son] bien jóvenes y tratan bien. Acá me tratan todos bien.*

**(PAT, EESS Parcona – Ica)**

Algunos de los pocos reproches que se le hacía al personal era el uso de mascarillas en las visitas, por poner en evidencia ante los vecinos el estar contagiado de la enfermedad.

*Un día yo me molesté porque una enfermera vino y entró con su bozal [mascarilla] hasta mi casa y a mí me causó molestia, porque estaban unos albañiles acá y hablaron que si podía sacarme esputo, entonces a mí me molestó y le dije: "señorita, usted no puede venir acá... prácticamente la gente que te ve con bozal ya todos saben que está enfermo de la TBC y eso es algo personal mío, nadie tiene por qué enterarse". "No, pero si solamente he dicho", me dijo." Yo estoy en mi derecho de denunciarlos a ustedes, porque no pueden venir con su bozal, pregonando si tengo o no tengo, nadie tiene por qué saber y además a mis hijos yo los voy a hacer tratar si yo veo que están mal". Y en esa parte sí me consideraron, me respetaron. Entendieron que estaba en mi derecho. No me gustó a mí que vinieran así, como si prácticamente de acá se fueran a contagiar, no estoy enferma como para decir que entren con su bozal.*

**(PAT, EESS La Tinguiña – Ica)**

Aunque es imposible negarle al personal su derecho a protegerse y en general a cumplir con las normas de bioseguridad, es importante comunicar la intención y sentido que tienen este tipo de acciones a los pacientes dado que son varios los casos en los que se percibió el fastidio por el uso de la mascarilla, que a veces era interpretado como un acto de rechazo o menosprecio hacia el enfermo.

Son numerosas las expresiones que se recogieron en torno al estigma que genera la enfermedad. Más abajo se presentan algunas, desde la óptica del personal de salud.

*Todavía estamos con esto del estigma de discriminación, todavía existe; inclusive en el mismo personal de salud. Uno por el miedo de contagio, que tú no sabes si es una MDR, una XDR. Otro por desconocimiento y eso sí. Todavía tenemos algunos problemas con algunos trabajadores, no te digo del 100%, será pues el 1% del total que todavía están que... y más si es una persona quechuhablante, ¿no? Ellos vienen con su vestimenta, todavía están con sus polleras, para ellos están... hace calor y están abrigados hasta por gusto. Entonces, hay personas así ¡ay! que mira, que estos ni se bañan y todavía están con enfermos". Todavía existe un poco estigma de discriminación. Eso pasa a veces dentro de... y hay personas pues que no quieren entrar tampoco a la Estrategia [ES PCT]. Solamente dicen entra la responsable y nada más. Dan el tratamiento el técnico y no quizás otro personal, otros profesionales, tanto técnicos como enfermeras, a dar tratamiento mientras no esté la coordinadora o responsable.*

**(Coordinadora regional de la ESN PCT, Ica)**

Nadie quiere venir a la Estrategia, pero ya eso es ignorancia. Yo digo, más miedo debo tener de estar en CRED, donde no sé si la mamá que tengo al frente está enferma. Nosotros hemos tenido trabajadores con esta enfermedad, pero no de la Estrategia, sino de otras áreas.

**(Responsable de la ESN PCT, EESS La Tinguña - Ica)**

- ¿Vergüenza por qué?
- Por la gente, porque se conocen. Hay mucha gente que sube arriba y dice “ahí está mi comadre, o ahí está x persona”. Qué pasó les digo, “me puede traer para acá o sino vengo más tarde, porque allá está el esposo de mi primo”, “está el compadre de no sé quién, me va a ver”, dice. Ya yo qué hago también pues, ya por acá los ubico, toman y se van. De todas maneras hay el estigma ¿no? Tienes TB, entonces uno: “oye está con TB”, es así o ¿no? Es la verdad.
- ¿Tratan de ocultar un poco, no?
- Sí, la mayoría tiene vergüenza, nadie quiere que se enteren. Se convoca a una reunión de todos los pacientes y no viene, ellos no se quieren conocer. Ellos mismos no se quieren encontrar, no se quieren conocer, eso es terrible para ellos.

**(Responsable de la ES PCT, EESS Parcona)**

Desde los pacientes, tenemos:

Sí, al principio le chocó, eso sí. La gente sí le aconsejaba, entonces sí... sí lo atendieron, pero el centro tenía sus cosas. Por ejemplo, por lo que siempre cuando se enteraban que tenía TB... uno se cuida para no estar contagiándose; entonces ellos tienen que tocar un timbre, porque son los mismos doctores que están atendiendo adentro, los enfermeros los que tienen que darles sus pastillas. Entonces a veces se demoran y ellos tiene que estar parados 20 minutos ahí afuera, entonces eso es lo que a él le molestaba. Estar esperando ahí en la calle y todo el mundo pasaba y todos saben que ahí es que hacen tratamiento de eso.

**(Contacto de PAT, EESS La Tinguña - Ica)**

- ¿Alguna vez sintió que alguna persona le miró mal o sintió ese rechazo?
- Sí, a veces sentía que hasta mi propia hermana cuando me veía no creía pues que me veía en la posta que yo hacía mi cola para tomar mi pastilla. Yo sentía que me miraba media rara... Entonces yo sentía ¡uy, ahora mis sobrinos no se van a acercar a mí! Yo trataba de que no se acerquen a mí.
- ¿Y usted por qué tenía ese miedo de antes? ¿Por qué pensaba que le iban a esquivar?
- Porque es una enfermedad contagiosa. Es contagiosa ¿sí o no? Es contagiosa, porque tú estás hablando y estás contagiando, entonces yo no quería eso. A veces me invitaban y yo trataba de no agarrar sus tenedores, de no tomar en su vaso, porque esa enfermedad es contagiosa, entonces eso es lo que me tenía... por eso me encerraba en mi casa.

**(PAT, EESS La Tinguña - Ica)**

En cuanto a este aspecto se encontró que, en general, los pacientes no reciben el apoyo psicológico adecuado, y de igual manera el apoyo alimentario. Las charlas también brillan por su ausencia, y es que la atención se concentra y a veces limita únicamente a la entrega y toma de pastillas. Son en realidad pocos los técnicos o enfermeros que se preocupan por averiguar o consultar algo más a los pacientes. Por ejemplo, en el caso de Huancavelica una de las responsables de la ES PCT comenta al respecto:

*Algo que no pude cumplir han sido mis capacitaciones. Yo tenía programadas cuatro capacitaciones y hasta la fecha no he podido llevarlo a cabo, más por la disponibilidad de tiempo. Si bien usted se ha dado cuenta, hoy día tenemos un montón de emergencias, un montón de pacientes que no nos daba el espacio para poder llevar a cabo una capacitación. Y en las demás áreas lo mismo.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

También se evidenció que existe un fuerte prejuicio respecto a ver la TB como una enfermedad de gente pobre o sin educación, de modo tal que gente *instruida* no podría contraer la enfermedad.

*Lastimosamente aquí los pacientes como están en la ciudad, tienen un grado de educación, no creen que podrían tener la enfermedad por el grado de instrucción que tienen, que si hemos tenido pacientes profesionales, pero no creían pues al inicio.*

**(Responsable de la ES PCT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

Asimismo, a partir de las entrevistas a los pacientes se pudo comprobar que el tema de promoción, así como la entrevista en la que se debería dar toda la información sobre la enfermedad y el tratamiento en sí, era escaso o nulo, repercutiendo esto en una ignorancia generalizada entre los pacientes de su propio mal.

*No [hicieron charla], solamente me dijo, como una recomendación nomás, vino a mi casa y visitó y me dio una recomendación general.*

**(Ex-PAT, EESS Santa Ana - Huancavelica)**

De manera general, sobre esta dimensión podemos decir que se observó una buena relación entre los responsables de la ES PCT en cada establecimiento y los pacientes, lo que no siempre se repite con el resto de personal. Algunos de ellos no están sensibilizados con el tema, o no cuentan con la información necesaria para atenderlos adecuadamente cuando se ausenta la persona encargada. Por último, uno de los temas sensibles y que demandan los pacientes, es el criterio y discreción para mantener la confidencialidad que es derecho del paciente.

## CONCLUSIONES DEL OBJETIVO 2

A partir de las dimensiones que componen el análisis de este objetivo, se pudo llegar a conclusiones en relación a la percepción de la población sobre los servicios de salud, sobre la TB, así como el nivel de información que existe sobre la enfermedad y la ESN PCT. En la siguiente tabla se presentan las principales conclusiones:

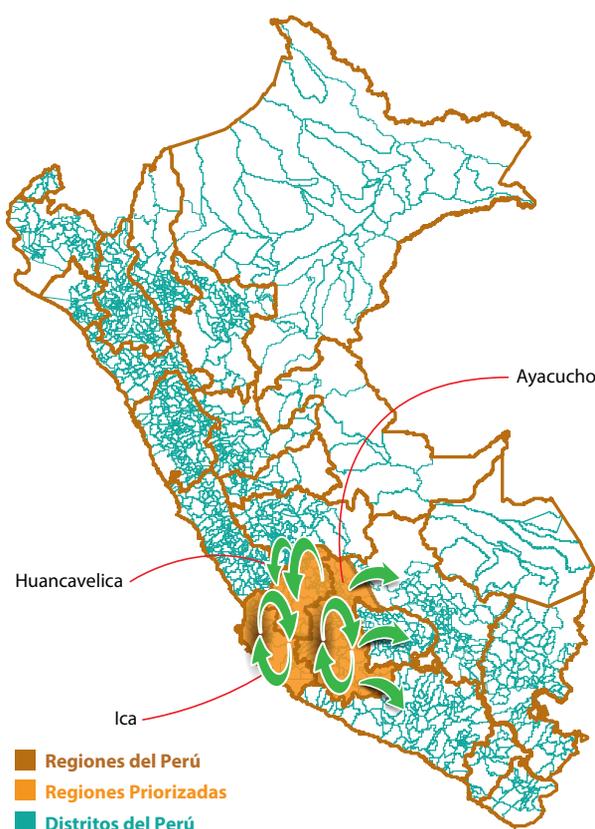
DIMENSIÓN	IDEAS PRINCIPALES
<p><b>A.</b> Percepción de la población sobre los servicios de salud en general</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La percepción general de la población entrevistada es que el servicio de salud adolece de varias carencias como: falta de personal, escasez de personal más experimentado, de mejores medicinas, de mayor celeridad en la atención, de un mejor trato, entre otras.</li> </ul>
<p><b>B.</b> Conocimiento de la población sobre la ES PCT</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El conocimiento de la población sobre la ES PCT es escaso y a veces nulo. Este programa (que no es conocido por su nombre) es identificado básicamente con la entrega gratuita de la medicación, lo que hace ignorar otros componentes importantes como las capacitaciones que forman parte de las acciones de prevención. Solo en el caso de Ica se identificó un mayor nivel de información al respecto, aunque de forma variable.</li> </ul>
<p><b>C.</b> Percepción de la población sobre la TB y el lugar de los servicios en su atención</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A pesar que muchas personas han escuchado a hablar de la TB, el conocimiento real que tienen (causas, tratamiento, etc.) es bastante limitado.</li> <li>- En algunos casos se piensa que es un problema netamente bronquial, en otros es asociado a síndromes culturales locales como la "pacha" y el "chacho". Es recién al recibir el diagnóstico y la charla informativa por parte del personal, que el paciente comienza a comprender el proceso que sigue la enfermedad y su tratamiento.</li> </ul>

D. Percepción del trato recibido en los servicios de la ES PCT

- Se observó que existía una buena relación entre los responsables de la ESN PCT en cada establecimiento y los pacientes, lo que no siempre se repite con el resto de personal.

**OBJETIVO ESPECÍFICO 3: DETERMINAR LA RELACIÓN ENTRE LA MIGRACIÓN DE LAS COMUNIDADES QUECHUAS Y EL CONTAGIO DE TUBERCULOSIS EN LAS ZONAS DE ESTUDIO. DETERMINAR LAS RUTAS DE MIGRACIÓN DEL PACIENTE INDÍGENA QUECHUA.**

Para analizar este objetivo se propuso analizar la ruta de migración como factor de riesgo en tuberculosis en las comunidades quechuas, y el análisis de esta población desde el enfoque de los determinantes sociales. Para la ejecución del trabajo de campo, se elaboró previamente el instrumento de medición teniendo como resultado un modelo de encuesta que consta de siete secciones<sup>12</sup>:



- I. Datos generales del entrevistado
- II. Nivel Socioeconómico
- III. Conocimiento de la tuberculosis
- IV. Prevención de la tuberculosis
- V. Actitudes hacia la tuberculosis
- VI. Información sobre la TB
- VII. Migración

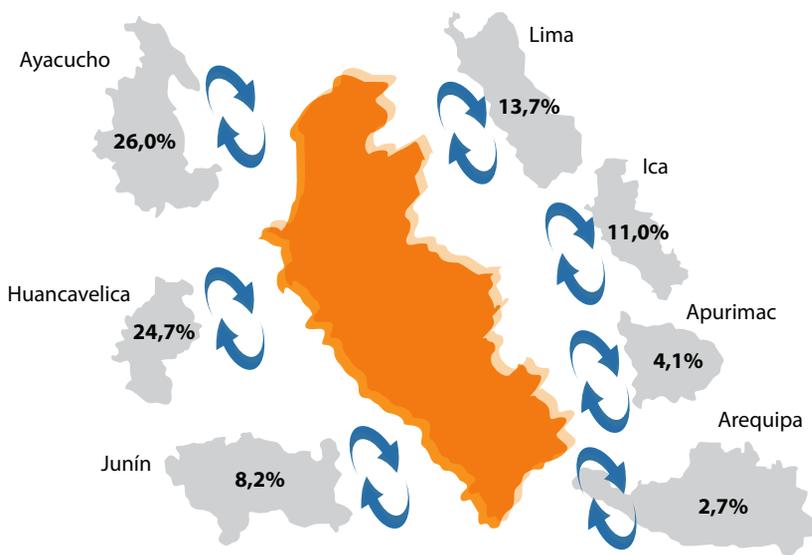
La encuesta se aplicó a 172 PAT y ex PAT quechuas de Ayacucho, Huancavelica e Ica que hayan pasado por el tratamiento entre el 2010 y el 2012. Entre los datos generales que resultan de mayor interés, está la ruta de migración de los encuestados se encuentra

<sup>12</sup> La encuesta que fue aplicada puede revisarse en la sección de anexos.

entre regiones hiperendémicas como Lima e Ica hacia regiones que conforman el trapecio andino como Ayacucho y Huancavelica; así mismo la particularidad de esta migración es estacionaria, a su vez se evidencia que las dimensiones sociales estructurales, como el empleo precario al que se dedican en el lugar de destino y el nivel educativo de la mayoría es primario; estos dos aspectos, repercuten en la calidad de vida de estos pobladores quechua migrantes, dicho entorno es un espacio propicio para el desarrollo de enfermedades, como la TB.

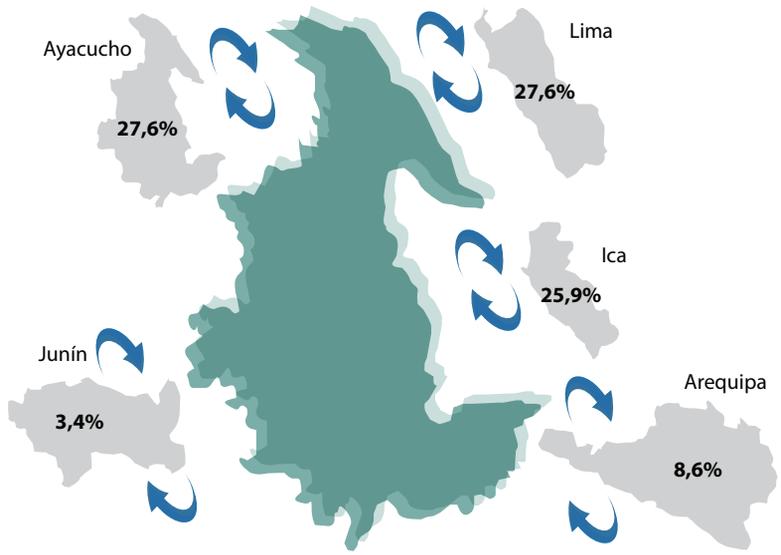
Para poder establecer una ruta de migración se realizó un análisis en cada región priorizada es así que en Ica, ámbito en el cual se desarrollaron el mayor porcentaje de encuestas en población quechua, estos mencionaron que casi el 75% de estos desplazamientos tanto externo e internos se producía hacia (Ayacucho, Huancavelica, Lima e Ica).

**Ruta de migración en la región Ica**



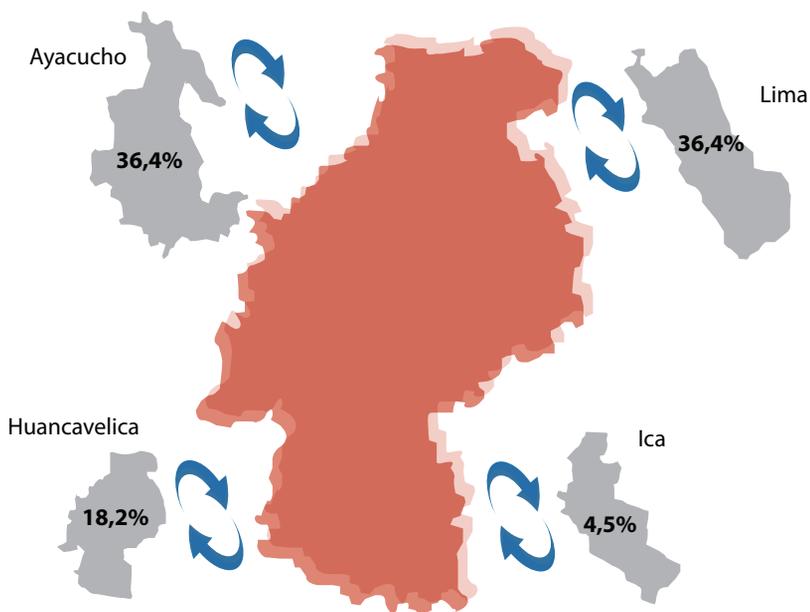
En la región de Ayacucho esta migración se produjo en mayor proporción hacia las regiones de Ayacucho, Lima e Ica, considerándose en menor proporción otras regiones como Arequipa y Junín

**Ruta de migración en la región Ayacucho**



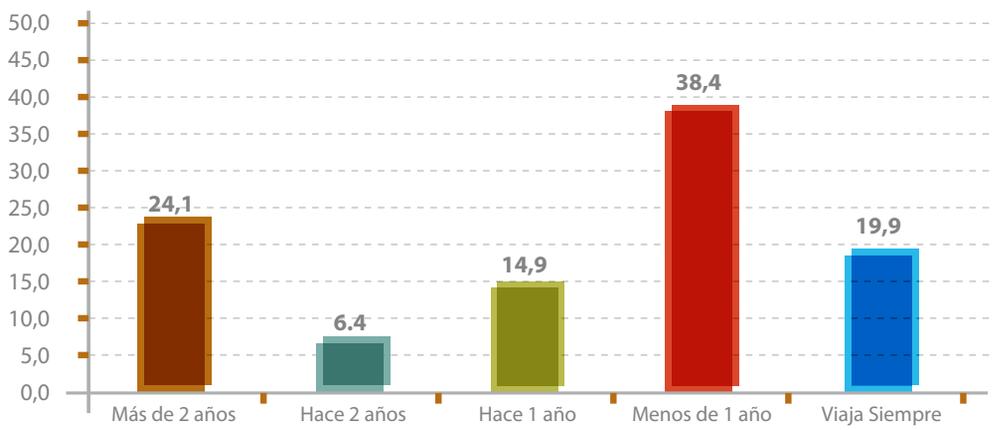
En la región de Huancavelica esta migración se produjo en mayor proporción hacia las regiones de Lima, Ayacucho, dentro de lo mismo Huancavelica e Ica.

**Ruta de migración en la región Huancavelica**



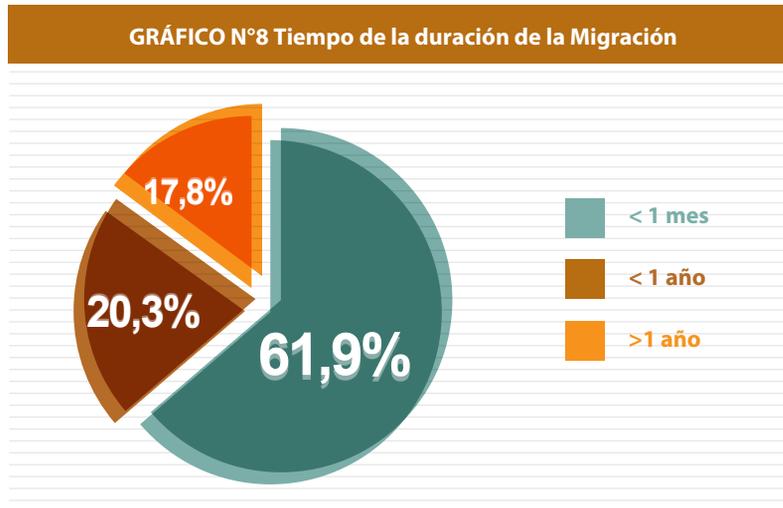
En cuanto al proceso de migración de estos pobladores quechuas mencionaron que un 34,8% realizó su último viaje hace menos de un año.

**GRÁFICO N°7: ¿Hace cuánto fue su último viaje?**



Un gran porcentaje viajaba dentro y fuera de su provincia en un 34,3%, fuera de su región en un 30,8%, siendo los porcentajes menores de la migración dentro y fuera del distrito en un 11%. Siendo los lugares a donde más viajaron los pobladores las regiones de Lima, Huancavelica, Ica y Ayacucho. El tiempo de duración de migración fue menor de un mes en un 61,9%, con lo cual se puede señalar que existen desplazamientos continuos entre el lugar de origen y de destino de los pobladores quechuas, estas rutas migratorias se encuentran entre zonas endémicas de TB como Lima e Ica frente a zonas vulnerables como Ayacucho y

Huancavelica, en donde los pobladores quechua tienen un conocimiento parcial de los síntomas de la TB, y en donde los eess priorizan la atención a otros programas como salud materna.



Con el fin de realizar una reconstrucción de los contactos de la población quechua afectada por la TB, se realizó la pregunta si tuvo contacto con pobladores con TB en el lugar de destino manifestando un 86,7% que no había tenido contacto con pacientes con esa enfermedad. También se indago, si en ese lugar de destino había comenzado a presentar los signos de esta enfermedad, manifestando un 86,7% que sí.

La lectura de que el 86,7% de los pobladores quechua con TB afirmen que no tuvieron contactos con PATS en su lugar de destino, se debe realizar teniendo en cuenta que los espacios donde migran estos pobladores son lugares donde, primordialmente, se realizan actividades productivas; entonces existen posibilidades de que se establezcan vínculos débiles con los contactos del poblador quechua, además se debe tener en cuenta la carga de estigmatización hacia los PATS conlleva a ocultar la enfermedad; con ello se puede comprender que la gran mayoría afirma que no tuvo contacto con PATS en su lugar de destino, y a su vez que en dicho lugar presentará los primeros signos de la enfermedad.

La mayor parte de los encuestados el 58,7%, mencionaron su comunidad como el ámbito donde presentaron sus síntomas iniciales.



### Lugares en las Regiones donde se han presentado los síntomas iniciales

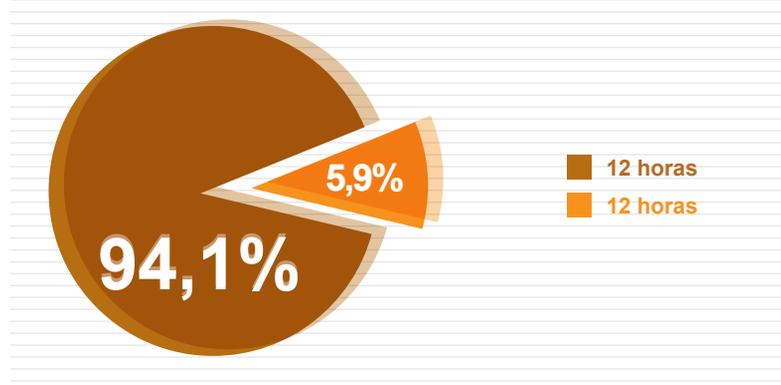
Lugar donde presento los síntomas iniciales	Regiones donde se han presentado los síntomas iniciales de TB (%)			Total General
	Ayacucho	Huancavelica	Ica	
<b>En su comunidad</b>	65,6	34,6	61,2	58,7
<b>De Viaje</b>	18,0	30,8	15,3	18,6
<b>Otro</b>	16,4	34,6	23,5	22,7
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Tras el análisis realizado de la ruta de la migración como factor de riesgo de TB, se tiene evidencias de los lugares de origen y destino de la población quechua afectada por TB, ruta que es corroborada por la investigación de Munayco Cesar et.al<sup>13</sup>, y los alcances sintomatológicos de estos pobladores quechua afectados por TB; sin embargo no se puede afirmar concluyentemente que el migrante se contagió de TB en su lugar de destino. Así mismo, es necesario realizar un análisis holístico de los pobladores quechua afectados por TB, a sabiendas que la TB es una enfermedad multicausal, para ello es necesario realizar un análisis estructural de la migración en esta población quechua desde un enfoque de determinantes sociales.

El motivo principal de la migración en estos pobladores quechuas fue el trabajo primordialmente en 51,9%, visitas de forma general (aquellas que no comprenden únicamente la visita familiar) al lugar de destino en un 29,1%, visitas a familiares en un 13,9% y estudio en 5,1%. La actividad principal que desarrollaban en la zona de migración fue la de agricultura en un 18,0%, algunos mencionaron que no realizaron actividad alguna en un 10%, comerciantes en un 7% y aquellos que realizaron estudios en un 5%

Las horas empleadas en las actividades desarrolladas en estas actividades en un gran porcentaje más del 94,1% fue menor de 12 horas.

GRÁFICO N°10 Número de horas de trabajo diarias donde migró



13 Cesar Munayco, et.al. Tuberculosis y migración interna en un área endémica del sur del Perú. Rev. Peru. Med Exp Salud Pública. 2009; 26 (3):324-327.

Algo que se debe mencionar fue que en los lugares a los cuales migraron estos pobladores presentaron sintomatología de enfermedades prevalentes como IRAS y EDAS, siendo el porcentaje de pobladores que enfermo un 71,3%

La cantidad de pobladores migrantes que utilizan las habitaciones en un 61,9% no supera los tres habitantes por persona, indicador que nos muestra que los lugares de llegada no se estarían presentando las características de hacinamiento, razón por la cual habría que investigar otros factores de riesgo que pudieran estar presentes para el incremento de estas enfermedades en estos ámbitos.



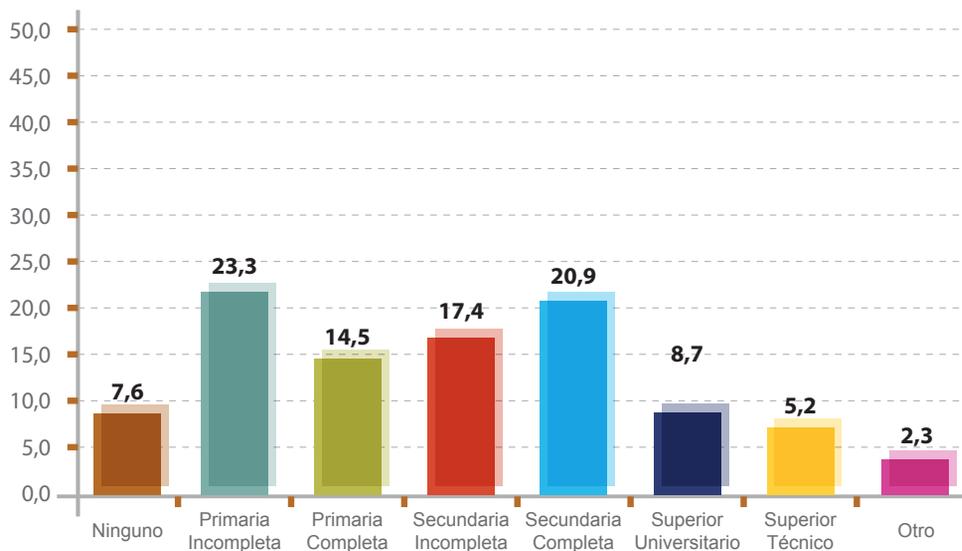
Se debe indicar que la alimentación es un componente importante que mejora defensas inmunitarias de los pobladores y que la cantidad de esta debe ser proporcional según el ámbito donde vive el poblador es así que en estas poblaciones quechuas donde el insumo principal de sus comidas es prioritariamente carbohidratos y pocas proteínas, la cantidad de tres comidas al día podría ser suficiente dependiendo del valor nutritivo, es así que en el estudio se evidencia que un 74,6% comió igual o más de tres veces al día en los ámbitos a los cuales se desplazaron.



En relación al nivel educativo de los encuestados, se encontró que el 38,6% había cursado estudios secundarios, ya sea de forma completa o incompleta. Otro 14,1% habían cursado un estudio superior universitario o técnico, y un 38% aproximadamente habían tenido solo estudios primarios; cifras que reflejan la realidad de la población que se entrevistó. Este dato es relevante dado que existen estudios que sustentan que las personas con un grado de instrucción alto suelen atender con mayor rapidez sus problemas de salud, asistiendo oportunamente al centro de salud y aplicando más medidas preventivas, lo que los lleva disminuir su riesgo de

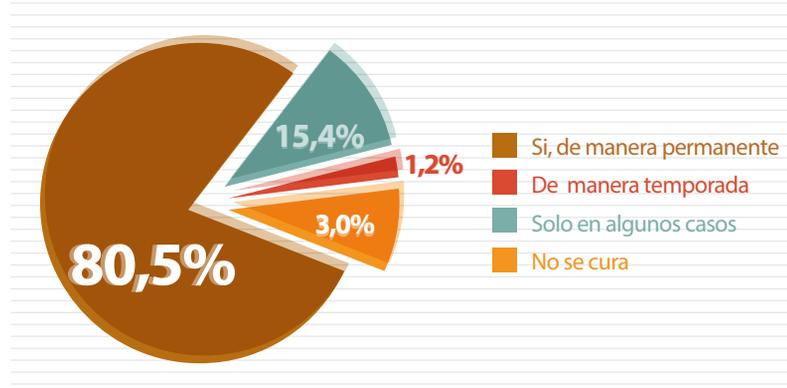
morbilidad y mortalidad, y de su entorno inmediato<sup>14</sup>. Mientras que aquellos con grados de instrucción bajos, presentan un mayor reto al personal de salud para lograr transmitir los mensajes educativos que suelen emitir los establecimientos.

**GRÁFICO N°13: Nivel de instrucción (%)**



En el presente objetivo, también se indagó por el conocimiento y prácticas de estos PATS en relación a la TB, es así que se les preguntó si consideraban que la TB tenía cura, casi el 80,5% mencionó que tienen cura, un 15% afirmó que solo algunos casos, mientras que un 3% respondió que no tiene cura. Esto puede deberse a las características como se ha venido presentado la enfermedad y al conocimiento que tiene los pobladores sobre las medidas de control y tratamiento. Se debe mencionar también que 68,0% respondió que la Tuberculosis se cura con la toma de los medicamentos, y practicando una vida saludable 22,1%.

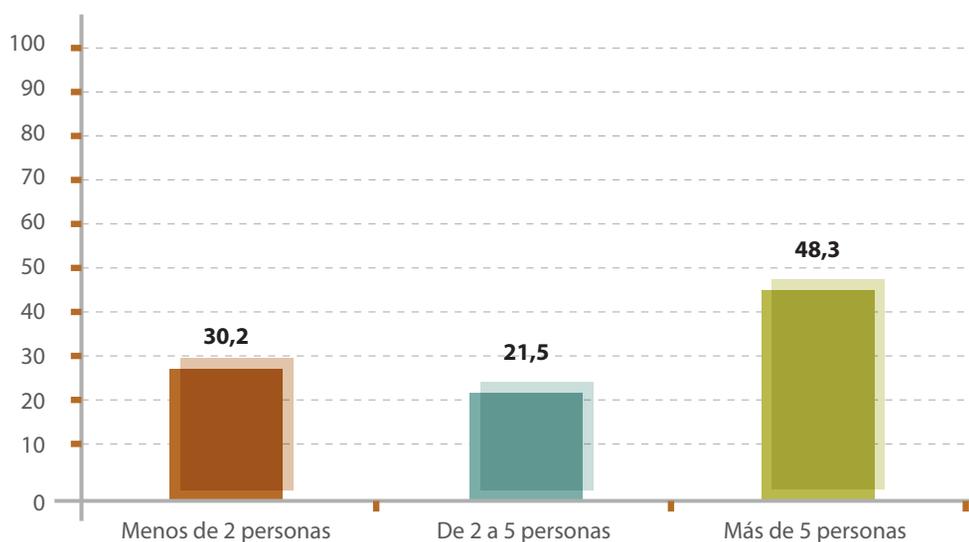
**GRÁFICO N°14 : Probabilidad de cura de la TB**



En relación a cuántas personas con Tuberculosis conocen, casi la mitad mencionó más de 5 personas, mencionado también que un porcentaje considerable más del 23% pertenecían a su comunidad.

<sup>14</sup> Ministerio de Salud. Estudio de vulnerabilidades y factores de riesgo asociados a la tuberculosis en comunidades indígenas quechuas: Informe Final / Proyecta Lab S.A.C.- Lima: Socios En Salud; 2011.

**GRÁFICO N°15: ¿A cuántas personas con Tuberculosis conoce?**



Asimismo se debe observar que un 50,6% indicó que alguien de su familia ha tenido o tiene TB, y a la pregunta qué deberían hacer las personas que creen tener Tuberculosis, un 86,6% mencionó en primer lugar acudir al médico y alimentarse abundantemente, consideradas estas como medidas para solucionar el problema de la TB en estas comunidades quechuas.

Se debe mencionar también que las causas de esta enfermedad entendida por esta población de por qué cree que le dio esta enfermedad, están asociadas a aspectos conocidos de este problema que son la falta de una buena alimentación (no comía bien) y no dormía bien, ambos en un 59,9%

En relación a la fase de diagnóstico se pudo observar que los lugares donde se hizo el despistaje y tratamiento, más de las dos terceras partes de los encuestados 79,1%, mencionaron un EE.SS del MINSA y al curandero, y en la fase de tratamiento qué hizo o que hace para curarse, un 82,6% mencionó que "tomo mis pastillas" (ee.ss) y "tomo hierbas", pudiendo evidenciarse con estas preguntas el uso de otros recursos terapéuticos en el proceso de su atención curativa, procesos que deberían ser trabajados adecuadamente por los establecimientos de salud locales para mejorar la articulación de la medicina occidental con la medicina tradicional.

También se pudo indagar por el proceso de ayuda comunitaria en su propio entorno con la pregunta de detección de la tuberculosis, a quién acudió, mencionando un 70,9% al personal de salud específicamente (Médico/Doctor) y Padre / Madre, Hermanos, como referentes para la solución de este problema dentro de su comunidad. Asimismo, se indagó por la percepción de quien apoya en la comunidad a las personas que tienen Tuberculosis, mencionado estos pobladores en un porcentaje considerable que nadie los apoyaba en un 33,1%, pero otro grupo mencionó a las Instituciones (ONGs, del Estado) en 22,1%, seguida de otras instituciones con un 21,5%, pudiendo constatarse en los ámbitos trabajados que existe instituciones que laboran para mejorar las condiciones de vida de estos pobladores quechuas en los ámbitos seleccionados.

# PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURAL





El modelo de atención para pacientes quechuas propuesto se ha desarrollado sobre una metodología que compara las disposiciones establecidas en la Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis con los resultados de esta investigación para identificar los aspectos que deben ser adaptados y mejorados, tomando en cuenta el contexto sociocultural de la población quechua. Esta sección tiene tres partes. En la primera se hace un resumen de Norma Técnica con el fin de presentar qué es lo que el Estado plantea para control de la tuberculosis y atención de las personas afectadas, en la segunda se realiza un marco teórico sobre salud intercultural que sostiene el modelo propuesta. En la tercer y última parte se plantea el modelo propuesto a partir de las evidencias encontradas en este estudio.

## I. MODELO PROPUESTO POR LA NORMA TÉCNICA DE LA ESN PCT

En esta primera sección, presentamos de manera resumida los componentes y acciones que contiene la Norma Técnica de la ESN PCT. Una idea a la que se ha llegado a partir del estudio realizado es que dicha Norma no está pensada en los diferentes contextos, sino que constituye más una guía general que no repara en las particularidades de las diferentes zonas y población en la que se desarrolla la atención de tuberculosis. Pese a ello, es un marco que sirve de guía como base para desarrollar el modelo de atención aplicado a población quechua.

### i. Visión, finalidad, objetivos y metas de la Norma Técnica de la ESN PCT

✓ **VISIÓN:** Mundo libre de TB.

#### 1. FINALIDAD

Controlar y prevenir en forma progresiva y sostenida la TB; aplicando la estrategia Alto a la Tuberculosis; como respuesta a la implementación de políticas públicas para una atención de la salud con calidad y equidad, contribuyendo a que la enfermedad deje de ser un problema sanitario en el Perú.

#### 2. OBJETIVOS

##### 1.1. Objetivo General

Expandir y consolidar la estrategia Alto a la Tuberculosis en el Perú, en el marco del modelo de atención integral de la salud, para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la tuberculosis.

##### 1.2. Objetivos Específicos

Garantizar una atención sanitaria integral de calidad a los ciudadanos, que permita conseguir: i) detección eficiente de casos probables de tuberculosis; ii) diagnóstico precoz de los casos de tuberculosis y tuberculosis resistente; y, iii) tratamiento médico quirúrgico de la enfermedad de manera oportuna, gratuita y directamente supervisada en todo el territorio nacional.

Organizar y fortalecer el sistema de salud, reduciendo las barreras que impiden el acceso a la asistencia sanitaria a las personas afectadas por la tuberculosis, asegurando: recursos humanos en número suficiente y capacitado; infraestructura y equipamiento adecuados; red de laboratorios fortalecida para garantizar el diagnóstico y el control bacteriológico oportuno con calidad, además de abordar los desafíos en el diagnóstico de la tuberculosis farmacorresistente; sistema de registro e información eficaz que permita la toma oportuna de decisiones; planificar e implementar medidas de control de infecciones que disminuya el riesgo de transmisión en establecimientos de salud, domicilios y otras instituciones que congregan a población vulnerable.

1.2.1. Enfrentar la comorbilidad como la infección por el VIH, diabetes y otras enfermedades, las reacciones adversas a medicamentos antituberculosis (RAM) u otras condiciones que determinan un mayor riesgo de morbimortalidad de las personas con tuberculosis.

1.2.2. Prevenir la incidencia de nuevos casos de tuberculosis a través de intervenciones que cuenten con evidencia científica suficiente para su aplicación: diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de infección y de casos de enfermedad activa, vacunación con BCG, terapia preventiva con Isoniacida (TPI), estrategias de educación, información y comunicación (IEC).

1.2.3. Fortalecer las actividades de Promoción de la Salud a través del desarrollo de los componentes de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS); con un enfoque multisectorial y de gestión territorial abordando

los determinantes sociales de la tuberculosis y estableciendo alianzas estratégicas con otros sectores del Estado, la empresa privada, la sociedad civil y organizaciones de afectados con tuberculosis.

- 1.2.4. Promover y ejecutar investigación epidemiológica, clínica, operacional o cualitativa para obtener nuevo conocimiento que solucionen las actuales brechas del conocimiento para el control y la prevención de la tuberculosis en el país.

✓ **METAS**

- Objetivo Desarrollo del Milenio 6, Meta 8: Detener y comenzar a reducir la incidencia de tuberculosis para el 2015.
- Metas relacionadas con los ODM y apoyadas por la alianza *Alto a la Tuberculosis*:
  - o 2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos.
  - o 2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto a 1990.
  - o 2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública (un caso por millón de habitantes).

**ii. Componentes de la estrategia y medidas de aplicación**

**1. Proseguir la expansión de un DOTS de calidad y mejorarlo**

- Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida.
- Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada.
- Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente.
- Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos.
- Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.

**2. Hacer frente a la tuberculosis/VIH, la tuberculosis multirresistente y otros problemas**

- Implementar actividades en colaboración en materia de tuberculosis/VIH.
- Prevención y control de la tuberculosis multirresistente.
- Abordar el caso de los presos, los refugiados y otros grupos de riesgo o en situaciones especiales.

**3. Contribuir a fortalecer el sistema de salud**

- Participar activamente en los esfuerzos encaminados a mejorar las políticas sistémicas, los recursos humanos, la financiación, la gestión, la prestación de servicios y los sistemas de información.
- Compartir las novedades que refuercen los sistemas, en particular el Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar.
- Adaptar las novedades surgidas en otras áreas.

**4. Involucrar a todo el personal de salud**

- Fórmulas de colaboración dentro del sector público, y entre este y el sector privado.
- Normas internacionales para la atención a los enfermos de tuberculosis.

**5. Empoderar a los afectados por la TB y a las comunidades**

- Promoción, comunicación y movilización social.
- Participación de la comunidad en la atención antituberculosa.
- Estatutos del Paciente para la atención antituberculosa.

**6. Posibilitar y promover la realización de investigaciones**

- Investigación operacional basada en los programas.
- Investigaciones de desarrollo de nuevos medios de diagnóstico, medicamentos y vacunas.

En el país los determinantes sociales como pobreza, inequidad y exclusión, facilitan la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis, Perú es el segundo país con mayor carga en la región de las Américas, después de Brasil. El Estado peruano ha asumido el compromiso político, considerando a la tuberculosis como prioridad sanitaria nacional y a través del Ministerio de Salud establece la estrategia de prevención y control de la tuberculosis en el territorio nacional, documento normativo aprobado con la R.M. N.º 383-2006/MINSA; el enfoque causal de la tuberculosis, va más allá de los aspectos biomédicos, incorporando otros criterios, entre ellos, los socioeconómicos, culturales, geopolíticos, de tal manera que su abordaje debe considerar la participación de otros actores de la sociedad civil.

La situación epidemiológica de la tuberculosis en el país y de acuerdo a los lineamientos de la Estrategia Alto a la Tuberculosis, el Perú aprobó el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis 2010–2019, con Decreto Supremo N.º 010-2010; lo cual implica sumar esfuerzos, mejorar la calidad de los servicios e intervenir en los determinantes sociales con enfoque multisectorial, que involucra responsabilidad de los diferentes sectores del país.

### iii. Atención de salud para la detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis

Atención Integral de Salud es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad. Los establecimientos de salud, son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento, con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, para mantener o restablecer el estado de salud de las personas<sup>15</sup>.

El Ministerio de Salud, a través de la ESN-PCT y de acuerdo a la Norma técnica de salud vigente, aprobado con R.M. N.º 383-2006/MINSA, garantiza que las personas afectadas por tuberculosis, accedan en forma gratuita en todo el territorio nacional a detección, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, asegurando las buenas prácticas de atención con enfoque de derechos humanos, sin ningún tipo de discriminación, ya sea de género, edad, nivel socioeconómico, raza o etnia, entre otros<sup>16</sup>.

En el nivel local las autoridades competentes garantizan el cumplimiento de la norma técnica con la participación de equipos multidisciplinarios y asegurarán consulta médica, detección, diagnóstico y tratamiento gratuitos, ofreciendo buenas prácticas de atención y respeto a los derechos humanos.

## 1. Detección y diagnóstico de casos de TB

### 1.1. Detección y diagnóstico de TB

Es la actividad orientada a identificar precozmente a las personas afectadas con tuberculosis, a través de la búsqueda del sintomático respiratorio, que acuden al establecimiento de salud por cualquier motivo y a cualquier área/servicio de atención de salud.

Sintomático Respiratorio (SR) es la persona que presenta tos y expectoración por más de 15 días.

#### **Detección del Sintomático Respiratorio:**

La organización de esta actividad es responsabilidad del profesional de enfermería en coordinación permanente con el equipo multidisciplinario de la ESN PCT (médico jefe del EESS, médico tratante, laboratorio) y el cumplimiento de la actividad es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud, de todas las áreas existentes en el establecimiento.

Considerando que es responsabilidad de todos los trabajadores del establecimiento de salud, el personal de salud, debe estar capacitado para reconocer esta sintomatología (tos y expectoración por más de 15 días).

#### **Proceso de atención del SR:**

- Registrar en el libro de registro del sintomático respiratorio, asegurando colocar correctamente los datos solicitados en el formato, respetar el orden (ejemplo: apellidos y nombres), con letra clara, datos que permitan ubicarlo si no retorna al EESS.
- Solicitar inmediatamente la 1.<sup>era</sup> muestra, explicándole cómo debe obtener la muestra (el personal debe conocer que el objetivo es obtener secreción del árbol bronquial y se obtiene de un esfuerzo de tos y la cantidad promedio es de 3 a 5 ml), se debe indicar al sintomático respiratorio el área de recolección de muestra de esputo (área alejada libre del tránsito de personas, ventilada y con luz natural, NUNCA un ambiente cerrado).
- Llenar correctamente la "Solicitud de Investigación Bacteriológica en TB" con el cual el personal de salud trasladará la muestra al servicio de laboratorio. Ello implica registrar correcta y completamente los datos consignados en el formato, de la calidad del registro depende que el laboratorista derive la muestra a cultivo y Prueba de Sensibilidad (PS).
- Orientar al SR sobre la toma de la segunda muestra, la cual deberá recolectar al día siguiente, inmediatamente al despertarse e incorporarse de su cama, deberá expectorar la flema acumulada y traerla o enviarla al establecimiento de salud, en caso de incumplimiento el personal de salud realizará visita domiciliaria, el sintomático respiratorio debe ser examinado con dos muestras.
- Al final del turno de cada personal del servicio de la Estrategia de Tuberculosis del EESS, trasladará las muestras recolectadas en la cubeta (acero quirúrgico, que facilita su limpieza y desinfección) debidamente rotulados y con sus respectivas solicitudes de bacteriología.

15 NTS N.º 021-MINSA/DGSP-V.03, Norma Técnica de Salud "Categorías de Establecimientos del Sector Salud".

16 NTS N.º 383-MINSA-2006, Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis.

- El laboratorio las recepciona durante todo el horario de atención del mismo y no se deberá rechazar ninguna muestra.
- El laboratorio organiza la realización de la baciloscopia, considerando que los resultados deben ser emitidos y entregados al servicio de atención de la Estrategia de TB al día siguiente; idealmente toda muestra debe ser procesada dentro de las seis horas de su recolección, caso contrario deberá ser conservada en cadena de frío.
- Es preciso mencionar que en la detección de casos, se menciona a grupos vulnerables o en riesgo de enfermar por tuberculosis: PVVS, comorbilidades, como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, PPL, población migrante, población desplazada y poblaciones indígenas, es necesario que el personal encargado del servicio de atención de tuberculosis en los establecimientos de salud, considere estrategias locales de intervención frente a la presencia de estos grupos de población.
- Es importante una adecuada entrevista con el sintomático respiratorio, para obtener información sobre el riesgo de TB drogorresistente y solicitar oportunamente un cultivo y prueba de sensibilidad, con el objetivo de iniciar oportunamente el tratamiento que le corresponde a cada persona diagnosticada con tuberculosis.

## 1.2. Diagnóstico de casos

La herramienta fundamental para el diagnóstico de caso de Tuberculosis es la bacteriología (baciloscopia y cultivo) por su alta especificidad, sensibilidad y valor predictivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes será necesario realizar el seguimiento diagnóstico de acuerdo a la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios tales como: clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico y anatomopatológico.

Todo paciente con diagnóstico de tuberculosis, previa consejería y aceptación, se deberá realizar la prueba de diagnóstico para VIH.

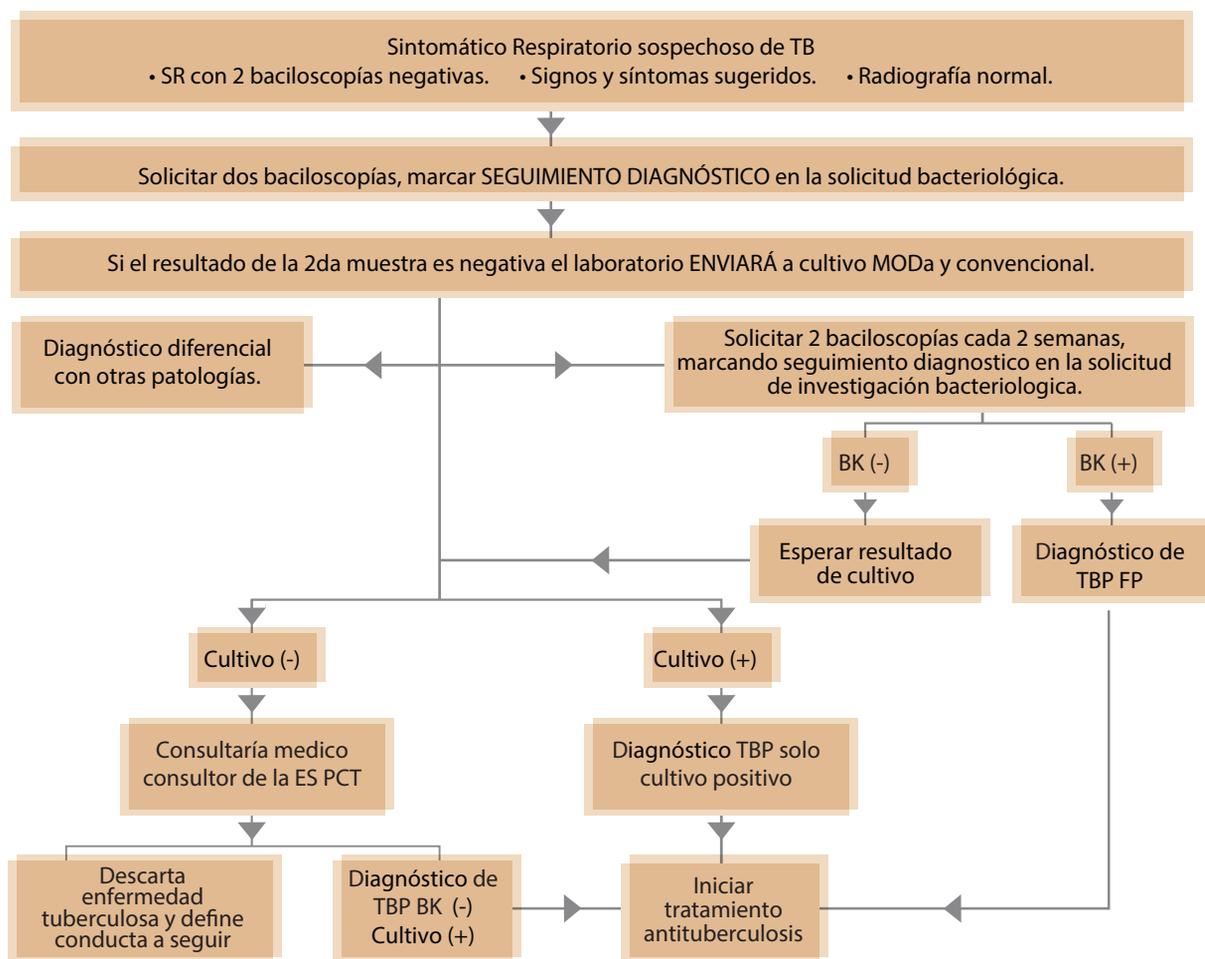
### Seguimiento diagnóstico

La tuberculosis pulmonar debe confirmarse a través del examen bacteriológico de dos muestras de esputo, especialmente en el adulto sintomático respiratorio.

Sin embargo, existen sintomáticos respiratorios frotis negativo sospechosos de tuberculosis, definiéndolo como aquel SR con dos baciloscopías negativas, que tienen síntomas, signos clínicos o imágenes radiológicas sugestivas de tuberculosis (Rayos X anormal), desde el punto de vista epidemiológico y de salud pública, se espera confirmar la bacteriología de la TB pulmonar, para determinar el tipo de tuberculosis: TB sensible o TB drogorresistente y establecer el tratamiento adecuado; así mismo para el seguimiento y control de los contactos, grupo de alto riesgo de desarrollar esta enfermedad.

El seguimiento diagnóstico consiste en la realización de procedimientos o evaluaciones en aquel sintomático respiratorio sospechoso de tuberculosis con dos baciloscopías negativas.

**GRÁFICO 16: Procedimiento para el seguimiento diagnóstico en el SR negativo sospechoso de TB**



El diagnóstico concluyente de la tuberculosis es responsabilidad médica, para lo cual el apoyo diagnóstico bacteriológico es importante, porque va permitir definir el tipo de TB: sensible, drogorresistente o extensamente resistente. La Norma Técnica de Salud para el control de la Tuberculosis establece definiciones operacionales, lo que permite adecuado manejo, seguimiento, registro e información:

### 1.2.1. Definición de caso

Caso de tuberculosis es toda persona a la que se le diagnostica tuberculosis, con o sin confirmación bacteriológica y a quien se decide indicar y administrar un tratamiento antituberculoso.

Desde el punto de vista epidemiológico, adquieren especial prioridad los enfermos con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TB-PPF) por constituir la principal fuente de transmisión.

- **Caso de tuberculosis pulmonar con frotis positivo (TBP-FP)**  
Es el caso de TB Pulmonar que tiene confirmación a través del frotis directo positivo.
- **Caso de tuberculosis pulmonar cultivo positivo (TBP-CP)**  
Es el caso de TB Pulmonar en que luego del seguimiento diagnóstico se ha demostrado la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo, teniendo baciloscopías negativas.
- **Caso de tuberculosis pulmonar con BK (-) y cultivo (-)**  
Es el caso de TB Pulmonar al que se le ha realizado el procedimiento de seguimiento diagnóstico

presentando bacteriología negativa y a quien se decide iniciar tratamiento antituberculoso por otros criterios (clínico, epidemiológico, diagnóstico por imágenes, inmunológico, anatomopatológico).

- **Caso de tuberculosis extra pulmonar**  
Es el caso a quien se diagnostica tuberculosis en otro(s) órgano(s) que no sea(n) los pulmones.
- **Caso de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR)**  
Es aquella tuberculosis ocasionada por bacilos multidrogorresistentes. Los bacilos multidrogorresistentes: son resistentes simultáneamente a Isoniacida y Rifampicina. La Multidrogorresistencia es la forma más severa de resistencia bacteriana en la actualidad.

### 1.3. Tratamiento de la tuberculosis

De acuerdo a la normatividad vigente, modificación del capítulo de tratamiento, aprobada con R.M. N.º 546-2011-MINSA, el tratamiento farmacológico acertado ha demostrado ser la intervención sanitaria más eficaz en el control de la tuberculosis, teniendo en consideración los siguientes fundamentos básicos:

- a. Tratamientos con asociación de medicamentos (terapia combinada) de alta eficacia que prevenga la selección de bacilos resistentes, evitando así los fracasos de tratamiento.
- b. Tiempo suficiente de tratamiento, con un número de tomas que asegure el mínimo porcentaje de recaídas.
- c. Reacciones adversas mínimas.
- d. Administración de medicamentos en boca DIRECTAMENTE OBSERVADO por el personal de salud durante la ingesta del medicamento y que garantice la adherencia y con ello el cumplimiento de la terapia.

El tratamiento de la tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración, formulados en los decenios 1970, 1980, y que han ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad para prevenir la resistencia.

Nos enfrentamos a su vez a fenómenos biológicos relacionados a la presencia de enfermedades como el VIH-SIDA o la diabetes Mellitus, que favorecen a la presencia de la TB, además los fenómenos de resistencia a las drogas, la multidrogorresistencia y la extrema resistencia, y por lo tanto a escenarios mucho más complejos para el control de la tuberculosis en el país.

En el Perú hemos acumulado en los últimos años una reconocida experiencia internacional en el manejo de la tuberculosis en general y de manera particular en la multidrogorresistencia. Hemos podido incorporar herramientas de diagnóstico para identificar tuberculosis multidrogoresistente (TB-MDR) y la posibilidad de implementar acciones terapéuticas más eficaces.

- a. El tratamiento farmacológico de la tuberculosis sensible a las drogas considera dos fases, ambas supervisadas:
  - PRIMERA FASE de inducción o bactericida: de administración diaria, sirve para reducir rápidamente la población bacilar de crecimiento y multiplicación rápida (lográndose destruir al 90% de la población bacteriana en los primeros 10 días) y para prevenir la resistencia y con ello el fracaso al tratamiento.
  - SEGUNDA FASE de mantenimiento o esterilizante: de administración intermitente.

En este momento la población bacteriana se multiplica una vez por semana o menos frecuentemente, de manera que ya no requiere tratamiento diario. Incluye menor número de medicamentos, suficientes para conseguir la eliminación de los bacilos persistentes y evitar así las recaídas.

- b. En todos los pacientes es obligatorio la observación directa de la toma de medicamentos por el personal de salud, con lo que se obtiene la mayor posibilidad de curación y menos riesgo de resistencia y fracaso al tratamiento.
- c. La observación directa de la toma de los medicamentos (tratamiento supervisado en ambas fases) mejora sensiblemente la posibilidad de lograr la curación de los pacientes.
- d. Está prohibido el tratamiento autoadministrado.
- e. Las instituciones proveedoras de servicios de salud deberán garantizar o asegurar la supervisión del tratamiento en ambas fases. De no poder cumplir con esta indicación deberá ser derivado o transferido según el caso a un establecimiento de salud del Ministerio de Salud para su supervisión.

#### 1.3.1. Modalidad de la administración de medicamentos antituberculosis

- a. El tratamiento deberá ser ambulatorio, diario, excepto domingos, e integrado a los servicios generales de salud (puestos de salud, centros de salud y hospitales).

- b. Para las situaciones excepcionales del establecimiento (días feriados y otras), los niveles locales establecerán las estrategias más apropiadas para GARANTIZAR el cumplimiento del tratamiento supervisado.
- c. Se administrará el tratamiento DIRECTAMENTE OBSERVADO en boca.
- d. La administración del tratamiento será supervisada en el 100% de los casos, siendo responsabilidad del personal de enfermería de la Estrategia de TB.
- e. Los medicamentos de primera línea deberán administrarse todos juntos en una sola toma (de preferencia en ayunas).
- f. La administración de la dosis de las mañanas debe ser en el establecimiento de salud supervisado por el personal de enfermería
- g. La dosis vespertina (en caso de TB resistente):
  - Cuando el establecimiento tiene turno de 12 horas: debe ser supervisado por personal de enfermería.
  - Cuando el establecimiento no cubre 12 horas: debe establecerse estrategias locales para garantizar la supervisión.
- h. Los medicamentos de segunda línea de ingesta oral (Ethionamida, Cicloserina, Ácido Paramino Salicílico, Amoxicilina Acido Clavulámico y otras) deben ser fraccionadas para optimizar su tolerancia.
- i. En caso de hospitalización, se debe garantizar que el tratamiento sea estrictamente supervisado por la enfermera del servicio en el que el paciente está hospitalizado.
- j. Al alta de la hospitalización el paciente continuará ambulatoriamente en el tratamiento en el establecimiento de salud de la jurisdicción de su domicilio, por lo que deberá darse el trámite de transferencia correspondiente a través de la Estrategia Sanitaria de TB del hospital.

### 1.3.2. Esquemas de tratamiento antituberculosis Consideraciones importantes

Para todo caso de TB, antes de iniciar el tratamiento se deberá tener en cuenta lo siguiente:

- a. Condición bacteriológica inicial por baciloscopia o cultivo.
- b. Antecedente del tratamiento antituberculosis previo y resultados de pruebas de sensibilidad anteriores.
- c. Localización de la enfermedad: pulmonar o extrapulmonar.
- d. Presencia de factores de riesgo para TB-MDR
- e. Gravedad y pronóstico de la enfermedad.
- f. Presencia de comorbilidad o inmunocompromiso (VIH, diabetes, entre otros).
- g. Antecedente personal o familiar de reacción medicamentosa.
- h. Resultados de Laboratorio y Anatomía Patológica (en TB extrapulmonar).
- i. Asegurar el envío y recepción de muestras para pruebas de sensibilidad.

#### A. Esquema uno

Es el esquema de terapia combinada diseñado con medicamentos de primera línea.

Los medicamentos de primera línea se utilizan en pacientes nuevos, recaídas y abandonos, son altamente eficaces y de buena tolerancia para el paciente.

- COMPOSICIÓN DEL ESQUEMA UNO  
El tratamiento primario ESQUEMA UNO incluye los siguientes fármacos: Isoniacida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E).

La Isoniacida y la Rifampicina son consideradas como el Núcleo Básico del tratamiento antituberculoso, el que se agregó posteriormente la Pirazinamida; todas ellas pueden eliminar el bacilo de la TB (*Mycobacterium tuberculosis*) en cualquier localización, a nivel intracelular y extracelular.

#### B. Tratamiento de la tuberculosis multidrogorresistente

El tratamiento de la Tuberculosis Multidrogorresistente se aplicará en las DISA/DIRESA, previamente calificadas por la ESN PCT. La mejor opción de manejo para la TB drogorresistente es el retratamiento individualizado basado en la PS del paciente, por

lo que es muy importante garantizar el cultivo positivo; pero los pacientes no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

#### 1.4. Organización de la atención a la persona con TB

La atención integral permite realizar un proceso de intervención con enfoque multidisciplinario a la persona con TB, en la que participa un equipo de salud (médico, enfermera, trabajadora social, laboratorista, nutricionista, psicólogo, técnica en enfermería, responsable de farmacia, otros profesionales de la salud) y representantes de organizaciones sociales de base (promotores de salud, organizaciones de personas con TB, club de madres, vaso de leche, comedores y otros), instituciones públicas y privadas; con el objetivo de vigilar, controlar y evaluar la evolución clínica, social, psicológica, nutricional, radiológica, bacteriológica, el cumplimiento del tratamiento, toxicidad farmacológica, el adecuado registro y propuestas de desarrollo local.

Este manejo integral permite detectar precozmente factores de riesgo para abandono, RAFA y drogorresistencia, interviniendo oportunamente.

El seguimiento es responsabilidad del profesional de enfermería, en estrecha coordinación con el equipo multidisciplinario y dependerá de la calificación del caso de TB en tratamiento.

##### 1.4.1. Atención médica

En el tratamiento con drogas de primera línea, se realizará como mínimo tres consultas médicas, otras consultas estarán sujetas a la condición y evolución de la persona afectada con tuberculosis.

En el caso de diagnóstico de TB resistente, el médico tratante realiza una consulta mensual, este bajo tratamiento con un inyectable, luego de ello serán cada tres meses.

Las consultas son "gratuitas", de cumplimiento obligatorio y deberán ser realizadas por el médico tratante.

##### 1.4.2. Atención de enfermería

**Entrevista de enfermería.-** Es la actividad que tiene como objetivos: educar a la persona con TB y familia sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado, sobre el seguimiento del control de tratamiento con baciloscopia y cultivos; fortalecer la adherencia al tratamiento, el estudio de contactos; valorar factores de riesgo para TB-MDR con la finalidad de planificar intervenciones; la detección precoz de las RAFA y colaborar en el manejo oportuno de estas para evitar irregularidades y abandono del tratamiento.

En el caso de pacientes con TB sensible se realizan mínimo tres entrevistas o cuando sean necesarias, en el caso de pacientes con TB resistente la entrevista en el primer trimestre es mensual luego trimestral o cuando sea necesario, irregularidad, RAFA u otros.

**Visita domiciliaria.-** Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con TB con la finalidad de educar al paciente y familia, se efectúa dentro de las primeras 48 horas de realizado el diagnóstico o la inasistencia al tratamiento, para identificar otros problemas de salud y factores condicionantes, verificar el censo y optimizar el control de contactos, ubicar al sintomático respiratorio BK (+) que no acude al establecimiento de salud por su resultado, entre otros.

##### Organización y administración del tratamiento

La enfermera del establecimiento de salud es responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculosis.

La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis y el personal de enfermería que atiende al paciente.

El personal de enfermería asegurará que la persona con tuberculosis, reciba atención integral para lo cual requiere:

- De un ambiente con luz y ventilación natural cruzada para la atención de las personas con tuberculosis.
- Disponer de los diferentes libros de registros para el adecuado seguimiento de pacientes.
- Capacitar al personal de salud (profesional y técnico) en la administración supervisada del tratamiento antituberculosis.
- Garantizar la administración de tratamiento supervisada en boca por el personal de enfermería en los servicios de la misma Estrategia de tuberculosis y en el caso de personas con tuberculosis, hospitalizados.

- Monitoreo y evaluación del desarrollo de las actividades de tratamiento.
- Establecer normas elementales de higiene en el personal de salud: lavado de manos y uso del mandil o uniforme, ver la disposición específica sobre control de infecciones en tuberculosis.
- Implementar un equipo mínimo de materiales para la administración del tratamiento: vasos descartables, cucharitas, bandejas, algodón, alcohol, entre otros.
- Disponer de esquemas de tratamiento completos, de acuerdo a las buenas prácticas de almacenamiento de los medicamentos.

#### 1.4.3. Atención social de la persona con TB

La atención social es una actividad ejecutada por el trabajador social del establecimiento de salud; como integrante del equipo multidisciplinario de la ESN PCT. Su objeto de intervención son los problemas sociales y el instrumento utilizado es el estudio social. En base a él se movilizan los recursos existentes para establecer redes de apoyo a las personas con TB, sus familias, las organizaciones de base y la sociedad civil, contribuyendo de esta manera con el control de la tuberculosis.

#### 1.4.4. Sistema de Registro e Información Operacional

La información generada en todos los niveles de la ESN PCT tiene como objetivo fundamental conocer la situación del control de la TB en una jurisdicción determinada para una adecuada y oportuna toma de decisiones. Se ha implementado un sistema de información operacional que permite el registro, procesamiento, análisis y retroalimentación desde y entre los diferentes niveles, siendo de responsabilidad del equipo multidisciplinario de la ESN PCT de los establecimientos de salud, redes, DISA /DIRESA y ESN-PCT.

## II. MARCO TEÓRICO Y DEFINICIONES BÁSICAS ALREDEDOR DEL MODELO PROPUESTO

### ❖ Conceptos básicos para comprender la interculturalidad

El término “interculturalidad” se refiere a las relaciones que se dan entre personas y grupos de diferentes raíces culturales; prioritariamente para comprender mejor la realidad social y de salud de este país.

Sobre la “cultura” se refiere a cómo las personas piensan, sienten, actúan y se relacionan con los demás y con el mundo que les rodea (capacidades, habilidades, hábitos y prácticas). La cultura es la manera en que se entiende el mundo, el significado o el sentido que cada grupo le da a la vida, la naturaleza, el trabajo, la familia, el vestido, las fiestas y demás. La cultura no es una herencia biológica, no es algo que se trae al nacer, sino que se adquiere por el hecho de vivir en un grupo humano o en sociedad.

La cultura está relacionada con la identidad (“quién soy yo”) pues surge una identificación con un grupo con el que se comparten rasgos culturales (hay un sentido de que se pertenece a un colectivo), en oposición a otros grupos con los que no se comparte y a los que no se pertenece. Por esto se dice que la identidad se crea a partir de las relaciones con otros grupos.

Las personas tienen múltiples “identidades”, referidas a diferentes dimensiones de su vida social. Estas identidades coexisten simultáneamente y no son excluyentes entre sí, ni tienen por qué constituirse en fuente de conflicto. Estas identidades pueden estar dadas por la etnicidad, la religión, la espiritualidad, el género, la edad, el territorio, la orientación sexual, la clase social, la nación, entre otras. Por ejemplo, una misma persona puede identificarse como mujer, quechua, madre, viuda, comerciante, de clase económica media y católica a la vez, lo cual refleja sus múltiples dimensiones sociales. En el caso del Perú, para poder comprender la diversidad peruana se identifican inicialmente cuatro grandes raíces o matrices culturales: la quechua, la aymara, la amazónica y la española, que se han relacionado desde hace varios siglos. Estas matrices culturales no se han mantenido estáticas ni iguales, por lo que, aunque marcan una primera diferenciación cultural, no son las únicas a tomar en cuenta. Las identidades y los elementos culturales son producto de procesos históricos; cada cambio se da siempre sobre la cultura previamente existente, de una forma acumulativa, por lo que la cultura siempre está marcada por la historia que la precede. La manera como una persona o grupo entiende el mundo es tan cambiante como es el mundo en sí, por eso no es correcto hablar de una cultura quechua o una cultura española como conjuntos eternos, inmóviles y completos.

Debe señalarse que existe un “racismo” no visibilizado en el Perú, este se observa en los lugares en donde la población es mayoritariamente indígena, aquí se dan las peores condiciones de alfabetismo, escolaridad, servicios públicos, carreteras, vivienda, agua potable, propiedad de tierra, entre otros.

La “discriminación” se da cuando un grupo se considera superior a otros, y se establece una posición en la sociedad que

le permite disfrutar de privilegios y subordinar a los demás grupos sociales. En otras palabras, se establece una sociedad jerárquica en la que unos grupos están arriba de otros.

Tomando en cuenta lo anterior, la interculturalidad reconoce que existen diferencias entre las personas y los colectivos por su cultura y etnia, pero esto no significa que exista superioridad o que unos sean mejores que otros. Por esto, la interculturalidad debe promover las relaciones de respeto, convivencia y el desarrollo humano desde la equidad y la diversidad.

#### ❖ Interculturalidad y salud

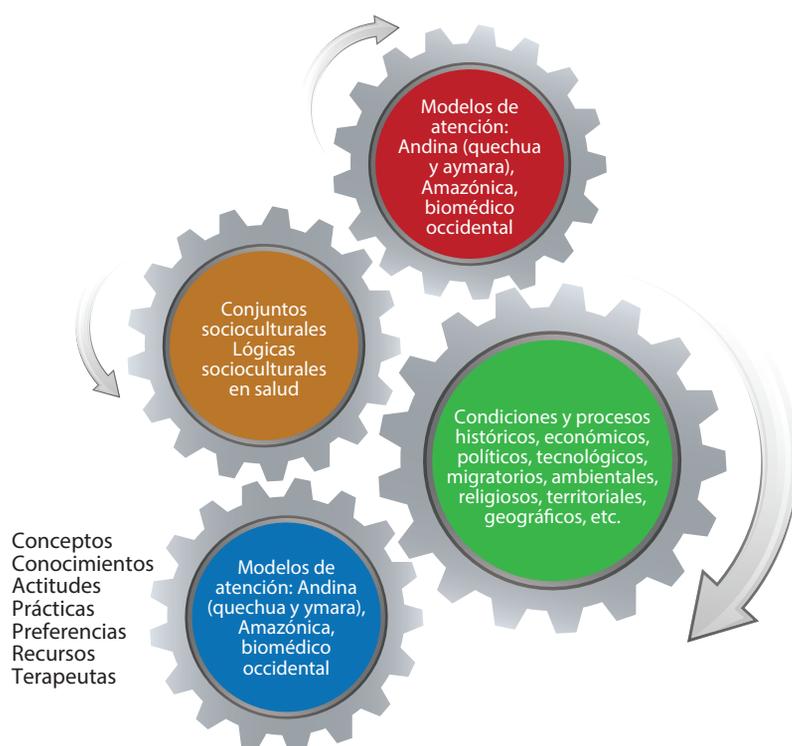
La cultura y la salud están estrechamente relacionadas. La cultura influye en la manera en que se hace uso de los recursos, las prácticas, los comportamientos y actitudes, estableciendo condiciones de vida y de salud. Además, al existir diferentes maneras de comprender el mundo y la vida, también existen diferentes maneras de comprender y vivir la salud-enfermedad. A lo largo de la historia humana pueden encontrarse diferentes conceptos o maneras de explicar la salud-enfermedad, identificando —por ejemplo— los siguientes: mágico, religioso, ecológico, sociológico, biológico y holístico.

Puede creerse que cada concepto mencionado está relacionado con un momento específico de la historia, y que estos conceptos de salud-enfermedad se han desarrollado uno después de otro. Sin embargo, lo que se observa es que estos conceptos coexisten de manera simultánea en la población, e incluso en cada una de las personas, pues se responde a las múltiples dimensiones de las personas y del proceso salud-enfermedad.

Por lo anterior es útil retomar la concepción incluyente de salud del **Modelo de Atención con Enfoque Intercultural en Comunidades Quechuas (MAEICQ)**, con la que se considera que la salud-enfermedad se explica de diversas maneras, y que también es un proceso dinámico multidimensional en el que influyen diferentes aspectos sociales, económicos, políticos, ambientales, culturales, energéticos, además de los biológicos.

A partir de las matrices culturales del país, sus constantes cambios y sus relaciones con los procesos sociales e históricos, se van creando diferentes grupos o conjuntos socioculturales con diferentes condiciones de salud, diversas lógicas socioculturales y modelos de atención.

**GRÁFICO N° 17: Relación entre matrices culturales, modelos de atención y lógicas socioculturales en salud**



## ❖ Modelos de salud

Cuando se revisa la información que se tiene en el Perú sobre las enfermedades que afectan a la población, es necesario tomar en cuenta que estos son los problemas que logran ser detectados por los servicios públicos de salud, esto significa que existen muchos problemas que pasan desapercibidos, y que el panorama de salud-enfermedad que se tiene es incompleto.

Se debe mencionar que solo una parte de la población hace uso de los servicios de salud, específicamente los que llegan al establecimiento, existe un porcentaje considerable que no acude a ellos, por consiguiente muchos de los problemas de salud de la población no llegan a identificarse por los servicios de salud, pues la mayoría son atendidos y resueltos por las personas y las familias. Pero también debe tomarse en cuenta que los servicios públicos de salud se manejan desde el enfoque de la medicina convencional u occidental, identificando apenas enfermedades más bien biológicas y algunas de tipo mental; no reconociendo problemas de salud relacionados con otras maneras de comprender la salud-enfermedad, y que son muchas veces atendidos por terapeutas de otros modelos médicos o de salud.

Los modelos médicos o de salud pueden comprenderse como los conjuntos de conceptos, saberes, terapeutas o curadores, recursos, relaciones y prácticas, asociados estos con matrices culturales. Debe llamarse la atención a dos grandes tendencias en los modelos de salud identificadas:

1. El primer modelo identificado es el **Modelo Médico Hegemónico (MMH)**, está relacionado con la matriz cultural occidental (española), que es legitimado y predomina en los espacios académicos como las universidades, y en las instituciones públicas y privadas formales de salud. Es además el más difundido en el mundo, y se le conoce también como modelo biomédico puesto que basa su conocimiento en la biología e impulsa acciones asistenciales curativas y algunas preventivas.
2. El segundo modelo, conocido como **Modelo Médico Alternativa y Complementaria (MMAC)**, alude a todos aquellos conceptos y prácticas de salud que son distintas del modelo biomédico, pero considerados como complementarios o alternativos a este. Dentro de este modelo se encuentran medicinas cuyo fundamento y acciones son de carácter más integral como la acupuntura y la medicina ayurvédica.
3. Existe un tercer modelo que es el **tradicional**, subordinado o considerado inferior a los dos modelos anteriores.

Si bien cada modelo de salud posee características propias, el modelo hegemónico y los modelos alternativos mantienen una permanente transacción de conocimientos y prácticas, por lo que constantemente se modifican y afectan mutuamente. Entonces, el sistema de salud puede reconocer los diferentes modelos existentes, y orientarse a fortalecer y articular sus conocimientos y prácticas para brindar una atención en salud más adecuada a la población.

Para el caso de Perú, uno de los modelos de salud tradicionales, es el quechua, siendo este el modelo médico subordinado más importante, pues forma parte de la matriz cultural mayoritaria y se encuentra presente en mayor o menor medida en los diferentes grupos sociales del país, incluso en aquellos que no necesariamente se identifican como indígenas. Para el modelo de salud tradicional quechua, el concepto de salud se refiere a la relación en armonía del individuo, la familia, la comunidad, la naturaleza y el cosmos; abarca entonces las dimensiones física, psíquica, social, espiritual y energética.

En la cosmovisión quechua que forma parte de la medicina tradicional, existe una dualidad que rige la vida y el cosmos, por lo que la salud es la armonía entre el cielo-tierra, comunidad-naturaleza, individuo-comunidad, individuo-familia, débil-fuerte, limpieza-suciedad, caliente-frío, entre otros. Los problemas de salud se presentan por la ruptura de la armonía y del equilibrio en las relaciones y dimensiones mencionadas, por lo que las enfermedades (por ej., ojeado, susto, caída de mollera, alcanzo, puquio) que se presentan serán diferentes a aquellas reconocidas por la atención biomédica occidental.

Esta última no es capaz entonces de identificar ni tratar este otro tipo de problemas, pero el modelo de salud tradicional quechua cuenta con sus propios terapeutas que se forman en un proceso distinto al de los médicos profesionales, pero necesarios y legitimados en la comunidad.

El modelo de salud tradicional quechua incluye una gama de saberes y prácticas ancestrales, provenientes de las culturas quechuas (incas y pre-incas) prehispánicas, así como prácticas y conocimientos sincréticos que surgen del mestizaje entre las matrices quechua y española. En la práctica, este modelo utiliza predominantemente recursos naturales, locales o regionales, mecanismos y técnicas quechuas, para el diagnóstico y el tratamiento; aun cuando está presente y extendido en las comunidades de todo el país, no ha sido incorporado de manera formal y estándar en las instituciones del sistema de salud.

Aunque no se incluyan en el modelo tradicional quechua, vale la pena señalar que existen otras prácticas muy arraigadas

esta población que provienen de nuevas experiencias y la promoción de medicamentos por parte de empresas farmacéuticas. Entre estas prácticas puede mencionarse el uso de Sal de Andrews para los malestares gastrointestinales, las inyecciones de vitamina B para fortalecer los nervios, o las pomadas Dencorub o Charcot para afecciones variadas en las articulaciones.

#### ❖ **Lógicas socioculturales en salud**

Las lógicas socioculturales en salud pueden entenderse como la relación dinámica entre las concepciones y las prácticas en salud, y que pueden ser varias según las características de la diversidad de grupos o conjuntos en la población. El conocer estas lógicas socioculturales facilita la articulación de la atención institucional y la comunidad, pues la institución adapta sus servicios tomando en cuenta los conceptos de salud-enfermedad que existen, y las explicaciones que se dan a los problemas de salud en la población. Por otra parte, también se reconocen y promueven aquellos saberes, conocimientos, prácticas y recursos del ámbito comunitario, con los cuales se mejoran las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de salud. Las lógicas socioculturales se expresan a través de las personas, familias y comunidades.

#### ❖ **En el ámbito comunitario**

Las ideas existentes sobre la salud-enfermedad se reconocen en los espacios y maneras de socializar en el ámbito comunitario como por ejemplo la escuela, los espacios de trabajo, las iglesias, los grupos organizados, el comercio, los deportes o las áreas de recreación. En estos momentos y espacios se reproducen los significados y símbolos que construyen constantemente la identidad de los grupos y la comunidad en general. En estos espacios también se observa la socialización de saberes y prácticas preventivas y curativas, redes comunitarias, estilos de vida y elementos que aportan a la autoatención.

Así también deben fortalecerse y aprovecharse los saberes, conocimientos, prácticas y recursos locales dirigidos al mejoramiento de las condiciones de salud, como parte del trabajo de promoción de la salud (gestión comunitaria, auditoría social, participación, acción política).

#### ❖ **En el ámbito familiar**

Según el grupo social y cultural al que pertenezca la familia así serán las concepciones y significados que tenga sobre la salud y sobre determinadas enfermedades. La familia es uno de los principales espacios de atención en salud, es en donde se generan condiciones favorables o desfavorables para la salud y en donde las personas adquieren los primeros conocimientos y prácticas para cuidar la salud. Es en donde también se ejecutan las primeras acciones de asistencia y cuidado ante la enfermedad. La familia también sirve de mediador con los profesionales de salud, en donde se negocian y toman decisiones sobre qué hacer o no para resolver sus problemas.

Al mismo tiempo, el ámbito familiar puede ser espacio de riesgo para la salud cuando se reproducen prácticas dañinas, las condiciones materiales y económicas son precarias, o existen dinámicas conflictivas en la unidad familiar.

Las lógicas socioculturales de las familias tienen relación con aspectos fundamentales en la atención en salud como el "camino del enfermo" y la autoatención, pero están condicionados también por las condiciones materiales y económicas de las personas y la familia en su conjunto, así como por las redes sociales o de apoyo con las que cuentan.

#### ❖ **Las lógicas socioculturales en el ámbito individual**

Cada individuo se percibe y se cuida según los conceptos y conocimientos sobre la salud-enfermedad, que a su vez influyen en sus prácticas y mecanismos para resolver los problemas de salud que se presenten. Además, aun cuando una misma enfermedad puede diagnosticarse en varias personas, cada una de ellas tendrá un sentido y experiencia distinta, y una diferente manera de comprenderla y atenderla.

En la atención de salud a personas es fundamental conocer la manera en que se perciben y viven los problemas de salud, la manera en que los explican, las decisiones y las acciones que han tomado para resolverlos. También deben trascenderse los aspectos biológicos de sus problemas y abordar su situación social dentro de la familia, la comunidad y la sociedad en general.

Para conocer mejor las lógicas socioculturales de las personas y familias es útil tener un mayor entendimiento sobre la autoatención y el camino del enfermo por el que un paciente ha transcurrido, y que permite un proceso de atención más pertinente a la lógica sociocultural de la persona.

El "camino del enfermo" se refiere a los diferentes pasos que las personas enfermas o las familias dan para resolver un problema de salud al que se enfrentan. Las decisiones y las acciones que se llevan a cabo dependen en gran medida de la lógica sociocultural de la familia y sus integrantes, a partir de la cual interpretan el problema, establecen

diagnósticos, definen y asumen las opciones de diagnóstico y tratamiento. Este camino también está condicionado por los conocimientos e información que poseen las personas y familias, su ubicación geográfica y medios de comunicación, el tiempo disponible y los recursos materiales y económicos, entre otros.

La “autoatención” se entiende como la atención que una persona se brinda para sí o que se da en el seno de la familia, y es la primera acción que se realiza ante la enfermedad. Esta autoatención se desarrolla al margen de la medicina profesional y es considerada como de carácter estructural en las sociedades. En la autoatención se articulan las diferentes concepciones y prácticas existentes respecto al proceso salud-enfermedad, con las que ha estado en contacto la población.

Al presentarse un problema de salud, una diarrea, por ejemplo, la primera acción de una persona o de su familia no será acudir con un profesional de la salud. La persona enferma y su familia harán un primer diagnóstico sobre el problema, y las primeras decisiones sobre qué hacer pueden ser diversas, desde no hacer nada (esperar a que se resuelva por sí solo), utilizar alguna planta medicinal o medicamento químico que ha funcionado antes para la persona o para alguien cercano, e incluso rezar alguna oración pidiendo a Dios una pronta recuperación. Si el problema no se resuelve o si se complica, entonces la persona y su familia harán una revisión sobre las opciones de atención existentes y a las que tienen acceso como por ejemplo una farmacia, botiquín comunitario, terapeuta comunitario, algún otro servicio de salud o profesional, decidiendo y acudiendo a alguna de estas opciones.

La autoatención no termina con la consulta a un terapeuta profesional, sino que sigue presente en la forma en que se administran los medicamentos recetados, las decisiones sobre si se continúa o no con el tratamiento, la combinación del tratamiento prescrito con otras prácticas, las actividades permitidas o no para la persona enferma, o la decisión de buscar otro tratamiento o terapeuta. Los caminos del enfermo y las prácticas de autoatención pueden ser diferentes por los siguientes aspectos:

- Las características (religión, género, étnico, político) culturales del grupo social, la familia y el individuo.
- Las condiciones de vida, educación, los recursos económicos.
- Disponibilidad y el acceso a servicios de salud.
- Cantidad y conocimiento de alternativas.
- Costo (tiempo y dinero) de la búsqueda de atención.
- Quién se enferma, quién cuida.
- Características de la enfermedad.
- Experiencias previas (propias y ajenas).

#### ❖ **Equidad con Interculturalidad en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Intercultural en Comunidades Quechuas**

La perspectiva de interculturalidad es una de las cuatro perspectivas del Modelo de Atención Con Enfoque Intercultural En Comunidades Quechuas (MAEICQ) por lo que debe verse en conjunto con las otras perspectivas: derecho a la salud, género y entorno. Las perspectivas son los ejes transversales del modelo, es decir que orientan todas las decisiones sobre atención en salud e influyen en la institución en aspectos como la conformación de equipos y normas de clima organizacional.

Las perspectivas ayudan a comprender mejor la salud-enfermedad de las personas y los grupos, pues se logran analizar las determinantes y condicionantes de la salud, los riesgos y problemas principales, así como las concepciones, comportamientos y prácticas relacionadas con la salud. A la vez, las perspectivas son útiles para impulsar acciones más adecuadas a las necesidades de salud, realizando acciones que atienden las necesidades más urgentes y de corto plazo, al mismo tiempo que se buscan cambios en el mediano y largo plazo en las relaciones que generan desigualdad o discriminación entre personas, grupos, instituciones y entorno.

Como se planteó en el inicio del documento, interculturalidad significa que hay una relación o relacionamiento entre personas y grupos de diferentes raíces culturales. Por esto puede decirse que la interculturalidad ha existido siempre, pues esas relaciones han existido siempre; el reto es cambiar la desigualdad histórica de esas relaciones.

En el MAEICQ se plantea desde su perspectiva de interculturalidad la búsqueda de un relacionamiento equitativo entre personas y grupos de diferentes raíces culturales, es decir de igual a igual, sin discriminación.

## A. Pertinencia intercultural en el primer nivel de atención en salud

En el MAEICQ, la pertinencia intercultural se entiende como el proceso gradual de adecuación de las intervenciones sanitarias a la cultura local, que implica la complementación y articulación de los diferentes marcos conceptuales y prácticas en salud. La pertinencia intercultural está presente en la definición de primer nivel de atención en salud que plantea el MAEICQ, respecto a la articulación de los conocimientos y prácticas de salud del ámbito institucional y el ámbito comunitario. En esta relación complementaria, el personal de salud debe adecuar la atención de acuerdo a las necesidades y características individuales, familiares y del conjunto o grupo en la comunidad, y facilitar acceso y uso de los servicios de salud comunitarios e institucionales. Implica entonces complementar conocimientos, saberes y prácticas que provienen de diferentes matrices culturales, y la coordinación del personal institucional de salud y con terapeutas locales.

Para construir un trabajo en salud que complemente equitativamente las diferentes lógicas socioculturales y modelos de salud es necesario:

- Reconocer los saberes, conocimientos y experiencias de trabajo en su propio contexto. Respeto a la organización y dinámica comunitaria existente.
- Organización y fortalecimiento de la organización de los terapeutas quechuas.
- Generar consensos sobre objetivos comunes entre las instituciones y comunidades.
- Hacer efectiva la participación comunitaria haciendo de sus experiencias y conocimientos la base del desarrollo humano y de la salud.
- Coordinar esfuerzos y apoyos desde el ámbito institucional para romper estereotipos, prejuicios, prepotencias, abusos y mal uso del poder, y así abrir espacios de confianza mutua.
- Complementar las fortalezas de los diferentes modelos de salud legitimados socialmente.
- Fortalecer las capacidades de autoatención, los cuidados y prácticas comunitarias quechuas.
- Hacer de la educación sanitaria un espacio de intercambio de experiencias y aprendizaje mutuo.

Por lo tanto, lo que se promueve es el conocimiento la comprensión y la aceptación de la validez de los saberes y prácticas provenientes de aquellas culturas que han sido históricamente discriminadas. Las reflexiones para el cuestionamiento o aceptación de las prácticas en salud deben realizarse tanto para el modelo biomédico como para otros modelos o lógicas socioculturales de salud.

## B. Estrategia de coordinación en paralelo

Para lograr llevar a la práctica la interculturalidad equitativa en el trabajo de salud, se deberá construir una estrategia denominada "coordinación horizontal", se deberán buscar lemas estratégicos para la articulación adecuada entre los modelos existentes en el ámbito a trabajar siendo uno de ellos "articulados, pero no integrados".

Se reconoce que los principales modelos de salud mayoritarios en el Perú son el biomédico, alternativo y el tradicional (quechua, aymara, amazónico), aunque también pueden existir otros que deban considerarse en el trabajo local. Al existir diferentes opciones de atención y servicios de salud comunitarios e institucionales para la población, la coordinación horizontal no propone para estos momentos su integración, pues esto podría generar una subordinación de los conocimientos y prácticas locales, comunitarias. Se plantea entonces una relación para que haya un reconocimiento, respeto y coordinación de esfuerzos, con el objetivo de resolver las necesidades y problemas de salud de la población. Así también habrá que tomar en cuenta las características y condiciones locales de la población, sus lógicas socioculturales de salud para una adecuación de la atención. La coordinación horizontal se concreta en acciones de relación positiva entre los diferentes conocimientos, prácticas y actores del proceso salud-enfermedad de las comunidades por medio de los siguientes aspectos:

**Conocimiento y comprensión de otros modelos de salud.** Un elemento que facilita el acercamiento del ámbito institucional con otros modelos de salud es el personal, pues este ha sido seleccionado de las mismas comunidades con las que se trabaja o proviene de la región. Esto, además de permitir que la atención se brinde en el idioma local, propicia una mejor comunicación y entendimiento al tener referentes o características culturales comunes.

En la atención a las personas en la consulta clínica se busca conocer cómo las personas se explican sus problemas de salud (sus modelos explicativos) preguntando y registrando el autodiagnóstico y el "camino del enfermo", es decir que se indaga sobre las acciones que se han realizado para resolver el problema, y si previamente se ha consultado a curadores quechuas tradicionales o a otros servicios. Estos pasos en la consulta son útiles para la comprensión del problema, el diagnóstico, la negociación del tratamiento y el intercambio educacional con pertinencia intercultural.

En el desarrollo de la validación del MAEICQ, los autodiagnósticos registrados permitirán la identificación de las enfermedades

tradicionales quechuas (por ser las más frecuentes y las de más alta letalidad) en las comunidades con las que se trabaja. Existen actualmente enfermedades como el ojeado, mollera caída, aire, puquio, susto, sobrepardo, hechizo, qasqo (mal de pulmones).

Cuando se investigan las muertes ocurridas también se buscan los modelos explicativos, al averiguar y registrar la causa que —a criterio de la familia— provocó la muerte, así como la ruta de atención previa al fallecimiento y las enfermedades quechuas tradicionales que pueden estar asociadas a la causa de defunción.

**Identificación de perfiles epidemiológicos<sup>17</sup> socioculturales.** Al realizar el análisis de las condiciones de salud se incorpora toda la información recolectada durante la atención individual, familiar y comunitaria. En el análisis se relacionan los problemas de enfermedad y muerte, riesgos y condiciones de vida de las unidades familiares, los procesos comunitarios de relevancia, y factores sociales, económicos y políticos, para explicarse las condiciones de salud.

Los perfiles epidemiológicos en el MAEICQ incluirán las enfermedades quechuas tradicionales mencionadas o identificadas por el ámbito en el cual se desarrolle este modelo. Esto será posible elaborando normas y procedimientos de vigilancia epidemiológica<sup>18</sup> que contienen las definiciones de caso probable y caso sospechoso, en las que se plantean cuáles son los criterios para detectar cada una de estas enfermedades y registrarlas como impresión clínica en una consulta.

La elaboración de un registro de información será útil para conocer cómo se comportan estas enfermedades tradicionales según lugar, sexo y grupo de edad, debiendo ser consideradas después de un proceso de validación en enfermedades de notificación obligatoria y de vigilancia epidemiológica semanal en estos ámbitos quechuas.

**Adecuación de la atención individual, familiar y de los conjuntos socioculturales.** Para facilitar la atención individual con perspectiva intercultural por parte del personal en el MAEICQ, se deberá contar con las “Guías de abordaje” de la atención a personas mayores de cinco años, así como las hojas guía para la atención integral (para menores de dos meses, hombres —adolescentes y adultos— y personas adultas mayores). Estas guías para la atención de las personas incluyen las normas de atención del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en la Familia y la Comunidad (MAIS-BFC) adaptado al MAEICQ, a la vez que incorpora opciones de tratamientos naturales normados (de forma exclusiva o complementaria a los medicamentos) para ser negociados con las personas que consultan. También se incluye la orientación y consejería tomando en cuenta el autodiagnóstico y otras lógicas de salud como el desequilibrio frío-caliente.

Las guías de abordaje tienen información adicional de utilidad como un listado de plantas y recursos de medicina natural, las formas de uso y preparación de las plantas medicinales, recetas con plantas medicinales, una guía rápida de alimentos más encontrados en la dieta de la población y su relación con el equilibrio frío-caliente.

Anualmente, cada familia recibirá una visita familiar integral (VFI), en la cual se identificará un conjunto de riesgos con los que se clasificarán las necesidades de atención y seguimiento que requiere la unidad familiar desde la pertinencia intercultural respetando sus derechos. Algunos de los riesgos que se buscan están relacionados con las capacidades de autoatención o de aislamiento, como el rechazo a la vacunación, a los controles preventivos o a la atención, los problemas para detectar signos de peligro, el no contar con redes de apoyo, o niños o adultos mayores en situación de abandono. Otros riesgos están vinculados a aspectos sociales y económicos de la familia como niños que no acuden a la escuela por migración, trabajo o falta de recursos. También se identifican aspectos psicosociales como violencia intrafamiliar, adicciones o alcoholismo, violación o abuso sexual, a los cuales se da seguimiento.

Con la participación de las familias se construirán los Planes de Emergencia Familiar (PEFA), los cuales son parte importante de la autoatención. También se han impulsado las Comisiones de Plan de Emergencia Comunitaria (COPECO) y los Planes de Emergencia Comunitaria (PECO), con los cuales se identifican los recursos y personas necesarias para responder a las urgencias.

Por cada sector, en cada puesto de salud, se deberá crear un huerto demostrativo que rescata el uso de los recursos locales que se utilizan en la atención de la salud. En estos huertos se encuentran las plantas cuyo uso está normado en las guías de atención y las que puedan hallarse y cultivarse según el microclima local.

El trabajo con la comunidad y sus organizaciones implica reconocer los saberes y conocimientos locales que serán construidos a partir de las experiencias en su contexto. Por esto se respeta el espacio comunitario, requiriéndose de la adaptación de los servicios institucionales a las lógicas organizativas y procesos locales, y trabajándose en base a la negociación y no en base a la imposición.

<sup>17</sup> El perfil epidemiológico se refiere tradicionalmente a las características demográficas, sociales y económicas de una población y territorio específicos, y al conocer los principales problemas de salud, enfermedad y muerte que afecta de manera general y diferencialmente a los grupos que integran esta población.

<sup>18</sup> La vigilancia epidemiológica es la recolección sistemática, continua, oportuna y confiable de información relevante y necesaria sobre algunas condiciones de salud de la población. El análisis e interpretación de los datos debe proporcionar bases para la toma de decisiones y ser utilizada para su difusión.

**Organizaciones comunitarias, e intercambio horizontal de conocimientos y prácticas de salud.** En los lugares de implementación del MAEICQ se identifican a los curadores quechuas tradicionales, que incluye a las parteras existentes en las comunidades. En base a visitas y entrevistas se recaba información personal, el tipo de trabajo que realizan, las personas que más acuden con ellos, las principales dificultades en su trabajo y sus recomendaciones para la comunicación futura con el personal.

Con la información recolectada se elabora un directorio que caracteriza a los curadores quechuas tradicionales y a las parteras, según su ubicación y especialidad. Dentro de las especialidades pueden encontrarse el terapeuta tradicional, partero, curandero, curandero de niños y niñas, curandera de sobrepardo, curandera de problemas de la mujer, huesero, sobadora, curandero de “qasqo”, entre otros. La información se actualiza anualmente a través de entrevistas a nuevas personas que se identifican en el transcurso del trabajo, y por la relación que se mantiene con los curadores o terapeutas con quienes ya se trabaja.

Con la estrategia “Unidad de Atención (puesto o centro de salud, otros) amiga de la partera y los(as) curadores(as) quechuas tradicionales” se ofrece atención clínica integral a estos terapeutas y se realizan reuniones de intercambio entre ellos y el personal institucional. En cada sector se deberán realizar reuniones mensuales de intercambio con las comadronas; trimestralmente se deberán realizar reuniones con todos los curadores quechuas tradicionales en cada sector, y cada año se realiza una reunión anual con los curadores del territorio entero. Como parte de estas actividades se realiza una presentación y discusión de la situación local de salud, se comparten los problemas que han sido atendidos por terapeutas y parteras; en especial con las parteras para elaborar la presentación y análisis de casos materno-infantiles.

Se deberá elaborar un instrumento especial para uso de los curadores y parteras que permite el registro de los problemas de salud que han atendido, así como otros tipos de atención. El instrumento deberá ser validado con los terapeutas y parteras, hacer uso de fotografías y dibujos, y el registro puede ser por anotación o a través de la colocación de semillas de maíz o pallares en bolsillos, según el nivel de alfabetismo en el idioma español o de escolaridad de cada terapeuta.

El uso del instrumento deberá ser bastante sencillo, para valorar el trabajo que ellos realizan. Para lograr identificar qué tipos de atención proveen. Además de tratar enfermedades quechuas tradicionales, también dan otros apoyos como los trabajos que realizan para mejorar la producción o agradecer el agua potable. Otros trabajos también se piden para poder ser incluidos en el AUS, o para resolver algún problema de pareja, así como ceremonias quechuas tradicionales de protección o por asuntos comunitarios.

Desde el MAEICQ se brinda apoyo desde el espacio institucional para fortalecer las capacidades de organización de los curadores quechuas. A partir de una mejor organización de estos actores comunitarios, pueden entonces generarse espacios para el reconocimiento social, la participación y el desarrollo de su trabajo. Dado el respeto a sus necesidades y dinámicas propias, el apoyo se brinda a solicitud de los curadores y el fortalecimiento organizativo debe considerarse como un proceso de largo aliento.

**Sistema de referencia y respuesta.** Las referencias y respuestas con los curadores quechuas tradicionales son posibles al establecer una relación de confianza con ellos, y porque se cuenta con criterios para detectar enfermedades quechuas. De esta manera todos los casos probables de enfermedades quechuas son referidas a los curadores quechuas tradicionales para su confirmación y manejo, según su especialidad. Los casos de enfermedad quechua sólo pueden ser confirmados y tratados por estos terapeutas.

Para facilitar la referencia de enfermedades quechuas, se contará con una hoja de registro —validada también— en donde el personal marca la imagen de la enfermedad quechua por la cual se está refiriendo a la persona. Las imágenes facilitan la interpretación por parte de los curadores no alfabetos que reciben las referencias. También se espera que al identificar otros apoyos o trabajos que realizan los curadores quechuas, se puedan hacer referencias para la atención familiar y comunitaria.

Se deben generar acuerdos con los curadores y parteras para que ellos también hagan referencias al personal institucional, aunque estas raras veces se hacen por escrito debido a los niveles de baja escolaridad y analfabetismo existentes. Es frecuente que las referencias se lleven a cabo personalmente, en donde los curadores y comadronas acompañan a la persona a la consulta en el puesto de salud.

Las coordinaciones horizontales y paralelas se impulsarán a partir del respeto y potenciación de los conocimientos de las comunidades, las familias y las personas, la relación positiva entre curadores de los ámbitos institucional y comunitario, fortaleciendo las capacidades de todos para el mejoramiento de las condiciones de salud.

### **C. Mapa conceptual del Modelo de Atención con Enfoque de Interculturalidad en Comunidades Quechuas**

La lucha y demandas de los pueblos indígenas, andinos y amazónicos, ha permitido el reconocimiento constitucional del Perú como un país multicultural, lo que establece una nueva lógica de organización del Estado y sus instituciones para garantizar sus derechos.

La hegemonía del enfoque occidental en el quehacer sanitario y la incapacidad que han tenido las políticas y programas de salud para comprender, respetar e incorporar los conocimientos y prácticas de salud ancestrales de la medicina tradicional, se expresa entre otros aspectos en las profundas limitaciones de acceso a los servicios de salud, especialmente a los pueblos indígenas.

Para el sector salud el reto fundamental es incorporar de manera transversal el enfoque intercultural en el modelo de atención y gestión, y que los recursos de la medicina tradicional se articulen con el de la medicina hegemónica o biomédica. La incorporación de la interculturalidad implica fundamentalmente un posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad que permita una interacción horizontal y sinérgica, sustentada en el conocimiento, el diálogo y el irrestricto respeto a los derechos de las personas. Por otra parte, a nivel local existe una red de agentes de salud de la medicina tradicional que históricamente han tenido un papel protagónico en la atención y cuidado de la salud de la población.

El fortalecimiento del MAIS-BFC en el cual estará inserto el MAEICQ implica por lo tanto definir e implementar estrategias que permitan incorporar el enfoque holístico de la salud de las culturas ancestrales y requiere, entre otras acciones, la formación y capacitación del recurso humano en el enfoque intercultural, generar actitudes y condiciones para garantizar una interacción con los usuarios respetando sus conocimientos y prácticas de salud, y avanzar en la pertinencia cultural de los servicios con la activa participación de los actores de la medicina tradicional, que contribuyan a recuperar, fortalecer y potenciar sus saberes y prácticas en función de una atención integral.

Es así que la interculturalidad en salud se vincula como el enfoque que permite la interrelación entre culturas sanitarias distintas, aquella que se da entre los proveedores de salud que tienen en sus orígenes, en su preparación y formación, concepciones y prácticas distintas, más que tienen credibilidad y preferencia por parte de los usuarios. Además la interculturalidad mejorará las relaciones entre los proveedores diversos en salud y sus demandantes o usuarios que por su origen tienen y generan distintas demandas de atención en salud.

La organización de los servicios de salud al interior del MINSA, así como la incorporación de este enfoque permitirá acercar los servicios a la población porque reduce las barreras de acceso sociocultural principalmente.

Desde la oferta de servicios de atención en salud, la interculturalidad como enfoque busca hacer efectiva la conformación y presencia efectiva de los proveedores de las medicinas occidentales, articulados en conjunto con las medicinas tradicionales, para lograr el bienestar del individuo, familia y comunidad respetando y considerando sus situaciones y condiciones diversas, a fin de que la provisión de servicios cumpla con criterios de pertinencia, coherencia y correspondencia.

### **D. Componentes del Modelo de Atención con Enfoque Intercultural en Comunidades Quechuas**

La provisión se relaciona con la oferta de servicios integrales e integrados de salud, garantizando la continuidad en la atención y respondiendo a las necesidades de salud de la población quechua, a nivel individual, familiar y comunitario.

La estructuración de la oferta de servicios públicos y privados se fundamenta en el perfil epidemiológico del país, las necesidades de acuerdo al ciclo de vida, la priorización de condiciones y problemas de salud considerando criterios como la evitabilidad y equidad, así como las necesidades específicas que devienen del análisis de género e intercultural.

El MINSA deberá definir el conjunto de prestaciones integrales de salud (considerando las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de la persona, integrando las acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, cuidados paliativos), así como las prioridades nacionales de intervención, que deben ser implementadas por las unidades y equipos de salud de la red pública y complementaria, bajo los lineamientos, normas y protocolos construidos participativamente bajo el liderazgo del MINSA.

Considerando la diversidad y heterogeneidad del país a nivel socioterritorial, el marco normativo general de prioridades nacionales y prestaciones debe adecuarse a las necesidades de los ámbitos zonal, distrital y de comunidades. Por otro lado, es importante considerar que la realidad y necesidades de salud también están en constante cambio, por lo que están sujetas a una revisión periódica que permita responder de manera adecuada y oportuna a las necesidades de la población. Es por ello que se pretende trabajar en cuatro componentes prioritarios pudiendo estos ser trabajados en otros ámbitos, según la conveniencia de la decisión política regional.

### 1. Componente de Provisión de Servicios

Los elementos que constituyen este componente son los siguientes:

- Grupos de población a quienes se entregará la atención: En este caso es a pobladores quechuas.
- Conjunto de prestaciones por ciclos de vida: Como se ha priorizado la enfermedad de la TB, y manifestándose en cualquier edad, esta debe ser incluida en todos los niveles del MAIS–BFC, pero debe ser orientada con la perspectiva de pertinencia intercultural (respetando los derechos a la salud de estos pueblos indígenas).
- Escenarios de atención en los servicios de salud mediante la articulación de los conocimientos, saberes y prácticas de las medicinas (biomédica y tradicional).

### 2. Componente de Organización

- Acreditación y tipos de establecimiento: Se debe culminar con el proceso de acreditación y adecuación de los EESS en los ámbitos quechuas para lograr una mejor calidad y calidez en la atención de estos pacientes.

### 3. Componente de Gestión

- Planificación estratégica y programación: Se programarán actividades de promoción para la prevención de esta enfermedad en los ámbitos quechuas, estas pueden ser cada cuatro meses, realizando dos evaluaciones anuales sobre este proceso.
- Gestión de infraestructura, equipamiento y medicamentos de acuerdo a los estándares definidos por el MINSA y el cuadro de medicamentos básico utilizado para tratar esta enfermedad.
- Sistema único integrado de información y telecomunicaciones: Con mensajes claros y positivos en el idioma quechua, que eviten la estigmatización de la enfermedad.
- Supervisión y monitoreo: Los realizarán las Microrredes y Redes de Salud, las que a su vez centralizarán la información de la atención en estas comunidades quechuas en su nivel regional proponiendo cambios o mejoras en reuniones periódicas semestrales.
- Organización y responsabilidades de los equipos de gestión incluyendo a decisores locales, principalmente que hablen el idioma quechua.

### 4. Componente de Financiamiento

- Recursos de la comunidad: Incluyendo al personal que se ha identificado en la comunidad para capacitarlo en la prevención, detección temprana y adherencia al tratamiento de esta enfermedad.
- Definición de las fuentes de financiamiento: Pudiendo ser solicitadas a los gobiernos regionales donde se circunscribe esta población quechua.
- Definición de la forma de asignación de recursos: Según la distribución de pobladores y ámbitos territoriales dispersos.
- Definición de los mecanismos de pago: Refiriéndose sobre todo al personal identificado en la comunidad y que sirva como enlace para mejorar la captación de sintomáticos respiratorios en estos ámbitos quechuas.

## E. Herramientas para la implementación del Modelo de Atención con Enfoque Intercultural en Comunidades Quechuas

El sector salud contempla dos grandes elementos interrelacionados, uno es la OFERTA, vinculado a la disponibilidad de servicios integrales de salud y el otro es la DEMANDA, vinculado a las necesidades, accesibilidad y utilización de estos por la población.

La OFERTA de salud está constituida por los siguientes sistemas: occidental, alternativas o complementarias, tradicional.

La DEMANDA de salud de la población se estructura en el marco de los determinantes sociales, económicos, culturales, políticos, territoriales y así como las relaciones de género, el momento del ciclo vital, la diversidad étnica, que configuran necesidades y potencialidades particulares para el cuidado de la salud, las cuales deben ser tomadas en cuenta al momento de desarrollar estrategias y acciones operativas.

### ❖ Actividades para la implementación del MAEICQ en el Sistema Nacional de Salud

- Pertenencia multinivel de los individuos en una sociedad (persona-familia-comunidad-región-nación-sociedad) a través de la reorientación del enfoque curativo individual a un enfoque de atención integral, familiar y comunitario.
- Atención Integral a la Familia, basada en la Atención Primaria de Salud, es desarrollada a través de talento humano con capacidades para responder a las necesidades del individuo, familia, comunidad y entorno, para lo cual se requiere una nueva forma de organizar la prestación, con intervención multidisciplinaria a través del equipo integral de salud.
- El primer nivel de atención es la puerta de entrada, al garantizar la continuidad a través de un sistema de referencia y contrarreferencias, y que a través de la planificación obliga a la organización de los servicios del sector salud y fortalecer la intervención intersectorial, optimizando las prestaciones de servicios en los tres niveles de atención.

- Definir el tipo de prestaciones para la atención integral de la población reconociendo las particularidades de género, generacional, discapacidad, cultural y socioterritorial.
- Identificar a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno las condiciones de riesgo y elementos protectores de la salud para establecer de manera participativa planes de intervención orientados al cuidado integral de la salud, así como los recursos necesarios para su implementación.
- Definir el flujo de la información para reflejar el trabajo realizado por los equipos integrales de salud, al entregar atención de calidad (uso de tecnología adecuada y evidencia científica), demostrando un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención.
- Definir una estrategia de participación efectiva de la población organizada que permita acercar la atención a la población beneficiaria e incorpore mecanismos eficientes y efectivos de participación.
- Incentivar la participación activa de la población y un sentido de corresponsabilidad en el cuidado de la salud, organizando la red social del área de influencia, articulando a las instituciones y organizaciones comunitarias en función del logro de condiciones saludables.
- Incorporar dentro de la estrategia del MAIS–BFC la estrategia del MAEICQ y reorientar el enfoque curativo hacia un enfoque integral, familiar comunitario y de CUIDADO DE LA SALUD, con enfoque de género, generacional, discapacidad e intercultural.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención, educación sanitaria y cuidados paliativos.
- Incorporar el enfoque intersectorial para actuar sobre los determinantes de la salud.
- Garantizar servicios de salud de excelencia, oportunos, continuidad y seguimiento hasta la resolución de los problemas de salud.
- Estructuración territorial de la red pública y tradicional e implementación del sistema de referencia y contrarreferencias de manera efectiva, garantizando que el primer nivel sea la puerta de entrada del sistema de salud.
- Identificar y adaptar las intervenciones a la realidad epidemiológica, social, económica y cultural de la población y el territorio.
- Priorizar las intervenciones en los problemas de salud y muertes evitables, en los grupos poblacionales en situación de riesgo e implementar estrategias para disminuir las barreras económicas, geográficas y culturales.
- Dinamizar la participación plena de la comunidad y grupos organizados en la planificación, ejecución y control de las actividades de salud.
- Fortalecer el trabajo en equipo al desarrollar nuevas destrezas y habilidades del talento humano a través de procesos de educación continua.

#### ❖ **Implementación del MAEICQ a nivel de los ámbitos quechuas**

La implementación del MAEICQ debe responder a las demandas y expectativas de la población a nivel territorial y articulación de las políticas, lineamientos estratégicos y normativa nacional, adaptándolos a la realidad local.

Constituye el punto de encuentro entre la población y el sistema de salud. Este se ubica específicamente a nivel del ámbito distrital, en las Microrredes, Redes y DIRESA. Es así que los niveles comunitarios y distritales vienen a ser la puerta de entrada al sistema de salud. Por su contacto directo con la comunidad, debe cubrir a toda la población y resolver las necesidades básicas y más frecuentes.

El modelo de atención se desarrolla en LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN como un proceso planificado y organizado que permite articular cuatro elementos:

- La DEMANDA en salud de la comunidad,
- La EXPERIENCIA y el CONOCIMIENTO de la realidad del área geográfica–poblacional, epidemiológica y cultural que poseen los equipos de salud,
- Las NORMAS, PROTOCOLOS de atención vigentes y
- Los PROGRAMAS SOCIALES Y DE SALUD impulsados desde varios sectores como MINSA, MINCUL, MIDIS MINEDU, entre otros.

Para esto se requiere implementar los enfoques Familiar, Comunitario, Intercultural, de Género y Generacional del Modelo que se expresan en normas, procedimientos y herramientas que los equipos de salud deben aplicar para brindar una atención integral y de calidad.

Por otro lado, el nivel local constituye un espacio privilegiado para acciones intersectoriales y la participación comunitaria, para intervenir sobre los determinantes de la salud, identificando y controlando los factores de riesgo y potenciando los procesos protectores de la salud, en función de lograr comunidades saludables y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.

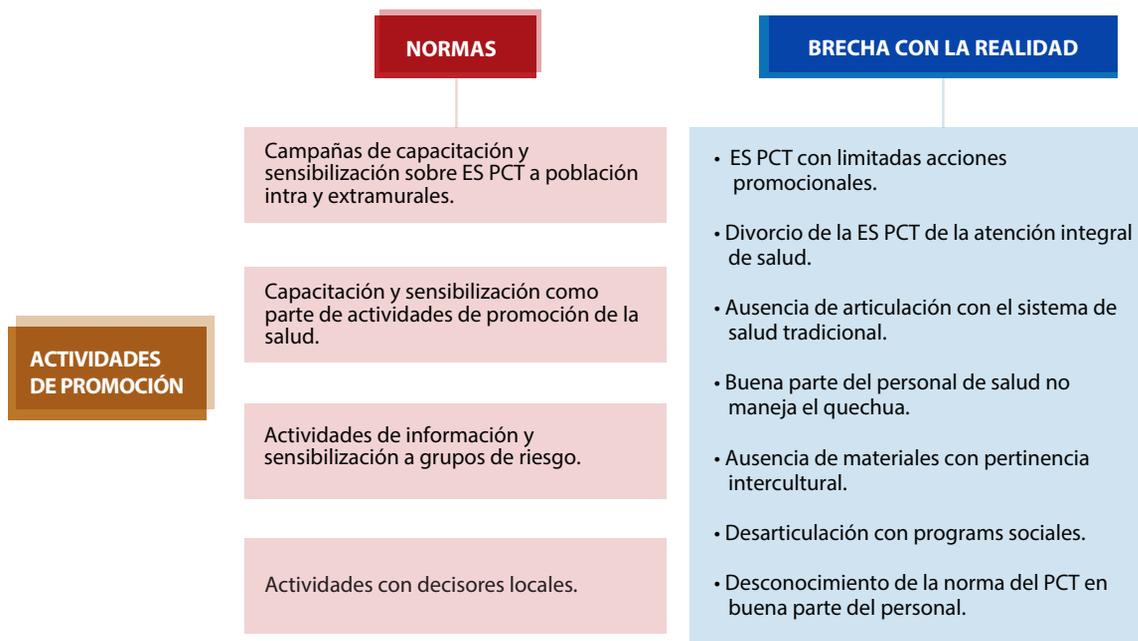
### III. BRECHAS DE LA NORMA TÉCNICA DE LA ESN PCT CON LA REALIDAD

En esta sección se presentan las brechas existentes en cada uno de las líneas de acción que contempla la Norma.

#### i. Brechas en relación a las actividades de Promoción de la Salud

Aunque el modelo considera un fuerte componente de promoción de la salud, este presenta fuertes deficiencias en los casos estudiados. En la mayoría de los casos las actividades de promoción se concentran en la salud materno-infantil y no se incluyen aspectos directamente vinculados con la prevención de contagio y desarrollo de la TB. Este hecho parece deberse a varios factores. En primer lugar, el personal cuenta con pocos recursos (tiempo, materiales de capacitación) para desarrollar actividades de promoción de la salud y privilegia aquellos temas y grupos poblacionales que son priorizados a nivel de las redes y regiones. En segundo lugar, el personal de salud tiene un manejo limitado de la Norma Técnica de la ESN PCT y por tanto no repara en el componente preventivo de la ES PCT. Además se encuentra poco sensibilizado para abordar temas vinculados con la TB. En tercer lugar, las acciones de la ES PCT no están vinculadas con las actividades de atención integral de la salud a nivel familiar y comunitario. Tampoco parece existir una articulación de la ES PCT con programas sociales como Juntos u otros, que desarrollan acciones de promoción de la salud.

GRÁFICO N° 18: Brechas en relación a las actividades de promoción de la salud



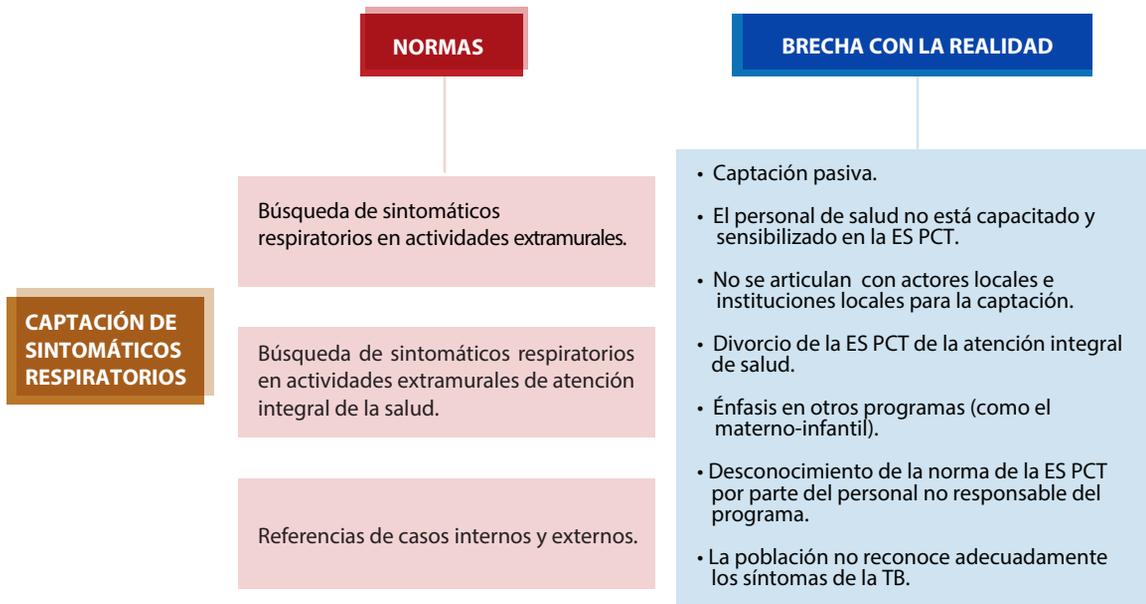
#### ii. Brechas en relación a la captación de sintomáticos respiratorios

En la mayoría de casos se observó que la captación de sintomáticos respiratorios se da de manera pasiva, es decir en aquellos pacientes que por su propia voluntad —sospechando que tienen la enfermedad— acuden al puesto. Por otro lado, el personal de salud no maneja la Norma Técnica de la ES PCT, y no vincula sus actividades de atención integral de la salud con captación de sintomáticos respiratorios. Tampoco se manejan redes de captación con actores como: agentes de medicina tradicional, dirigentes locales, miembros de organizaciones o instituciones (sistema educativo, iglesias) que puedan servir como referencia de sintomáticos.

A ello se suma el hecho que la población no maneja totalmente la sintomatología y confunde los síntomas. En ese punto, dos elementos que pueden dificultar este proceso es que, por un lado, las personas mayores confunden a veces los síntomas con un síndrome cultural, y por otro, que algunos pacientes evitan pasar por el puesto de salud para evitar el estigma o porque tienen dificultades para llegar hasta él.

Asimismo, existe un énfasis en otros programas en perjuicio de la ES PCT. Y no se aprovechan otros programas y otras acciones que puedan ayudar a la captación de sintomáticos respiratorios.

GRÁFICO N° 19: Brechas en relación a la captación de sintomáticos respiratorios

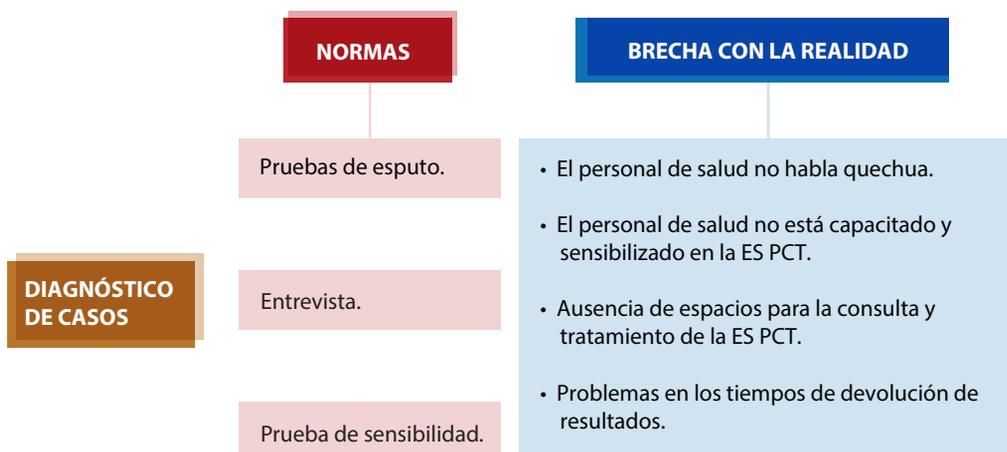


iii. Brechas en relación al diagnóstico de casos

En este tema, uno de los problemas es la ausencia de espacios adecuados que brinden las medidas de bioseguridad y privacidad necesarias. Las acciones de diagnóstico se daban, en la mayoría de los casos, dentro de los establecimientos en los ambientes de atención de medicina general. Por ello algunos pacientes preferían no acudir o no ser atendidos en el centro de salud porque sentían que su situación sería revelada por el personal u otros miembros de la comunidad. Además el personal temía que ellos mismos y otros pacientes pudieran contagiarse.

Existen también problemas con las pruebas. Los pacientes no saben cómo hacer las muestras (a veces por el idioma o la falta de una explicación adecuada) y el personal no cuenta con los insumos y el conocimiento para explicar adecuadamente el proceso. Además se han detectado problemas con la devolución de resultados.

GRÁFICO N° 20. Brechas en relación al diagnóstico de casos



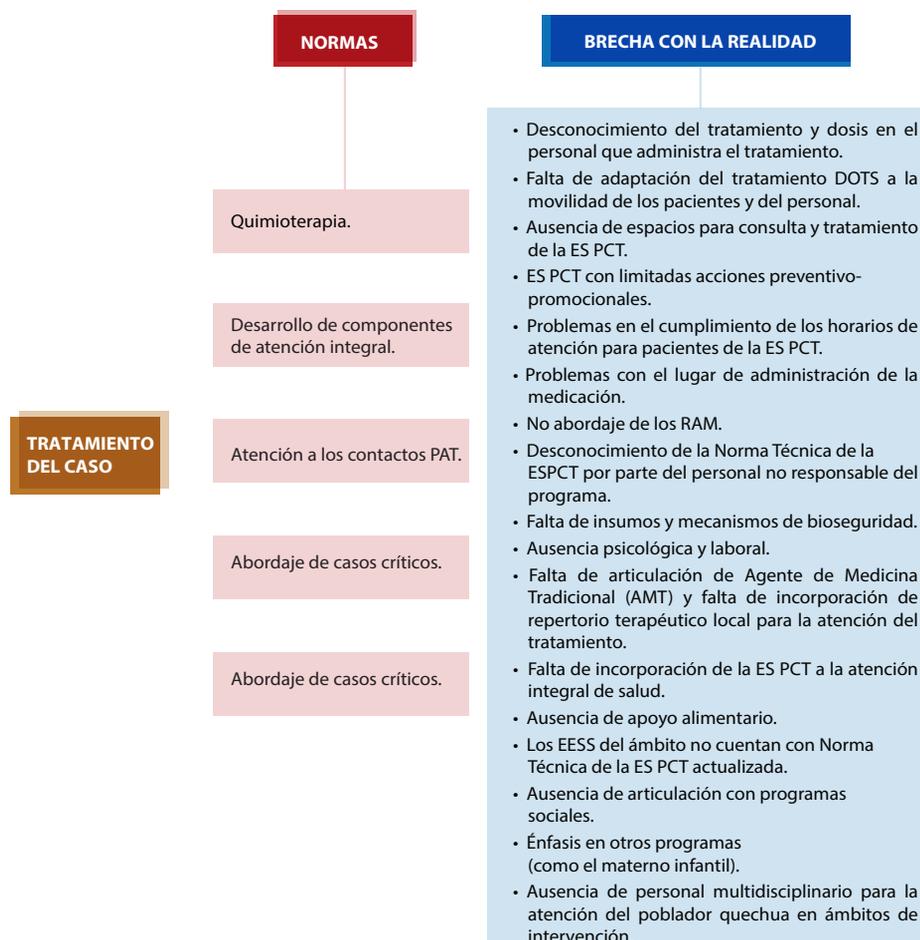
#### iv. Brechas en relación al tratamiento

Se observó que el tratamiento actual enfatiza la quimioterapia dejando de lado otros aspectos de la atención integral. Tanto para la mayoría del personal de salud como para la mayoría de los pacientes de la ES PCT, el tratamiento se reducía a la ingesta de medicinas. Se encontró que en la mayoría de los casos, no existía un equipo multidisciplinario ni se aprovechan los recursos existentes como docentes, otros profesionales, o autoridades que puedan servir como integrantes de un equipo local. El personal de salud no sabe bien cómo trabajar con los contactos de los PAT el tema de cuidado y prevención de contagio de su paciente, en algunos está el problema del idioma y en otros la falta de un material adecuado que protocolice este proceso. Tampoco se abordan temas como el estigma hacia los pacientes ni se les brinda apoyo psicológico, laboral ni alimentario. No existe tampoco un protocolo claro de atención en casos extremos como en pacientes en abandono o con TB-MDR o TB-XDR. Falta de conocimiento de la Norma Técnica de la ESN PCT. Ni el personal que en la práctica se encarga de la atención ni los mismos pacientes conocen la esta Norma, además no manejan el principio de integralidad de la atención a los PAT. Tampoco se trabajan las RAM, lo que genera un problema para la atención y adhesión de algunos pacientes. Además no se brinda información suficiente en relación a la alimentación y no existe seguimiento de pacientes luego de terminado el tratamiento.

En conclusión, hay una gran brecha que tiene que ver con lo siguiente:

- Falta de conocimiento de la Norma.
- Ausencia de material adecuado y pertinente culturalmente.
- Falta de recursos y articulación con las otras actividades del centro.
- Falta de manejo de la integralidad.
- La quimioterapia presenta problemas para la adhesión (imposibilidad de algunos pacientes a asistir todos los días al puesto de salud, vergüenza).

GRÁFICO N° 21: Brechas en relación al tratamiento



#### IV. MODELO DE INTERCULTURALIDAD: EL MODELO PROPUESTO

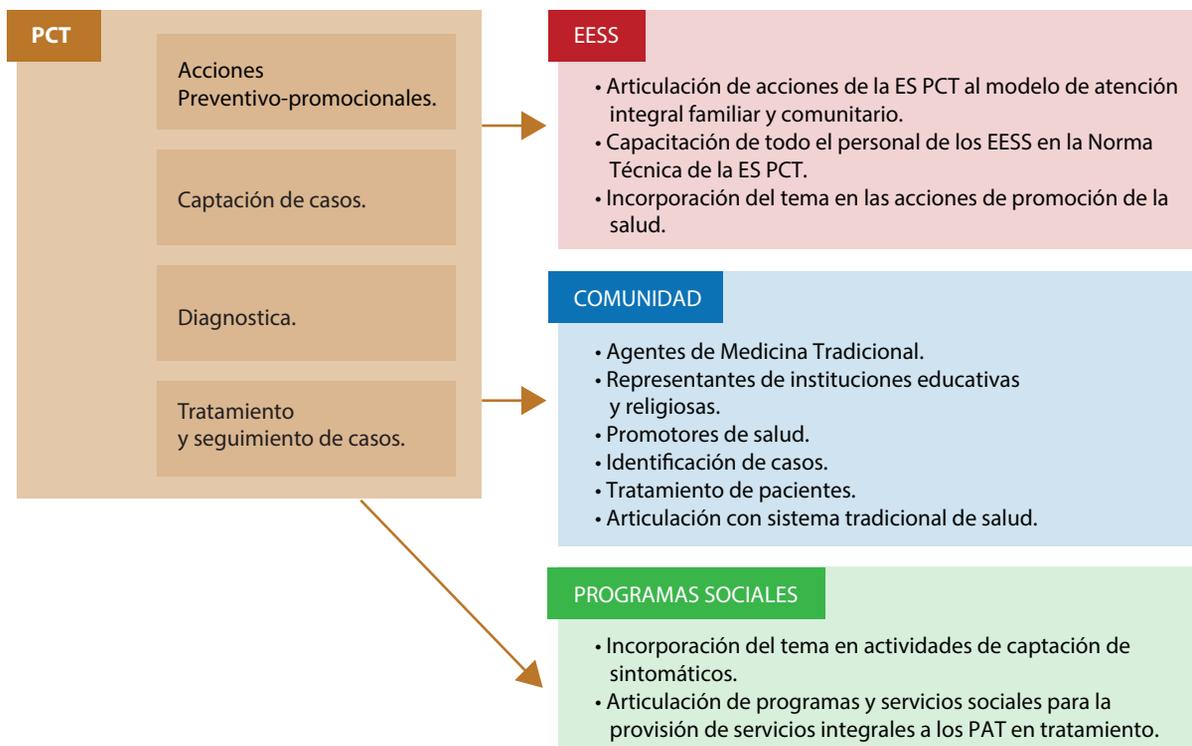
A partir de la identificación de estas brechas, se ha podido construir un modelo que es descrito en esta sección. Una idea a tomar en cuenta, y que concluimos a partir del estudio, es que un modelo que está adaptado a una población no necesariamente debe subrayar el tema de la interculturalidad, en el sentido de captar el conocimiento local y traducirlo, sino que también debe considerar las condiciones de vida de la población y adaptarse a las condiciones de servicio. En ese sentido, nuestro modelo propone tres ejes de trabajo:

1. Mejorar del servicio: Insumos y recursos para la atención de los pacientes y el desarrollo de actividades de promoción y captación.
2. Adaptación a las condiciones de vida de la población y aprovechamiento de recursos comunitarios.
3. Articulación de la ES PCT al resto de servicios de salud, la comunidad y otros programas sociales desarrollados por el Estado.

Sobre este último punto, y como se muestra en el siguiente gráfico, se considera necesario integrar parte de las acciones de la ES PCT al modelo de atención familiar y comunitario desarrollados por los establecimientos de salud. Esto implica la preparación del personal de salud que atiende a población quechua, especialmente aquellos de espacios rurales, para que maneje la Norma y comprende sus principios básicos.

Se debe también integrar la ES PCT a la comunidad. En la mayoría de los casos estudiados, la ES PCT era vista como un asunto ajeno a la comunidad y pocas autoridades estaban involucradas en el tema. Del mismo modo, no se utilizaban los recursos comunales para desarrollar las acciones de lucha contra la tuberculosis. El desarrollo de acciones coordinadas con organizaciones e instituciones locales puede ser una estrategia útil tanto para la captación como para el tratamiento de los PAT. Del mismo modo, el debe articularse a las acciones de promoción de la salud y soporte brindadas por programas sociales que manejan una capacidad de convocatoria importante.

GRÁFICO N° 22. Modelo de interculturalidad



## V. COMPONENTES DEL MODELO PROPUESTO

En esta última sección se presentan las acciones propuestas como componentes que abordan la Norma Técnica de la ES PCT, adaptados a las condiciones de vida de la población quechua y sus servicios.

### i. Componentes del modelo propuesto para las actividades de prevención de la TB

Se contemplan tres componentes relacionados. El primero, consiste en el manejo de las brechas idiomáticas y conceptuales en relación con la tuberculosis. Parte de la población no concibe a la TB como una enfermedad asociada a aspectos como la alimentación, el descanso, el debilitamiento del sistema inmunológico o las condiciones de la vivienda. Es importante que las actividades de prevención de la TB no solo se centren en la detección temprana de los casos. También es pertinente desarrollar una estrategia de comunicación que se adapte a las necesidades de la población. Esto incluye el manejo de material visual, el uso de la oralidad y el idioma quechua en la transmisión de información sobre prevención de la enfermedad.

El segundo componente es la incorporación de aspectos directamente relacionados con la prevención de la TB en acciones de promoción de salud familiar y comunitaria desarrollada por los EESS que trabajan con población quechua. Esta incorporación también incluye a las acciones de promoción de la salud desarrolladas por programas sociales. Un tercer elemento implica el trabajo de promoción de salud con grupos de mayor riesgo como los jóvenes y adultos migrantes que se desplazan a zonas de alto riesgo de contagio de TB.

Cada uno de estos componentes deberá desarrollarse a partir de una serie de actividades que se resumen en el siguiente esquema:

**GRÁFICO N° 23: Componentes del modelo propuesto en relación a las actividades preventivo-promocionales**

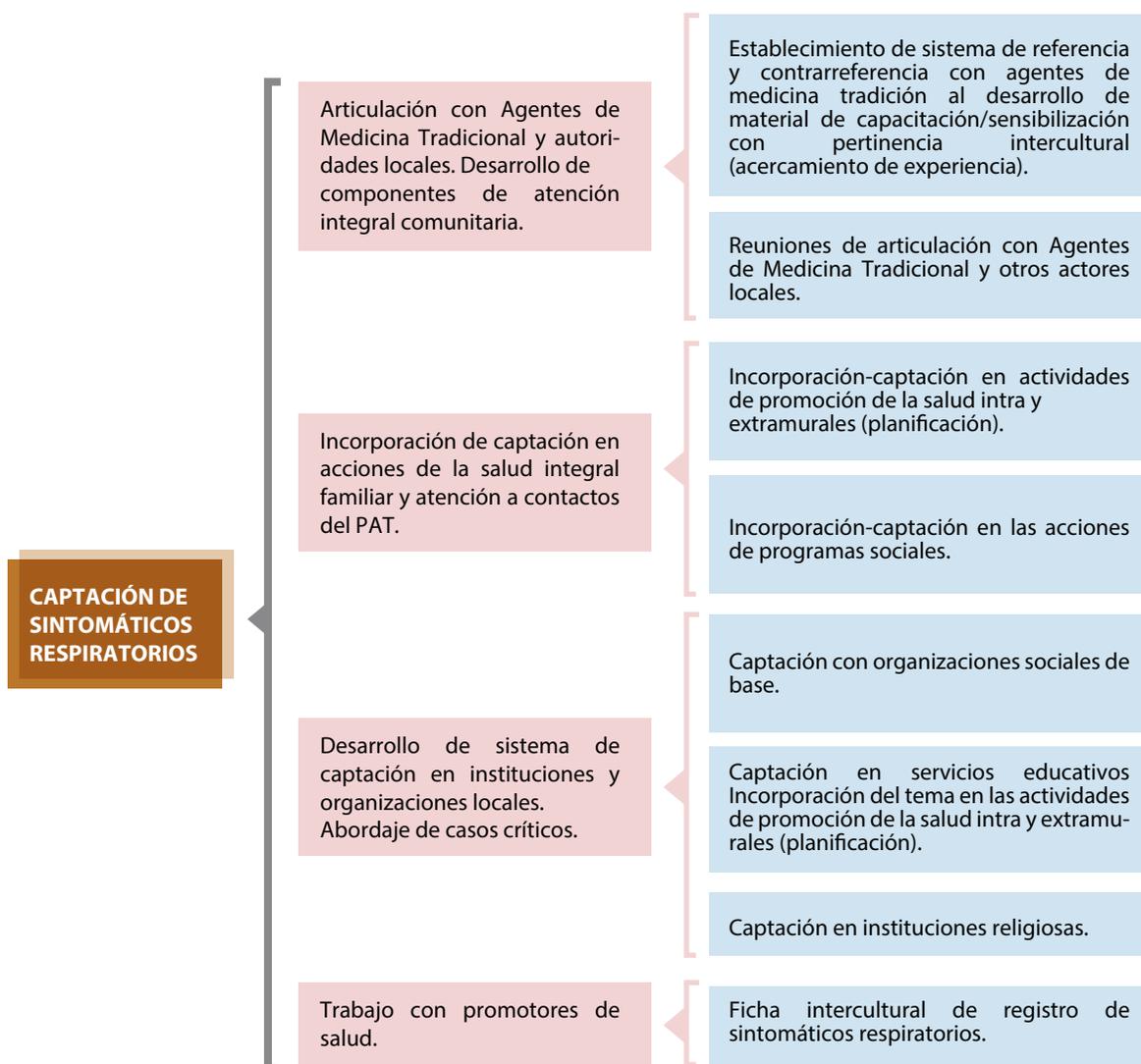


### ii. Componentes del modelo propuesto para la captación de sintomáticos respiratorios

Se considera importante desarrollar tres dimensiones de intervención. La primera tiene que ver con la articulación con agentes de medicina tradicional y autoridades locales para la captación e identificación de posibles pacientes dentro de la comunidad. Dado que algunos pacientes confunden la TB con el “alcanzo” o el “chacho” es importante promover acciones de referencia y contrarreferencia con AMT previamente identificados y sensibilizados en el tema. Una segunda dimensión es la inclusión de las acciones de captación en las actividades de salud integral familiar y comunitaria, especialmente las extramurales que incluyen las visitas a los hogares.

En tercer lugar se sugiere desarrollar un sistema de captaciones en organizaciones locales, como iglesias, clubes deportivos, instituciones educativas, entre otros. Finalmente, es importante sensibilizar y capacitar a los promotores de salud para que también colaboren en este proceso de referencia de sintomáticos a los EESS.

**GRÁFICO N° 24: Componentes del modelo propuesto en relación a la captación de sintomáticos respiratorios**



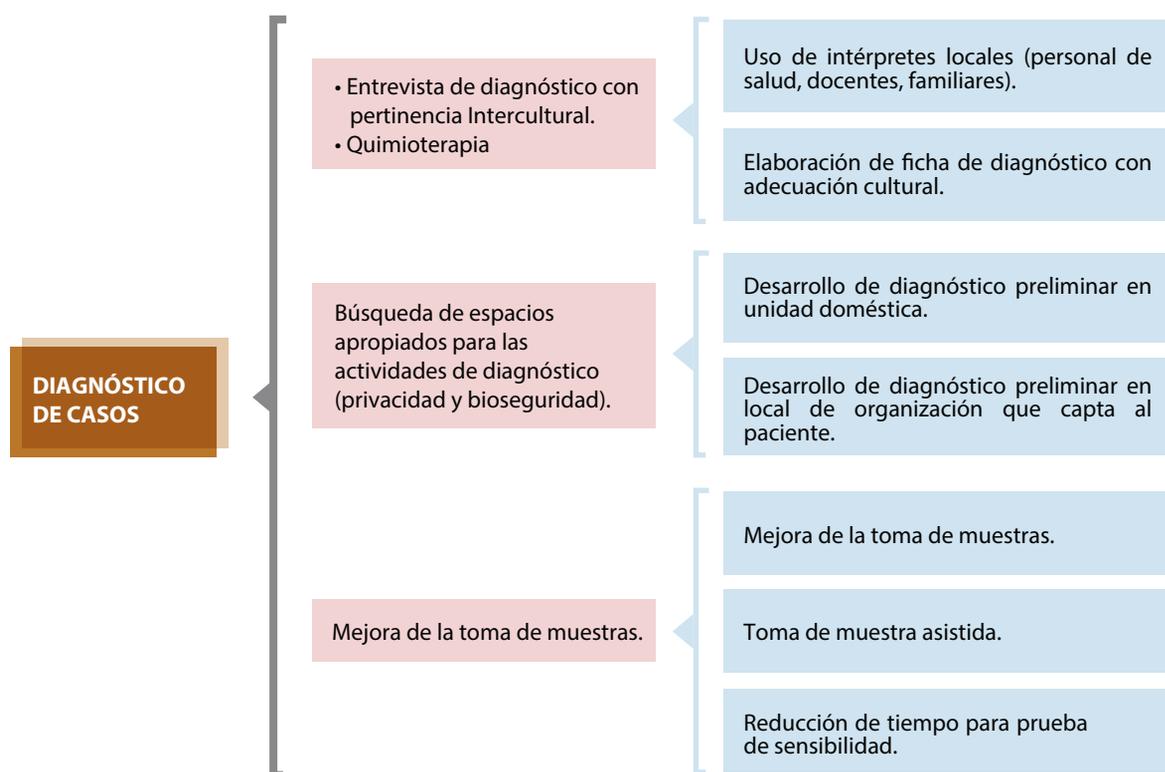
### iii. Componentes del modelo propuesto para el diagnóstico de casos

Es importante realizar diagnósticos con pertinencia intercultural, lo que implica desarrollar una serie de mecanismos que reduzcan las brechas culturales e idiomáticas para que los pacientes comprendan los procedimientos realizados, especialmente la toma de pruebas. Se sugiere desarrollar también una cartilla de diagnóstico con pertinencia cultural que permitan a los pacientes quechuahablantes desarrollar un mejor reporte de sus malestares y síntomas.

Un segundo aspecto es la búsqueda de espacios adecuados para las actividades de diagnóstico, esto implica la identificación de lugares que guarden las condiciones de bioseguridad y privacidad para la atención de pacientes. Se sugiere la realización del diagnóstico preliminar en la unidad doméstica del paciente o en locales institucionales de las organizaciones que han captado a las personas afectadas. Como tercer punto, es necesario mejorar la toma de muestras

lo que implica el desarrollo de material informativo con pertinencia intercultural y el desarrollo de muestras, asistidas por el propio personal o familiares preparados previamente.

**GRÁFICO N° 25: Componentes del modelo propuesto en relación al diagnóstico**

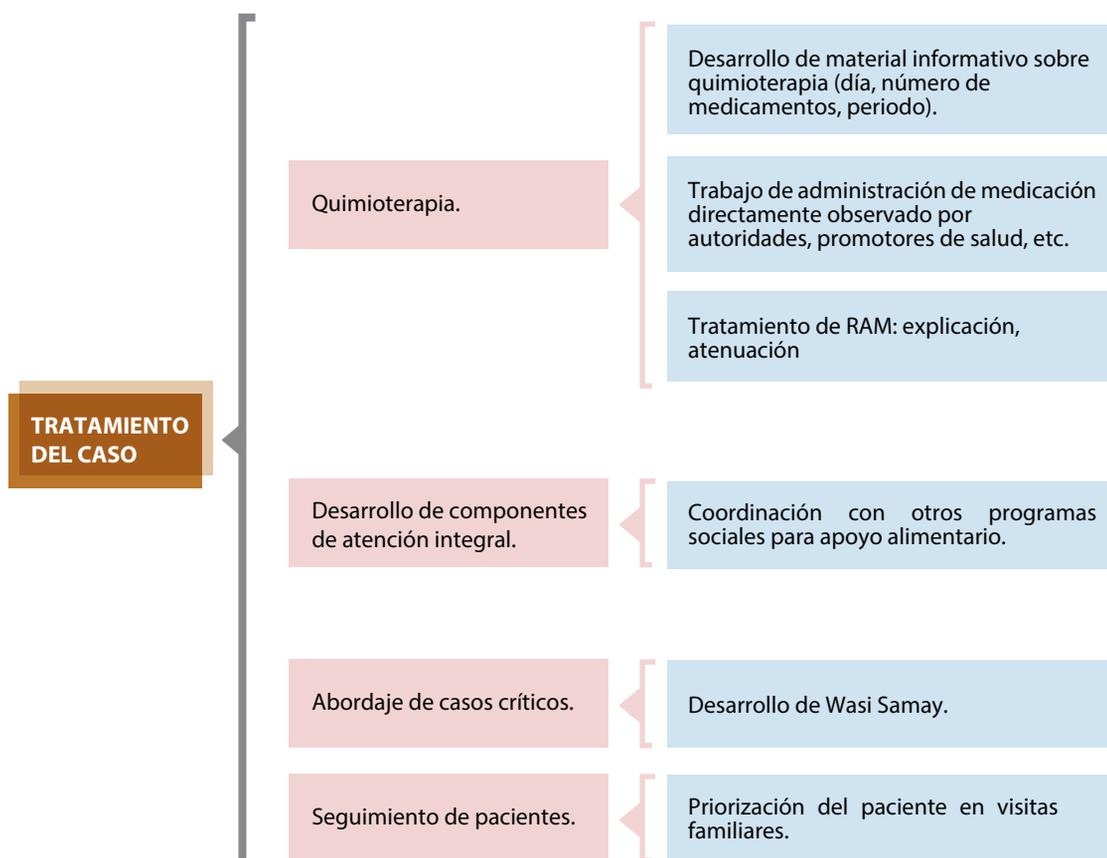


#### iv. Componentes del modelo propuesto para el tratamiento

Se recomienda capacitar tanto al personal como a las personas afectadas para que se entienda que el tratamiento no se reduce a la administración de la medicación y que incluye otros tipos de soporte que buscan la recuperación de los pacientes. En relación a la medicación, se sugiere que, en casos donde no sea posible su administración directamente observada por el personal de salud, esta quede en manos de una persona competente, previamente capacitada, como familiares con mayores niveles educativos y disponibilidad y autoridades como líderes comunales o religiosos.

Se sugiere también la elaboración de material informativo sobre la quimioterapia que incluya una explicación sobre el número de días, dosis, etc., así como las posibles reacciones adversas. En relación al componente de atención integral se recomienda la creación de lazos con otros programas y la creación de líneas de intervención locales para la atención de los PAT, además del desarrollo de un protocolo para atender otras condiciones de salud de los pacientes y el acceso de los pacientes sin DNI al Sistema de Salud Integral. Se debe buscar la conformación de equipos multidisciplinarios con características locales que puede incluir AMT, docentes, autoridades, etc., según sea el caso. Se recomienda también el trabajo con los familiares de las personas afectadas en dos temas específicos: el cuidado de la persona afectada y el contagio, ambos desde una perspectiva intercultural. También se sugiere el abordaje de casos críticos de pacientes que se encuentren en estado de abandono y que requieren apoyo en vivienda y alimentación. Finalmente, se recomienda la administración de la medicación en la vivienda del paciente para reducir el estigma de la enfermedad. Las actividades específicas para cada caso se resumen en el siguiente esquema:

GRÁFICO N° 26: Componentes del modelo propuesto para el tratamiento



**i. Validación del Modelo de Atención con Enfoque Intercultural para la ES PCT para Comunidades Quechuas. Utilización de la Metodología de Diálogos Interculturales**

En esta sección se presentan los principales aportes que se recibieron por parte de los asistentes, y que constituye un valioso insumo para complementar el trabajo realizado como parte de la propuesta de Modelo de Atención. Se planteó trabajar sobre la base de tres dimensiones: infraestructura, insumos y recursos humanos. A continuación se exponen los hallazgos correspondientes a cada una.

Este trabajo desarrollado en los ámbitos regionales de Ica y Ayacucho fue en el marco de la metodología de los “Diálogos Interculturales en Salud”, siendo este un método inclusivo para la articulación y logro de acuerdos entre los sistemas de salud académico oficial (MINSa) y el sistema de salud tradicional (medicina tradicional), que incluye a sus representantes: personal de salud y miembros de la comunidad, como organizaciones representativas, agentes de la medicina tradicional, etc., con el fin de desarrollar procesos que logren cambios en las inequidades en salud, mejorando el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico,<sup>7</sup> contribuyendo a crear servicios de salud de calidad; pero es a la vez fundamento de la protección y promoción de la diversidad cultural que produce mutuos enriquecimientos. El abordaje de los determinantes socioculturales de la salud no solo es competencia del MINSa, involucra a diversos sectores como educación, agricultura, vivienda, inclusión social, con los cuales existe la necesidad de establecer sinergia para una acción conjunta que dé solución a las inequidades existentes en salud.

Es por ello que la utilización de esta metodología en esta propuesta de articulación de un modelo de atención con enfoque intercultural en comunidades quechuas teniendo como eje de partida el problema de una enfermedad, en este caso TB, se pone en práctica. Es decir, se construye un diálogo respetuoso y paciente para lograr el entendimiento y la comprensión de la forma de pensar, decir y hacer del "otro" requiere fundamentalmente de:

- El reconocimiento y aceptación del "otro" diferente a mi persona, a mi comunidad, a mi cultura. Es la aceptación del "otro" y que yo comprenda que existen diferencias culturales.
- Una gran flexibilidad ideológica para tratar de no imponer a priori mi propia forma de pensar.
- Una aproximación mínima al conocimiento de la cultura del otro (desde su mismo lenguaje hasta su particular expresión corporal).
- Eliminar estereotipos negativos que cada cultura produce de las otras culturas.

Las experiencias interculturales con los pueblos son constantes aprendizajes, continuas elaboraciones de realidades compartidas, y finalmente, son construcciones colectivas de una interculturalidad que se pretende sea adecuada.<sup>8</sup>

### Resultados expuestos durante la Plenaria

DIMENSIÓN	GRUPO	RESULTADOS
<b>Infraestructura</b>	Grupo 1: Ica –Palpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortaleza: Existen proyectos y perfiles de construcción de ambientes de la ESN PCT a ser presentados a los gobiernos regionales y autoridades locales de acuerdo con las normas del MINSA.</li> <li>Debilidad: Los establecimientos de salud poseen grandes deficiencias en este tema por falta de recursos.</li> </ul>
	Grupo 2: Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ambientes inadecuados para la administración de la medicación, la consejería y la recolección de esputo.</li> </ul>
	Grupo 3: Huancavelica – Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>La infraestructura con la que se cuenta es inadecuada.</li> </ul>
	Grupo 4: Ica – Ayacucho	<ul style="list-style-type: none"> <li>No se cuenta con la infraestructura que señala la Norma tanto para la captación de muestras como para el seguimiento del tratamiento.</li> </ul>
	Grupo 5: Huancavelica	<ul style="list-style-type: none"> <li>No existen ambientes adecuados para la atención y administración de la medicación.</li> </ul>
<b>Insumos</b>	Grupo 1: Ica –Palpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortaleza: Durante el 2012 se contó con la medicación, cumpliendo así con la programación para ese año.</li> <li>Debilidad: Hace falta que el personal solicite de forma más oportuna los medicamentos para su stock. Tampoco se cuenta con insumos de bioseguridad ni con vasos de BK suficientes. Asimismo, no se realiza una eliminación adecuada de los residuos sólidos generados por la ES PCT.</li> </ul>
	Grupo 2: Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hace falta insumos de bioseguridad (respiradores, mandilones) y material educativo.</li> </ul>
	Grupo 3: Huancavelica – Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hace falta materiales de bioseguridad.</li> <li>Se necesita más material educativo.</li> </ul>
	Grupo 4: Ica – Ayacucho	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insuficiente presupuesto para el trabajo comunitario.</li> <li>Insuficiente material de bioseguridad (respirador N-95, guantes), así como implementos para la limpieza.</li> <li>Insuficiente material educativo.</li> </ul>
	Grupo 5: Huancavelica	<ul style="list-style-type: none"> <li>La canasta de alimentos llega tardíamente.</li> <li>Este año (2012) se contaron con los medicamentos en la mayoría de casos.</li> </ul>

<b>Recursos Humanos</b>	Grupo 1: Ica –Palpa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortaleza: Las responsables de la ES PCT reciben capacitaciones periódicas en el tema.</li> <li>- Debilidad: No se cuenta con un comité multidisciplinario identificado con la ESN PCT. Por otro lado, el personal responsable debe cumplir con múltiples funciones que dificultan su trabajo correspondiente a la ES PCT.</li> </ul>
	Grupo 2: Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- En algunos EESS hace falta personal para el manejo de la ES PCT.</li> </ul>
	Grupo 3: Huancavelica – Ica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hace falta capacitar al personal de salud en temas de bioseguridad.</li> <li>- Es necesario realizar más trabajo de promoción de salud con la población.</li> <li>- Existe una rotación permanente del personal de salud capacitado que dificulta realizar un trabajo sostenido.</li> <li>- Los promotores de salud se encuentran comprometidos, por lo que se hace necesario trabajar mejor con ellos y retribuirles de alguna forma.</li> </ul>
	Grupo 4: Ica – Ayacucho	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es necesario incentivar el trabajo que realizan los agentes comunitarios.</li> <li>- El personal que procesa la muestra BK no recibe la dieta alimenticia que corresponde según la Norma Técnica de la ES PCT.</li> </ul>
	Grupo 5: Huancavelica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existe poco compromiso y motivación por parte del personal de salud.</li> <li>- Escasos recursos humanos para la ESN PCT.</li> <li>- Trabajo multisectorial ineficiente.</li> <li>- No se realizan capacitaciones por no contar con un presupuesto.</li> <li>- Hace falta capacitar a los agentes de medicina tradicional en TB.</li> <li>- Constante rotación de personal capacitado.</li> <li>- Algunos biólogos no atienden a sus pacientes.</li> </ul>

Como se aprecia en la tabla anterior, existe un número grande de necesidades y sugerencias en relación a cada dimensión. Entre las que destacan, en el caso de infraestructura, es la falta de ambientes adecuados para cada fase de la atención y como lo señala la Norma; en insumos, se repite la ausencia de materiales de bioseguridad y la falta de material educativo; en la parte de recursos humanos se presenta como problema la alta rotación del personal que ha sido capacitado lo que evidentemente dificulta el desarrollo de un trabajo sostenible. Se menciona también la necesidad de incentivar el trabajo que realizan los promotores y los agentes comunitarios de salud que suelen estar muy comprometidos con su misión, por lo que se requiere algún tipo de compensación.

Entre las propuestas concretas que se hicieron para mejorar la atención integral están:

- ✓ Respetar la cultura y costumbres de los pacientes para asegurar la adherencia al tratamiento: Esto se mencionó en el caso de las tres regiones, se recaló la importancia de incluir y dialogar con actores que pueden facilitar un acercamiento con los pacientes como los agentes de medicina tradicional.
- ✓ Contar con un personal de salud o promotor quechuahablante: Este fue un punto que se mencionó en varias ocasiones, sobre todo en el caso de Huancavelica en el que se manifestó que existe un número importante de población quechuahablante o que su manejo del castellano es bastante básico. Esto llevó a recalcar la importancia de contar con alguna persona parte del personal que tenga conocimiento de este idioma y facilite la comunicación.
- ✓ Brindar un incentivo económico y material educativo para el promotor de salud: Una de las principales conclusiones a las que se llegó es que los promotores representan un recurso humano valioso y comprometido con su deber, por lo que resulta urgente contar con los recursos para brindarles una retribución que los incentive a continuar y mejorar en su trabajo.
- ✓ Contar con ambientes exclusivos para la atención a los pacientes con TB: Este aspecto fue una constante en las tres

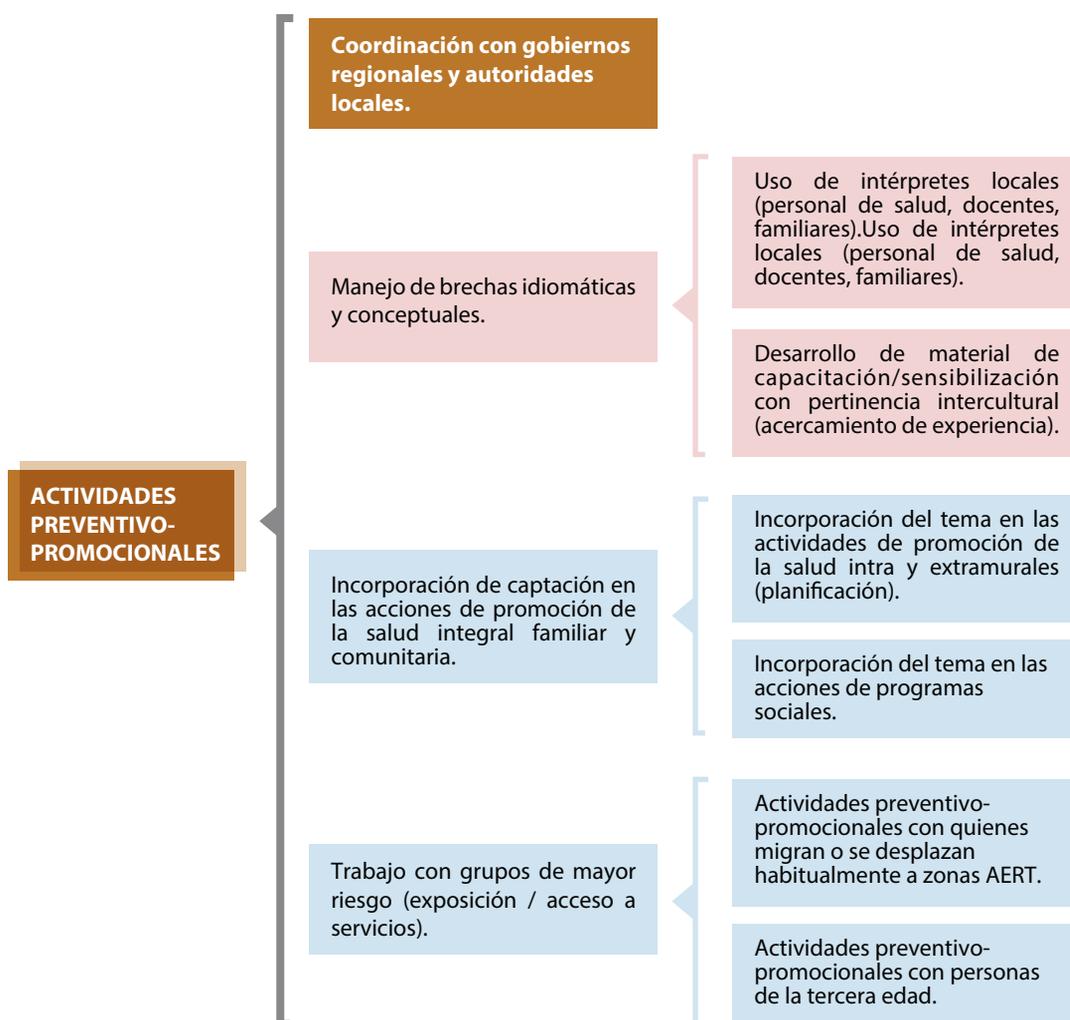
regiones. Es una necesidad prioritaria contar con los ambientes adecuados para la atención a los pacientes con TB que evite poner en riesgo al personal y a los demás pacientes, que además brinde comodidad y discreción a los PAT.

- ✓ Contar con el equipo multidisciplinario exclusivo para la ESN PCT de acuerdo al nivel de complejidad del EESS: En este punto se reconoció el incumplimiento de la atención integral que manda la Norma, por ello se expresó la necesidad de contar con un equipo multidisciplinario que pueda cubrir este aspecto.
- ✓ Distribuir un refrigerio para el personal que forma parte del ESN PCT: El personal reclamó la importancia de contar con un refrigerio que les permita mantenerse bien alimentados para así minimizar el riesgo de contagio de TB.
- ✓ Desarrollar un trabajo más coordinado con los gobiernos regionales y las autoridades locales: Una de las coincidencias más grandes fue la urgencia de realizar más coordinaciones con las autoridades para así hacer sinergia y lograr un trabajo más amplio y completo, dado que la TB es un problema que debe ser combatido por todos.

### Enriquecimiento de la Propuesta de Modelo de Atención

En esta sección se presenta el modelo presentado en los talleres, esta vez con los aportes brindados por los asistentes. Los recuadros con fondo de color rosado representan aquellos aspectos que ya formaban parte de la propuesta de modelo pero que fueron destacados por ellos, y los recuadros de color marrón representan aquellas ideas novedosas que han sido incorporadas al modelo.

**GRÁFICO N° 27: Componentes del modelo propuesto en relación a las actividades preventivo-promocionales**



**GRÁFICO N° 28: Componentes del modelo propuesto en relación a la captación de sintomáticos respiratorios**

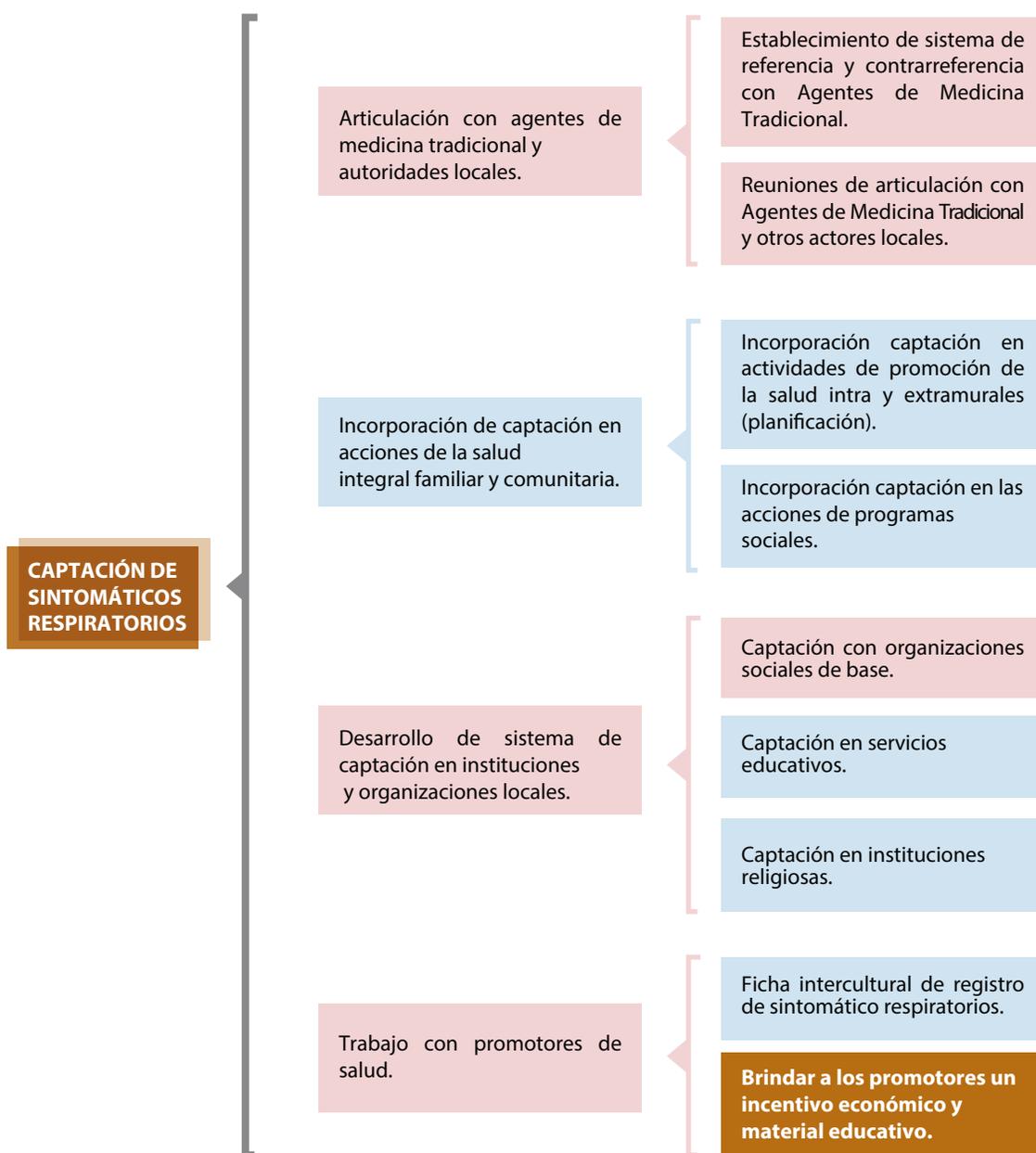
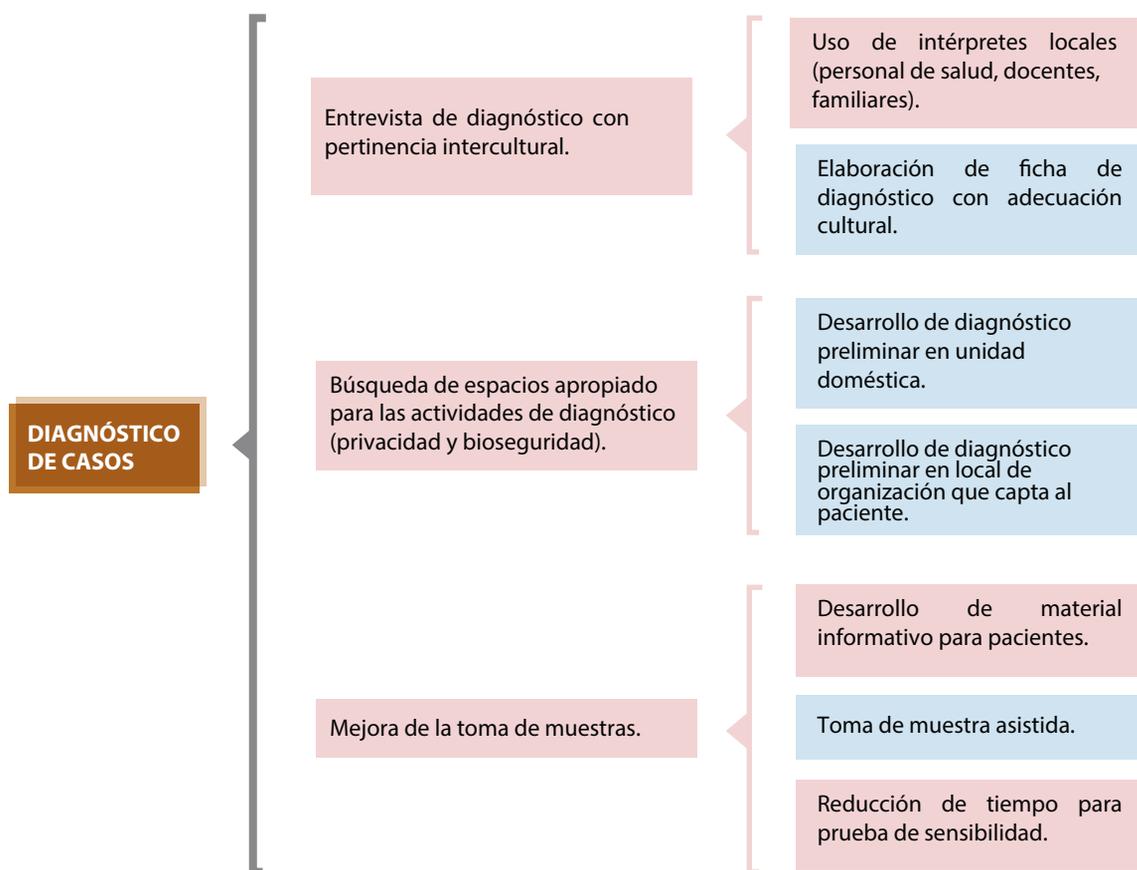
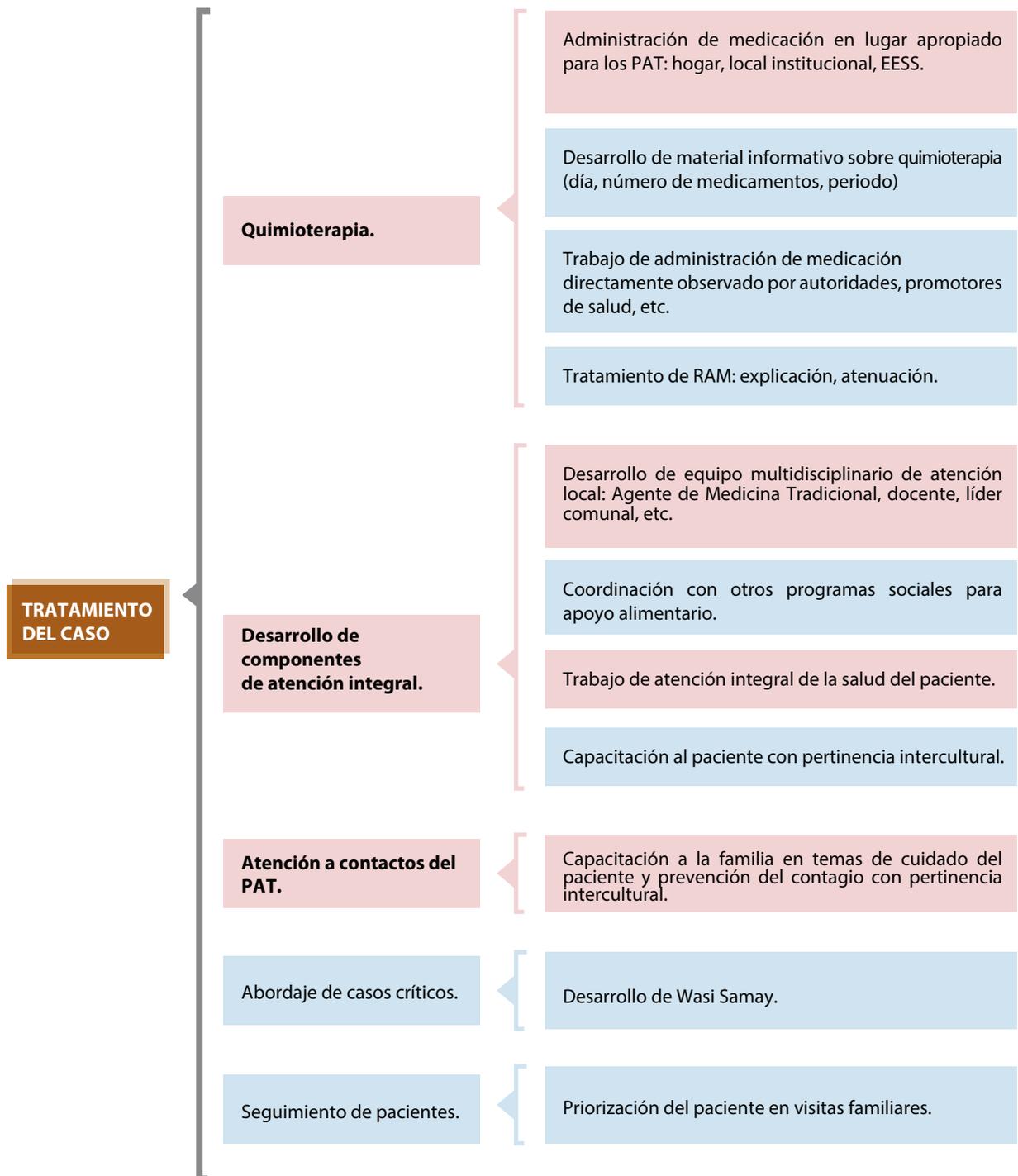


GRÁFICO 29: Componentes del modelo propuesto en relación al diagnóstico de casos



**GRÁFICO N° 30: Componentes del modelo propuesto en relación al tratamiento de casos**





# CONCLUSIONES





# CONCLUSIONES

Los contextos de atención estudiados se caracterizan por los siguientes aspectos fundamentales:

- Si bien todos atienden a población quechua, en muchos casos monolingüe, muy poco personal maneja el idioma.
- Las condiciones de trabajo del personal de salud no son óptimas y afectan sus posibilidades de capacitación y atención en los servicios.
- Los recursos humanos y materiales, así como insumos son escasos y están destinados a cubrir necesidades primarias de la atención de la salud de las comunidades.
- Ausencia de sistemas de pertinencia intercultural en los servicios de salud.
- Ninguno de los centros estudiados cuenta con un sistema de pertinencia intercultural de los servicios de salud. La mayoría del personal entrevistado tiende a asociar servicios de salud interculturales con la atención del embarazo y el parto, pero no con la atención para la tuberculosis ya que muchos consideran que las nociones tradicionales son perjudiciales para el tratamiento de este tipo de padecimiento.
- Pese a las diferencias entre los establecimientos. La gran mayoría no cuenta con un ejemplar actualizado de la Norma de la ESN PCT. En casi todos los contextos la mayoría del personal afirmaron no haber leído este documento e indicaron sentir que no manejan adecuadamente los protocolos establecidos en el mismo.
- Los responsables de la ES PCT no necesariamente son los encargados de la atención de los pacientes, por lo que es necesario que el personal de salud que trata directamente a los pacientes de la ES PCT conozcan la Norma Técnica de la ESN PCT.
- Entre los aspectos que les gustaría manejar mejor están los siguientes:
  - Bioseguridad y prevención del contagio.
  - Dosificación y tratamiento de acuerdo con esquemas.
  - Atención a contactos de los pacientes.
  - Aspectos vinculados a la integralidad de las estrategias: acceso a otros servicios.
- En la mayoría de contextos estudiados la ES PCT se concentra en las acciones de diagnóstico y medicación de los pacientes. Las acciones preventivo-promocionales son restringidas. Solo se observaron talleres de capacitación en los establecimientos estudiados en Ica. Esta diferencia tiene que ver con el nivel de atención de los centros y la carga de trabajo que debe asumir el personal.
- En general se apreciaron pocas articulaciones y sinergias entre el ES PCT y otros programas o intervenciones. Las salidas para realizar actividades de promoción de la salud generalmente no incluyen el tema. Generalmente no se incluyen la captación de sintomáticos en la atención de otro tipo de padecimientos. No se trata a los pacientes con TB de otros problemas de salud que pueden afectar la evolución del tratamiento y el desarrollo de una posible recaída.
- En la mayoría de los casos el resto de programas y acciones compiten con la ES PCT en varios sentidos. Por un lado la preparación del personal y los recursos del centro se concentran principalmente en las acciones dirigidas hacia la salud materna y la desnutrición infantil.
- De acuerdo a lo observado en los tres contextos de investigación, la mayor parte de las acciones desarrolladas por los servicios de salud se concentran en dos grupos principales: gestantes y niños en la primera infancia. Desde la perspectiva del personal de salud, la mayoría de programas no están llegando hacia los adultos mayores y varones.

- 
- En relación con la ES PCT, está claro que las pocas acciones de capacitación y formación están dirigidas principalmente a la población castellano hablante, dejando de lado a la población quechuahablante monolingüe. El personal de salud considera también que los varones jóvenes y jóvenes adultos son un grupo al que tampoco se está llegando.
  - No se contempla la incorporación de los agentes de medicina tradicional en el tratamiento de la TB. Para la mayoría del personal de salud esto es difícil de realizar ya que en el caso específico de la tuberculosis el sistema tradicional de salud suele promover diagnósticos equivocados, como la "pacha" o el "alcanzo", y desarrollar tratamientos que distancian al paciente de los servicios de salud.
  - La población comparte un fuerte desconocimiento de la ES PCT, sus componentes, beneficios y demás. Solo en el caso de Ica se identificó un mayor nivel de información al respecto, aunque de forma variable. En los casos de Ayacucho y Huancavelica, se presentaron muy pocos casos con conocimiento del tema, y los que lo tenían era por un contacto previo con Lima o Ica.

# BIBLIOGRAFÍA

Alarcón Ana M, *RevMéd Chile* 2003; 131: 1061-1065.

Allison MJ, Mendoza D, Pezzia A. Documentation of a case of tuberculosis in precolumbian America. *Am RevRespirDis* 1973; 107: 985-91.

Álvarez Gordillo, Guadalupe. Percepciones y prácticas relacionadas con la tuberculosis y la adherencia al tratamiento en Chiapas. México, 1997. En línea: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342000000600008&script=sci\\_arttext&lng=eses](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S003636342000000600008&script=sci_arttext&lng=eses)

Asencios L, Quispe N, Mendoza-Ticona A, Leo E, Vásquez L, Jave O, et al. Vigilancia Nacional de la Resistencia a Medicamentos Antituberculosos, Perú, 2005-2006. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2009; 26 (3):278-87.

Bonilla CA, Crossa A, Jave HO, Mitnick CD, Jamanca RB, Herrera C, et al. Management of extensively drugresistant tuberculosis in Peru: cure is possible. *PLoS ONE*. 2008; 3 (8):e2957.

Campos Navarro, Roberto. *Hacia un diálogo intercultural en salud*. 2004, YOLPAHTLI.

Culqui D, Trujillo OV, Cueva N, Aylas R, Salaverry O, Bonilla C. Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2010;27(1):8-15.

Culqui D, Zavaleta C, Romero J, Bonilla C, Trujillo O, Cueva N. Tuberculosis en poblaciones indígenas del Perú: Los Aimaras del Perú, 2000-2005. *RevPeruEpidemiol*. 2009;13(1):1-6.

Fraser B. Providing medical care in the Peruvian Amazon. *Lancet*. 2006 Oct 21;368(9545):1408-9.

Grange J, Zumla A. Tuberculosis and the poverty-disease cycle. *J R SocMed*. 1999 Mar;92(3):105-7.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Perfil sociodemográfico del Perú*. Lima, 2008.

Kearney MT, Warklyn PD, Teale C, Goldman JM, Pearson SB. Tuberculosis and poverty. *BMJ*. 1993 Oct 30;307(6912):1143.

Ministerio de Salud. *Estudio de vulnerabilidades y factores de riesgo asociados a la tuberculosis en comunidades indígenas quechuas: Informe Final / Proyecta Lab S.A.C.* Lima: Socios En Salud, 2011.

Ministerio de Salud. *Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: La experiencia peruana*. Lima: Dirección General de Salud de las Personas, 2006.

Ministerio de Salud. Situación de la tuberculosis en el Perú. Informe de Gestión. En: *Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis*. Lima: 2008.

Munayco CV, Soto-Cabezas MG, Valencia JA, Huaroto FM, Cucho C, Meza CR, et al. Tuberculosis y migración interna en un área endémica del sur del país. *RevPeruMedExp Salud Pública*. 2009;26(3):324-27.

Servindi. Región Andina: El cambio climático y efectos sobre los pueblos indígenas de los Andes. 2009 [cited 2010 18/08]; Available from: <http://www.cambioclimatico.org/content/region-andina-el-cambio-climatico-y-efectos-sobre-los-pueblos-indigenas-de-los-andes>.

Schlossberg D. *Tuberculosis & nontuberculous mycobacterial infections*. 5<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill, Medical Pub. Division, 2006.

Shin S, Furin J, Bayona J, Mate K, Kim JY, Farmer P. Community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Lima, Peru: 7 years of experience. *SocSci Med*. 2004 Oct;59(7):1529-39.

Shin S, Yagui M, Ascencios L, Yale G, Suarez C, Quispe N, et al. Scale-up of multidrug-resistant tuberculosis laboratory services, Peru. *Emerg Infect Dis*. 2008 May; 14 (5):701-8.

Suarez PG, Watt CJ, Alarcon E, Portocarrero J, Zavala D, Canales R, et al. The dynamics of tuberculosis in response to 10 years of intensive control effort in Peru. *J Infect Dis*. 2001 Aug 15;184 (4): 473-8.

VALDIVIA, Néstor. *El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú: balance y aportes para una discusión / Néstor Valdivia*. Lima: GRADE, 2011;220 pp. (Documento de Investigación 60).

Wallinga J, Teunis P. Different epidemic curves for severe acute respiratory syndrome reveal similar impacts of control measures. *Am J Epidemiol*. 2004 Sep 15;160(6):509-16.



# ANEXOS

## Anexo N.º 1

### INSTRUCTIVO E INSTRUMENTOS PARA EL DESARROLLO DEL ESTUDIO – COMPONENTE CUALITATIVO

A continuación se presentan los instrumentos para el desarrollo del componente cualitativo del estudio sobre atención a pacientes quechuas con TB. Estos se basan tanto en la observación de las acciones de la ES PCT como en entrevistas dirigidas a diferentes actores involucrados con el tema en las comunidades a trabajar.

La lista de herramientas es la siguiente:

- Guía de Observación.
- Ficha de datos sobre los servicios de salud.
- Mapa de la comunidad y ubicación de los pacientes y el centro de salud.
- Guía de entrevista para personal de salud.
- Guía de entrevistas para los PAT.
- Guía de entrevista para contactos de los PAT (especialmente familia o miembros de su unidad doméstica).
- Guía de entrevistas para autoridades (teniente gobernador, presidente de comunidad o AAHH, organizaciones de mujeres, organizaciones religiosas, instituciones del tercer sector, etc.).
- Guía de entrevista a coordinadora regional de la ES PCT.

### GUÍA DE OBSERVACIÓN

#### Indicaciones básicas sobre la observación:

- Observar incluye el uso de todos los sentidos: ver, escuchar, oler, sentir (ejemplo, frío, calor, etc.).
- En la observación se registra tanto lo que la gente hace como lo que dice.
- Se recomienda registrar lo que la gente dice de manera literal, sobre todo aquellas frases que nos llamaron la atención.
- El lenguaje de la observación es descriptivo, se registra lo que pasó y se dijo separando los hechos de nuestras interpretaciones y juicios que también pueden registrarse. Por ejemplo, no asumir cosas como disgusto, alegría, pobreza, de inmediato sino señalar la evidencia que nos hizo inferir esa conclusión: los gritos de la mujer parecían de temor, ya que lloraba mientras lo hacía.
- En la descripción es importante presentar a los actores y el escenario en el que se dieron los hechos, incluyendo los datos previos que conocemos sobre ellos. Por ejemplo, el señor Juan es un campesino que es calificado como pobre por la población, tal vez porque tiene muchos hijos y no tiene terrenos propios.
- Generalmente se distingue entre las notas de observación de borrador (aquellas que realizamos en el momento, en donde se coloca lo fundamental y algunas frases o aspectos que nos ayuden luego a realizar el cuaderno de campo ampliado, desarrollado en un momento específico luego de la observación).
- Al observar no solo se registra a través de palabras, también podemos utilizar dibujos, pequeños mapas, fotografías, etc.
- En ocasiones es mejor no registrar en el momento o registrar solo lo esencial para no ser intrusivos y sesgar las acciones que observamos.
- En la observación, lo que no se registró en el cuaderno de campo, durante o después de la experiencia, NO OCURRIÓ.
- La observación premia el detalle: más es mejor.

### ¿Qué situaciones debemos observar?

Observaremos diferentes tipos de situaciones de atención. Desde nuestra perspectiva entendemos la atención en un sentido amplio, ya que no solo se restringe a la consulta médica sino a toda acción destinada a cumplir con los objetivos de un programa que incluyen:

**Cuadro N.º 01: Situación de actividades**

SITUACIONES	DESCRIPCIÓN
<b>Actividades de educación y comunicación</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Comunicaciones interpersonales</li><li>- Comunicaciones comunitarias</li><li>- Uso de medios masivos de comunicación</li><li>- Comunicación de pares (promotores-población)</li></ul>
<b>Identificación de casos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Captación de sintomáticos</li><li>- Diagnóstico de pacientes</li></ul>
<b>Atención de casos identificados</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tratamiento de pacientes identificados</li><li>- Trabajo con contactos de los pacientes</li><li>- Quimioprofilaxis de contactos</li></ul>
<b>Acciones públicas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Formación de posibles OAT</li><li>- Campañas de autoridades locales</li></ul>

### ¿Qué acciones y aspectos debemos registrar?

- ¿Qué tipo de acción/atención es? ¿Cuál es su objetivo? ¿Quiénes participan en la acción? ¿Dónde se da? ¿Qué implica en términos de movilización de recursos y desplazamientos (muestras, distancias, etc.)?
- Idioma en el que se desarrolla la atención: ¿Qué idioma utiliza originalmente el paciente o los interlocutores del personal de salud? ¿Qué idioma utiliza originalmente el personal de salud? ¿Se hacen esfuerzos por comunicarse en el idioma del interlocutor? ¿Cuál es el dominio del castellano del usuario del servicio? ¿Existen problemas de comunicación debido al idioma utilizado? ¿Cuáles son? ¿Qué términos son difíciles de comprender por el personal?
- ¿Quién habla más? ¿Quién plantea los temas? ¿Responde el personal de salud a las consultas de los usuarios de los servicios?
- ¿Qué se dice en torno a la tuberculosis tanto desde los pacientes como desde el personal de salud?
- ¿Qué se dice en torno al paciente y su entorno (Sobre el tratamiento, las causas de la enfermedad, su comportamiento, etc.)?
- ¿Qué se dice en torno al programa (problemas, dificultades, aspectos positivos)?
- ¿Qué demandan los pacientes? ¿Qué demanda el personal de salud?
- ¿Cuáles son las consultas que hacen los usuarios del servicio? ¿Qué problemas plantean?
- ¿Cómo se da el proceso de la acción: qué se hace primero, registrar la secuencia?
- ¿Qué problemas se observan en el proceso: comunicación, insumos, conflictos, etc.?
- Uso de lenguaje corporal. Posición de los cuerpos, etc.
- Se puede dibujar y fotografiar los espacios, el proceso, las relaciones, etc.
- Registrar los puntos de conflicto en la atención.
- Registrar posibles problemas en la atención.
- Manejo de los insumos del PCT y Stop TB: si se utilizan o no fichas, posters, materiales para la atención y cómo se usan.

### **Durante las entrevistas al personal de salud, PAT y sus familiares**

Podemos registrar asuntos que nos llamen la atención. Por ejemplo, frases fuera de la grabación. Aspecto de los pacientes, su vivienda y condiciones de vida.

### **Mapa de la comunidad y ubicación de los pacientes y el centro de salud**

- **Objetivos**

1. Hacer un registro de los pacientes de la ES PCT atendidos por el centro de salud en los últimos dos años para su posterior selección y ubicación con el fin de aplicarles las “guías de entrevistas a PAT” o, de no encontrarse el paciente, entrevistar a su familia.
2. Conocer datos preliminares sobre los pacientes a partir de la información brindada por el personal de salud responsable de la ES PCT.
3. Establecer las distancias existentes entre los casos y el centro.
4. Observar patrones comunes entre los pacientes.

- **Unidad de observación**

- El personal de salud responsable de la ES PCT.

- **Pasos**

1. Hacer un mapa del ámbito de trabajo del centro de salud (definir zonas, pastos, agricultura, centro poblado, anexos).
2. Ubicar al puesto y otros servicios básicos en el mismo (educación, postas, etc.).
3. Ubicar la casa de cada caso atendido por el servicio en los últimos dos años.
4. Preguntar por cada caso: composición de la unidad doméstica (con quiénes vive, cuántos viven, aproximadamente cuántas habitaciones habrán). Preguntar por las actividades de la persona. Indagar por el estado de su tratamiento: terminó el tratamiento, abandonó el tratamiento, se encuentra en tratamiento. Registrar el tipo de TB del paciente. Preguntar por la edad del paciente y otras condiciones de enfermedad.
5. Preguntar por los problemas existentes en la atención de cada paciente.

**El contexto de la atención de la ES PCT (la comunidad y las actividades del servicio de salud)**

1. ¿De dónde es usted?
2. ¿Desde hace cuánto trabaja en este establecimiento?
3. ¿Cómo es la población a la que atiende? (Pedir ejemplos).
4. ¿Estos aspectos de la población dificultan o facilitan su trabajo? (Pedir ejemplos).
5. ¿Qué retos existen para relacionarse con esta población? (Idioma, forma de ser, costumbres).
6. ¿Cuáles son las principales acciones y programas que desarrollan actualmente? (Indagar en qué consisten y por qué se están enfatizando estas acciones).
7. ¿Todas se están ejecutando de la misma forma o algunas están mejor que otras? ¿Cómo así? (Indagar por diferencias y que se deben).
8. ¿Cuáles son los principales problemas que tienen para desarrollar estas acciones? (indagar por cada acción y tipo de problema, profundizar por temas vinculados con brechas culturales sin sesgar).
9. ¿Están realizando algunas acciones para adaptar los servicios a la cultura de sus pacientes? ¿Cuáles? ¿Cómo surgen estas iniciativas? (En el caso de Ica y Chincha sería "a la población migrante de Ayacucho y Huancavelica". Indagar por qué sí o no).

**Percepciones sobre la Norma Técnica de la ESN PCT**

10. ¿Conoce usted la Norma Técnica de la ESN PCT? ¿Qué tanto? ¿Qué aspectos de ella maneja mejor? ¿Cómo se ha informado de ella? (indagar cómo la conoce).
11. ¿Qué aspectos de la Norma Técnica de la ESN PCT cree que todavía no maneja bien? ¿Por qué?
12. ¿Qué le parece a usted la Norma Técnica de la ESN PCT? ¿Cómo así?
13. ¿Qué aspecto le parecen positivos de la Norma Técnica de la ESN PCT?
14. ¿Qué aspectos de la Técnica de la ESN PCT deben mejorarse? (Indagar por cada uno y profundizar).
15. ¿Se adapta la norma a las condiciones de trabajo que usted tiene? ¿Cómo así? (Indagar por cada tema. Pedir ejemplos).
16. ¿Se adapta la Norma Técnica de la ESN PCT a la población quechua que usted atiende? ¿Cómo así? (Pedir ejemplos).

**Implementación de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de la TB**

17. ¿Qué acciones se vienen desarrollando como parte de la ES PCT?
18. ¿Todas se han desarrollado de la misma forma? (Explicar cada diferencia y su por qué).
19. ¿Cuáles presentan más problemas? ¿Qué problemas? ¿Por qué? (Pedir ejemplos).
20. ¿Hay actividades o componentes que no se hayan podido realiza? ¿Por qué? (Pedir ejemplos).
21. En el desarrollo de sus actividades, ¿han realizado algunas adaptaciones de la Norma Técnica de la ES PCT para el contexto en el que trabajan? ¿Cuáles? ¿Por qué?
22. ¿Qué efectos han tenido esos cambios para el desarrollo de la ES PCT?

23. ¿Cuáles considera que son las principales fortalezas de la ES PCT en esta zona?
24. ¿Cuáles considera que son las principales debilidades de la ES PCT en esta zona?
25. ¿Cuáles considera que son las principales amenazas de la ES PCT en esta zona?
26. ¿Cuáles considera que son las principales oportunidades de la ES PCT en esta zona?
27. ¿El puesto desarrolla algunas actividades de la ES PCT junto con otros programas o acciones? ¿Cuáles? (Poner ejemplos, por qué sí o no).
28. ¿El desarrollo de los otros programas o acciones afecta (positiva o negativamente) el desarrollo de la ES PCT?
29. ¿La ES PCT está llegando a todas las zonas y a toda la población? ¿Por qué? ¿A quiénes todavía no pueden llegar? (Indagar por la distancia, el idioma y el género).

#### **Integralidad de los servicios de salud**

30. ¿Qué tipos de atención y servicios están recibiendo los pacientes de la ES PCT?
31. ¿Qué servicios o atenciones no están llegando a ser proporcionadas? ¿Por qué?
32. ¿Existe algún tipo de atención que la población quechua en específico debiera recibir y no está recibiendo?
33. ¿Se está integrando a algún agente de medicina tradicional (curanderos, remedieros, etc.) en la atención de la ES PCT? ¿Por qué sí o no?
34. ¿Deberían participar? De ser así, ¿cómo podrían participar?

#### **La respuesta y adaptación del programa a los pacientes**

35. ¿Cómo responden los pacientes de la ES PCT?
36. ¿Qué les gusta? ¿Qué no les gusta? ¿Cuáles son sus principales intereses/preocupaciones?
37. ¿Cuáles son los principales problemas que tienen para tratar a los pacientes? (Explicar cada uno, pedir ejemplos).
38. ¿Cómo resuelven estos problemas?
39. ¿Hay cosas que los pacientes solicitan y no están dentro del programa?
40. ¿Existen problemas de comunicación con los pacientes? ¿Cómo así? (Solicitar ejemplos).
41. ¿La familia participa en el proceso de tratamiento? ¿Cómo así? ¿Alguien más participa?
42. ¿Quiénes debería participar en el tratamiento y no lo están haciendo?
43. ¿Qué acciones toman para garantizar la adhesión de los pacientes al tratamiento?
44. ¿Qué le dicen ustedes sobre la TB a los pacientes?
45. ¿Qué aspectos de la ES PCT no se adaptan tanto a la forma de vida de la población quechua a la que atienden? (Indagar por forma la de la casa, movilidad, actividades económicas, forma de vida, lugares de residencia, etc.).

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS PAT

1. Algunos datos personales: ¿Cuántos años tiene? ¿Dónde nació? ¿Con quiénes vive? (Repreguntar y pedir algunos detalles, resaltar que la entrevista es anónima).
2. Cuénteme: ¿A qué se dedica? ¿Dónde realiza sus actividades?
3. Ahora cuénteme un poco sobre su enfermedad: ¿Es la primera vez que se enferma de TB? (Si no es así, indagar sobre cómo fue la primera vez y si completó su tratamiento). ¿Cuándo comenzó a sentirse mal? (¿Dónde estaba, ¿qué estaba haciendo?, ¿con quiénes vivía?). ¿Qué sintió? ¿Qué pensó que era?
4. ¿Qué hizo entonces cuando recién comenzó a sentirse mal? ¿Se lo contó a alguien? ¿Utilizó algún tipo de medicina casera? ¿Fue a algún agente de salud tradicional?
5. Primera atención (respecto a las primeras atenciones que recibió): ¿Quién fue? ¿Dónde se ubicaba? ¿Qué le dijeron? ¿Cómo se sintió con lo que le dijeron? ¿Qué le dieron o recomendaron hacer? (Preguntar por segunda o tercera hasta llegar a los servicios de salud).
6. Llegada a servicios de salud: ¿Cuándo fue que acudió a los servicios de salud?
7. ¿Dónde fue?, ¿por qué eligió este servicio y no otro?
8. ¿Alguien le dijo que fuera?, ¿quién?
9. ¿Usted quería ir o no?, ¿por qué?
10. ¿Cómo lo trataron al principio en el servicio de salud?
11. ¿Qué le dieron en el servicio de salud cuando le detectaron la TB?
12. ¿Qué le dijeron que tenía? (Indagar sobre si entendió bien qué tenía o no).
13. ¿Tuvo problemas para llegar al servicio de salud? ¿Cuáles? Explicar.
14. ¿Tuvo problemas para que le hagan el diagnóstico? ¿Cuáles? Explicar.
15. ¿Le dieron alguna capacitación? ¿Tuvo problemas cuando lo capacitaron? ¿Qué le gustó más de la capacitación? ¿Qué no le gustó tanto de la capacitación?
16. ¿Vieron si alguien más de su casa o su trabajo tenían la enfermedad? ¿Cómo fue? ¿Qué le dijeron sus familiares y amigos?
17. ¿Qué le dijeron de las medicinas? ¿Cuántas medicinas le han dado? ¿Tuvo algún problema con las medicinas? ¿Cuáles?
18. ¿Qué más le han dado además de medicinas? ¿Qué le parece? ¿Qué no le ha gustado tanto?
19. ¿Ha tenido algún problema durante el tratamiento? ¿Cuáles? (Indagar, pedir ejemplos).
20. ¿Qué le pareció el trato que le dio el personal de salud? ¿Qué le gustó del trato? ¿Qué no le gustó del trato?
21. ¿Por qué cree que le dio la TB? ¿Se puede curar sin pastillas? ¿Cómo así?
22. ¿Ha escuchado hablar del programa contra la tuberculosis? ¿En qué consiste? ¿Para qué sirve?
23. ¿Cómo se podría mejorar la atención que le han dado? ¿Qué le gustó más? ¿Qué le gustó menos? ¿Qué le gustaría que incluyera? ¿Hay algo que debería cambiar?

## GUÍA DE ENTREVISTA PARA CONTACTOS DE LOS PAT

### Sobre la comunidad y el centro de salud

1. ¿De hace cuánto tiempo vive(n) en esta comunidad?
2. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que hay aquí? ¿Por qué será?
3. ¿Qué hace la gente para sanarse de... (señalar los dos problemas de salud principales que ha mencionado)?
4. ¿Acude la gente al centro de salud o no tanto? (Preguntar por qué).
5. ¿Qué le gusta a usted del centro de salud de su comunidad?
6. ¿Qué no le gusta a usted del centro de salud que hay en su comunidad (si no sale, indagar por el personal, los servicios, las medicinas que tienen, sus horarios, etc.)?
7. ¿Qué servicios ofrece el centro de salud?
8. ¿Ha escuchado hablar de la Estrategia Sanitaria de Prevención y control de la TB o ES PCT ? ¿Cómo es? (Otras posibles preguntas si no resulta el cómo, serían ¿qué es? o ¿en qué consiste?).

### Sobre la enfermedad de su familiar

9. Por favor cuénteme, ¿cuándo enfermó... de tuberculosis (dónde estaba, qué sentía, qué hicieron ellos)?
10. ¿Y por qué cree usted que se habrá enfermado? (Indagar por diferentes explicaciones y repreguntar por cada una).
11. ¿Conocían ustedes a alguien más con TB fuera o dentro de la comunidad? ¿Quién es? ¿Por qué se habrá enfermado él o ella?
12. ¿Su familiar (con TB) fue de frente al centro de salud de acá o no? (Indagar si se diagnosticó fuera, por qué, si uso más bien un tratamiento con un hierbero, curandero, etc., y sus razones).
13. ¿Ha acompañado a su familiar al centro para que se trate?
14. ¿Cómo lo han atendido en el centro? ¿Qué le ha gustado de la atención? ¿Qué no le ha gustado de la atención? (Indagar por posibles aspectos cruzando información con entrevista a la PAT).
15. Además de pastillas, ¿qué otra cosa le han dado en el centro a su familiar? (Indagar por cada cosa y qué le pareció).
16. ¿Ha tenido su familiar problemas en el tratamiento? ¿Cuáles? (Pueden ser de varios tipos, desde el cansancio, malos tratos, RAM —Reacciones Adversas a la Medicación—, falta de apetito, temor, estigma).
17. ¿Cómo han tratado a su familiar en el centro? ¿Hubo algo que no les gustara a ustedes o a su familiar?
18. ¿Qué le dijeron a ustedes en el centro sobre la TB? ¿Les dieron alguna charla? ¿Qué les gustó de la charla? ¿Qué no les gustó? ¿Se entendían las charlas?
19. ¿Les dieron en el puesto alimentación para su familiar? (qué le gustó y qué no le gustó de la alimentación).
20. ¿Les dieron otras cosas en el centro porque su familiar estaba con TB? (Indagar).
21. ¿Les hicieron a ustedes la prueba para ver si también tenían TB? ¿Qué les pareció eso?
22. ¿Qué cosas le gustaría que cambiaran en la atención de los pacientes con TB? (Indagar por trato, lengua utilizada, etc.).

## GUÍA DE ENTREVISTA A COORDINADORA REGIONAL DE LA ESTRATEGIA TB

1. ¿Cuáles son los lugares en donde existe una mayor prevalencia de TB en población quechua en la región? (Indagar por cada zona).
2. ¿A qué se debe esto? (Indagar si no sale por trabajo, migración, condiciones de vida).
3. ¿Existen problemas para la atención de la población quechua en el programa? ¿cuáles son? ¿A qué se deben? (Trabajar cada uno de los mencionados, comunicación, captación, etc.).
4. ¿Cuál de los componentes de la ES PCT tiene más problemas para la atención de la población quechua? (Capacitación, apoyo alimentario, captación de sintomáticos, diagnóstico, tratamiento, diagnóstico de contactos) ¿En qué consisten estos problemas?
5. ¿Existen problemas de atención relacionados con brechas culturales del servicio? (Si se mencionaron preguntar por otras)
6. ¿Qué aspectos de la Norma Técnica de la ES PCT no se adaptan tanto a la realidad del trabajo con población quechua?
7. ¿Existe algún registro de la pertenencia étnica de la población a la que se atienden en la ES PCT en la región?
8. ¿Existe algún tipo de adecuación cultural en los servicios de la ES PCT destinados a población quechua? ¿Cuáles son? ¿Quién los promueve? ¿Cómo funcionan?
9. ¿Qué mejoras o cambios requiere la ES PCT para atender a la población quechua de su región?

## GUÍA DE ENTREVISTAS PARA AUTORIDADES (TENIENTE GOBERNADOR, PRESIDENTE DE COMUNIDAD O AA.HH., ORGANIZACIONES DE MUJERES, ORGANIZACIONES RELIGIOSAS, INSTITUCIONES DEL TERCER SECTOR)

1. ¿Cuáles son los principales problemas de salud que hay en esta comunidad? ¿A qué se deben? (Indagar si la migración es vista como un factor asociado a enfermedades).
2. ¿Su organización desarrolla alguna actividad para trabajar el tema de salud?
3. ¿Cómo está funcionando el establecimiento de salud? ¿Qué aspectos funcionan bien? ¿Qué aspectos no están funcionando adecuadamente? ¿Cómo se pueden resolver estos problemas?
4. ¿Qué mejoras recomendaría para el establecimiento de salud?
5. ¿Existen casos de tuberculosis en su comunidad? ¿A qué se deben?
6. ¿Sabe cómo está funcionando la ES PCT en esta zona? ¿Cómo así? (Repreguntar).

## Anexo N. °2

### Checklist

CRITERIO	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Diagnóstico de situación de salud con enfoque sociocultural.			
Líderes y profesionales indígenas comprometidos participan en el diseño.			
El equipo de salud respeta los diagnósticos de los especialistas en medicina ancestral y articula procedimientos de referencia y contrarreferencia de usuarios.			
El establecimiento facilita el acceso a los agentes de medicina indígena cuando los usuarios lo solicitan.			
Existe señalética apropiada según territorio de los ámbitos seleccionados.			
Los horarios de atención responden a la realidad y necesidades de las comunidades.			
Existe incorporación de herbolaria medicinal ancestral y otros recursos terapéuticos locales además de los occidentales.			
Existe hospedaje o albergue para familiares de los enfermos hospitalizados.			
Existe adecuación de horario de visitas a los enfermos hospitalizados.			
La arquitectura es culturalmente adecuada a la cosmovisión indígena y el mobiliario local es pertinente a la cultura.			
La capacitación en interculturalidad es obligatoria para el personal de salud del establecimiento.			
La alimentación es culturalmente adecuada y de acuerdo a la tradición indígena.			
Se ofrece la alternativa de atención del parto respetando procedimientos ancestrales.			
Existencia de un documento que describe los conceptos de salud-enfermedad, síntomas y signos reconocidos por la medicina indígena y su posible relación o no relación con la medicina occidental.			

## ENCUESTA TB – MIGRACIÓN

ENCUESTADOR(A): Buenos días/tardes le voy a hacer una encuesta para conocer mejor su caso. Esta no es una prueba de conocimiento si no para conocer qué piensa usted. Es anónima, no le voy a pedir su nombre

### II. DATOS GENERALES DEL ENTREVISTADO

1. Comunidad \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_  
 Provincia \_\_\_\_\_ Región \_\_\_\_\_  
 EESS donde se atiende \_\_\_\_\_  
 Tiene DNI \_\_\_\_\_ Tiene SIS \_\_\_\_\_

2. ¿Cuántos años tiene?: \_\_\_\_\_

3. Sexo del entrevistado: 1) hombre 2) mujer

4. ¿Cuál es su nivel de instrucción?

- 1) Ninguno 2) Primaria incompleta 3) Primaria completa  
 4) Secundaria incompleta 5) Secundaria completa  
 6) Superior Universitario 7) Superior Técnico  
 8) Otro \_\_\_\_\_

### III. NIVEL SOCIOECONOMICO

5. Su vivienda es de: (Respuesta única)

- 1) Material Noble 2) Adobe 3) Madera 4) Otro: \_\_\_\_\_

6. Su vivienda tiene:

Servicios Básicos		Si	No
1	Agua Potable		
2	Luz dentro de casa		
3	Desagüe		
4	Teléfono		
5	Cable		

7. ¿Cuántas personas viven en su vivienda? \_\_\_\_\_

8. ¿Cuántas habitaciones hay en su vivienda? \_\_\_\_\_

9. ¿Las habitaciones de su vivienda tienen ventanas?

(Respuesta única)

- 1) Todas 2) Algunas 3) Ninguna

10. ¿Por lo general, las ventanas de su casa permanecen cerradas o abiertas?

- 1) Cerradas 2) Abiertas

### IV. CONOCIMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

11. ¿Ha escuchado hablar sobre la tuberculosis?

- 1) Sí 2) No

12. ¿Dónde ha escuchado hablar sobre la tuberculosis? (Respuesta múltiple)

- 1) En mi barrio 2) En el colegio  
 3) En la posta 4) En la iglesia o en la parroquia  
 5) Otro lugar \_\_\_\_\_

13. ¿En tu comunidad, la tuberculosis se considera un problema? (Respuesta única)

- 1) Grave 2) Normal 3) Nada Serio 99) No Sabe

15. ¿A cuántas personas con Tuberculosis conoce?

- 1) Una 2) Dos 3) Tres 4) Cuatro  
 5) Cinco 6) Más de cinco  
 7) Ninguna -----> **Pase a la pregunta N° 18**

16. ¿De dónde son esas personas? (Respuesta múltiple)

- 1) De mi barrio 2) De otra comunidad  
 3) De otra provincia 4) De otra región  
 5) De otro lugar \_\_\_\_\_

17. ¿Cómo se contagió de TB? (Respuesta múltiple)

- 1) Saludo con las manos
- 2) Relaciones sexuales
- 3) A través de la tos o estornudo
- 4) Besos
- 5) Al compartir la comida
- 6) Es hereditario
- 7) Por debilidad o bajas defensas
- 8) Al tocar objetos manipulados por una persona con Tb
- 9) Por compartir espacios poco ventilados e iluminados
- 10) Otro: \_\_\_\_\_
- 99) NS

18. ¿Qué síntomas presentó al tener la tuberculosis?  
(No leer opciones/ Respuestas múltiples)

- 1) Tos con flema por más de 15 días
- 2) Tos con sangre
- 3) Fiebre en las tardes y noches
- 4) Baja de peso y fatiga constante
- 5) Otro: \_\_\_\_\_
- 99) NS

19. ¿Cree que la tuberculosis se cura? (Respuesta única)

- 1) Sí, de manera permanente en todos los casos
- 2) Solo en algunos casos
- 3) De manera temporal
- 4) No se cura

20. ¿Cómo se debe tratar la tuberculosis?  
(No leer opciones / Respuesta múltiple)

- 1) Tomando los medicamentos
- 2) Con cambio de clima
- 3) Practicando una vida saludable
- 4) Con la vacunación
- 99) No sabe

---

## I. PREVENCIÓN DE LA TUBERCULOSIS

---

21. ¿Ha recibido alguna charla o información sobre la tuberculosis?

- 1) Sí 2) No 99) No sabe

22. ¿Hace cuánto tiempo? (Respuesta Única)

- 1) Hace más de 1 año
- 2) De 6 meses a 1 año
- 3) De 3 meses a 5 meses
- 4) De 1 mes a 3 meses
- 5) Hace una semana
- 99) NS / NR

23. ¿Dónde las recibió? (Respuesta múltiple)

- 1) En un establecimiento de salud
- 2) En la municipalidad
- 3) En la iglesia o parroquia
- 4) En el colegio
- 5) En mi barrio
- 6) En otro lugar: .....
- 7) En ningún lugar

24. ¿Alguien de su familia ha tenido o tiene TB?

- 1) Sí 2) No

25. ¿Qué deben hacer las personas que creen tener Tuberculosis? (Respuesta múltiple)

- 1) Acudir al médico
- 2) Alimentarse abundantemente
- 3) Comprar medicina en la farmacia
- 4) Acudir a un médico tradicional (uso de hierbas)
- 99) No sabe

26. ¿Cómo una persona con Tuberculosis puede evitar contagiar a otras personas? (Respuesta múltiple)

- 1) Cubrirse la boca al toser y al estornudar
- 2) Separar sus platos, vasos, tazas y otros
- 3) Evitar contactos muy cercanos con otras personas
- 4) Tomar medicinas para la tos
- 5) Aseándose diariamente
- 6) Otro: \_\_\_\_\_
- 99) No sabe

---

### V. ACTITUDES HACIA LA TUBERCULOSIS

---

27. ¿Cuándo comenzó a tener los síntomas de la Tuberculosis? (Respuesta única)

- 1) Última semana
- 2) Último mes
- 3) Último año
- 4) Hace más de 1 año

28. ¿Dónde se encontraba? (Respuesta única)

- 1) En su comunidad
- 2) De viaje
- 3) Otro: \_\_\_\_\_

29. ¿Por qué cree que le dio esta enfermedad?

(No leer las opciones / Respuesta múltiple)

- 1) No comía bien
- 2) No dormía bien
- 3) Tenía otra enfermedad
- 4) Daño /brujería
- 5) Otro \_\_\_\_\_

30. Cuando tuvo los síntomas, ¿en dónde se hizo el despistaje y tratamiento? (Respuesta múltiple SOLO 2 alternativas)

- 1) En un EE.SS del MINSA
- 2) En ESSALUD
- 3) En una farmacia
- 4) Donde un curandero
- 5) Otro Lugar: \_\_\_\_\_
- 6) En ningún lado
- 99) NS / NR

31. ¿Qué hizo o que hace para curarse? (No leer opciones / Respuesta múltiple)

- 1) Tomo mis pastillas (esas)
- 2) Tomo hierbas
- 3) Tomo remedios caseros
- 4) Hago pagapus
- 5) Otro \_\_\_\_\_

32. Cuando le detectaron la Tuberculosis ¿a quién acudió? (No leer opciones / Respuesta Múltiple)

- 1) Médico/Doctor
- 2) Padre / Madre
- 3) Hermanos
- 4) Amigo cercano
- 5) Nadie
- 6) Otro (Especificar)
- 99) NS / NR

---

### VI. INFORMACION

---

33. ¿Ha visto o escuchado información, durante los dos últimos años, de alguna campaña de prevención de la Tuberculosis?

- 1) Si
- 2) No
- 99) NS

34. ¿En dónde? (No leer opciones / Respuesta múltiple)

- 1) En TV
- 2) En Radio
- 3) En el mercado
- 4) Prensa escrita (Periódicos y revistas)
- 5) Paneles en la vía pública
- 6) Folletos en establecimientos médicos
- 7) Internet
- 8) Otro: \_\_\_\_\_
- 99) NS / NR

35. ¿Esta información que recibió sobre la Tuberculosis fue de su comprensión?

- 1) Sí se comprendió
- 2) No se comprendió
- 99) NS / NR

36. Sobre la canasta de PANTBC usted está:

1	2	3	4	5
Muy satisfecho	Satisfecho	Indiferente	Poco satisfecho	Insatisfecho

37. ¿Le gustan los productos de la canasta de PANTBC?

- 1) Si                      2) No                      99) NS

38. ¿Qué productos de la canasta de PANTBC cambiaría o aumentaría?

Cambiaría \_\_\_\_\_

Aumentaría \_\_\_\_\_

39. ¿Sabía que el Ministerio de Salud ofrece atención gratuita a personas que han contraído la tuberculosis?

- 1) Si                      2) No                      99) NS

40. Según su opinión, en su comunidad ¿quién apoya a las personas que tienen Tuberculosis? Los apoya: (No leer / Respuesta múltiple)

- 1) Comunidad  
2) Instituciones (ONGs, del Estado)  
3) Instituciones religiosas  
4) Nadie los apoya  
5) Otro \_\_\_\_\_  
99) NS / NR

---

## I. MIGRACION

---

¿Hace cuánto fue su último viaje?

- 1) Más de 2 años  
2) Hace 2 años  
3) Hace 1 año  
4) Menos de 1 año  
5) Viaja siempre

41. ¿A dónde? (Respuesta múltiple)

- 1) Dentro de su distrito  
2) Fuera de su distrito  
3) Dentro de su provincia  
4) Fuera de su provincia  
5) Otra Región  
99) NS / NR

N°	Destino (Provincia/Región)	Duración de la migración (n° meses)	Periodo del año en que viajó (en meses)	Motivo principal de migración	Actividad principal desarrollada en el lugar de destino	N° de horas de trabajo diarias donde migró	¿Se enfermó? ¿De qué?	¿Cuántos dormían en la habitación donde usted dormía?	¿Tuvo contacto con pobladores con TB? (sí/no)	¿Se enfermó de TB en ese lugar?	¿Tuvo algún tratamiento? ¿Cuál?	¿Cuántas veces al día comía cuando estuvo de viaje?
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												

**¿A QUÉ LUGARES VIAJÓ EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS?** Tiempo de migración: 1.- **Desplazamiento** es aquel viaje o tránsito cotidiano o diario de un poblador o pobladores en al menos un mes; 2.- Migración estacional es el tránsito o viaje de un poblador o pobladores de uno a tres meses; ejemplos: para trabajar en la cosecha, periodo de vacaciones de la escuela; 3.- Migración temporal Mayor de >3 meses que se produce hacia la capital del distrito, provincia, región o país, ejemplo Lima, a donde acuden muchos jóvenes para buscar nuevos horizontes en sus vidas esta migración temporal puede realizarse a otro ámbito fuera del país a ello se denomina migración al exterior.