



**EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 -
2015 A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD**

CLAUDIA HASBLEIDI ACOSTA RIOS

ESPERANZA INES ROJAS GUTIERREZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

2018

**EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 -
2015 A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

Claudia Hasbleidi Acosta Ríos:

Enfermera, especialista en sistemas de garantía de calidad y auditoria de servicios de salud.

Correo electrónico: chacosta@unbosque.edu.co

Esperanza Inés Rojas Gutiérrez:

Odontóloga, especialista en gerencia del control interno y la auditoria médica

Correo electrónico: eirojas@unbosque.edu.co

Asesor:

Luis Alejandro Gómez Barrera:

Odontólogo, magíster en salud pública. Director Maestría Salud Publica Facultad de Medicina
Universidad el Bosque.

Correo electrónico: agomezluis@unbosque.edu.co

Contenido

Contenido	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
MARCO TEÓRICO	2
MATERIALES Y MÉTODOS	4
Tipo de Estudio	4
Instrumento	4
Población y muestra	5
Método de Muestreo.	8
Criterios Inclusión y Exclusión del estudio	8
Procedimiento:	9
CONSIDERACIONES ÉTICAS	10
RESULTADOS	10
Resultados Cualitativos	10
Resultados Cuantitativos.	17
Triangulación y discusión	22
CONCLUSIONES	34
ANEXOS	40

**EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 -
2015 A TRAVÉS DE LA PERCEPCIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD.**

RESUMEN

A través de esta investigación quisimos evaluar la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 mediante un estudio retrospectivo cualitativo y cuantitativo, bajo el enfoque de las ciencias contemporáneas a través de la teoría de redes. En el análisis cuantitativo se midió el cumplimiento de las metas de los indicadores de impacto y los indicadores de resultado propuestos por la estrategia. En el análisis cualitativo se analizó la percepción de los diferentes actores involucrados en la aplicación de la estrategia a través de entrevistas semiestructuradas a cada uno de los actores que participaron en la estrategia y a pacientes, durante septiembre del 2016 a octubre de 2017, en las cuales se analizaron las categorías emergentes: medios, resultados, impacto, eficiencia, y satisfacción.

Las catorce entrevistas fueron codificadas abiertas, axiales y selectivamente para ser analizadas a través de la teoría de redes. El trabajo de investigación realizado permitió evaluar los indicadores, y analizar cada meta desde las dos perspectivas: cuantitativa y cualitativa, ya que si solo veíamos lo cuantitativo determinábamos si se habían cumplido o no los indicadores, pero no podíamos establecer las causas por las cuales no se obtuvo el éxito esperado. En nuestro análisis encontramos opiniones de los diferentes actores que al categorizarlos concluimos porque no se cumplieron algunas metas.

Palabras clave: Política, evaluación, tuberculosis, percepción, indicadores.

ABSTRACT

Through this investigation, we wanted to evaluate the strategy Colombia free of tuberculosis 2010 – 2015 through a retrospective, quantitative and qualitative study under the approach of contemporary sciences using theory of networks. In this quantitative analysis we measure the fulfillment of the goals of the impact indicators and results proposed by the strategy. In the qualitative analysis we measure the perception from different points of views of people involved in the application of the strategy through a semi-structured interviews to each one of the actors that participate in the strategy and also the patients involved in it from September 2016 bis October 2017 in which the emerging categories, means, results, impact, efficiency and satisfaction were analyzed.

The fourteen interviews were openly, axially and selectively encoded to be analyzed through the network theory. This investigation allowed us to evaluate indicators and analyze every goal from a qualitative and quantitative perspective. Due to the fact that analyzing only the quantitative area show us if the indicator were accomplished but not establish the reason why we do not obtain the expected result we use both of them in this investigation. In our review we found different opinions from people involved that show us why some goals were not accomplished.

INTRODUCCIÓN

Nos preguntamos qué impacto tienen las políticas de salud pública en Colombia, por esta razón empezamos a revisar en el país y encontramos que la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 - 2015, debía ser evaluada ya que cumplió su ciclo y no se había medido su impacto, hasta ese momento.

La tuberculosis está catalogada en Colombia como una enfermedad de interés en salud pública, debido a que es una de las primeras causas de morbi-mortalidad. En el Plan Decenal de Salud Pública la tuberculosis es una prioridad a intervenir en la dimensión Vida Saludable y Enfermedades Transmisibles. (Ministerio de salud y protección Social,2013).

En el 2015 en Colombia se presentaron 12.918 casos de tuberculosis en todas sus formas, la tasa de incidencia nacional fue de 24.2 casos por 100.000 habitantes, la forma pulmonar es la que mayor tasa de incidencia aporta con 19,5 casos por 1000.000 habitantes, la tasa de incidencia coinfección tuberculosis- virus de inmunodeficiencia humana-síndrome de inmunodeficiencia adquirida (TB/VIH-Sida) tuberculosis en todas las formas fue de 4.3 casos, la tasa de incidencia de multidrogoresistencia aportó 378 casos por 100.000 habitantes. (Instituto Nacional de Salud, 2015)

En la notificación del evento según grupos de edad y sexo en el 2015, se observó que el grupo de edad con mayor número de casos fue el de 20 a 34 años con 32.1 % del total de casos y el 63.3 % son de sexo masculino. La población más afectada son adultos jóvenes es decir las personas en edad más productiva. (Instituto Nacional de Salud, 2015)

Por todo lo anterior nos preguntamos si la estrategia durante los cinco años logro cumplir o no los indicadores de impacto y resultado, debido a esto analizamos el comportamiento de los indicadores cuantitativos y además la percepción que tuvieron los diferentes actores que participaron en la implementación y desarrollo de las acciones.

Para el análisis cuantitativo se realizó evaluación de los indicadores de resultados y de impacto. Para el análisis de la percepción se aplicaron entrevistas semiestructuradas a pacientes, personal de salud, secretarias de salud departamentales, Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social con el enfoque de las ciencias contemporáneas, se utilizó la teoría de redes, analizando los vínculos entre los diferentes nodos que participaron en el desarrollo de las actividades diseñadas para el cumplimiento de las metas propuestas:

MARCO TEÓRICO

En el análisis de las políticas, la evaluación es considerada como la fase final del proceso de una política pública. Sin embargo, en la práctica este proceso no presenta un comportamiento lineal, dado que la evaluación está implícita en las diferentes fases de la política. Así cuando se considera etapa final se busca determinar si fue exitosa o no en la solución del problema para el cual fue creada, y sí se lograron los objetivos planteados. La evaluación permite el análisis de los resultados e impacto de las políticas, lo cual es también una actividad política. Howlett y Ramesh, señalan que es inocente creer que la evaluación esta siempre orientada a revelar los efectos de la política en un sentido puro, más bien hay que admitir que la evaluación también es utilizada en un sentido político para favorecer o criticar el gobierno o el grupo político en el poder. (Molina Marin, 2008)

Realizada la revisión bibliográfica no se encontró evaluación de la política que se analizó en la presente investigación y mucho menos frente a la percepción de los diferentes actores en salud que intervinieron en la ejecución de las acciones propuestas en la misma.

Aunque hace más de cien años ha habido programas contra la tuberculosis, nos centramos en la política actual que abarca el periodo 2010 – 2015, en la tesis elaborada por Diego Armando Pulido Gil y Lida Yisel Cifuentes en la Universidad del Rosario, año 2014 sobre análisis situacional del programa de tuberculosis en las instituciones prestadoras servicios de salud (IPS) públicas de cuatro municipios de Cundinamarca, concluyó que el problema se debe a que el personal médico de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), empresas promotoras de salud (EPS), presenta dificultades en la aplicación de los objetivos de la política nacional, ya que no le proveen el tiempo necesario para realizar la atención adecuada y se limitan a diligenciar los formatos, en muchas ocasiones de manera inadecuada, sumado a lo anterior se soporta que hay una alta rotación de personal en las instituciones de salud, lo que hace que no se lleve a cabo la atención con continuidad y seguridad. Otra situación analizada son las promotoras de salud, donde evidenciaron que no realizan una planeación en la distribución geográfica y no se les realiza una supervisión y acompañamiento por parte de los entes municipales y departamentales. Por último, evidenciaron que no se realiza un registro adecuado de los formatos normados por la guía de atención de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar lo cual afecta el sistema de vigilancia epidemiológica. (Pulido.D. y Cifuentes.L, 2015)

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

En la presente investigación se aplicó un estudio mixto retrospectivo cualitativo y cuantitativo de los indicadores de impacto y resultado relacionados con la atención de la tuberculosis en concordancia con la implementación y desarrollo de la estrategia. Se hizo un análisis de las redes desde la perspectiva de las redes sociales, donde la realidad se concibe a partir de las relaciones y conexiones de las personas, asumiendo que esta es una realidad cambiante que interactúa y se comunica intencionalmente. (Dabas, E. Perrone. N, 1999) también se analizaron los flujos de información relacionados con la atención de la TB, (Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 2010), el trabajo de campo incluyo:

- **Entrevistas semiestructuradas** (Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 2010) Se realizó la aplicación de las entrevistas semiestructuradas a Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Secretarías de Salud Departamentales, IPS y pacientes que estuvieron involucrados en el desarrollo e implementación de la política.

Instrumento

Para la recolección de datos cualitativos se elaboraron tres tipos de entrevista semiestructurada de acuerdo a los actores que se entrevistaron teniendo en cuenta que cada uno tiene acciones definidas y secuenciales en la ejecución de la política; (ver Anexo 1) las categorías que se tuvieron en cuenta fueron: la percepción general, la interacción de los actores involucrados y la ejecución de la estrategia.

Para la validación de las entrevistas se solicitó la aprobación de tres expertos docentes de la maestría de salud pública de la Universidad el Bosque. Los instrumentos fueron sometidos a una prueba piloto y ajustados.

Para el análisis cuantitativo se realizó revisión del cumplimiento de los indicadores en páginas oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud y OMS de los años 2010 a 2016. (Anexo 2)

Población y muestra

Población: Se aplicaron una o dos entrevistas semiestructuradas en el análisis cualitativo a los actores: Ministerio de salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entidades Departamentales, IPS y pacientes. Para el análisis de los datos cuantitativos se tomaron indicadores de impacto y resultados implícitos en la estrategia.

Muestra: Cinco participantes de entes rectores de Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, ente departamental; cuatro participantes de IPS (Tabla 1) y 4 personas afectadas por la enfermedad de tuberculosis. (Tabla 2). Para el análisis cuantitativo se analizaron la totalidad de los 2 indicadores de impacto y 13 indicadores de resultado. (Tabla 3)

TABLA 1

Información socio demográfica del personal de salud entrevistado.

ITEM	ENTREVISTA 1	ENTREVISTA 2	ENTREVISTA 3	ENTREVISTA 4	ENTREVISTA 5	ENTREVISTA 6	ENTREVISTA 7	ENTREVISTA 8	ENTREVISTA 9
ENTE RECTOR	Ministerio de Salud y Protección Social	Instituto Nacional de Salud	Departamento Cundinamarca	Departamento Tolima	Ente Territorial	IPS	IPS	IPS	IPS
PROFESION	Médico Especialista en Epidemiología	Médico Magister en Infección por el virus de la inmunodeficiencia Humana, Especializado en Gerencia de Salud, Especialización en Epidemiología.	Bacterióloga especialista en Salud Pública y gerencia social	Médico Especialista Epidemiología	Enfermera Especialista en Docencia y Magister en Desarrollo Social y Educativo	Médico Cirujano	Médico Cirujano	Enfermera Profesional	Enfermera Profesional
CARGO	Coordinador Nacional del Programa de Tuberculosis	Coordinador del grupo de respiratorias incluidas las Enfermedades Agudas respiratorias y crónicas como la tuberculosis.	Coordinador del Programa Tuberculosis - Lepra Departamento de Cundinamarca	Coordinador Área de Vigilancia Epidemiológica, de Estadísticas Vitales y de Área de las Enfermedades producidas por mycobacterias del Departamento de Tolima	Profesional especializado con actividades en docencia, investigación y capacitación	Médico General	Medico Asistencial Programa Crónicos Tuberculosis	Enfermera Coordinadora Consulta Externa	Enfermera Consulta Externa
AÑOS EXPERIENCIA EN PROGRAMA TB	10 Años.	20 Años.	15 Años.	10 años.	10 años.	5 Años.	3 Años.	7 Años.	5 años.
SITIOS DONDE HA LABORADO CON EL PROGRAMA DE TUBERCULOSIS	Secretaría Distrital de Salud, contratos OPS, Instituto Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Protección Social.	Contrato OPS, Asociación Alemana de asistencia al enfermo con Lepra y Tuberculosis, Ministerio de Salud y la Protección social, Instituto Nacional de Salud.	Programa Secretaría Distrital de Salud Bogotá, Sanatorio Agua de Dios E.S.E y Secretaría Salud de Cundinamarca	Secretaría Departamento Tolima	Hospital San Rafael Girardot y Sanatorio Agua de Dios E.S.E	Medico Líder Programa Tuberculosis	Medico Líder Programa Tuberculosis	Líder Programa Tuberculosis	Líder Programa Tuberculosis

Fuente: Entrevistas semiestructurada entes rectores de la estrategia.

TABLA 2

Información socio demográfica de los pacientes entrevistados.

ITEM	PACIENTE 1	PACIENTE 2	PACIENTE 3	PACIENTE 4
OCUPACION	Sin Ocupación (Consumidor SPA)	Profesional	Ama de Casa	Desempleado
SEXO	M	M	F	M
EDAD	23	26	24	55
TIPO DE DIAGNOSTICO	TB Pulmonar	TB Pulmonar	TB Pulmonar	TB Pulmonar
TIEMPO DE TRATAMIENTO	8 Meses	2 meses	1 Año	6 Meses
CLASIFICACION DEL CASO	Nuevo	Nuevo	Recaída	Nuevo

Fuente: Entrevistas semiestructuradas pacientes.

TABLA 3

Información indicadores de impacto y resultado Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015.

INDICADORES	VARIABLE	FUENTE
Indicadores de impacto de evaluación de la estrategia Colombia libre de tuberculosis	Tasa de incidencia: Número de casos nuevos de tuberculosis que ocurren en un año dado sobre población total por 100.000 habitantes.	Ministerio Protección Social- INS
	Tasa de mortalidad por tuberculosis: Número de muertes por tuberculosis que ocurren en un año dado sobre la población total por 100.000 habitantes	INS
Indicadores de resultados de la estrategia Colombia Libre de Tuberculosis	Tasa de captación de SR: Proporción SR examinados anualmente del total de SR programados.	Ministerio Protección Social-INS
	Tasa de éxito de tratamiento: Proporción de casos nuevos TB-P BK + con tratamiento exitoso sobre el total de casos notificados.	INS
	Cobertura del diagnóstico por cultivo: porcentaje de laboratorios que realizan el diagnóstico y control por cultivo, según los estándares bacteriológicos.	INS
	Participación de los LSPD en EED: Porcentaje de LSPD que participan en EED de la baciloscopia de TB.	
	Participación de los laboratorios de la red departamentales y distrital EED de la baciloscopia: Porcentaje de laboratorios de la red que participan en EED de la baciloscopia de TB.	INS
	Ejecución del estudio de Vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y previamente tratados en el país.	INS
	Implementación PPM. Porcentaje de EPS que incluyen la TB dentro de sus POA sobre el total de EPS.	INS
	Estrategias de ACMS en desarrollo: Porcentaje de ET que implementan estrategias de ACMS incorporando a los afectados en actividades de control de TB sobre el total de ET	INS
	Cobertura de asesoría y oferta de prueba voluntaria: Porcentaje de pacientes con oferta y asesoría para prueba voluntaria de diagnóstico de VIH sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB.	INS
	Cobertura de vacunación con BCG : Porcentaje dosis de BCG aplicadas sobre el total de la población < de 1 año	INS
Conversión Bacteriológica de pacientes con TB-MDR: % de pacientes con cultivo negativo	INS	

	al finalizar la 1ª fase del tratamiento	
	Cobertura de tratamiento de TB-MDR: Porcentaje de pacientes que inician tratamiento bajo esquema de la guía de TBMDR del país durante el primer mes luego de haberse hecho el diagnóstico sobre el total de pacientes con diagnóstico de TB- MDR.	INS
	Inclusión de la TB en la historia clínica de AIEPI: Porcentaje de IPS que incluyen la variable TB en su HC de AIEPI sobre el total de IPS.	INS

Fuente: Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social.

Método de Muestreo.

Muestreo por conveniencia, de actores y personas relacionadas con la temática de tuberculosis. (Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 2010).

Criterios Inclusión y Exclusión del estudio

Criterios de inclusión para la entrevista semiestructurada: Se escogieron los departamentos de Cundinamarca que es de baja carga y del Tolima de alta carga de la enfermedad, otra de las razones para escogerlos fue por la cercanía con el sitio de residencia de las investigadoras y la facilidad de acceso. Se optó por los coordinadores del programa de tuberculosis del departamento, personas que lideraran el programa de tuberculosis en hospitales de primer nivel y pacientes que se encuentran en tratamiento. En cuanto a las entidades del orden nacional se seleccionó al coordinador nacional del programa de TB por ser el Ministerio de Salud y Protección Social el encargado de dictar las políticas de salud y el coordinador del grupo de respiratorias del Instituto Nacional de Salud (INS), que es el encargado de realizar los protocolos de manejo de la enfermedad.

Criterios de inclusión para análisis indicadores impacto y resultado: Los criterios para el análisis de las variables cuantitativas fueron el 100% de los indicadores de impacto y resultado.

Criterios de exclusión para las entrevistas semiestructuradas: Cualquier integrante del personal de salud que no tuviera relación con el programa de Tuberculosis y personas que no tuvieran la enfermedad activa.

Criterios de exclusión para indicadores impacto y resultados: Cualquier indicador que no esté indicado en la estrategia.

Procedimiento:

El instrumento fue elaborado por las investigadoras, donde se realizó soporte de entrevistas elaboradas en investigaciones cualitativas. Se elaboraron tres tipos de entrevistas semiestructuradas de acuerdo a los actores que se entrevistaron, teniendo en cuenta que cada uno tiene acciones definidas y secuenciales en la ejecución de la política.

Se contactó al entrevistado personalmente o vía telefónica para solicitar su colaboración y explicar la técnica y la logística para la aplicación de la entrevista. Antes de iniciar se les explico el objetivo de la misma y se solicitó durante la grabación el consentimiento informado. Con la transcripción de las entrevistas se realizó la codificación abierta y axial de manera simultánea entre las dos investigadoras, permitiendo la codificación selectiva (Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 2010). Las categorías obtenidas fueron: percepción general del cumplimiento de la estrategia por parte de los actores y pacientes, interacción de los actores involucrados y ejecución de la misma. Culminada la codificación se inició el proceso de triangulación (Hernandez Sampieri & Fernandez Collado, 2010), entre las categorías de análisis que surgieron con la saturación de la información cualitativa y

cuantitativa y el planteamiento del problema, se pudo identificar y analizar la articulación entre ellos.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Dentro de los aspectos éticos se tomó la normatividad colombiana, establecido en acuerdo con la Resolución 8430 de 1993, en su capítulo 1, artículo 5, en la cual define que la investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

Para la aplicación de las entrevistas semiestructuradas se generó dentro de la misma el consentimiento informado, como lo estipula el artículo 14 de la Resolución 8430 de 1993 donde se establece el consentimiento informado, que en su forma más elemental significa que los participantes del estudio conocen los siguientes aspectos: los posibles riesgos y beneficios, el derecho a la participación voluntaria, las garantías de confidencialidad el propósito de la investigación, como fueron escogidos para participar: principio beneficencia, principio de respeto y principio de justicia

RESULTADOS

Resultados Cualitativos

- **Percepción de los actores.**

La percepción de todos los actores frente al cumplimiento es que fue exitosa, se implementaron diferentes acciones enfocadas en diagnóstico y tratamiento. Tuvo un buen despliegue en todas las entidades, se contó con el apoyo del fondo mundial en algunas poblaciones de alta carga.

La apreciación brindada por el entrevistado del ente Departamental es que las actividades de promoción y detección temprana, las acciones colectivas no deben hacer parte del sistema de aseguramiento, deben ser monopolio del estado, el ministerio debería manejar directamente estos recursos y el asegurador prestar servicios de salud que no sean de salud pública. La estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS/TAES) no tiene el recurso humano en el territorio suficiente para hacer el seguimiento y supervisión del tratamiento. La tuberculosis en este momento es un tema que se queda en subespecialidades como neumólogos e infectólogos, y el médico general y el internista solo remiten. Cree que el plazo de 5 años para la ejecución de la estrategia fue un plazo muy corto para implementar la estrategia tratamiento acortado estrictamente supervisado (DOTS/TAES). Las metas son interesantes pero imposibles de cumplir.

Las percepciones descritas por los pacientes, coinciden que no tienen conocimiento de la enfermedad hasta que lo diagnosticaron, solo uno de los entrevistados que estuvo privado de la libertad relato que en dicho lugar le brindaban información a través de videos y charlas. Todos los entrevistados manifestaron que la enfermedad les afecto su estado emocional, vida familiar, laboral y económica. Los pacientes relatan que los profesionales de la salud durante la atención le informaron acerca de la enfermedad de la tuberculosis y enfatizaron que se debían tomar el medicamento para poderse curar.

El entrevistado del INS relata frente a su percepción profesional que el plan estratégico se elaboró con directrices de la Organización Panamericana de la Salud- Organización mundial

de la Salud (OPS-OMS), lo cual permitió tener una línea de trabajo para los siguientes 5 años además definió que debía hacer el País y manifestó que es un modelo macro que permite tener líneas de trabajo que se plasmaron en la estrategia y que fueron adoptadas y adaptadas por los entes territoriales.

El ente territorial relata que dentro de su experiencia profesional lo más difícil es la interacción entre EPS, IPS y entidades territoriales y específicamente en la parte operativa ya que se generan barreras administrativas a los pacientes dificultando el diagnóstico oportuno en el momento de la atención, lo cual lo aduce al desconocimiento del personal de salud y el dialogo entre los entes; falta articulación entre los actores para dar cumplimiento a algunas acciones como son las estrategias de abogacía, comunicación y movilización al cual se le trabajo muy poco durante el quinquenio, falta realizar un abordaje sectorial y diferente en poblaciones especiales y replantear por parte del ministerio las transferencias nacionales ya que la dinámica social de cada departamento es diferente y el acceso geográfico dificulta en algunos sitios del país el cumplimiento a la adherencia al tratamiento.

Los profesionales de las IPS perciben que en las instituciones donde laboran realizan el seguimiento a los sintomáticos respiratorios y sus contactos; perciben que los entes territoriales en especial el ente departamental y ministerio, los ha apoyado a través de capacitación y actualizaciones en el manejo de la tuberculosis generando así las herramientas adecuadas para un diagnóstico oportuno en el primer nivel de atención, para las profesionales de enfermería se observa que difieren en sus percepciones ya que una piensa que se rige por las directrices departamentales y que no se puede esperar solo las ayudas de los entes sino que

se debe fortalecer las estrategias internas entre el equipo de salud de las IPS pero la otra profesional piensa que falta mayor empoderamiento, seguimiento y control por parte de los entes territoriales.

- **Interacción de los actores involucrados en la estrategia:**

El ministerio y el INS perciben que hay articulación entre ellos para la generación de lineamientos frente a la vigilancia a través de la elaboración de los protocolos para el manejo de la tuberculosis, estos se vuelven guía técnica debido a que responden los que, quien y como se debe hacer el manejo de la tuberculosis (TB). El ministerio realizo actualizaciones sobre el manejo programático de casos y divulgo a las entidades involucradas a través de la circular 058 del 2009, 07 de 2015 y 055 de 2016. Manifiestan que se avanzó significativamente con los indicadores de mortalidad. Se mejoró la calidad del dato y se empezaron a evaluar las cohortes de pacientes, pero falta mejorar muchísimo las acciones que logren el éxito terapéutico. Durante la vigencia de la estrategia el Ministerio pago la elaboración de dos guías programáticas y clínicas que no fueron publicadas. La resolución 412/2000 tiene una guía vigente pero desactualizada. Manifiesta que el centro del cumplimiento de las acciones es el bienestar del paciente y las personas, por lo que a partir del 2010 se incluyó en el comité nacional asesor de tuberculosis a pacientes y ex pacientes. En cuanto a las estrategias de abogacia, comunicacion y movilizacion social el INS cree que fue el crecimiento y la fortaleza más grande del plan, el hecho de poder involucrar a los pacientes, a la comunidad, al desarrollo de organizaciones y fortalecimiento de algunas que ya estaban pero que habían perdido su presencia, su esencia, y su filosofía hacia donde iban, se refiere específicamente a

la liga antituberculosa Colombiana. Hay asociaciones de pacientes muy buenas con participación de la comunidad.

Las secretarías de salud manifiesta que ha sido complicado el tema de tuberculosis-virus de inmunodeficiencia adquirida (TB/VIH), debido a la protección de datos de estos pacientes ya que en ocasiones no informan por miedo al estigma, lo que hace difícil el seguimiento a sus contactos. También dicen que se disminuyó el porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios, por eso el cumplimiento es mayor, pero es una cuestión estratégica, es un tema que se debe revisar a profundidad, y se le ha planteado al ministerio. En el indicador de mortalidad se hace unidades de análisis en todos los casos y se ha concluido que unas de las causas es el sistema seguridad perverso, no hay diagnóstico oportuno y menos una atención con calidad por eso se realizan los diagnósticos en las unidades de cuidado intensivo (UCI) con muy pocas posibilidades de vida.

El personal médico refiere que las guías y protocolos son fundamentales en su formación académica y resaltan la importancia de la circular 07 para valorar la parte clínica de los pacientes. Sienten que las EPS generan barreras administrativas que imposibilitan el cumplimiento total de las recomendaciones del documento. Para el personal profesional de enfermería refiere que se adhieren a los protocolos del INS y guía del ministerio porque son una herramienta muy importante, valiosa y necesaria. Los médicos enfocan el cumplimiento de acciones a la adherencia al tratamiento y resaltan que el éxito del mismo está en brindar una adecuada información y explicar los beneficios de seguir el tratamiento; refieren que la mortalidad si se impactó, pero la morbilidad lastimosamente no y cada vez hay más casos. Refieren que las secretarías de salud realizaron su trabajo a diferencia de las EPS.

Los pacientes relatan que le realizaron exámenes y seguimiento con resultado oportuno, relataron que no conocían de la enfermedad hasta cuando fueron diagnosticados, uno manifestó que escucho a través de medios de comunicación en la cárcel, sin embargo, algunos describen que la enfermedad fue contagiada por no cuidarse de una gripa. Ninguno de los pacientes está incluido en programas sociales del municipio, manifiestan que les realizan visita de seguimiento por parte de la secretaria y la IPS.

- **Ejecución de la estrategia:**

El referente del ministerio refiere que se garantiza la accesibilidad al diagnóstico tratamiento y seguimiento a través del plan obligatorio de salud (POS) y programas de salud pública, en el POS se incluyeron las nuevas pruebas moleculares y además manifiestan que se debe potenciar el acceso a nuevas formas de tratamiento. El ministerio designa dinero a través de transferencias nacionales anualmente para la compra de medicamentos antituberculosos para todo el país y apoyo a los entes departamentales para la aplicación de las estrategias del plan.

El INS y la secretaria de salud piensan que la accesibilidad es buena sin embargo hay sitios que es totalmente caótico, lo que se referencia al realizar el análisis de los eventos y seguimiento de casos reportados a vigilancia. Refiere que al analizar los indicadores los resultados son preocupantes ya que en la mayoría de enfermos de tuberculosis requieren hospitalización para el diagnóstico y a veces transcurren más de 60 días para iniciar el tratamiento. Es la tercera causa de mortalidad que se notifica al sistema de vigilancia

epidemiológica (SIVIGILA), se siguen teniendo diagnósticos tardíos. Refiere que se presentan problemas de acceso por parte de la IPS, EPS, por distancias, por oportunidad en el diagnóstico, por no disponibilidad de pruebas en ciertos niveles de atención. Los diagnósticos se están haciendo en los terceros niveles lo cual indica que la atención primaria fallo.

Las secretarías de salud manifiestan que algo positivo es el acceso a medicamentos porque al ser monopolio del estado siempre se han tenido disponibles y no hay problemas de accesibilidad a ellos por lo cual se puede hacer un mejor seguimiento. La barrera de accesibilidad se presenta cuando la entrega del tratamiento fue extramural. Percibieron que durante la aplicación de la estrategia se generaron acciones eficaces para la accesibilidad a la oportunidad de pruebas modernas para el diagnóstico pero que solo funcionan cuando lo hacen los entes rectores nacionales y que se caen cuando los delegan a la EPS. También perciben que el estigma sigue siendo una barrera de acceso y que se le da prioridad a otros programas como son los materno-perinatal y el programa de tuberculosis pasa a un segundo plano y las EPS tampoco realizan seguimiento a la meta de sintomáticos respiratorios y lo otro es que el recurso humano que lo lideran no está capacitado y tiene una alta rotación conllevando al desconocimiento de la aplicación de la estrategia. Realizan una comparación en la atención brindada por el agente comunitario y el médico, identificando que los agentes comunitarios tienen mayor compromiso con sus pacientes del programa ya que no se basa solo en la enfermedad únicamente, sino que también apoyan y gestionan apoyos psicológica, y social al paciente y su familia. El aseguramiento impide asumir funciones que están contratadas con ellos y a veces las políticas van por un lado y el sistema de salud por otro. En algunos momentos los entes territoriales no pueden intervenir ya que hay una unidad de pago por capitación (UPC) que se le paga al asegurador para que garantice ciertas actividades. El

sistema es perverso el tiempo de la consulta médica es limitada. Relatan que a los grupos vulnerables y de riesgo como las personas privadas de la libertad (PPL), habitantes de calle, inmigrantes, desplazados, se les deben focalizar las acciones en la búsqueda, captación y detección.

El personal médico manifiesta que no se tienen barreras de acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento, se cuenta con las herramientas para poder brindar una atención oportuna, se tienen estrategias para asegurar la oportunidad inmediata en citas. Los pacientes se buscan en la casa cuando no asisten al tratamiento farmacológico, son una prioridad. Perciben barreras en el tema de autorizaciones.

Algunos pacientes refieren dificultades geográficas para asistir por el tratamiento ya que por falta de recursos económico se deben trasladar caminando, el promedio de traslado entre ida y regreso es de hora y media. Solo uno de los pacientes entrevistados manifestó que recibe el tratamiento en casa todos los días. Perciben que se preocupan por su estado de salud, que se tomen los medicamentos y refieren que les hacen seguimiento y entrega oportuna de los medicamentos. Los pacientes perciben que las instituciones integran a la familia para el apoyo durante el tratamiento de la tuberculosis.

Resultados Cuantitativos.

Los resultados de la investigación cuantitativa de los indicadores de impacto y resultado fueron tomados de los informes de evento tuberculosis años 2010 a 2015, tuberculosis farmacoresistente publicados en la página del Instituto Nacional de Salud años 2012 a 2015,

Informe de la prueba piloto e implementacion de la vigilancia en salud publica del evento tuberculosis farmacorresistente año 2012, Informe Quincenal Epidemiológico Nacional Año 2013, DANE año 2015, SISPRO año 2015.

Tabla 4

Análisis cuantitativo del cumplimiento de las metas estratégicas Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015

RESUMEN CUMPLIMIENTO METAS ESTRATEGIA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 - 2015				
	INDICADOR	META A 2015	RESULTADO 2015	OBSERVACIONES
1 indicadores de impacto	Tasa de incidencia.	16 por 100.000 habitantes.	24.2 por 100.000 habitantes	A la semana epidemiológica 52 de 2015 se notificaron al Sivigila 12 918 casos de todas las formas de tuberculosis; el 90,16% fueron casos nuevos, el 8,56% casos repetidos y el 1,2% sin datos. El porcentaje de casos nuevos ha venido aumentando lo cual nos habla de dos escenarios, que la captación de pacientes ha aumentado, pero también que no se ha podido controlar la enfermedad.
	Tasa de mortalidad por TB.	1,8 POR 100.000 HABITANTES	1.92 casos por 100.000 habitantes	Se registraron en Colombia en el año 2.015 al SIVIGILA, 926 casos de muerte con causa tuberculosis, que corresponde al 7.2% de casos. Los territorios que reportaron mayor número de casos fueron Bogotá 143 casos, Valle del Cauca 135 casos y Antioquia 89 casos. La tasa de mortalidad por tuberculosis en el año 2.015 fue de 1.92 casos por 100.000 habitantes. Los departamentos con mayor tasa son: Guainía 4.82 casos por 100.000 habitantes, Quindío 4.78 casos por 100.000 habitantes y Barranquilla con 4.35 casos por 100.000 habitantes. La meta no se cumplió.

Indicadores de resultado	Tasa de captación de sintomáticos respiratorios.	80%	41%	Revisados los informes de evento tuberculosis del INS del periodo 2010 - 2015 no se encuentra información respecto a la tasa de captación de sintomáticos respiratorios. Únicamente se encontró el porcentaje de contactos sintomáticos respiratorios positivos. de los años 2012: 14.90% y 2013: 5.6%. Según datos del Ministerio de Salud y Protección Social presentados en la reunión nacional de Tuberculosis y Lepra, se evidencian aspectos positivos en este indicador como fue el aumento de la captación de sintomáticos respiratorios así: 2001: 33.89% y 2015: 40.93%. Con los datos anteriores se concluye que se requiere un enfoque estratégico para la búsqueda el cual debe incluir conocimiento y entrenamiento en los trabajadores de la salud, identificación adecuada de las personas que son candidatas a baciloscopia y búsqueda en grupos poblacionales vulnerables. Si se aumento la captación pero no se alcanza la meta propuesta. Este indicador no se cumplió.
	Tasa de éxito de tratamiento	85%	77%	Porcentaje de éxito de tratamiento en casos nuevos en el 2015 de TB TF. 76,84 y la pérdida del seguimiento fue del 10% de los casos. Antes de la cohorte de 2013 el éxito del tratamiento era de 59%. Porcentaje de éxito de tratamiento en casos TB RR (incluye mono-R, poli-R, MDR) 62,16%. No se cumplió la meta del 85%, nos mantenemos por debajo del 80%, se sigue viendo pérdida de seguimiento y alta mortalidad. Se debe insistir en la implementación de la estrategia DOTS/TAES, actividades con enfoque en la familia y el paciente que motiven al paciente a terminar el tratamiento. Se debe tener especial atención con los pacientes a los cuales acceder al tratamiento en una institución hospitalaria no es fácil por motivos psico sociales, distancia y por motivos económicos, en estos casos se debe llegar al paciente y así lograr porcentajes de éxito superiores. También de deben fortalecer las pruebas de sensibilidad a fármacos en los casos de confección con VIH ya que el éxito terapéutico esta por el 50% y la mortalidad es alta. Este indicador no se cumplió.
	Cobertura del diagnóstico por cultivo	70%	41%	Se evidencia un aumento en el porcentaje de cobertura de cultivos en los casos previamente tratados, pero se debe intensificar por parte de las instituciones de salud el compromiso para realizar los cultivos de acuerdo a lo establecido en la Guía de Atención Integral de la Tuberculosis, la Circular 058 de 2009 y la Circular 007 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Se deben incluir en estas mediciones los niños, personas inmunosuprimidas y población de alto riesgo. También se debe promover la realización del cultivo por parte de las unidades primarias generadoras de datos como lo ordena la guía de atención integral de la tuberculosis, circular 058 de 2009 y circular 007 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, ya que esta comprobado que el cultivo es un medio diagnóstico más sensible para el diagnóstico por laboratorio en niños, inmunosuprimidos y población de alto riesgo.

RE SUMEN CUMPLIMIENTO METAS ESTRATEGIA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 - 2015				
	INDICADOR	META A 2015	RESULTADO 2015	OBSERVACIONES
Indicadores de resultado	Participación de los Laboratorios de Salud Pública Departamentales en Evaluación Externa de Desempeño	100%	100%	Los laboratorios que realizan baciloscopia para diagnóstico utilizan la coloración de Ziehl Nielsen, siendo pocos los que emplean auramina. El control de calidad se realiza mediante muestreo de calidad de lotes, de acuerdo con la recomendación de la OMS. Para el 2015, de los 1.964 laboratorios que hacen esta prueba, a 1.580 se les realizó control de calidad. Respecto a los laboratorios de Salud Pública Departamentales los datos más recientes encontrados son del análisis de Evaluación Externa del Desempeño Indirecta (EEDI) en la Red Nacional de Laboratorios de Micobacterias Colombia, 2008-2011. Publicado en el informe quincenal epidemiológico del INS, volumen 18, número 15 del 15 de agosto de 2013. Resultados: Los resultados en baciloscopia de tuberculosis de los años 2010 y 2011 muestran una participación del 100% de los LSPD, con una concordancia del 99 %, lo cual indica que cumplen con los estándares de calidad requeridos y que son un apoyo importante en el diagnóstico. No se encontraron datos de los años 2012 a 2015. La meta se cumplió en los dos primeros años de la estrategia. Sin embargo vale la pena aclarar que se verifica con el INS y ellos informan que los 33 LSPD participan en la evaluación externa de desempeño.
	Participación de los laboratorios de la red departamentales y distrital Evaluación Externa de Desempeño de la baciloscopia	100%	79%	Los datos más recientes que se encontraron están en el informe quincenal epidemiológico nacional, Volumen 21, número 5 del 15 de marzo de 2016 en el cual se analiza la experiencia de implementación de la metodología "Muestreo de Aceptación de Lotes" para el control de calidad de baciloscopias de tuberculosis en Colombia durante el año 2014. Resultados: De acuerdo con la información recolectada, para el año 2014, se identificó que de los 33 LSPD, 18(54,6%) realizaron control de calidad siguiendo el lineamiento que el LNR tenía definido hasta el año 2012; 8(24,2%) aplicaron LQAs y en 7(21,2%) no se obtuvo información. Para analizar la implementación de la metodología LQAs para el año 2014, se realizó una solicitud a los LSPD al respecto, se identificó que de los 33 LSPD, en 26(78,7%) fue posible conocer como realizaron esta evaluación, de éstos 18(54,6%) evaluaron a 1178 laboratorios siguiendo el lineamiento que el LNR tenía definido hasta el año 2012; y se identificó que 60(5,0%) presentaron discordancias cuando se realizó el ejercicio de rechequeo. Los LSPD que no respondieron están solicitados fueron Antioquia, Boyacá, Magdalena, Meta, San Andrés y Providencia, Vaupés y Se verificó con el Ministerio de Salud y Protección Social y no se hizo el estudio de vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y previamente tratados en el país a 2015. 6 estudio. Lo que se trabajó fue en la vigilancia rutinaria de susceptibilidad. Se fortaleció la respuesta del Programa a la fármaco-resistencia mediante el acceso a las pruebas de sensibilidad, la estandarización y estrategia de compra centralizada de tratamientos de segunda línea y los sistemas de seguimiento a las personas en tratamiento. Hubo un incremento del número de pruebas de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea y del éxito del tratamiento de la tuberculosis Multidrogoresistente que distan de las metas, con tasas altas de mortalidad y de pérdida al seguimiento.
	Ejecución del estudio de Vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y previamente tratados en el país	6º estudio al: 100%	0%	Se verificó con el Ministerio de Salud y Protección Social y no se hizo el estudio de vigilancia de la resistencia a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y previamente tratados en el país a 2015. 6 estudio. Lo que se trabajó fue en la vigilancia rutinaria de susceptibilidad. Se fortaleció la respuesta del Programa a la fármaco-resistencia mediante el acceso a las pruebas de sensibilidad, la estandarización y estrategia de compra centralizada de tratamientos de segunda línea y los sistemas de seguimiento a las personas en tratamiento. Hubo un incremento del número de pruebas de sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea y del éxito del tratamiento de la tuberculosis Multidrogoresistente que distan de las metas, con tasas altas de mortalidad y de pérdida al seguimiento.
	Implementación PPM. Porcentaje de EPS que incluyen la TB dentro de sus POA sobre el total de EPS	80%.	S.D.	Se busco información de los POAS de las EPS en el año 2015 y no se encontraron datos que evidencien el cumplimiento de esta meta. En el documento Plan Estratégico Hacia el fin de la Tuberculosis. Colombia 2016 - 2015 hace referencia a esta meta si: Promoción de alianzas estratégicas. Se iniciaron procesos de socialización, asistencia técnica y seguimiento y evaluación a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Se identificaron barreras de acceso, frecuentemente administrativas, relacionadas con los mecanismos de contratación y de referencia y contra referencia.
	Estrategias de ACMS en desarrollo: Porcentaje de entes territoriales que implementan estrategias de ACM incorporando a los afectados en actividades de control de TB sobre el total de ET	50%	S.D.	En el documento Plan Estratégico Hacia el fin de la Tuberculosis. Colombia 2016 - 2015 hace referencia a esta meta así: Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social (ACMS) en acciones de control de la TB. Se desarrolló la estrategia de ACMS "Vivamos sin Tuberculosis, Todos somos parte de la Solución" que produjeron piezas comunicacionales adecuadas a la realidad de los territorios y las poblaciones. Se trabajó en la incorporación del DOTS comunitario como herramienta para la mejora en la detección y el seguimiento de casos en terreno, motivando la participación de la comunidad. Esta estrategia se fomentó en las ocho ciudades más grandes, con el apoyo del Fondo Mundial, enfatizando en el soporte psicosocial a los afectados y sus familias. No se puede evaluar porcentualmente ya que este documento habla de 8 ciudades y no se aclara que ciudades se iban a tomar aparte de los departamentos.

RESUMEN CUMPLIMIENTO METAS ESTRATEGIA COLOMBIA LIBRE DE TUBERCULOSIS 2010 - 2015				
INDICADOR	META A 2015	RESULTADO 2015	OBSERVACIONES	
Indicadores de resultado	Cobertura de asesoría y oferta de prueba voluntaria: Porcentaje de pacientes con oferta y asesoría para prueba voluntaria de diagnóstico de VIH sobre el total de pacientes con	100%	92%	Del total de casos notificados sin diagnóstico previo el 80,3 % registra realización de asesoría para prueba diagnóstica para VIH, de estos el 92,2 % accedieron a realizarse la prueba. La asociación TB-VIH para el 2015 es de 16,2 %. De los 2089 casos que registran coinfección TB-VIH, el 86,3 % (1803 casos) corresponden a diagnóstico previo de VIH, de los casos con coinfección frente a la administración de terapia preventiva registra el 52,2 % (1091 casos) con trimetopim y tratamiento antirretroviral el 48,3 %. Es una meta pendiente por cumplir en la nueva estrategia. Faltan acciones colaborativas entre los diferentes programas y garantizar servicios integrales para pacientes enfermos de TB y sus comorbilidades.
	Cobertura de vacunación con BCG	95%	89%	La cobertura para el año 2015 fue del 88,8%, el indicador no se cumplió.
	Conversión Bacteriológica de pacientes con TB-Multidrogoresistente: % de pacientes con cultivo negativo al finalizar la 1a fase del tratamiento	80%	41%	Esta meta no se cumplió, a pesar que se avanzo todos los años, estamos lejos de cumplir. Una de las razones es que no en todo el país existen laboratorios que hagan cultivos, esto dificulta el seguimiento a los pacientes porque terminan el tratamiento y no se sabe si el tratamiento fue exitoso o no. Algo positivo fue que en el año 2015 al 10.5% de los casos se les realizaron pruebas moleculares, según el tipo de pruebas moleculares mas utilizada es el sistema cerrado PCR en tiempo real. La meta no se cumplió.
	Cobertura de tratamiento de TB-Multidrogoresistente	90%	75%	Porcentaje de casos TB TF con diagnóstico RR que inician tratamiento de segunda línea según lineamientos nacionales (primeros 35 días) fue de 74,7%. Para el 2015, el Programa reportó a la OMS, 194 casos con tuberculosis resistente a rifampicina (MDR/RR). La tuberculosis MDR/RR fue el 1,8% de los casos nuevos de tuberculosis pulmonar bacteriológicamente confirmada y 13% entre los previamente tratados. Más del 60% procedían de Antioquia (34%), Valle del Cauca (15%), Distrito de Bogotá (7%), Risaralda y Norte de Santander. Se realizaron 3.156 pruebas de susceptibilidad a fármacos, con acceso al diagnóstico de tuberculosis MDR/RR del 36% en los casos nuevos pulmonares bacteriológicamente confirmados y del 37% en previamente tratados, frente a las metas del 20 % de los casos nuevos con factores de riesgo y el 100% en los casos previamente tratados. El 74% de los casos de tuberculosis MDR/RR(Multidrogorresistencia/resistencia rifampicina), clasificados como elegibles, iniciaron tratamiento. Entre los 152 casos que ingresaron a tratamiento en el 2013, el éxito fue del 62% (la meta global es ≥75%), con una reducción de casos no evaluados de 3% frente al 2012 (15%), fallecidos de 13% y pérdidas al seguimiento de 21%. No se cumple el indicador del 90%.
	Inclusión de la TB en la historia clínica de AIEPI	100%	100%	En el año 2010 el Ministerio de la Protección Social en el documento Monitoreo y seguimiento de las acciones de AIEPI comunitario con actores sociales Colombia hizo una adaptación del AIEPI agregando a las 16 genéricas propuestas por OMS/OPS UNICEF, dos más: salud oral y prevención de la tuberculosis. La información que se encontró sobre este ítem esta en el documento del Ministerio de Salud y Protección Social: Plan Estratégico "Hacia el fin de la Tuberculosis" Colombia 2016-2025, Herramientas de adaptación del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis post 2015. En este documento se informa que se avanzó en las acciones inter-programáticas en tuberculosis infantil, mediante el trabajo integrado con la estrategia de AIEPI, en sus lineamientos clínico y comunitario. La meta se cumplió pero no se encontraron datos que evidencien que resultados tuvieron los indicadores que se plantearon en el 2.010 y que impacto ha tenido la inclusión de este ítem en el AIEPI clínico y comunitario.

Fuente: elaborado por las autoras.

Triangulación y discusión

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación y a partir de las categorías de análisis seleccionadas por el grupo investigador, se generó la triangulación de las categorías dando respuesta a la pregunta planteada en el problema. Los investigadores al inicio de la recolección de datos esquematizó la entrevista semiestructurada en tres categorías: Percepción general del cumplimiento de la estrategia por parte de los actores y pacientes, interacción de los actores involucrados en la estrategia y ejecución de la estrategia.

Se tomó como referencia el concepto de análisis de la teoría emergente según Glaser y Strauss (1967) que define muestreo teórico como “ un proceso de recogida de datos para generar teoría a partir del que el analista a un tiempo recoge, codifica y analiza sus datos y decide qué nuevos datos debe recoger y dónde debe encontrarlos” (Rodríguez G, Gil J, García E, 1996) por lo que el grupo investigador reafirma las categorías seleccionadas al inicio de la recolección de datos debido a que dan respuesta al problema de investigación.

Cuando se inició el proceso de codificación, de los datos recolectados en las entrevistas aplicadas a los actores, surge la necesidad de sub clasificar las tres categorías seleccionadas con el fin de poder realizar un análisis detallado de las percepciones encontradas en las entrevistas, decisión que esta conceptualizada por los investigadores Bliss, Monk y Ogborn (1983) quienes: “proponen un sistema de redes mediante las cuales tratan de clarificar y presentar las distinciones que delimitan a las diversas categorías consideradas en el análisis del material cualitativo, las cuales a su vez pueden estar subdivididas. Para ello usan una

notación precisa, con la que indican nombres de categorías, subdivisiones de éstas, diferencias, circunstancias, restricciones”. (Rodríguez G, Gil J, García E, 1996)

Para poder evaluar la estrategia, decidimos utilizar la teoría de redes ya que nos permitió hacer un análisis profundo de los vínculos entre los actores, de las consecuencias de tener una determinada posición dentro de la red, cuales son los nodos dentro de la red y como son sus conexiones.

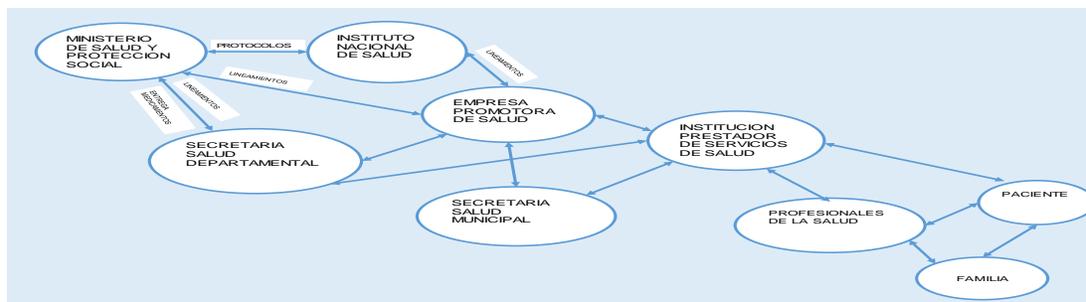
Tabla 5

Triangulación hermenéutica elaborada por las investigadoras

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	FUENTE
Percepción general de la estrategia	Experiencia personal de los actores con la estrategia.	Entrevista semiestructurada
	Experiencia profesional de los actores con la estrategia.	
	Experiencia de los entes territoriales con la estrategia.	
Interacción de los actores involucrados en la estrategia.	Aplicación de los instrumentos usados para la implementación de la estrategia.	
	Cumplimiento de las acciones de los diferentes actores frente a los instrumentos de la estrategia.	
	Implementación de estrategias de abogacía, comunicación y movilización social.	
Ejecución de la estrategia.	Accesibilidad durante la atención.	
	Calidad de la atención.	
	Oportunidad en la atención.	

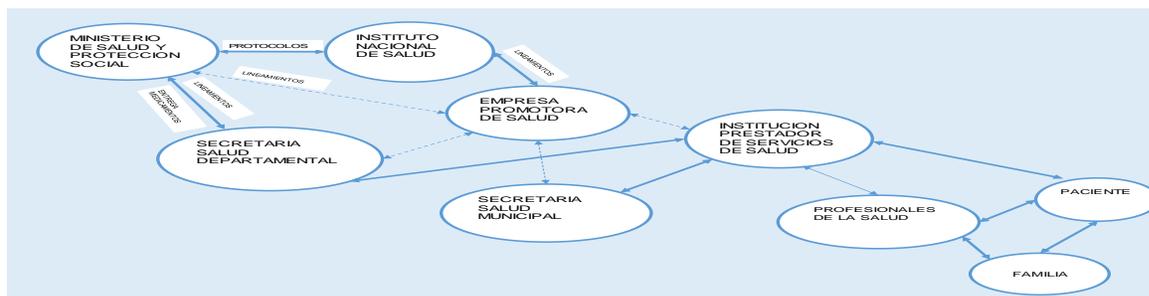
Fuente: elaborado por las autoras.

Gráfica 1

Red de servicios implementación plan estratégico Tuberculosis

Fuente: elaborado por las autoras.

Gráfica 2

Red de servicios implementada del plan estratégico Tuberculosis

Fuente: elaborado por las autoras.

La estrategia como esta implementada muestra que el nodo más conectado debería ser la entidad administradora de planes de beneficio (EAPB), ya que su razón de ser es garantizar el acceso a los diferentes niveles de la atención primaria en salud, como se evidencia en la gráfica No 1.

En la gráfica No 2, se evidencia que realmente el nodo más conectado son las IPS, especialmente las de primer nivel de atención en salud, ya que son las que aplican las directrices de las entidades rectoras, a través de las guías de práctica clínica y circulares,

hacen búsqueda activa y captación de sintomáticos respiratorios, seguimiento a contactos y supervisión del tratamiento, notificación al sistema información SIVIGILA, EPS, Entidades territoriales para vincular a estas personas con los programas sociales.

Percepción General de la Estrategia

La percepción general de la estrategia por parte del Ministerio de Salud y Protección Social, el INS, entidades departamentales, entidades territoriales, IPS es que fue buena y exitosa, permitió una línea de trabajo por cinco años, se lograron implementar diferentes acciones que repercutieron en mejorar el programa. Se trabajó en la capacitación del recurso humano en salud, lo cual reconocen y agradecen los profesionales. Los pacientes no conocen la estrategia con ese nombre, pero reconocen las acciones que llevan a cabo las IPS y las secretarías de salud, agradecen el seguimiento, que lo interpretan como la preocupación que sienten por ellos y el deseo de que terminen el tratamiento y se curen.

Los médicos entrevistados no hablan de la estrategia en conjunto, sino que conocen el programa y lo que debe hacer la IPS. Relataron que han tenido pacientes, que están empoderados en la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios porque ahí está la génesis del éxito de la estrategia.

Todos los entes están de acuerdo que una de las fortalezas del programa es que los medicamentos sean suministrados por el Estado ya que eso garantiza oportunidad, calidad y desaparecen las barreras administrativas que tienen los pacientes con otras enfermedades.

Todos los pacientes manifestaron haber iniciado el tratamiento máximo tres días después de ser diagnosticados, lo cual es un éxito para el programa. Es una enfermedad a la cual se le hace un seguimiento por parte de los diferentes actores y eso hace que se trabaje en redes que se articulan en torno al paciente, creando vínculos fuertes. Se detectaron redes de mundo pequeño que hacen posible el cambio de estilos de vida, los pacientes manifiestan que se deben cuidar porque la enfermedad es muy dura y el tratamiento es largo y genera molestias entonces ellos terminan haciendo elecciones racionales que los benefician a ellos y a su entorno.

Un coordinador del programa a nivel Departamental manifiesta que por experiencia personal se debe fortalecer la atención primaria. Los eventos de salud pública, las actividades de promoción y detección y las actividades colectivas no deben ser parte del sistema de aseguramiento, deberían ser manejadas por el estado, porque a nadie más que al estado le interesa la salud pública. Se debería descontar esta parte de dinero de la UPC y dejarle a las EPS la prestación de servicios y al estado la salud pública.

Interacción de los actores involucrados en la estrategia

En opinión del personal de salud, de las Secretarías de Salud y el INS el actor que no se articula como debería ser en la mayoría de los casos son las EPS, que no están garantizando el acceso a tecnologías en salud que están cubiertas en el POS como lo son las pruebas moleculares y cultivos y que están incluidas en las circulares que dan el lineamiento para el

manejo de la enfermedad. Las entidades departamentales manifiestan que se debe articular el programa de tuberculosis con otros programas como salud mental, ya que el paciente y su familia pasan por una situación que no es fácil y que debe ser atendida integralmente.

En general hay una buena articulación entre los actores y el paciente, se trabaja en redes lo cual lleva a que se logre adherencia al tratamiento ya que si se logra involucrar a la familia y a la comunidad es mayor la posibilidad de tener éxito. En los casos de población vulnerable falta trabajar ya que como con el habitante de calle, que tiene unas condiciones especiales que incluyen abuso de sustancias psicoactivas (SPA) en algunos casos, la higiene personal es deficiente, son socialmente rechazados, hay deterioro físico, desnutrición, su vivienda es la calle lo cual no les da calidad de descanso, no tiene redes de apoyo, y además las entidades territoriales no tienen sitios en los cuales los puedan albergar y mejorar sus condiciones de vida para brindarle las necesidades básicas insatisfechas que le hagan la vida más fácil y le ayuden a soportar el tratamiento y no abandonen. Por lo que se deben georeferenciar e implementar estrategias intersectoriales e interdisciplinarias en las cuales se logre convencer de las ventajas de hacer el tratamiento. Los albergues deben ser diseñados para que esta población vaya cuando necesite descansar, cuando se sienta mal por el tratamiento; allí se les debe brindar alimentación, vivienda y acceso a un baño, pero no se les puede obligar a permanecer allí todo el tiempo ya que esto hace que no quieran acudir a estos sitios.

El Ministerio de Salud y Protección Social reconoce el apoyo del INS ya que esta interacción entre los dos entes ha logrado actualizaciones sobre el manejo programático,

protocolos. Pero se reconoce que están en deuda de actualizar la guía de manejo, a pesar de que a través de las circulares se ha hecho la adopción de nuevos esquemas, medicamentos y tecnologías.

Los médicos manifiestan que la guía y los protocolos son fundamentales, son el punto de partida, “son nuestra biblia”, es una patología a la cual hay adherencia total y no hay la discusión que el manejo debe ser el que le enseñaron en las diferentes escuelas en las cuales se formaron.

Respecto a movilización social se tiene una deuda en este aspecto ya que lo que se alcanzó a hacer fue muy poco, se trabajó una pieza comunicativa específica para la zona pacífica con lenguaje y música propias de la región. Pero no se logró difusión a nivel nacional como lo han hecho otros programas como el programa ampliado de inmunizaciones (PAI). En el Tolima la estrategia utilizada fueron programas radiales con participación en vivo de la comunidad en general, estudiantes, entes municipales y un equipo robusto por parte de la secretaria de salud del Departamento que daba respuesta y educación a la comunidad.

Los profesionales de la salud entienden la movilización social como la educación y seguimiento al paciente y sus contactos que hace la IPS. Por el contrario, el paciente cree que esta parte de movilización social es la inclusión de los diferentes programas de ayuda social que ofertan los municipios.

Ejecución de la estrategia

La estrategia DOTS/ TAES establece que el tratamiento debe ser supervisado, así se garantiza que el paciente no se sienta solo y se adhiera. Se encontró un paciente al cual se le pusieron barreras de acceso, no se le entregaba el medicamento sino llevaba el agua para tomarlo. Esto es algo que debe revisar la IPS ya que se debe garantizar que los pacientes terminen el tratamiento. La IPS debe tener en cuenta las condiciones de vida, de vulnerabilidad y el entorno en el cual se mueve y así evitar el abandono.

Los pacientes manifiestan que no tienen seguimiento por parte de la EPS, el seguimiento lo hace la IPS y la Secretaria de Salud. Se debe hacer un seguimiento por parte de los entes de control a las EPS para que cumplan con su obligación dentro de la estrategia.

En cuanto a la calidad de la información se observó que se debe mejorar por parte de las unidades primarias generadoras de información el registro ya que al hacer cruce de información del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), estadísticas vitales, SIVIGILA, hay grandes diferencias.

Los pacientes manifiestan que una vez diagnosticados la atención fue buena y oportuna en las ayudas diagnosticas por parte de la IPS. Solo en el caso de la recaída se evidencio que la primera vez que fue diagnosticada no se le dio la información clara sobre la enfermedad, no se le hizo seguimiento a la familia y terminaron contagiados el 50% de los miembros de la misma ocasionando que en el momento de la entrevista ningún adulto trabajar Tampoco

tuvieron apoyo del ente territorial, alcaldía en la inclusión en programas de ayuda social, solo encontraron apoyo en la Secretaria Departamental que como estrategia de movilización social entrega bonos de ayuda alimentaria amarrados a que el paciente debe asistir a la totalidad del tratamiento para obtener el bono, esta estrategia se aplica en población vulnerable.

El ministerio ha fortalecido el programa incluyendo en el POS nuevas tecnologías con lo cual nos adherimos a las recomendaciones internacionales de manejo de la enfermedad. Sin embargo, si tiene dificultad en el cumplimiento por parte de las EPS ya que estas tecnologías no se encuentran disponibles en todo el país lo cual dificulta que a todos los pacientes se les realicen las pruebas moleculares y cultivos que se deberían hacer. Las entidades territoriales manifiestan que se la da prioridad a otros programas de salud pública como el programa materno infantil y el sintomático respiratorio pasa a un segundo plano. Los médicos y enfermeras manifiestan que las Barreras están en el tema de autorizaciones por parte de las EPS y no le hacen seguimiento al paciente, sino que solicitan reiteradamente información a las IPS. Tres de cuatro pacientes dice que los centros de atención en salud son distantes lo que aumenta el costo económico ya que deben asistir todos los días a la IPS a pie a causa de la enfermedad y por ser trabajadores informales debieron dejar de trabajar.

El ministerio de Salud y Protección Social generó la fórmula para calcular el número de sintomático respiratorios a captar en el año, esta meta se bajó al 50%, pero no quiere decir que se estén captando más pacientes, sino que se están buscando menos. Para el ente departamental las EPS no conocen la meta de sintomáticos respiratorios que tienen en el año y muchas no realizan la demanda inducida. Por parte de las entidades territoriales se evidencia

desarticulación en la captación y atención inicial del sintomático respiratorio, ya que encuentran trabas administrativas y los actores EPS e IPS no están teniendo en cuenta el riesgo que significa dejar de atender un sintomático respiratorio que puede ser captado y curado si se les brinda atención priorizada.

Cumplimiento cuantitativo Indicadores

El porcentaje de casos nuevos ha venido aumentando lo cual nos habla de dos escenarios, que la captación de pacientes ha aumentado, pero también que no se ha podido controlar la enfermedad. Si se incrementaran las acciones de búsqueda posiblemente se detectarían más casos, sobre todo en población vulnerable para la enfermedad y no llegaríamos a diagnósticos tardíos, que es lo que está sucediendo en los terceros niveles, en las UCI.

Las EAPB deberían estar más comprometidas con la demanda inducida, deben cumplir con el plan de beneficios que están obligadas a brindar, en la medida en que cumplan, la incidencia va a bajar. Ellas deben garantizar el acceso a las instituciones de salud con oportunidad y calidad en la atención. Hay consenso entre los actores de que hay una gran falencia en la demanda inducida. Los pacientes manifiestan que no fueron canalizados y en uno de los casos el diagnóstico fue intrahospitalario en UCI, cuando esta enfermedad es de manejo de primer nivel.

Se debe fortalecer la atención primaria. Los eventos de salud pública, las actividades de promoción y detección y las actividades colectivas no deben ser parte del sistema de

aseguramiento, deberían ser manejadas por el estado, porque a nadie más que al estado le interesa la salud pública. Se debería descontar esta parte de dinero de la UPC y dejarle a las EPS la prestación de servicios y al estado la salud pública.

Sería una fortaleza que el recurso humano no tuviera una alta rotación en las IPS ya que se capacitan, se evalúan con adherencia a guías y se sienten estimulados con la capacitación continua que hace el Ministerio, y las Secretarías de Salud sobre tuberculosis (TB).

No se encontró información que analice los factores que desencadenaron la muerte como primera causa tuberculosis y que permita analizar la información que tienen las direcciones de salud locales y departamentales del país, con el fin de tomar medidas y hacer seguimiento a este indicador y si es necesario a los planes de mejora que salgan del análisis.

Según la OMS se necesita examinar 55 sintomáticos respiratorios para encontrar un caso de tuberculosis pulmonar, con baciloscopia (BK+). En este aspecto no se evidencio si la baja tasa de captación obedeció a falta de capacitación o entrenamiento o a falta de compromiso por parte de los profesionales de la salud.

Es un factor positivo el hecho de que los medicamentos para el tratamiento de la TB sean monopolio del estado, lo cual le garantiza al paciente que le van a ser suministrados con

oportunidad y calidad. Un actor departamental manifiesta que si estuvieran a cargo de las EPS la tasa de éxito sería muy baja, se aumentaría la incidencia y la mortalidad.

Llama la atención que el 2,1 % de la residencia esta en niños hasta los 14 años. Lo cual nos habla de deficiencia en el seguimiento a contactos de pacientes enfermos de tuberculosis. Se evidencia un alto porcentaje de pérdida del seguimiento lo cual hace que la vigilancia a la farmacoresistencia no sea tan exitosa.

Se evidencia una vigilancia compartida entre VIH y TB, se muestran avances que son favorables para este tipo de pacientes. Aunque no se cumplió la meta, si se puede ver el compromiso por parte del personal de salud de hacer un manejo integral del paciente ya que la TB aumenta la carga viral lo cual acelera el progreso de la enfermedad y puede llevar a que el paciente termine con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y a la muerte.

La meta de niños a vacunar se hace con base a proyección DANE, histórico de evaluación de coberturas y la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA). Por esta razón es que en algunos municipios no se logran las coberturas esperadas porque no nacen la totalidad de niños que se proyectaron.

CONCLUSIONES

Respecto a las comorbilidades es un tema que se debe trabajar más en el país como es el caso de la diabetes, debido a que presentan deterioro de las defensas y son un grupo con mayor riesgo para desarrollar la tuberculosis. La asociación TB – Diabetes tiene un impacto en mayor incidencia, desenlaces fatales y recaídas. En Colombia el INS dentro de su protocolo de vigilancia en salud pública. Tuberculosis, resalta la diabetes como un factor de mayor susceptibilidad para desarrollar la infección, pero si se revisa la Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en población mayor de 18 años, la diabetes no es un criterio a tener en cuenta. Se debería revisar esta guía y ser incluida en la historia clínica el tamizaje para así poder captar estos pacientes tempranamente ya que esta asociación puede contribuir al resurgimiento de la tuberculosis en zonas que tiene baja incidencia actualmente.

La calidad del registro del dato por parte de las unidades generadoras de información del país debe mejorar para así tener datos reales que puedan ser analizados, ya que, si comparan datos de registro único de afiliados (RUAF), SIVIGILA y DANE hay diferencias significativas.

La tuberculosis está presente en todos los departamentos del país, los prestadores de servicios de salud y los aseguradores se deben comprometer a identificar los casos sospechosos. A estos casos se les deben realizar baciloscopias y cultivos.

Se deben incrementar las acciones de búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en la PPL y se esperaría que aumenten el número de casos en los siguientes años ya que son una población vulnerable y que estuvo desprotegida por el sistema de salud que lo cubría.

La captación de sintomáticos respiratorios debe ser hecha en la consulta médica, por lo cual debe ser un ítem de obligatoria valoración y registro en la historia clínica y en campo se debe hacer búsqueda activa en población vulnerable colegios y jardines para la población menor de 15 años, indígenas, la población privada de la libertad, habitantes de calle, desplazados, trabajadores de la salud y centros psiquiátricos.

Se requiere un enfoque estratégico el cual debe incluir capacitación y motivación a los trabajadores de la salud, para así lograr una identificación adecuada de las personas que son candidatas a baciloscopia y búsqueda en grupos poblacionales vulnerables.

Se evidencia que no hay fortaleza por parte del personal de salud en la solicitud de cultivos y pruebas de sensibilidad a fármacos en los casos de infección con VIH según la Guía de Atención Integral de la Tuberculosis, la Circular 058 de 2009 y la Circular 007 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. Y por parte de las EPS autorizarlos y garantizar que se realicen. Ya que el éxito terapéutico está por el 50%.

Las entidades territoriales dentro de las rutas integrales de atención en salud (RIAS) tienen un papel fundamental y es que deben articular las respuestas sectoriales y transectoriales que necesita la población. En el caso de la TB, hay factores de riesgo que son asociados a

carencias y deterioro socio económico como la desnutrición, el hacinamiento, viviendas con poca ventilación, cárceles que no cumplen con normas de infraestructura y con sobre población, allí las entidades territoriales deben actuar y proteger a la población más vulnerable.

Se concluye que las EPS consideran que las actividades de salud pública son responsabilidad del Estado, le delegan toda la responsabilidad de la captación y del seguimiento del paciente a las IPS públicas. A pesar que está claro que las ayudas diagnosticas como los son las pruebas moleculares están incluidas en el POS y es responsabilidad suya garantizar el acceso a ellas, muchas argumentan que la enfermedad es de interés en salud pública y no es su obligación cubrirla. Estamos de acuerdo con la opinión expresada por un entrevistado en que la salud pública y las actividades de promoción y detección deben ser cubiertas por el estado en cabeza del Ministerio de Salud y Protección Social y de las secretarías de salud departamentales y distritales que son expertas en el tema y junto con las IPS públicas tienen el conocimiento y el compromiso con el paciente. El porcentaje de dinero de la UPC que está destinado a estas actividades sería descontado a las EPS y ejecutado por los hospitales públicos con la supervisión de los departamentos y distritos.

La descentralización de la salud ha sido buena en algunos aspectos, pero ya que el estado es el garante de la salud pública debería tener a cargo todas las enfermedades de interés en salud pública. En el programa de tuberculosis la percepción de todos los actores entrevistados es que el programa funciona porque el Ministerio compra y suministra los medicamentos,

siempre están disponibles, la entrega es oportuna y porque las IPS públicas conocen el manejo y al paciente se le garantiza la continuidad del tratamiento, se encuentran barreras administrativas es en las EPS que no son oportunas con las autorizaciones de servicios de segundo o tercer nivel que necesitan por esta patología e imposibilitan el cumplimiento del protocolo.

REFERENCIAS

- Amita, G. (2015). *Tuberculosis in Pregnancy*. Obtenido de Maryland Department of Health & Mental Hygiene. State Center for TB Control and Prevention : https://phpa.health.maryland.gov/OIDPCS/CTBCP/CTBCPDocuments/Gupta_Tuberculosis%20and%20Pregnancy_MDHMH_March%2026%202015.pdf
- Augusto, O. S. (2014). Tuberculosis en Colombia, de la historia al entendimiento de la enfermedad. *Med UNAB*, 127-142.
- Castiblanco C. A. (2008). *Revista de la Asociacion Colombiana de Infectologia, año 2006*, 159-173.
- DANE. (2015). www.dane.gov.co. Obtenido de <http://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/defunciones-no-fetales>
- Elina D, Perrone E. (1999). Redes en Salud Funcion. 20(3): 1-20 Recuperado de <https://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/Redes%20en%20salud.pdf>
- Fadul Santiago Perez, M. L. (2016). *Protocolo de Vigilancia en Salud Publica*. Bogota: INS.
- Fontalvo-Rivera D, G.-C. D.-A. (2014). Análisis de la política para el control de la tuberculosis en Colombia. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 775-780.
- Gobernacion Boyaca, D. T. (2016). *Micobacterias informe del Evento de Tuberculosis y Lepra Semana 1 a la semana 26 de 2016 Boyaca*. Boyaca.
- Rodríguez G, Gil J, García E. (1996) Metodología de la investigación cualitativa, 20 (1-37) Ediciones Aljibe. Granada (España). 1996. Recuperado de <http://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>
- Hernandez Sampieri, R., & Fernandez Collado, C. y. (2010). *Metodologia de la invetigacion*. Mexico: Mc Graw Gil.
- Hospital, e. (2015). *Min Salud de Colombia destaca dos nuevos metodos contra la Tuberculosis*. Obtenido de www.elhospital.com/temas/MinSalud-de-Colombia-destaca-dos-nuevos-metodos-contra-la-tuberculosis+103871
- Instituto nacional de Salud (2010). *Informe de Evento: Comportamiento de la notificacion de tuberculosis Colombia, semana 1-52, 2010 periodo 13*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2011). *Informe de evento: comportamiento de la notificacion de tuberculosis Colombia, Semana 1-52 de 2011.Periodo 13 cierre*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2012a). *Informe de evento: comportamiento de la notificacion de tuberculosis Colombia, Semana 1-52 de 2012-cierre*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2012b). *Informe de la prueba piloto e implementacion de la vigilancia en salud publica del evento tuberculosis farmacorresistente año 2012*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2013). *Informe del evento tuberculosis año 2013*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2013). *Informe Final tuberculosis farmacorresistente Colombia, 2013*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2013). *Informe Quincenal Epidemiologico Nacional*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2013). *Lineamientos para el manejo programatico de pacientes con Tuberculosis Farmacorresistentes*. Bogota: MINSALUD.
- Instituto nacional de Salud (2013 Volumen 18. Número 15). *Informe Quincenal Epidemiologico Nacional*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. Obtenido de <http://www.ins.gov.co:81/iqen/IQUEN/IQUEN%20vol%2018%202013%20num%2015.pdf>

- Instituto nacional de Salud (2014). *Informe final tuberculosis farmacorresistente Colombia, 2014*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2014). *Informe Final Tuberculosis, Colombia, 2014*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2015). *Informe final del evento de tuberculosis farmacorresistente, Colombia, 2015*. Bogota: INS.
- Instituto nacional de Salud (2015). *Informe Final del evento Tuberculosis, Colombia*. Bogota.
- Instituto nacional de Salud (2015). *Informe final del evento tuberculosis, Colombia 2015*. Bogota: INS.
- Ministerio de salud y protección Social (2010). *Plan Estrategico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la expansion y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB*. Bogota: Ministerio de Salud y Proteccion Social.
- Ministerio de salud y protección Social (2013). <https://www.minsalud.gov.co/>. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimension-vidasaludable-yenfermedades-transmisibles.pdf>
- Ministerio de salud y protección Social (2015). www.minsalud.gov.co. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Expansion-de-nuevos-metodos-en-lucha-contra-la-tuberculosis.aspx>
- Ministerio de salud y protección Social (2013). *Entre la ciencia y la politica historica de la fiebre amarilla en el Socorro 1929*. Bucaramanga, Colombia: Direccion Cultural Universidad Industrial Santander.
- Molina Marin, G. y. (2008). *Políticas Publicas en salud: aproximacion a un analisis*. Medellin: Facultad Nacional de Salud Publica "Hector Abad Gomez" Universidad Antioquia.
- Organización Mundial de la salud (2015). *Guía para el monitoreo y la evaluacion de las actividades de colaboracion TB/VIH*. Ginebra: OMS.
- Pulido.D. y Cifuentes, L. (2015). *Analisis Situacional del programa de tuberculosis en las IPS publcas de cuatro municipios de Cundinamarca*. Obtenido de <http://repository.urosario.edu.co/handle/10336/10491>
- PUNDP. (2014). Obtenido de <http://www.undp.org/content/dam/undp/library/MDG/english/MDG%20Country%20Reports/Colombia/informeanualodm2014.pdf>
- Quispe Flores, L. E. (2011). Percepción de los pacientes del Programa de Control de Tuberculosis acerca del cuidado que brinda el personal de enfermería en el Centro de Salud "Carlos Protzel", Comas - Perú, 2010. *cybertesis*. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/1022>.
- Rodríguez DA, Gil NA, Vera NR. (2010). Situación de la tuberculosis en Colombia, 2007-2008, con énfasis en los casos pediátricos y su asociación con VIH. *Infectio*. 2010; 14(3): 195-205 195
- Sanchez Alvarez, J. G. (2011). Lucha contra la tuberculosis en Bogota: 1900-1946. *Rev. Salud. hist.sanid.on-line*, 36-50.
- SIGLO, E. N. (2015). *EL NUEVO SIGLO*. Obtenido de <http://www.elnuevosiglo.com.co/articulos/4-2015-colombia-golpea-la-tuberculosis>
- SISPRO. (2015). www.sispro.gov.co. Obtenido de <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesAsis/>
- Vera, N. (2015). Tuberculosis en Colombia. *Revista Nova et Vetera*, 1(1).
- Watts, D. (2006). *Seis grados de sepación. La ciencia de las redes en la era del acceso*. Barcelona: Paidós.

ANEXOS

Anexo 1 Entrevista entes rectores lideran política Ministerio de Salud y Protección Social, Instituto Nacional de Salud, Entes Departamentales, Ente Territorial, Entidad Promotora de Salud

Actor:

Fecha: dd/mm/aa:

Lugar de la entrevista:

Apreciado Doctor: Mediante esta entrevista se pretende percibir el cumplimiento de las metas propuestas en la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 a través de las experiencias vividas por los actores que intervienen.

Es para nosotros muy agradable estar con usted hoy, contar con su valiosa experiencia en el tema de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015, sabemos de su trayectoria en este campo, desde el ente rector departamental. Por esta razón, la comunicación de su percepción personal, de sus vivencias y experiencias es de suma importancia para el logro de los objetivos propuestos en esta investigación.

Con el fin de hacer de esta entrevista un momento valioso y satisfactorio para las partes, debemos tener en cuenta lo siguiente:

1. Le solicito muy respetuosamente, su consentimiento para grabar esta entrevista.

2. Toda la información obtenida a través de la entrevista será objeto de manejo estrictamente confidencial y utilizado exclusivamente por los investigadores con fines académicos.
3. Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, usted puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando encuentre motivo para ello.
4. La entrevista se iniciará sólo en el momento en que usted considere que las condiciones están dadas para hacerlo y tendrá una duración aproximada de media hora.

Dr. _____ buenas tardes, queremos conocer su vivencia frente a la aplicabilidad de estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015, en _____, pero antes quisiera conocer un poco más de su vida, quien es, que hace, cuánto tiempo lleva en la secretaria y más específicamente en el programa.

DATOS DE IDENTIFICACION

Nombre y apellidos

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Nivel de escolaridad:

Cargo:

Años de experiencia en el manejo de la estrategia de Tuberculosis:

PERCEPCION GENERAL DE LA ESTRATEGIA

1. ¿Cómo ha sido su experiencia profesional Frente a la aplicabilidad de la estrategia Colombia libre de Tuberculosis 2010 – 2015?
2. ¿Cuál ha sido su vivencia profesional (como referente) antes y después de la implementación de la estrategia Colombia libre de Tuberculosis 2010-2015?
3. ¿Qué piensa usted de la implementación en la estrategia Colombia libre de tuberculosis en el país y su relación con el Sistema de Salud vigente?

OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

4. ¿Qué opina usted frente a los objetivos propuestos por la estrategia libre de tuberculosis durante los años 2010-2015 en Colombia?
5. ¿Cómo influyen las decisiones, las orientaciones y estrategias administrativas de los diferentes actores en las acciones que usted desarrolla?
6. ¿Cuál es su percepción acerca de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 2015 implementada por el ministerio de la protección social?
7. ¿Cuál es su percepción frente al accionar de los diferentes actores que están involucrados en el cumplimiento de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?
8. ¿Cuál es su percepción respecto a la aplicación de las estrategias de abogacía, comunicación y movilización social?. Dígame cuales y como se implementaron.

INSTRUMENTOS USADOS PARA LA IMPLEMETACION DE LA ESTRATEGIA.

9. ¿Cuál ha sido su experiencia con respecto a los protocolos y guías para el cumplimiento de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?
10. ¿En su práctica como ente rector departamental, cómo ha visto la relación entre las normas y guías vigentes y las necesidades de salud de las personas?

ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DURANTE LA ATENCION

11. ¿Según su experiencia, cómo percibe el acceso a los servicios del programa de tuberculosis por parte de la población?
12. ¿Qué opinión le merecen las acciones de inducción a la demanda que desarrolla las EAPB para poner al servicio de la comunidad el programa de tuberculosis?
13. ¿Cómo percibe la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios en este programa?
14. ¿Qué opinión le merecen las actividades que desarrollan las EPS para garantizar el acceso al programa de tuberculosis?
15. ¿Cuál es su opinión acerca de las acciones que desarrolla la Secretaría de Salud para orientar y asesorar estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?
16. ¿Cómo aprecia usted la participación de los usuarios en las actividades que se desarrollan en la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?

17. ¿Qué nos puede contar acerca de las relaciones entre los agentes (profesionales y técnicos) de salud y las personas que se benefician de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?
18. ¿Considera usted que la Líneas Estratégicas de Trabajo y Actividades Generales implementadas en la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 cumplió con las 2 metas propuestas y por qué?

Toda la información que usted me ha dado es muy importante. Hay algo más que usted quiera comentarme sobre la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 a partir de su experiencia personal y como ente rector departamental de la estrategia.

Anexo 2 Entrevista: a personal médico, Enfermería de las IPS que tienen el programa de TB

Actor:

Fecha: dd/mm/aa:

Lugar de la entrevista:

Apreciado Doctor: _____ Mediante esta entrevista se pretende percibir el cumplimiento de las metas propuestas en la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 a través de las experiencias vividas por los actores que intervienen.

Es para nosotros muy agradable estar con usted hoy, contar con su valiosa experiencia en el tema de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015, sabemos de su trayectoria en este campo, desde el ente rector departamental. Por esta razón, la comunicación de su percepción personal, de sus vivencias y experiencias es de suma importancia para el logro de los objetivos propuestos en esta investigación.

Con el fin de hacer de esta entrevista un momento valioso y satisfactorio para las partes, debemos tener en cuenta lo siguiente:

5. Le solicito muy respetuosamente, su consentimiento para grabar esta entrevista.
6. Toda la información obtenida a través de la entrevista será objeto de manejo estrictamente confidencial y utilizado exclusivamente por los investigadores con fines académicos.

7. Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, usted puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando encuentre motivo para ello.
8. La entrevista se iniciará sólo en el momento en que usted considere que las condiciones están dadas para hacerlo y tendrá una duración aproximada de media hora.

Dr. _____ buenas tardes, queremos conocer su vivencia frente a la aplicabilidad de estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015, en _____, pero antes quisiera conocer un poco más de su vida, quien es, que hace, cuánto tiempo lleva en la secretaria y más específicamente en el programa.

Actor:

Fecha: dd/mm/aa:

Lugar de la entrevista:

Nombre y apellidos

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Nivel de escolaridad:

Cargo:

Años de experiencia en el manejo de la estrategia de Tuberculosis:

PERCEPCION GENERAL DE LA ESTRATEGIA

1. ¿Usted conoce la estrategia Colombia libre de Tuberculosis 2010 – 2015?
2. ¿Cuál ha sido su vivencia profesional con el programa de TB?
3. ¿Cómo ha sido su experiencia profesional Frente a la aplicabilidad de la estrategia Colombia libre de Tuberculosis 2010 – 2015?
4. ¿Ha tenido casos de TB en su consulta y cuál ha sido el manejo?

OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

5. ¿Qué opina usted frente a los objetivos propuestos en el programa de tuberculosis?
6. ¿Usted cree que las entidades rectoras en salud (Ministerio de Salud y Protección Social y Secretaria de Salud de Cundinamarca) cumplieron con sus obligaciones dentro de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010 - 2015?
7. ¿Usted considera que las decisiones, las orientaciones y estrategias administrativas de los diferentes actores en el programa TB influyen en las acciones que usted desarrolla?

INSTRUMENTOS USADOS PARA LA IMPLEMETACION DE LA ESTRATEGIA.

8. ¿Cuál ha sido su experiencia con respecto a los protocolos y guías para el cumplimiento de la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015?

9. ¿En su práctica como médico, cómo ha visto la relación entre las normas y guías vigentes y las necesidades de salud de las personas?

ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DURANTE LA ATENCION

10. ¿Según su experiencia, cómo percibe el acceso a los servicios del programa de tuberculosis por parte de la población?
11. ¿Qué opinión le merecen las acciones de inducción a la demanda que desarrolla las EAPB para poner al servicio de la comunidad el programa de tuberculosis?
12. ¿Cómo percibe la calidad de los servicios ofrecidos a los usuarios en este programa?
13. ¿Qué opinión le merecen las actividades que desarrollan las EPS para garantizar el acceso al programa de tuberculosis?
14. ¿Cómo aprecia usted la participación de los usuarios en las actividades que se desarrollan en el programa de tuberculosis?
15. ¿Qué nos puede contar acerca de las relaciones entre los agentes (profesionales y técnicos) de salud y las personas que se benefician del programa de tuberculosis?
16. ¿Cuál es su percepción acerca de la aceptabilidad de los pacientes hacia el tratamiento contra la TB y la adherencia al mismo?
17. ¿Ha tenido casos de multidrogoresistencia en pacientes con TB?
18. ¿Qué percepción tiene de cómo reaccionan los pacientes y sus familias que han sido diagnosticados con TB?

19. ¿Su institución hace un seguimiento a los pacientes con TB?
20. ¿Cómo se hacen las visitas de campo?
21. ¿Usted considera que hay algo que pueda mejorar la adherencia al tratamiento contra TB?
22. Toda la información que usted me ha dado es muy importante. Hay algo más que usted quiera comentarme sobre la estrategia Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 a partir de su experiencia personal y como ente rector departamental de la estrategia.

Anexo 3 Entrevista a paciente con diagnóstico de tuberculosis

Actor:

Fecha: dd/mm/aa:

Lugar de la entrevista:

Apreciado Señor: _____ Mediante esta entrevista se pretende percibir como ha sido la atención recibida durante su enfermedad tuberculosis, a través de las experiencias vividas por los actores que intervienen.

Es para nosotros muy agradable estar con usted hoy, contar con su valioso tiempo. Por esta razón, la comunicación de su percepción personal, de sus vivencias y experiencias es de suma importancia para el logro de los objetivos propuestos en esta investigación.

Con el fin de hacer de esta entrevista un momento valioso y satisfactorio para las partes, debemos tener en cuenta lo siguiente:

9. Le solicito muy respetuosamente, su consentimiento para grabar esta entrevista.
10. Toda la información obtenida a través de la entrevista será objeto de manejo estrictamente confidencial y utilizado exclusivamente por los investigadores con fines académicos.
11. Dado el carácter libre y voluntario de la entrevista, usted puede interrumpir el curso de la misma o responder selectivamente las preguntas planteadas cuando encuentre motivo para ello.

12. La entrevista se iniciará sólo en el momento en que usted considere que las condiciones están dadas para hacerlo y tendrá una duración aproximada de media hora.

Sr. _____ buenas tardes, queremos conocer su vivencia frente a la atención recibida por el personal salud, pero antes quisiera conocer un poco más de su vida, quien es, que hace.

Lugar de la entrevista:

Nombre y apellidos

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Nivel de escolaridad:

Fecha diagnostico TB.

PERCEPCION GENERAL DE LA ESTRATEGIA

1. Señor XXX, cuénteme como ha sido su experiencia con la tuberculosis
2. Hace cuanto tiene tuberculosis
3. La tuberculosis le ha afectado su vida familiar, laboral, y personal.

OBJETIVOS Y FUNCIONES DE LOS ACTORES INVOLUCRADOS

4. Como ha sido la atención brindada por el personal de salud del hospital donde ha recibido atención para tratar la tuberculosis.

5. ¿Cómo se enteró que tenía tuberculosis?
6. ¿Que conocía de la tuberculosis antes de ser diagnosticado?
7. ¿Cómo se sintió atendido por parte del personal de salud que estuvo a cargo de su atención.
8. Durante el tiempo que presento tuberculosis, su seguro médico se comunicó o apoyo para recibir el tratamiento

INSTRUMENTOS USADOS PARA LA IMPLEMETACION DE LA ESTRATEGIA.

9. ¿A usted le hicieron entrega de los medicamentos para su enfermedad y al cuanto tiempo de ser diagnosticado
10. ¿Usted está incluido en algún programa de ayuda social en su municipio?
11. ¿El tratamiento para la TB le fue suministrado en el hospital o el Centro de salud de su municipio?
12. ¿Las consultas, los controles, los laboratorios le fueron hechos y en qué hospital?
13. ¿Ha sido visitado en su vivienda por personal de salud para hacer seguimiento a su enfermedad?

ACCESIBILIDAD Y CALIDAD DURANTE LA ATENCION

- 14 ¿Cómo se sintió cuando se enteró que tenía tuberculosis?
- 15 ¿Cómo fue la atención recibida por parte del médico, enfermera y auxiliar de enfermería

- 16** Cuanto tiempo transcurrió desde que le informaron que tenía tuberculosis y la entrega de los medicamentos?
- 17** ¿Cuánto tiempo demora el traslado de su casa al Hospital donde recibió el tratamiento para la TB?
- 18** ¿Usted considera que hay algo que pueda mejorar la adherencia al tratamiento contra TB?
- 19** ¿El trato por el personal de salud cómo fue?
- 20** ¿Las explicaciones que le dieron en el hospital sobre la TB fueron claras, sencillas, de fácil entendimiento?
- 21** ¿Puede explicarme como adquirió la tuberculosis y que acciones realiza para cuidarse?
- 22** ¿Su familia está enterada que tiene tuberculosis?
- 23** ¿De quién ha recibido apoyo durante el tiempo del tratamiento de la tuberculosis?
- 24** ¿Toda la información que usted me ha dado es muy importante. Hay algo más que usted quiera comentarme a partir de su experiencia personal?