



**UNIVERSIDAD ESTATAL DE MILAGRO
UNIDAD DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

TÍTULO DEL PROYECTO

**ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTERSECTORIAL PARA LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO.
HOSPITAL EFRÉN JURADO LÓPEZ. GUAYAQUIL,
2018**

AUTORA: LIC. CARMEN ALEXANDRA SÁNCHEZ HERNÁNDEZ. ESP.

DIRECTOR DR. CARLOS GAFAS GONZÁLEZ

GUAYAQUIL, JULIO DE 2019 ECUADOR

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente hago constar que soy el tutor de la Lic. Carmen Alexandra Sánchez Hernández, con el trabajo titulado: **ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO. HOSPITAL DEL DÍA “EFRÉN JURADO LÓPEZ”**. GUAYAQUIL, 2018, y APRUEBO su sustentación ante el jurado que se designe

Milagro, a los 28 días del mes de junio del 2019



Dr. Carlos Gafas González
CI: 1756344519

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

El autor de esta investigación declara ante el Consejo Directivo de la **UNIDAD DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA. MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA** de la Universidad Estatal de Milagro, que el trabajo presentado es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona, salvo el que está referenciado debidamente en el texto; parte del presente documento o en su totalidad no ha sido aceptado para el otorgamiento de cualquier otro Título o Grado de una institución nacional o extranjera.

Milagro, a los 28 días del mes de junio del 2019



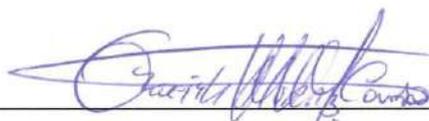
Lic. Carmen Sánchez Hernández

CI: 0909004400

CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA

El TRIBUNAL CALIFICADOR previo a la obtención del título de **MAGISTER SCIENTARUM EN SALUD PÚBLICA** otorga al presente Informe Final de investigación las siguientes calificaciones:

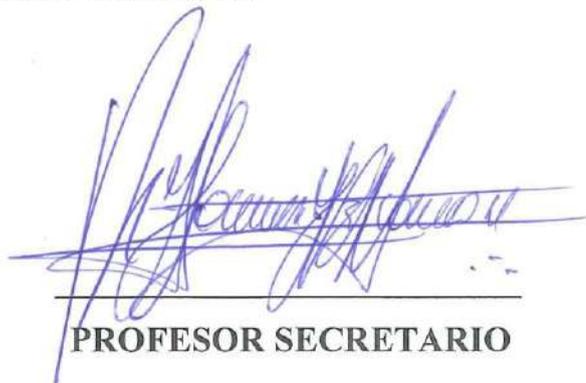
MEMORIA CIENTIFICA	(52,66)
DEFENSA ORAL	(40,00)
TOTAL	(92,66)
EQUIVALENTE	(M.B.)



PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



PROFESOR DELEGADO



PROFESOR SECRETARIO

DEDICATORIA

Este trabajo es fruto de muchos retos que me he trazado en mi vida profesional, ser parte del equipo de trabajo del Centro de Atención Ambulatoria 210 del IESS, en el que implementar DOTS en el IESS, era difícil, pero no imposible y en el 2008, invitada por el Dr. Juan Proaño y la Dra. Rocío Parada de Thomas, se realiza la Alianza Público Privada, y se forma un equipo exitoso de profesionales como no recordar a Lic. Gissella Salazar, a los Dres. Roberto Calderón, José Desiderio del ahora Hospital del Día “Efrén Jurado López”, nos integramos al equipo de trabajo del Programa Control de Tuberculosis de la provincia del Guayas, para trabajar y unir esfuerzo, la dedicación, entrega y humanización por los pacientes que padecen de tuberculosis fue nuestro compromiso, todavía falta mucho por hacer, anhelo contribuir con mi conocimiento y con nuevas estrategias para disminuir o erradicar esta enfermedad que es un problema de Salud Pública y Social.

Para todos ustedes que padecen de Tuberculosis los invito a NO abandonar el tratamiento solo así garantizaremos que no aumentará la drogorresistencia y así seremos:

“ECUADOR LIBRE DE TUBERCULOSIS”.

Carmen Sánchez Hernández

AGRADECIMIENTO

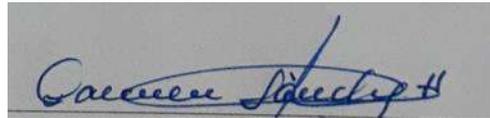
A nuestro Padre Celestial por ser tan maravilloso por este proyecto de vida lleno de oportunidades, por haberme dado salud para lograr cristalizar todo lo propuesto.

- A mi columna vertebral que es mi madre Ana Hernández Veloz, siempre dispuesta a apoyarme en mis metas.
- A mi esposo por ser incondicional y siempre estar junto a mí.
- A mis hijos por ser mi horizonte y motivación.
- A mi tutor Dr. Carlos Gafas González, quien siempre me recibió en largas jornadas de trabajo, para la culminación de mi tesis.
- A los coordinadores y docentes de la Maestría de Salud Pública, por hacer mi sueño una realidad.
- A las autoridades del Hospital del Día “Efrén Jurado López “, por permitirme realizar esta investigación y apoyarme al Dr. Fausto Heredia, Director Médico y Lic. Juanita Campos, Enfermera responsable del Programa.
- Al Equipo de trabajo de ACVENISPROH

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR**Doctor.****Fabricio Guevara****Rector de la Universidad Estatal de Milagro****Presente.**

Mediante el presente documento, libre y voluntariamente procedo a hacer entrega de la Cesión de Derecho del Autor del Trabajo realizado como requisito previo para la obtención de mi Título de Cuarto Nivel, cuyo tema fue **ESTRATEGIA DE GESTIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIFÍMICO. HOSPITAL DEL DÍA “EFRÉN JURADO LÓPEZ”. GUAYAQUIL, 2018**, y corresponde a la **UNIDAD DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA, MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA**

Milagro, 28 de junio del 2019



Lic. Carmen Sánchez Hernández

CI: 0909004400

INDICE GENERAL

ACEPTACIÓN DEL TUTOR.....	I
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	II
CERTIFICACIÓN DE LA DEFENSA	III
AGRADECIMIENTO	V
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR.....	VI
INDICE GENERAL	VII
RESUMEN.....	XI
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1.1 Problematización	3
1.1.2 Delimitación del problema	4
1.2 OBJETIVOS	5
1.2.1 Objetivo General	5
1.2.2 Objetivos Específicos	5
1.3 JUSTIFICACIÓN	6
MARCO REFERENCIAL	7
2.1 MARCO TEÓRICO	7
2.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS	7
2.1.2 ANTECEDENTES REFERENCIALES	8
2.1.3 FUNDAMENTACIÓN	10
2.2 MARCO LEGAL	16
2.3 MARCO CONCEPTUAL	18
2.6 HIPOTESIS Y VARIABLES	21
2.6.1 HIPOTESIS GENERAL	21
2.6.2 HIPOTESIS PARTICULAR	21
2.7 DECLARACIÓN DE VARIABLES	21
2..8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	21
MARCO METODOLÓGICO	23
3.1 Tipo y diseño de investigación y su perspectiva general.....	23

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	24
3.2.1 Característica de la población.....	24
3.2.3 TIPO DE MUESTRA.....	24
3.2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	24
Criterios De Exclusión.....	25
3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS	25
3.3.1. Método Teórico	25
3.3.3 Técnicas e instrumentos	25
5.1 TEMA.....	33
5.2 FUNDAMENTACIÓN	33
5.3 JUSTIFICACIÓN.....	33
5.4 OBJETIVOS.....	35
5.5 UBICACIÓN.....	36
5.6 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	36
5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA	36
5.7.1 ACTIVIDADES	37
5.7.2 RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO	37

ANEXOS

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Identificación de pacientes con tuberculosis en sintomáticos respiratorios 27

Tabla 2: Formas de tuberculosis en >15 años según sexo 29

Tabla 3: Casos Tuberculosis Pulmonar/VIHsegún sexo 29

INDICE DE FIGURAS

Gráfico 1: Detección de sintomáticos respiratorios.....	28
Gráfico 2: Caracterización de la tuberculosis.....	30
Gráfico 3: Pacientes Examinados por Baciloscopia. Método de Diagnóstico.....	31

RESUMEN

La diversidad de acciones integrales realizadas en el país para detener y revertir la incidencia de la tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública no resuelto. Ecuador ocupa el sexto lugar en la región de las Américas en el número de pacientes con tuberculosis y número de pacientes que presentan drogo-resistencia a los fármacos, debido a la falta de adherencia o abandono del tratamiento. El objetivo de la investigación es analizar la estrategia de tratamiento directamente observado, mediante acciones de gestión intersectorial dirigidas a la adherencia antiférmica en los individuos con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en el Hospital del Día Efrén Jurado López de la ciudad de Guayaquil, durante el período enero 2017 y enero de 2018. **Materiales y métodos:** Es de tipo cuantitativo, descriptivo de cohorte transversal, con una muestra de 96 pacientes con diagnóstico de tuberculosis de todas las formas. **Resultado:** La investigación evidencia que de acuerdo a la proyección esperada de pacientes atendidos en el Hospital del Día el 4% corresponde a pacientes Sintomáticos Respiratorios, sin embargo, la muestra examinada y diagnosticada que recibe atención es el 9%, a quienes se le aplica estrictamente la estrategia DOTS, la misma que garantiza obtener alta tasa de éxito y la más baja tasa de abandono. **Conclusiones:** Se identifica debilidades en la detección de Sintomáticos Respiratorios, la misma que debe ser aplicada en la atención de consulta externa del Hospital del Día “Efrén Jurado López, así se fortalecerá la búsqueda de casos enmascarados que no son identificados.

Palabras claves: Gestión intersectorial, Estrategia Tratamiento Directamente Observado, Tuberculosis.

ABSTRACT

The diversity of integrated actions carried out in the country to stop and reverse the incidence of tuberculosis continues to be a public health problem that has not been solved yet. Ecuador ranks sixth in the Americas region in the number of patients with tuberculosis and the number of patients that present drug-resistance to medications due to lack of or abandonment of the treatment. The objective of the analyze is to strengthen the strategy of the directly observed treatment through inter-sectorial management addressed to the antifimic adherence in individuals diagnosed with tuberculosis assisted at Hospital del Dia Efren Jurado Lopez in Guayaquil City during the period of January 2017 to January 2018. **Materials and methods:** It is of quantitative nature, descriptive of transversal cohort, with a sample of 96 patients with diagnosis of tuberculosis in all forms. **Results:** Research evidences that according to the expected projection of served patients in Hospital del Dia, 4% corresponds to Respiratory Symptomatic Patients, nonetheless, the examined and diagnosed sample that receives care is 9%, to whom the DOTS treatment system is applied, this guarantees to obtain the highest success rate and the lowest abandonment rate. **Conclusions:** Weaknesses in the detection of Respiratory Symptomatic patients are identified, this detection should be performed in the outpatient area of Hospital del Dia Efren Jurado Lopez, hence the search of disguised or nonidentified cases will be strengthened.

Key words: , Strategy directly observed, tuberculosis

INTRODUCCIÓN

La situación actual de la endemia tuberculosa constituye un problema de salud pública no resuelto, responsable de la elevada infección por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis* presente en la tercera parte de la población mundial.

Para enfrentar esta problemática global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis (UICT), promulgaron la implementación del Tratamiento Directamente Supervisado de Corta Duración (DOTS) estrategia que persigue detener la progresión de la tuberculosis.

En Ecuador, la estrategia DOTS inició en el año 2001 en las provincias del Azuay, Guayas y Pichincha, mediante la implementación del Proyecto de Fortalecimiento del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis, el cual fue financiado por la Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional y el Ministerio de Salud Pública (MSP), siendo ejecutada por la Asociación Canadiense del Pulmón, con el apoyo de la cooperación canadiense antes dicha, en el 2004 la estrategia DOTS se extendió a las provincias de El Oro, Manabí y Tungurahua; el que dos años más tarde pasó a ser financiado por el Fondo Mundial de Naciones Unidas, ampliando la cobertura de atención al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la Malaria, expandiéndose al resto de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública del país.

En el caso particular de la tuberculosis pulmonar positiva (TBK+), en el año 2016 se diagnosticaron 4533 casos a escala nacional, de los cuales el 65% se ubicaron en las provincias del Guayas, Manabí, Santa Elena y Esmeraldas (Ministerio de Salud Pública, 2016).

A pesar de la diversidad de acciones integrales realizadas en el país para detener y revertir la incidencia de la TBK+, la misma continúa siendo un problema de salud pública a resolver, en el que subyace un abanico de factores que favorecen esa persistencia, relacionados con la resistencia farmacológica, la co-infección, la falta de percepción del riesgo de enfermar y la baja adherencia terapéutica.

Según reportes ofrecidos por Fernández y Figueroa (2014), en la provincia del Guayas la problemática antes descrita se relaciona con una prevalencia de pacientes TBK+ en los que se identifica desconocimiento sobre las formas de prevención de esta entidad clínica. En el caso de los enfermos pertenecientes a la ciudad de Guayaquil, se reporta en los expedientes clínicos de los mismos un inadecuado estilo de vida, incorrecta alimentación, persistencia a la negación

de la enfermedad y marginación hacia el enfermo, lo que además de provocar disfunción familiar, genera abandono del régimen terapéutico.

La problemática antes descrita indica la necesidad de realizar esfuerzos de carácter multidisciplinarios que contribuyan al control de la enfermedad. En tal sentido, se ha considerado que el desarrollo de una estrategia de gestión intersectorial favorecerá al alcance de óptimos niveles de educación del paciente, su cuidador y/o responsable social en relación con la enfermedad, lo que beneficiará la administración del tratamiento antifímico directamente observado en los individuos con diagnóstico de TBK+ en el Hospital del Día Efrén Jurado López de la ciudad de Guayaquil y consigo una disminución de la multi-drogoresistencia en esos individuos.

Desde una mirada salubrista, los resultados de esta investigación podrán ser utilizados para el perfeccionamiento del quehacer asistencial y gerencial en la atención a este tipo de pacientes, lo que contribuirá a la apertura de un nuevo horizonte en la colaboración intersectorial ya que proyectará la labor de la investigación de campo, del plano asistencial al económico-social, con énfasis en el área del conocimiento dedicado a la atención al individuo TBK+, la que podría aplicarse a otros problemas de orden sanitario para la búsqueda de soluciones con participación intersectorial.

El capítulo primero denominado El Problema, está conformado por el planteamiento del problema, la formulación de la investigación planteada, la sistematización del problema, se halla también el objetivo general y cuatro objetivos específicos, se encuentra la justificación del problema, la delimitación del problema, la hipótesis del problema y por último la operacionalización de las variables.

En el capítulo segundo titulado Marco Teórico, se presenta los antecedentes de la investigación planteada, el Marco Teórico, el marco contextual, el marco conceptual y el marco legal.

El Marco Metodológico es el capítulo tercero, cuya estructura es el diseño y tipo de investigación, luego se haya la técnica e instrumentos de recolección de datos, la población y la muestra, los métodos de investigación, también los análisis e interpretación de los resultados por encuestas y por entrevistas, por último, la comprobación de la hipótesis. El análisis e interpretación de los datos se presenta en el capítulo cuatro, información recopilada en el programa control de tuberculosis, información obtenida de los registros del PCT – HEJL – IEISS. El Capítulo cinco desarrolla la propuesta donde se plantea el plan de ejecución.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Problematicación

Al analizar la problemática relativa a la tuberculosis en el mundo, puede apreciarse que esta, y su forma más común TBK+, constituyen un marcador de desigualdad que afecta preponderantemente a las poblaciones más vulnerables. Al decir de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la detención de la tuberculosis en América Latina y el Caribe constituye una necesidad, la cual es alcanzable a expensas del incremento de la voluntad política de los gobiernos y el apoyo de las estructuras comunitarias (ONU, 2018).

Lo antes dicho se sustenta en que cada año, unas 50,000 personas dejan de ser diagnosticadas por tuberculosis, no reciben tratamiento a tiempo o abandonan este, contagiando a otros y perpetuando la enfermedad. Al respecto, se estima que en el 2016 ocurrieron 23,226 muertes por esa causa y se registraron 222,750 casos (ONU, 2018).

En las Américas, los individuos con mayor vulnerabilidad de enfermar de tuberculosis son los diagnosticados con VIH, los que viven en las calles y en barrios marginales, las personas privadas de libertad, los que sufren de adicción y aquellos con acceso limitado a la atención de salud. En esta región, desde el año 2000 la tasa de incidencia por esa causa sólo ha disminuido en un 1,7% por año, estimándose la existencia de 27 casos nuevos por cada 100,000 habitantes (ONU, 2018).

En término de estimaciones, la OMS previó para Ecuador el diagnóstico de 8,400 casos nuevos de TB (51,6/100 mil habitantes) para el año 2015, de los que se notificaron 5215 casos (32,03/100 mil habitantes) cumpliendo el 62,08% de lo considerado. De lo reportado, 5097 correspondieron a casos nuevos y recaídas, y 118 a pacientes previamente tratados (MSP, 2018). De esa cifra, el 52% de todos los pacientes notificados en el país reciben atención en la provincia del Guayas (Expreso, 2019).

A nivel nacional y local, la prevención y el control de la TBK+ requieren de cambios estratégicos en el abordaje de la salud pública y de la APS, que permitan reordenar el alcance organizacional de la prestación de los servicios con enfoque en grupos vulnerables y/o con

factores de riesgo acorde a los ciclos de vida. Lo antes dicho se enmarca en la quinta recomendación realizada por la OPS para enfrentar la epidemia de tuberculosis en las Américas, la que indica la necesidad de realizar acciones dirigidas desarrollar iniciativa de control de la TB en grandes ciudades (OPS, 2018).

Desde esa visión preventiva, se ha considerado la necesidad de instrumentar una estrategia de gestión intersectorial para la adherencia al tratamiento antifímico, que contribuya al mejoramiento de la atención y consiga a la disminución de complicaciones asociadas a esta enfermedad, en los pacientes atendidos en el Hospital Efrén Jurado López, institución que presta servicios a un promedio trimestral de 253 pacientes sintomáticos respiratorios, de los que se reporta un 9% de confirmación de individuos TBK+, indicador que expresa fallas en el proceso de atención a este tipo de pacientes (Hospital del Día, 2017). Programa de Tuberculosis del Hospital del Día.

1.1.2 Delimitación del problema

LINEA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD: Salud Pública, medicina preventiva y enfermedades que afectan a la población.

LINEA DE INVESTIGACION DE LA MAESTRIA: Atención Primaria en Salud

OBJETO DE ESTUDIO: Tuberculosis Pulmonar de todas las formas.

UNIDAD DE OBSERVACIÓN: Pacientes del Programa Control de Tuberculosis **TIEMPO:** Periodo 2017-2018.

ESPACIO: Guayaquil-Ecuador

1.1.3 Formulación del problema

¿Cuáles son las estrategias de la gestión intersectorial adecuadas para la adherencia al tratamiento antifímico, de los pacientes que reciben atención en el Hospital del Día “Efrén Jurado López” en el período 2017 - 2018?

1.1.4 Sistematización del Problema

- ¿Cuáles son las Características de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis incluidos en el estudio, según variables sociodemográficas de interés investigativo?
- ¿Cuál es la oportunidad de diagnóstico de tuberculosis y la adherencia al tratamiento antifímico, en individuos confirmados?
- ¿Cuáles son las causas que provocan abandono del tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio?

- ¿Cuáles son las complicaciones asociadas al tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio?
- ¿Cuáles serían las acciones intersectoriales dirigidas a la adherencia terapéutica, como vía para el fortalecimiento de la estrategia de tratamiento directamente observado, en individuos con tuberculosis?

1.1.5 Determinación del Tema

El análisis de la gestión administrativa dirigido a la adherencia al tratamiento antituberculoso contribuirá a la disminución del abandono o la drogo-resistencia de pacientes TBK+ que reciben atención en el Hospital del Día “Efrén Jurado López”, en el periodo 2017 – 2018.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Analizar la estrategia de tratamiento directamente observado, mediante acciones de gestión intersectorial dirigidas a la adherencia antifímica en los individuos con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en el Hospital del Día Efrén Jurado López de la ciudad de Guayaquil, durante el período enero 2017 y enero de 2018.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar los pacientes con diagnóstico de tuberculosis incluidos en el estudio, según variables sociodemográficas de interés investigativo.
- Identificar la oportunidad de diagnóstico de tuberculosis y la adherencia al tratamiento antifímico, en individuos confirmados.
- Determinar las causas que provocan abandono del tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio.
- Establecer las complicaciones asociadas al tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio.
- Proponer acciones intersectoriales dirigidas a la adherencia terapéutica, como vía para el fortalecimiento de la estrategia de tratamiento directamente observado, en individuos con tuberculosis.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Desde el año 2001, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) en el Ecuador implementó la Estrategia DOTS, como recurso para contribuir al control de la enfermedad a nivel nacional. Para la consecución de lo antes dicho, el MSP debe desarrollar acciones de coordinación con otros proveedores de salud que permitan una adecuada adherencia antifímica, control, recuperación y vigilancia de la población afectada por tuberculosis, mediante convenios interinstitucionales que aseguren la administración del tratamiento de forma observada; lo cual constituye una *meta por alcanzar para la salud pública ecuatoriana*.

Engrosando el abanico de convenios específicos dirigidos al control de la enfermedad en cuestión, en el año 2008 el Centro de Atención Ambulatoria 210 del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Guayaquil se integraron a la RPIS, participando como piloto en la implementación de la Estrategia DOTS, accionar que les permitió alcanzar una alta tasa de éxito y baja tasa de abandono de tratamiento de tuberculosis mediante una metodología en la que se consideró el diagnóstico operacional, la elaboración de guías operativas y la determinación de escenarios de intervención, en los que se capacitaron profesionales de diferentes empresas y unidades hospitalarias para implementar DOTS en diferentes modalidades en: Salud Ocupacional, Consulta Externa, Medicina Preventiva, Dispensarios anexos al IESS, DOTS Laboral o ejecutivo que era en empresas que no contaban con un dispensario médico y DOTS Domiciliario para personas que presente incapacidad física para su traslado o para adultos mayores que no puedan cumplir con su tratamiento por diferentes circunstancias .

Lo antes dicho permitió el cumplimiento de la totalidad de los esquemas de tratamientos previstos, la interacción de los servicios de salud, usuario, familia y entorno laboral; así como el fortalecimiento del sistema de salud, la disminución del ausentismo laboral y el involucramiento empresarial en el PNCT con características de responsabilidad social.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 MARCO TEÓRICO

2.1.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La Paleopatología ha permitido encontrar los primeros hallazgos de tuberculosis en restos humanos; en el período Neolítico Paul Bartels, en 1907 analiza vertebras dorsales de un adulto y refiere que había destrucción parcial de la cuarta y quinta vertebra, esta deformidad cifótica angular tiene la característica del mal de Pott.

En el antiguo Egipto se hace referencia artística con malformaciones que se podría pensar en tuberculosis vertebral, en las momias se observó deformidades la misma que permite pensar en tuberculosis pulmonar. Sin embargo, en la antigüedad clásica a la tuberculosis se le da el nombre de tísico en la misma no se permitía la relación con una persona que en su familia haya un enfermo con tuberculosis.

En la Grecia Clásica hubo más casos de tuberculosis y Galeno precisa signos y síntomas como fiebre vespertina, sudoración, laxitud, dolor torácico y la hemoptisis y se recomendaba reposo, dieta abundante y largos viajes por mar. Sin embargo, en el siglo XVII como medida profiláctica dispone que se quemem todos los utensilios del paciente para erradicar la enfermedad.

En el siglo XIX marca la era de la muerte y el suicidio como liberación, se pensó que era una enfermedad hereditaria de ricos, mujeres y jóvenes, posteriormente las estadísticas evidenciaban que era una enfermedad de la clase obrera que laboran más de 12 horas lo que evidenció que esta enfermedad está en los pobres, marginales y personas vulnerables, considerada como una enfermedad indigna que la población oculta, se atemoriza y es motivo de vergüenza tener un enfermo en su seno familiar.

JAC Luna (2006) refiere, Robert Koch, descubre el bacilo tuberculoso el 24 de marzo de 1882, en sus continuas investigaciones considera que el origen de la enfermedad está en el aire y sirve como vehículo para las miasmas y después para los gérmenes vivos, se considera que hasta 8 horas puede vivir en el medio ambiente.

Bermejo y colaboradores (2007), en la investigación realizada sobre epidemiología de la tuberculosis refieren que en la actualidad la TB se considera un problema de salud pública de primera magnitud, constituyendo la causa de muerte más frecuente por agente infeccioso y

representando aproximadamente la cuarta parte de la mortalidad evitable en los países en desarrollo, en donde se registran la gran mayoría de los casos y de los fallecimientos.

Caminero Luna, (2006) también sostiene que la tuberculosis en el siglo XXI es la enfermedad infecciosa humana más importante, curable desde hace 50 años y prevenible desde hace varias décadas, se puede diagnosticar de la forma más sencilla y a menor costo se puede curar siempre que se tenga disciplina y responsabilidad en el tratamiento, además de llevar una dieta equilibrada para que sea bien tolerado el tratamiento.

2.1.2 ANTECEDENTES REFERENCIALES

La tuberculosis es una enfermedad de fácil transmisión, a pesar de la diversidad de acciones integrales realizadas en el país para detener y revertir la incidencia de la tuberculosis (TB), la misma continúa siendo un problema de salud pública no resuelto, debido entre otras razones a la co-infección existente entre esta y otras enfermedades, como ocurre con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). En tal sentido, según datos ofrecidos por el MSP, en el año 2018 un total de 910.000 personas con diagnóstico de VIH iniciaron tratamiento por infección por tuberculosis.

Esa misma fuente estimó 580.000 casos de tuberculosis multidrogorresistente (TBMDR), de los cuales se notificaron 125.000 infectados por esa causa, la cifra aumenta, los casos de TB, dejó de ser una enfermedad de la gente pobre, según los registros en el libro de casos de tuberculosis en las unidades de salud del IESS, reporta que la instrucción de la población enferma corresponde a segundo y tercer nivel de educación con prevalencia en docentes de escuelas y colegios, existe un alto número de pacientes diagnosticados, otro ejemplo de la gravedad de la incidencia se reporta a nivel de los trabajadores que se desempeñan en atención a clientes en bancos, en lugares que expenden alimentos y en personal de salud que cuidan o administran tratamientos a los pacientes en las unidades hospitalarias. Como antecedentes de referencia, los pacientes con síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis buscan la atención de su enfermedad seleccionando a un proveedor, público o privado puede variar de un lugar a otro dependiendo de la accesibilidad, aceptabilidad, costo y otros factores.

Todos los proveedores de salud pueden contribuir al control de la tuberculosis realizando detección, diagnóstico, referencia y derivaciones, tratamiento, notificación, considerando que el MSP, es por ley el órgano rector de las acciones de salud en el país y que el PCT., es la instancia normadora y reguladora de las acciones para el control de esta enfermedad. Alianzas Público-Privadas (2008).

En Ecuador otro factor determinante para el abandono de tratamiento es los costos de bolsillo del paciente o costos indirectos, debe de contar con recursos económicos para el traslado todos los días al centro de salud en ocasiones debe de ir acompañado de un familiar lo que para ellos es representativo, otra causa es la actitud del personal que los recibe, además de situaciones incómodas del sistema de salud como es el tiempo que debe de esperar hasta ser atendido o en ocasiones por falta de personal.

(Morales, 2015) también sostiene que la adherencia al tratamiento depende de la falta de dinero para trasladarse a tomar el medicamento, igualmente se refiere a la falta de comunicación cuando el personal responsable no está y el que lo subroga desconoce del proceso, además relata que en ocasiones el paciente sale con alta médica, pero al mismo no se logra hacer el seguimiento a los dos meses para catalogarlo como curado porque fallece por otras causas.

Como investigadora es importante evidenciar cuan milenaria es esta enfermedad que junto con el tratamiento no se ha podido controlar, menos erradicar. A pesar de que hoy en día se han revelado todos los métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad, sigue siendo un problema de salud social evidenciado, la cifra aumenta, los casos de TB dejaron de ser una enfermedad de la gente pobre, según los registros en el libro de casos de tuberculosis en las unidades de salud del IESS, reporta que en su población afiliada a nivel de docentes de escuelas y colegios existe un alto número de pacientes diagnosticados, otro ejemplo de la gravedad de la incidencia se reporta a nivel de los trabajadores de atención a clientes, y en lugares que expenden alimentos.

En los antecedentes de los términos de referencia, los pacientes con síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis buscan la atención de su enfermedad seleccionando a un proveedor, público o privado puede variar de un lugar a otro dependiendo de la accesibilidad, aceptabilidad, costo y otros factores.

Todos los proveedores de salud pueden contribuir al control de la tuberculosis realizando pesquisa, diagnóstico, referencia, tratamiento, notificación, considerando que el MSP, es por ley el órgano rector de las acciones de salud en el país y que el PCT., es la instancia norma dora y reguladora de las acciones para el control de esta enfermedad. Con la ampliación de cobertura, expansión de la estrategia DOTS en sospechosos y pacientes se incrementó en la detección de personas Sintomáticas Respiratorias

- 86 casos desde agosto a diciembre del 2008
- 19 casos de enero a marzo del 2009
- Se mejora el proceso de atención de personas con diagnósticos de tuberculosis

- Tiempos que transcurren desde que es identificado como SR hasta que recibe el tratamiento desde que se confirma su positividad hasta que se inicie la administración de los fármacos en 48 horas.
- Menor tasa de abandono.

En la experiencia obtenida esta investigación nos permitirá corregir estas debilidades de la estrategia del tratamiento directamente observado para garantizar la adherencia del tratamiento y así alcanzar el éxito del tratamiento, seguimiento y control de los pacientes que asisten al Hospital del Día “Efrén Jurado López”, con diagnóstico de tuberculosis.

2.1.3 FUNDAMENTACIÓN

La intersectorialidad es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida. FLACSO, 2015

Por otra parte, se puede decir que la coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta. Ministerio de Salud Chile, 2014

La gestión intersectorial, es el trabajo integrado entre varios organismos sociales, público y/o privados bajo las premisas de tres elementos bases como lo son: Educación para la salud, Servicios oportunos y accesibles, Ambientes físicos y psicológicos saludables; para garantizar la calidad de vida y la capacidad para actuar sobre los determinantes sociales de salud

La estrategia DOTS, surge desde 1993 como respuesta a la situación mundial de la tuberculosis, la Organización Mundial de la salud recomendó la implementación de la Estrategia DOTS/TAES, que significa Tratamiento Acortado Directamente Observado, la misma que va a estar dirigida exclusivamente para el control de la Tuberculosis

María Fernanda Terra y María Rita Bertolozzi en su estudio resalta que los significados sobre el Tratamiento con Supervisión (TS) son calificados como eficientes para controlar las dificultades de la no adherencia al tratamiento. y como una inversión para aumentar las tasas de curación y disminuir el abandono.

Sostenibilidad de la Estrategia DOTS.

- La estrategia del Tratamiento Directamente Observado cuenta con el compromiso político del estado.
- Garantiza el presupuesto necesario para proveer de fármacos, insumos, reactivos el control de la tuberculosis.
- Realiza, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos.
- El diagnóstico se lo realiza por medio de baciloscopias a todos los Sintomáticos Respiratorios detectados.
- La administración de los fármacos, se lo hace mediante la estrategia directamente observado que consiste en la deglución de las grageas, capsulas.
- El programa cuenta con un sistema de registro que permite evidenciar la información obtenida.

La Estrategia DOTS garantiza la curación, el éxito del tratamiento tendrá como resultado 0% de abandono de tratamiento.

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa del género causal *Mycobacterium tuberculosis*, es de alta propagación donde el reservorio es el ser humano, se pueden dar varias situaciones, dependiendo de la virulencia del bacilo y de la respuesta del sistema inmune.

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que afecta principalmente al parénquima pulmonar. También puede transmitirse en otras partes del cuerpo, incluyendo meninges, riñones, huesos y ganglios linfáticos.

Agente Causal.

El principal agente infeccioso, *Mycobacterium tuberculosis*, es un bacilo aeróbico acidorresistente que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y luz ultravioleta. En ocasiones se ha relacionado a *Mycobacterium bovis* y *Mycobacterium avium* con el desarrollo de infecciones tuberculosas. World Health Organization (2013).

La tuberculosis es un problema de salud pública en todo el mundo. Las tasas de mortalidad y morbilidad siguen en aumento. El World Health Organization (2013) *Mycobacterium tuberculosis* “más o menos a la tercera parte de la población mundial; es aún la principal causa de muerte por enfermedad infecciosa en el mundo y constituye la primera causa de muerte entre personas positivas al virus de la inmunodeficiencia humana” p.5. La tuberculosis fuertemente ligada con pobreza, desnutrición, hacinamiento, condiciones de vivienda deficientes y atención a la salud inadecuada.

Modo de Transmisión y Factores de Riesgo.

El World Health Organization (2013) explica que la tuberculosis se trasmite de persona a persona a través del aire. Cuando una persona infectada habla, tose, estornuda, ríe o canta, arroja gotitas (por lo regular de 1 a 5 μ de diámetro); las más grandes se asientan, en tanto que las pequeñas quedan suspendidas en el aire y son inhaladas por personas susceptibles.

Esta enfermedad se contagia debido a que se disemina en el aire y por ende al medio ambiente, los seres humanos necesitamos para subsistir, y por existir desconocimiento y desinformación sobre esta patología se da el contagio espontaneo en el entorno familiar, laboral y comunitario, ejemplo en una familia, si el padre de familia se contagia de tuberculosis, la persona próxima a enfermarse, es su esposa, sus hijos así se evidencia la cadena epidemiológica, además a personas que tengan contactos con el individuo enfermo y no toma medidas preventivas, a ello sumamos que por un TBK+ se contagian 10 a 15 personas.

La tuberculosis se considera una enfermedad de alto contagio, pero se convierte letal cuando no se sigue el tratamiento continuo por lo mismo se debe diagnosticar oportunamente e iniciar el régimen terapéutico de acuerdo a los protocolos establecidos por el Programa Control de Tuberculosis.

Diagnóstico de la Infección tuberculosa

Camineros (2017) revela en su estudio que se debe dar prioridad de diagnóstico a los enfermos afectados de TB porque son los que pueden morir por la enfermedad y la pueden transmitir. La prueba de tuberculina (PT), PPD o Mantoux se la utilizaba aproximadamente hace 15 años para el diagnóstico, la misma produce una hipersensibilidad cuando el individuo ya ha padecido la enfermedad o cuando ha recibido la vacuna BCG. El resultado se expresa en milímetros de indu-ración; y un diámetro ≥ 5 mm se considera positivo 5

Diagnóstico de la enfermedad tuberculosa

Desde el siglo XIX la enfermedad se la diagnosticaba por medio de la auscultación y por el cuadro clínico, la radiografía y las pruebas microbiológicas como la **baciloscopia**, se requiere evidencia de la presencia de *Mycobacterium tuberculosis* para confirmarlo, este consta de un extendido de esputo sigue siendo la prueba inicial a realizar ante la sospecha de TB por su rapidez, escaso costo, sencillez y por tener una clara relación con la contagiosidad del enfermo. Sin embargo, es una prueba tediosa con moderada sensibilidad, por lo que una baciloscopia negativa no excluye a la tuberculosis.

La sensibilidad de la baciloscopia es variable: 70-90% en TB con lesiones cavitadas; 50-70% en enfermos que solo presentan infiltrados en la radiografía de tórax; y menos del 50% en enfermos con nódulos pulmonares o en las distintas formas de TB extrapulmonar, la prueba denominada GeneXpert. Es una técnica sencilla y reproducible que consiste en una reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real; en un tiempo aproximado de 2 horas puede resultar positiva hasta en el 70% de las TB con baciloscopia negativa y cultivo positivo. Lo hace al detectar la presencia de ADN de *M. tuberculosis* en la muestra, pero a la vez también identifica los cambios en el ADN que pueden ser resistencia a la rifampicina.

De acuerdo a la Norma Técnica de Ministerio de Salud Pública se cumple el algoritmo Para su diagnóstico de TBP, primero, se debe solicitar dos BK, de acuerdo con el algoritmo para el diagnóstico de la TB de la GPC.

En SR con BK negativas y persistencia del cuadro clínico, es necesario realizar un diagnóstico diferencial, prescribiendo antibioticoterapia hasta por 15 días, y evitando el uso de fluoroquinolonas y aminoglucósidos. En caso de que el cuadro clínico persista, se debe solicitar dos BK más (tercera y cuarta muestra).

A la cuarta muestra, se realizará una BK, PCR en tiempo real Xpert/MTB/ RIF y un cultivo. Se aplicará el algoritmo correspondiente. Estos casos deben estar directamente supervisados por el médico acreditado del distrito y, en caso de requerir un nivel de mayor complejidad, se remitirán al Comité Técnico Asesor Interdisciplinario de TB nacional o zonal. Para el diagnóstico de TB en los SR de grupos vulnerables y/o con factores de riesgo (PVV, PPL, previamente tratados, contactos de TB R, talento humano en salud, alta sospecha clínica y/o radiológica de TB con BK (-) y menores de 5 años, embarazadas y adultos mayores), se solicitará dos BK, PCR en tiempo real Xpert/MTB/RIF, cultivo, Griess (BK+) y RX de tórax, debido a su mayor probabilidad de padecer TB. En PVV, se aplicará el algoritmo de diagnóstico de TBP. En los afectados con riesgo de TB R, se debe hacer una PSD rápida de descarte, antes de iniciar el tratamiento

GeneXpert

Es otra herramienta diagnóstica, está automatizado y no necesita de infraestructura o de un laboratorio para su realización. La OMS¹⁴ ha recomendado recientemente que GeneXpert se utilice como prueba diagnóstica inicial antes que la baciloscopia en pacientes VIH cuando sospecha de TB, o en caso de resistencia a la rifampicina o TB-MFR¹⁵. La prueba también se ha mostrado eficaz en el diagnóstico de la TB en niños y en TB extrapulmonares¹⁶.

Probablemente esta prueba de GeneXpert reemplazará a la baciloscopia como prueba diagnóstica inicial en todos los individuos sospechosos de padecer TB

Cultivo de *M. tuberculosis*.

El cultivo es el medio de diagnóstico de la TB considerado como la prueba de oro, no solo porque es la técnica bacteriológica más sensible que existe puede ser positivo solo con 10 bacilos por centímetro cúbico de muestra confirma el 100% de la enfermedad. El problema es el tiempo que demora para obtener los resultados de 4 a 8 semanas.

Radiografía de Tórax

Es una herramienta de gran ayuda porque se logra visualizar infiltrados y cavitaciones en el lóbulo superior de los pulmones y segmento apical del lóbulo inferior sugiere una tuberculosis pulmonar, es una técnica muy sensible pero que debe ser acompañada por la sintomatología y la epidemiología. La tomografía puede ser considerada como un medio diagnóstico.

TRATAMIENTO.

Este tratamiento no conlleva un régimen terapéutico complejo, pero debe ser controlado y estar en constante observación, para su óptimo cumplimiento, ya que requiere de un compromiso diario, semanal y mensual del paciente con la administración de la farmacoterapia, con sus controles médicos y con la recolección de sus datos subjetivos sobre la evolución de su enfermedad.

La forma en que se da el tratamiento de esta enfermedad ha sido estandarizada por el rector de Salud en Ecuador que es el Ministerio de Salud Pública quien tomó el control de la misma al evaluarlo como una problemática de salud en el país.

Así, una TB inicial que se presume sensible a todos los fármacos debería recibir los 4 medicamentos del Grupo 1; es decir, isoniazida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E). Los dos primeros (H y R) a lo largo de los 6 meses de tratamiento; y los dos segundos (Z y E) solo durante los 2 primeros meses o hasta que se negativicen las baciloscopias. En situaciones muy favorables, sin resistencia a H + R y cuando el test de susceptibilidad esté disponible antes de 3 semanas, puede no utilizarse etambutol y administrar solo H + R + Z desde el inicio 22,26. Si el test de susceptibilidad evidencia sensibilidad a H + R, al final del segundo mes se puede suspender Z + E, y seguir solo con H + R hasta completar 6 meses de tratamiento. La medicación se debe tomar por la mañana, en ayunas. La falta de cumplimiento o, lo que es peor, un cumplimiento irregular, compromete la curación y es la forma más habitual de inducir resistencias microbiológicas, La pauta referida se mantiene igual en niños,

embarazadas, periodos de lactancia, enfermos VIH y tuberculosis extrapulmonar, aunque en los infectados por VIH y en algunas formas de TB extrapulmonar (meníngea, diseminada) se puede valorar prolongarla hasta 9-12 meses. La pauta de 6 meses, aunque bien tolerada y altamente eficaz, sigue siendo de larga duración y, por lo tanto, exige de una supervisión estricta en muchas situaciones.

Victorino Farga y José Antonio Caminero (2010) en su libro hace referencia que la terminología del DOT-DOTS existe desde la década de 1960, pero se lo redescubrió en el año 1980 en la epidemia que hubo en New York y lo reconoce como un modelo propio a la terapia supervisada.

Así mismo como parte de la evolución de esta estrategia, el PCT Nacional empieza con una modificación del programa DOTS, que es llamado DOTS comunitario que no desmerece el trabajo antes realizado, pero este, tal como lo dice P. Escandón (2013), implica:

“una Articulación de los diferentes segmentos poblacionales (comunidad) mediante la participación y movilización social con los servicios de salud (Programa de control de TB) y otros sectores”. Y lo realiza para: “Hacer abogacía para generar el compromiso gubernamental y comunitario, Identificar SR y buscar a pacientes en abandono o en riesgo, Apoyar a pacientes con TB durante el tratamiento, Ofrecer educación al paciente, la familia y la comunidad e Incrementar la responsabilidad de la comunidad para cuidar la salud de los pobladores.” (Escandón, 2013).

Esta variante de la estrategia DOTS posee un enfoque intercultural y que se adapta a las realidades locales donde participan los promotores comunitarios de salud en el cual intervienen el equipo de salud de los sub-centros a nivel nacional, regidos por cada distrito y a su vez por el MSP, como rector principal de salud para adaptarse a las realidades locales.

Aunque no por esto, se descentraliza la atención en los Hospitales los cuales para esta fecha ejercían un organismo principal para la detección de casos de TB, y del cual el paciente era derivado al organismo de atención primaria que son los Sub- centros de Salud.

Por lo tanto, uno de los aspectos más importantes y significativos de este modelo DOTS comunitario, según lo indica el MSP es: “la acción extramural del personal de salud, el cual llega a los hogares de zonas dispersas y que no tenían acceso a los servicios de salud, aspecto que se convierte en una oportunidad para incorporar algunas actividades del PCT, Lo que más resalta de esta estrategia con las visitas domiciliarias que se realizan para el debido control no solo al paciente sino también a la familia que convive con el paciente para evaluar su nivel de salud y la evolución de la enfermedad.

La implementación de la Estrategia del tratamiento directamente observado en los dispensarios médicos y anexos afiliados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social para administrar los fármacos antifímicos a los trabajadores diagnosticados con tuberculosis, permitirá la adherencia al tratamiento, el control mensualmente y el seguimiento del tratamiento hasta que se lo pueda declarar como curado, otra particularidad del tratamiento observado nos permitirá valorar el estado nutricional del paciente, los efectos adversos colaterales al tratamiento.

Otro factor es evitar el abandono del tratamiento por causa de problemas económicos por no contar con el recurso para el traslado del paciente, así el tratamiento estará al alcance del trabajador en su entorno laboral, el mismo tendrá un ahorro de su gasto de bolsillo en el caso de que necesite otros fármacos complementarios, además se capacitará al personal de salud responsable de los dispensarios médicos sobre la norma estandarizada para el procedimiento y cumplimiento de la guía técnica. Se socializará a los trabajadores de la empresa para evitar la estigmatización de los trabajadores y se promocionará la prevención de esta enfermedad oportunista.

La empresa recibirá como beneficio la disminución del ausentismo laboral, para asistir el trabajador a recibir el tratamiento deberá contar con 2 o 3 horas diarias hasta que termine con el tratamiento.

2.2 MARCO LEGAL

Los artículos que se detallarán a continuación son los que fundamentan el derecho a la salud garantizado por el Estado Ecuatoriano, los mismos son extraídos de la Constitución de la República del Ecuador del 2008 (Asamblea Constituyente del Ecuador, 2008).

El Poder del Estado de la República del Ecuador

Art. 1.- “El Ecuador es un Estado constitucional de derechos y justicia, social, democrático, soberano, independiente, unitario, intercultural, plurinacional y laico. Se organiza en forma de república y se gobierna de manera descentralizada. La soberanía radica en el pueblo, cuya voluntad es el fundamento de la autoridad, y se ejerce a través de los órganos del poder público y de las formas de participación directa previstas en la Constitución. Los recursos naturales no renovables del territorio del Estado pertenecen a su patrimonio inalienable, irrenunciable e imprescriptible.”

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Art. 34.- El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

Art. 286.- Las finanzas públicas, en todos los niveles de gobierno, se conducirán de forma sostenible, responsable y transparente y procurarán la estabilidad económica. Los egresos permanentes se financiarán con ingresos permanentes. Los egresos permanentes para salud, educación y justicia serán prioritarios y, de manera excepcional, podrán ser financiados con ingresos no permanentes.

Art. 340.- El sistema nacional de inclusión y equidad social es el conjunto articulado y coordinado de sistemas, instituciones, políticas, normas, programas y servicios que aseguran el ejercicio, garantía y exigibilidad de los derechos reconocidos en la Constitución y el cumplimiento de los objetivos del régimen de desarrollo. El sistema se articulará al Plan Nacional de Desarrollo y al sistema nacional descentralizado de planificación participativa; se guiará por los principios de universalidad, igualdad, equidad, progresividad, interculturalidad, solidaridad y no discriminación; y funcionará bajo los criterios de calidad, eficiencia, eficacia, transparencia, responsabilidad y participación. El sistema se compone de los ámbitos de la educación, salud, seguridad social, gestión de riesgos, cultura física y deporte, hábitat y vivienda, cultura, comunicación e información, disfrute del tiempo libre, ciencia y tecnología, población, seguridad humana y transporte.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidad es para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360.- El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

Art. 366.- El financiamiento público en salud será oportuno, regular y suficiente, y deberá provenir de fuentes permanentes del Presupuesto General del Estado. Los recursos públicos serán distribuidos con base en criterios de población y en las necesidades de salud. El Estado financiará a las instituciones estatales de salud y podrá apoyar financieramente a las autónomas y privadas siempre que no tengan fines de lucro, que garanticen gratuidad en las prestaciones, cumplan las políticas públicas y aseguren calidad, seguridad y respeto a los derechos. Estas instituciones estarán sujetas a control y regulación del Estado.

2.3 MARCO CONCEPTUAL

Sintomático respiratorio (SR). Persona que tiene tos con flema por más de 15 días (las tres condiciones juntas)

Sintomático respiratorio esperado (SRE). SR que el personal de salud espera detectar. Desde el punto de vista de la programación, corresponde al 4% de las primeras consultas en mayores de 15 años (preventivas y de morbilidad), atendidas intramural y extramural, ingresadas en el Registro Diario Automatizado de Consultas y Atenciones Ambulatorias (RDACAA), o su similar y a la atención médica, odontológica, psicológica y obstétrica.

Sintomático respiratorio identificado (SRI). SR detectado por el personal de salud o agente comunitario e inscrito en el *Libro de registro de sintomáticos respiratorios*

Sintomático respiratorio examinado (SREx). SR identificado al que se le realiza por lo menos una BK de esputo

TB Presuntiva. Persona que presenta síntomas o signos sugestivos de TB. Incluye a los sintomáticos respiratorios (SR)

2.4 Adherencia al Tratamiento, la adherencia es un problema multidimensional complejo; la simplificación del tratamiento constituye un aspecto importante; sin embargo, debe acompañarse de otras estrategias enfocadas al paciente y al equipo asistencial para lograr el objetivo de una terapia efectiva prolongada en todos los pacientes.

En la quimioterapia de la tuberculosis (TB) los antibióticos de primera línea combinan el máximo nivel de eficacia con un grado aceptable de toxicidad.

Si establecemos una escala multicausal para que los pacientes no se curen es la falta de adherencia al tratamiento por ello la implementación de la estrategia por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la administración ambulatoria de los fármacos directamente observada por el personal del ministerio de salud pública del país. Sin embargo, encontramos debilidades para el cumplimiento del tratamiento. Cuando el paciente no es adherente a todo el proceso de tratamiento puede permanecer enfermo por tiempos prolongados :

- A pesar de existir un tratamiento efectivo para combatir la enfermedad, se advierten problemas entre los que se puede mencionar:
- La cantidad de fármacos que hay que tomar.
- La larga duración de la terapia que genera discontinuidad, las dosis inadecuadas.
- La variable biodisponibilidad de los principios activos, en especial, de la rifampicina, las monoterapias.
- La aparición de microorganismos resistentes a múltiples fármacos.
- La carencia de programas que aseguren el cumplimiento del tratamiento.
- La falta de adquisición de los medicamentos por deficiencias en los sistemas de salud.

2.5 Abandono al tratamiento.

La deserción del tratamiento de la tuberculosis es un factor para la incidencia de esta morbimortalidad debido al aumento de la resistencia bacteriana en los pacientes. Una de las causas es que en ocasiones el paciente no tiene un domicilio fijo, está a larga distancia del hospital o centro de salud, otro factor es el socioeconómico, su familia desiste del tratamiento no hay un apoyo emocional, la alimentación no es la adecuada, falta de dinero para trasladarse

todos los días, en ocasiones no cuentan con un trabajo estable, en ocasiones el tener que pedir permiso e interrumpir su jornada laboral influye a que los despidan. Las reacciones adversas frecuentemente es una causa que los llevan al abandono del tratamiento, no son valorados oportunamente, o no cuentan con el recurso para comprar protectores gástricos.

El desconocimiento sobre la enfermedad es la principal causal, no se le entrega la debida información de cómo debe llevar su tratamiento, cuáles son sus complicaciones etc.

Debido al entorno en que se encuentran estas personas diagnosticadas con tuberculosis, sin dejar de mencionar también causas psicológicas de negatividad a la enfermedad, en la actualidad es inevitable la interacción entre múltiples factores de riesgo para el abandono del tratamiento, e incluye aquellos que provienen del ambiente físico, trastornos de las funciones biológicas, la organización del trabajo y diversos componentes psicosociales. (Ramírez & Ramírez, (2015).

Las consecuencias del abandono del tratamiento antituberculoso con lleva al deterioro físico de la salud del paciente, estimula el mecanismo de resistencia bacteriana, aumenta la propagación del bacilo en el ambiente y la perpetuación de su existencia en la humanidad. Cuando el paciente abandona el tratamiento disminuye la tasa de curación, hay aumento de recaídas y recidivas.

2.5.1 Factores asociados al abandono del tratamiento de tuberculosis

Los determinantes de la salud asociados a la deserción de los pacientes diagnosticados con tuberculosis están los biológicos y los socioculturales que pueden ser medibles, están consideradas como las principales variables clasificatorias para el estudio de comportamientos diferenciales en diversos temas de investigación social. (Garcia 2013).

Edad

La edad es el periodo en el que transcurre la vida de un ser vivo

Sexo

Se ha considerado el sexo de una persona en función de ser varón o mujer, aunque en la actualidad se considera como género. Las investigaciones realizadas dan la premisa que son los varones los que tienen mayor incidencia para abandonar el tratamiento que las mujeres.

Otro estudio mostró (Miranda 2015) que los casos, el 68% fueron de sexo masculino y el 31.6% fueron mujeres no se presentaron novedades relevantes en cuanto al sexo con relación a los controles.

2.6 HIPOTESIS Y VARIABLES

2.6.1 HIPOTESIS GENERAL

La estrategia de tratamiento directamente observado, si se fomenta mediante acciones de gestión intersectorial, garantizará la adherencia antiférmica en los individuos con diagnóstico de tuberculosis, atendidos en el Hospital del Día Efrén Jurado López de la ciudad de Guayaquil.

2.6.2 HIPOTESIS PARTICULAR

Si no se aplica la estrategia directamente observada del tratamiento de tuberculosis a través de acciones intersectoriales aumentará la drogo-resistencia causada por abandono de tratamiento

2.7 DECLARACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: Estrategia de Gestión Intersectorial

VARIABLES DEPENDIENTE: Adherencia al tratamiento

2.8 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo General: Analizar la estrategia de gestión intersectorial para contribuir al empoderamiento del paciente, su cuidador y/o responsable social a la adherencia del tratamiento antiférmico directamente observado, en los individuos con diagnóstico de tuberculosis atendidos en el Hospital del Día Efrén Jurado López de la ciudad de Guayaquil, durante el período comprendido entre enero 2017 y enero de 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	VARIABLES	DIMENSION	INDICADORES
<p>Caracterizar los pacientes con diagnóstico de tuberculosis incluidos en el estudio, según variables sociodemográficas de interés investigativo.</p> <p>Identificar la oportunidad de diagnóstico de tuberculosis y la adherencia al tratamiento antifímico, en individuos confirmados.</p> <p>Determinar las causas que provocan abandono del tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio.</p> <p>Establecer las complicaciones asociadas al tratamiento antifímico en los individuos con tuberculosis incluidos en el estudio.</p> <p>Proponer acciones intersectoriales dirigidas a la adherencia terapéutica, como vía para el</p>	Estrategia de Gestión intersectorial	Capacitación al personal	TBK+ TBK- EP.
		Implementar DOTS	Abandono de tratamiento
	Adherencia al tratamiento	Empoderamiento	Factores de Riesgo Edad Fármaco accesibilidad Conocimiento
		Compromiso	
Fortalecimiento de la estrategia de tratamiento directamente observado, en individuos con tuberculosis.			

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación y su perspectiva general

El enfoque de la investigación es descriptivo observacional de cohorte retrospectivo ya que todos los datos se obtendrán de manera directa de la base de datos del Programa Control de Tuberculosis del Hospital del Día “Efrén Jurado López”, periodo enero 2017 y enero 2018.

El tipo de investigación está detallado de la siguiente manera:

Cuantitativo con carácter positivista porque busca resolver el problema una vez que se analice las debilidades del programa, la misma que permitirá tener impactos positivos como es la aplicación de la estrategia DOTS, la misma que permitirá el incremento en la detección de personas sintomáticas respiratorias, mejorar el proceso de atención de personas con diagnóstico de tuberculosis, calidad percibida por el paciente.

Según su objetivo: La investigación es de tipo **Descriptivo** por presentar los casos reales y permitir analizar los factores de riesgo, porque si el paciente no cree que el tratamiento es bueno lo abandona.

La calidad técnica permite medir la eficacia y la efectividad nos proporciona indicadores para lograr mejorar la detección, menor costo para pacientes y para el sistema de salud.

De **corte transversal** porque se estudió en un solo tiempo.

De **campo** por cuanto se acude al lugar donde se aplica la Estrategia DOTS.

Se seleccionó esta población por ser la unidad hospitalaria que implementó la estrategia DOTS del Programa Control de Tuberculosis a nivel de país, cuyos resultados fueron exitosos.

La muestra fue seleccionada con la población que fue detectada, diagnosticada, quienes recibieron tratamiento en el programa del Hospital del Día Efrén Jurado López, es decir, tomando en cuenta la naturaleza de los objetivos y el alcance de los mismos por lo que se decide trabajar con el 100% de la población que asistió en el periodo 2017 – 2018.

Se procedió a solicitar los permisos correspondientes a las autoridades del Hospital del Día para realizar el análisis observacional de los datos registrados en los libros de

Sintomáticos Respiratorios, Libros de Casos, Libro de Laboratorio, Informes mensuales, trimestrales y anuales.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Característica de la población

La población objeto de estudio son todos los pacientes que acuden al Hospital del Día Efrén Jurado López del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, diagnosticados con tuberculosis de todas las formas quienes, iniciaran tratamiento en este hospital, los mismos que pueden ser derivados a sus lugares de trabajo para continuar con el tratamiento, en la ciudad de Guayaquil, el estudio se realizará en el periodo de enero del 2017 a enero del 2018.

3.2.2 Delimitación de la población

La muestra será de tipo censal pues se trabajará con toda la población, todos los pacientes diagnosticados con Tuberculosis, registrados con indicaciones de iniciar tratamiento bajo la Estrategia DOTS en el Hospital del Día Efrén Jurado López del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, n= 96

3.2.3 TIPO DE MUESTRA

El tipo de muestra es probabilístico ya que la investigación se enfoca a los registros documentales del Programa Control de Tuberculosis del Hospital del Día “Efrén Jurado López”, el cual se trabajará con la información en un periodo determinado.

3.2.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de muestra de todas las pacientes que han dado parto en el Hospital el cual la población es finita, es decir contable y la variable de tipo categórica, primero debe conocer "N" ó sea el número total de casos esperados la siguiente formula es:

$$n = \frac{4N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (4N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: tamaño de la muestra.

N: tamaño de la población p: posibilidad de que

ocurra un evento, p = 0,5 q: posibilidad de no

ocurrencia de un evento, q = 0,5 E: error, se

considera el 5%; E = 0,05

Z: nivel de confianza, que para el 95%, Z = 1,96

3.2.5 Proceso de selección

Criterios De Inclusión

- afiliados al Seguro Social,
- Diagnosticado con Tuberculosis de todas las formas
- Pacientes con tuberculosis sensible
- Firmar Consentimiento informado

Criterios De Exclusión

- Personas diagnosticadas con Tuberculosis pulmonar que se niegue a recibir tratamiento, bajo la estrategia DOTS
- No hayan firmado el consentimiento informado.
- Pacientes con tuberculosis multi-drogo-resistente

3.3 LOS MÉTODOS Y LAS TÉCNICAS

3.3.1. Método Teórico

Analítico –Sintético. - Método que permite llegar a la veracidad del problema logrando analizar las causas que con llevan a los factores de riesgo de forma lógica hasta demostrar porque los pacientes abandonan el tratamiento.

Inductivo – Deductivo. – Permite que la investigación sea razonada desde lo particular a lo general de la problemática donde se aplicará, el análisis de la problemática para dar soluciones.

3.3.2 Métodos empíricos

Método de observación. - nos permite visualizar el estado del paciente, de forma general.

3.3.3 Técnicas e instrumentos

Se diseña un instrumento observacional para consolidar la información de los pacientes, la misma que es validada por tres profesionales 3 doctores en Salud Pública y dos expertos PhD. En ciencias de la Enfermería y epidemiólogo.

En el estudio se utilizará los formatos establecidos por el programa como son consentimiento informado, tarjeta de registros de administración de medicamentos, libro de registro de Sintomáticos Respiratorios, libro de casos, libro de laboratorio, ordenes de solicitud para Baciloscopía e informes trimestrales.

La información descrita fundamenta la ficha observacional que se utiliza para el análisis de datos de los pacientes.

3.4 PROPUESTA DE PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Los datos serán tabulados y almacenados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel Windows Vista, para el procesamiento de datos se utilizará el paquete estadístico SPSS 22.0, se determinarán frecuencias, porcentajes, promedios con intervalo de confianza del 95% para las Variables de carácter categórico y se presentarán cuadros y gráficos estadísticos.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

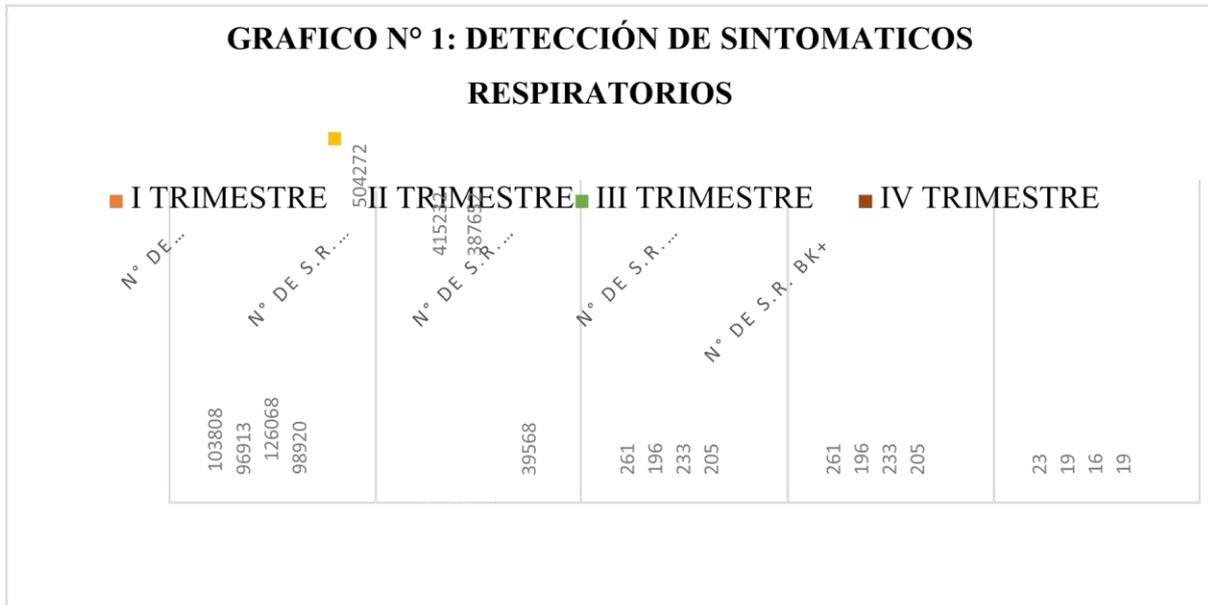
Tabla 1: Identificación de pacientes con tuberculosis en sintomáticos respiratorios

	N°	%
Consultas > 15 años	328.796	100
Pacientes Identificados	699	0,2
BK+	58	8,29

Fuente: PCT. Hospital del Día "Efrén Jurado López"
Enero 2017 - 2018

La Población del Hospital del Día corresponde a 328.796 afiliado, cuya proyección esperada corresponde a 103.808 pacientes, asisten para recibir atención médica a consulta externa, el 4% debe ser Sintomáticos Respiratorios detectados, por lo que se evidencia que no se cumple con la detección oportuna de S.R., el número de SR. examinados es del 0-2 %, además se demuestra que el 9% son BK+

Gráfico 1: Detección de sintomáticos respiratorios



Fuente: PCT. Hospital del Día “Efrén Jurado López”
Enero 2017 – 2018

La proyección esperada corresponde a 103.808 pacientes, asisten para recibir atención médica a consulta externa, el 4% debe ser Sintomáticos Respiratorios esperados, por lo que se evidencia que no se cumple con la detección oportuna de S.R., el número de SR. examinados es del 0-2 %, además se demuestra que el 9% son BK+.

En el año 2016 se notificaron 5.887 casos de tuberculosis en todas las formas, de los cuales 4842 correspondieron a Tuberculosis Pulmonar; además se registraron más de 158 pacientes de tuberculosis resistente a drogas, 775 casos de tuberculosis en personas viviendo con VIH, 621 casos de tuberculosis en personas Privada de la Libertad (PPL) y 193 casos de afectados en menores de 15 años. En la TABLA 1, puede observarse que un año después ,2017, en la provincia de Guayas, Cantón Guayaquil de un total de 328.796 sintomáticos respiratorios se identificaron 699 pacientes, resultando 58 de estos con BK+, lo cual sugiere que en nuestro medio esta patología.

Tabla 2: Formas de tuberculosis en >15 años según sexo

	M	%	F	%
TBP BK+	42	72,4	16	27,6
TBP cultivo+	0	0	0	0
TBP cultivo-	5	71,4	2	28,6
TB EP	12	80	3	20

Fuente: PCT. Hospital del Día "Efrén Jurado López"
Enero 2017 – 2018

TABLA 2, puede observarse que en este programa además de la baciloscopia se práctica cultivos de esputo para la confirmación del diagnóstico y se reportó positividad para el BK de 72,4% para el sexo masculino y 27,6 % para el sexo femenino, no hubo cultivos positivos, pero para el sexo masculino los cultivos reportados negativo alcanzo el 71,4% y para el sexo femenino un 28,6 %, también se reporta 15 casos con tuberculosis extrapulmonar,80% de los cuales correspondió al sexo masculino.

Un estudio realizado por Miranda es que el 68.4% de los casos fueron del sexo masculino y el 31,6% otorgado al sexo femenino. (Miranda, 2015). Se evidencia que el sexo masculino es más vulnerable a contraer la enfermedad.

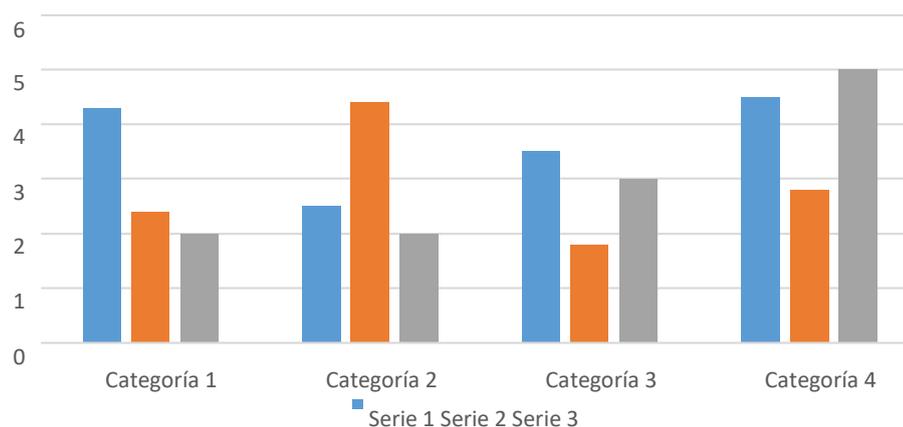
Tabla 3: Casos Tuberculosis Pulmonar/VIH según sexo

	M	%	F	%
TBP BK+/VIH	0	0	0	0
TBP cultivo+/VIH	0	0	0	0
TBP BK-cultivo-/VIH	1	100	0	0
TB EP/VIH	3	100	0	0

Fuente: PCT. Hospital del Día "Efrén Jurado López"

Gráfico 4: Caracterización de la Tuberculosis

FORMAS DE TB	PRIMER TRIMESTRE		SEGUNDO TRIMESTRE		TERCER TRIMESTRE		CUARTO TRIMESTRE	
	M	F	M	F	M	F	M	F
TBP BK+	12	4	19	4	5	8	4	10
TBP CULTIVO +	0	0	0	0	0	0	0	0
TBP BK-CULTIVO -	5	2	0	0	0	0	0	0
TB EP	4	0	3	1	5	2	4	4
TOTAL NUEVOS	21	6	22	5	10	10	8	14

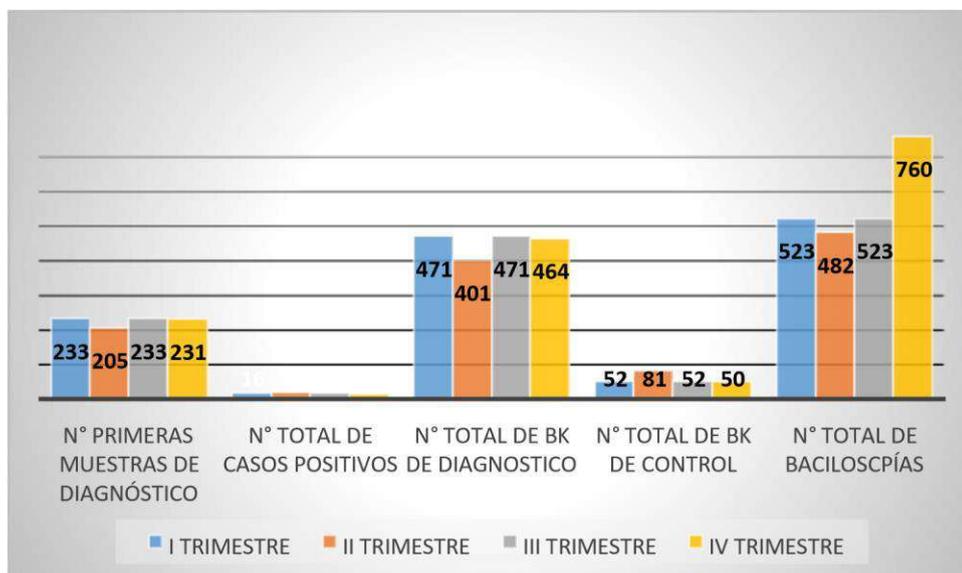
Gráfico 2: Caracterización de la tuberculosis

Fuente: PCT. Hospital del Día "Efrén Jurado López"
Enero 2017 - 2018

En el año 2016 se notificaron 5.887 casos de tuberculosis en todas las formas, de los cuales 4842 correspondieron a Tuberculosis Pulmonar; además se registraron más de 158 pacientes de tuberculosis resistente a drogas, 775 casos de tuberculosis en personas viviendo con VIH, 621 casos de tuberculosis en personas Privada de la Libertad (PPL) y 193 casos de afectados en menores de 15 años. En la TABLA 1, puede observarse que un año después, 2017, en la provincia de Guayas, Cantón Guayaquil de un total de 328.796 sintomáticos respiratorios se identificaron 699 pacientes, resultando 58 de estos con BK+, lo cual sugiere que en nuestro medio esta patología.

En el diagnóstico de la tuberculosis, la baciloscopia es fundamental y tiene una sensibilidad variable: 70-90% en TB con lesiones cavitadas; 50-70% en enfermos que solo presentan infiltrados en la radiografía de tórax; y menos del 50% en enfermos con nódulos pulmonares o en las distintas formas de tuberculosis extrapulmonar (5). De 96 pacientes, registrados como casos nuevos, diagnosticados con Tuberculosis de todas las formas, durante el periodo 2017 – 2018, se observó que el sexo masculino es más vulnerable a padecer de esta enfermedad, 61 pacientes, y 31 pacientes al sexo femenino.

Gráfico 3: Pacientes Examinados Por Baciloscopia. Método De Diagnóstico



Fuente: PCT. Hospital del Día “Efrén Jurado López
Enero 2017 - 2018

En el diagnóstico de la tuberculosis, la baciloscopia es fundamental y tiene una sensibilidad variable: 70-90% en TB con lesiones cavitadas; 50-70% en enfermos que solo presentan infiltrados en la radiografía de tórax; y menos del 50% en enfermos con nódulos pulmonares o en las distintas formas de tuberculosis extrapulmonar (Farga C. Victorino 2011). De 96 pacientes, registrados como casos nuevos, diagnosticados con Tuberculosis de todas las formas, durante el periodo 2017 – 2018, se observó que el sexo masculino es más vulnerable a padecer de esta enfermedad, 61 pacientes, y 35 pacientes al sexo femenino.

Con respecto al método de diagnóstico, se demuestra que se examina a todos los pacientes por bacilos copia, y el Hospital del Día cuenta con los recursos necesarios para diagnosticar, realizar los controles periódicos, hasta que el paciente sea dado de alta.

4.2. ANÁLISIS COMPARATIVO, EVOLUCIÓN, TENDENCIA Y PERSPECTIVAS

La tuberculosis es una enfermedad de fácil transmisión, a pesar de la diversidad de acciones integrales realizadas en el Ecuador para detener y revertir la incidencia de la tuberculosis (TB), la misma continúa siendo un problema de salud pública no resuelto, debido entre otras razones a la co-infección existente entre esta y otras enfermedades, como ocurre con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH). El VIH, ocasiona el SIDA y además interfiere con la capacidad del organismo, para combatir infecciones, no escapando de esta situación la tuberculosis.

4.3 RESULTADOS

Con el presente estudio se espera demostrar que la implementación de la estrategia del Tratamiento Directamente Observada en el Hospital del Día Efrén Jurado López de los pacientes diagnosticados con tuberculosis permitirá garantizar la adherencia a los fármacos, a los controles y al seguimiento de los resultados al tratamiento de tuberculosis y así obtener éxito en la tasa de pacientes curados y cero tasas de abandono.

Con la ampliación de cobertura, expansión de la estrategia DOTS en sospechosos y pacientes se incrementó en la detección de personas Sintomáticas Respiratorias, que antes no se lo realizaba y mejora el proceso de atención de personas con diagnósticos de tuberculosis. Los tiempos que transcurren desde que es identificado como SR hasta que recibe el tratamiento desde que se confirma su positividad hasta que se inicie la administración de los fármacos en 48 horas.

Los resultados podrán ser propuestos como una alternativa para mejorar la adherencia al tratamiento y alcanzar la meta de país que es erradicar esta enfermedad que afecta la salud de la población, la misma será entregada en la Dirección de la Estrategia DOTS de MSP, para el análisis y consideración de las mesas de diálogos.

El resultado también evidenciará el aporte económico para los afiliados porque así se disminuye los gastos de bolsillo por la oportunidad de valorar y hacer seguimiento cuando presentan reacciones adversas a los fármacos.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

La Propuesta es una solución posible a un problema, cuyo propósito es el de satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La formulación de una Propuesta se la realiza sobre la base de los resultados obtenidos en las diferentes fases del proceso investigativo. Además, se la concibe sobre la base de la experiencia de expertos como la del investigador.

5.1 TEMA

**FORTALECIMIENTO DE LA ESTRATEGIA DEL TRATAMIENTO
DIRECTAMENTE OBSERVADO EN TRABAJADORES CON TUBERCULOSIS: UN
MODELO DE ATENCIÓN**

5.2 FUNDAMENTACIÓN

A pesar de que el Programa de Control de la Tuberculosis en la República del Ecuador tiene la misión de asegurar la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y observado de esta enfermedad, en todos los establecimientos de salud del país, brindando atención integral con personal altamente capacitado; coordinando acciones con otros proveedores de salud, cuya finalidad es disminuir la morbilidad, mortalidad y evitar la aparición de resistencia a las drogas antifímicas, aún existen debilidades de orden sociocultural y estructural que inciden en el incremento de la enfermedad.

5.3 JUSTIFICACIÓN

Considerando que la Tuberculosis es una enfermedad reemergente que abate a niños, jóvenes, adultos económicamente activos y adultos mayores sin diferenciar edad, sexo, raza, procedencia, nivel socioeconómico, en los últimos años ha complicado más la lucha contra esta enfermedad, la aparición de cepas del bacilo de Koch multirresistente o extremadamente resistente a los fármacos disponibles, ante el esfuerzo insuficiente para controlar la enfermedad a nivel mundial, regional y local.

En el año 2001 en Ecuador se hizo necesario que el Ministerio de Salud Pública implemente alianzas con otros proveedores de salud para aplicar estrategias de prevención, control, recuperación y vigilancia de la población afectada por la tuberculosis, mediante convenios interinstitucionales que propendan a asegurar la atención de calidad para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los casos de tuberculosis de todas las formas, la administración de medicamentos con esquemas estandarizados y gratuitos.

En el año 2008, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, mediante la firma de Convenio con el Ministerio de Salud Pública, se integra al componente de Alianza PúblicoPrivada en el esfuerzo de controlar la tuberculosis, el Centro de Atención Ambulatoria N° 210 del IESS, participa como piloto en la implementación del Programa de Control de Tuberculosis mediante la Estrategia DOTS, siendo necesario adaptarla a la estructura organizacional del CAA 210 para obtener el impacto positivo de la más alta tasa de éxito y la más baja tasa de abandono de tratamiento de tuberculosis.

Mediante una metodología en la que se consideró el diagnóstico operacional, elaboración de guías operativas, determinando diferentes escenarios de la Estrategia DOTS, capacitando los diferentes actores a integrar cada modalidad, lo que permitió un cumplimiento total de los esquemas, la interacción de los servicios de salud, usuario, familia y entorno laboral, el fortalecimiento del sistema de salud, la disminución del ausentismo laboral y el involucramiento empresarial en el PCT con características de Responsabilidad Social.

Posteriormente, mediante Decreto N° 0000238, de abril 10 de 2010, al prohibirse la venta libre de medicamentos antituberculosos, en el año 2011 se establece la importancia de incorporar la red privada como un componente más a los ya existentes en el Hospital del Día. Según la OMS, los Programas de Control de la Tuberculosis de algunos países, entre los que consta el Ecuador, no han logrado controlar la enfermedad a satisfacción por no haber detectado un número de casos bacilíferos (tuberculosis pulmonar BK+).

El equipo de salud del Programa de Control de la Tuberculosis del Hospital del Día Dr. Efrén Jurado López, consciente de la importancia de aumentar la detección de casos a nivel de la comunidad afiliada y no afiliada y siendo la mejor manera dar a conocer la existencia del programa mediante su difusión, proponiendo estrategias innovadoras que capten la atención de la población. Sin embargo, se debe considerar que existen pacientes con síntomas respiratorios sugestivos de tuberculosis u otra patología que buscan atención de su enfermedad. seleccionando a un proveedor de la Red pública y Complementaria de salud de su comunidad, dependiendo de la accesibilidad, aceptabilidad, costo y otros factores.

Sin embargo, es necesario identificar las instituciones, tanto públicas como privadas, que ofrecen servicios de salud en la detección, el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis, con o sin estrategia DOTS, con el fin de integrarlas a un sistema nacional unificado.

Belete Getahun y Colaboradores (2013), en su estudio sostiene que la estrategia del tratamiento directamente observado tiene el compromiso político y administrativo por ser una recomendación de la OMS. El DOTS considerado como un eje transversal para la adherencia al tratamiento que nos permitirá garantizar el seguimiento y control del paciente para así evitar el abandono del tratamiento, la resistencia a los fármacos y por ende obtener el éxito del tratamiento.

De acuerdo a la experiencia obtenida en el pilotaje implementado en el IESS, en la que se consideró 6 tipos de DOTS, DOTS en Consulta Externa, DOTS Laboral, DOTS Ejecutivo que se lo aplica cuando el IESS realiza las fichas medicas ocupacionales en medicina preventiva, DOTS Domiciliario en adultos mayores o personas que presentan alguna discapacidad, DOTS en Dispensarios Anexos. Los beneficiarios de este proyecto son usuarios afiliados y no afiliados al IESS, como trabajadores activos, jubilados, hijos menores de 5 años, conyugues, seguro campesino además de todos los contactos de acuerdo al cerco epidemiológico del paciente y de su entorno.

La meta de país es reducir la mortalidad por Tuberculosis en un 95% para el 2035 es necesario desarrollar estrategias innovadoras y adquirir el compromiso de los profesionales de la Salud y la academia para disminuir y por qué no erradicar esta enfermedad que pone en riesgo a la población ecuatoriana.

5.4 OBJETIVOS

5.4.1. Objetivo General de la propuesta

Fortalecer la estrategia de tratamiento directamente observado en trabajadores con Tuberculosis que asisten al Hospital del Día Efrén Jurado López del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Guayaquil – Ecuador de noviembre del 2018 a noviembre del 2019, a través de un modelo de atención basado en la administración de las drogas antifimicas en su lugar de trabajo.

5.4.2. Objetivos Específicos de la propuesta

- Identificar los trabajadores diagnosticados con tuberculosis que acuden al hospital del Día Efrén Jurado López del IESS, desde noviembre del 2018 a noviembre del 2019

- Gestionar el lugar para la administración del tratamiento farmacológico a través de la estrategia del Tratamiento Directamente Observado dependiendo de la existencia o no de dispensarios o anexos médicos en las empresas y/o accesibilidad a un determinado Centro de Salud.
- Diseñar un modelo de atención específico para la aplicación del tratamiento directamente observado de tuberculosis en empresas afiliadas al IESS que incluya capacitación del personal de salud que allí labora.
- Vigilar la aplicación adecuada del modelo de atención en empresas afiliadas al IESS
- Registrar el cumplimiento total, parcial o abandono del tratamiento de los pacientes en los diferentes establecimientos de salud.
- Comparar la adherencia al tratamiento entre los diferentes establecimientos de salud.

5.5 UBICACIÓN

El desarrollo de esta intervención se la realizará en el Hospital del Día “Efrén Jurado López” con todos los afiliados que sean diagnosticados con Tuberculosis de todas las formas, se gestionará que las empresas que tienen departamento médico ocupacional o anexos al IESS, sus trabajadores reciban el tratamiento en su lugar de trabajo. Este estudio será aplicado en la ciudad de Guayaquil, provincia del Guayas-Ecuador.,

5.6 FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo planteado es factible, se realizará con la información de los pacientes detectados, diagnosticados y quienes recibirán tratamiento bajo la modalidad de DOTS, se cuenta con la autorización de la directora Administrativa, Director médico y Talento Humano del Hospital. Es viable, ya que se dispone de los recursos económicos, humanos y materiales de la institución IESS y MSP, que proporciona los fármacos e insumos necesarios para realizar mensualmente los controles como son los estudios de baciloscopias que serán analizados por el laboratorio del Hospital del Día que cuenta con el personal capacitado en laboratorio y enfermera responsable en la administración del tratamiento, además se cuenta con el tiempo necesario para desarrollar esta investigación y con la responsabilidad de la investigadora para realizar las gestiones pertinentes para implementar DOTS en los dispensarios médicos y anexos al Hospital del Día Efrén Jurado López del IESS de la ciudad de Guayaquil- Ecuador.

5.7 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

Establecer Alianzas Públicos Privadas con proveedores de salud

5.7.1 ACTIVIDADES

Actividades de colaboración inter-programáticas TB e VIH/AIDS

- Identificar y elaborar un listado de los proveedores existentes en el país o de la región de implementación de la estrategia.
- Determinar cuántos y cuáles de estos proveedores tienen relación con el PNT e implementan actividades para el control de la TB.
- Definir la contribución actual o potencial que tiene cada uno de ellos para el control de la TB.
- Identificar las intervenciones que optimicen su contribución.
- Elaborar un plan de implementación de PPM DOTS de acuerdo a datos aportados por el estudio de situación
- Elaborar guías operativas de funcionamiento (PPM DOTS de OMS). Identificar herramientas de trabajo (cartas acuerdo, compromisos y algunos instrumentos de registro e información.

5.7.2 RECURSOS, ANÁLISIS FINANCIERO

La dimensión social, está dado por la actuación de diferentes sectores, que intervienen en un contexto de intereses comunes como la responsabilidad social que tiene la finalidad de mejorar las condiciones de vida de la población.

Las alianzas estratégicas es otro medio de viabilidad, nos unimos a la red pública de salud, La cobertura Nacional que tiene el Programa Control de Tuberculosis y gracias al convenio interinstitucional con el IESS que nos provee de los tratamientos antifímicos e insumos podemos asegurar la sostenibilidad del programa en beneficio de nuestros usuarios de forma oportuna, equitativa y gratuita.

El ejecutar el presente proyecto nos ayuda a dar a conocer, difundir y promocionar la cultura de prevención de enfermedades prevenibles.

5.7.3 Impacto

El seguro de Salud Individual y familiar está orientado a satisfacer las necesidades de los usuarios de manera universal e integral en todos los ciclos vitales del ser humano.

La ampliación de la cobertura de atención médica del IESS, no existe límite de edad, ni género para acceder al PCT., ya que justamente está dirigido a todas las personas que padezcan de Tuberculosis.

Para asegurar la viabilidad del proyecto y del programa, el Hospital del Día tiene 7 modalidades para cumplir con el compromiso adquirido al firmar el convenio entre el MSP – IESS, con la disposición de venta prohibida de fármacos antifímicos, hemos incorporado a la red privada, al programa de este hospital, estamos facilitando que toda persona que necesite de tratamiento lo pueda recibir de forma oportuna y gratuito.

5.7.4 CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2017	2018										
	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV
Elección del Tema	X											
Definición del Problema	X											
Elaboración del Proyecto	X											
Revisión del Proyecto	X											
Aprobación del Proyecto	X											
Elaboracion del Capitulo I		X										
Elaboracion del Capitulo II		X										
Elaboracion del Capitulo III			X									
Elaboracion del Capitulo IV			X									
Revisión de los Capítulos I,II,III Y IV				X	X	X						
Elaboración de Conclusiones							X					
Elaboración de Tesis								X	X			
Revisión de Tesis										X		
Corrección de Tesis											X	
Aprobación de Tesis											X	

6. CONCLUSIONES

Con el presente trabajo y como investigadora presento la necesidad de dar respuesta a los objetivos planteados y evidenciar cuan antigua es esta enfermedad que junto con el tratamiento no se ha logrado controlar, menos erradicar, a pesar de que hoy en día se han revelado todos los métodos de diagnóstico, prevención y tratamiento de la enfermedad, sigue siendo un problema de salud social evidenciado a través de las estadísticas oficiales del país.

De acuerdo a ello, se presenta los resultados del primer objetivo específico de la investigación, del cual se puede concluir que la población asignada al Hospital del Día corresponde a 328.796 afiliado, cuya proyección esperada corresponde a 103.808 pacientes, asisten para recibir atención médica a consulta externa, el 4% debe ser Sintomáticos Respiratorios detectados, por lo que se evidencia que no se cumple con la detección oportuna de S.R., el número de SR. examinados es del 0-2 %, además se demuestra que el 9% son BK+. El estudio de la muestra arrojó que el 72,4% resultó positivo para el sexo masculino y el 27,6 para el sexo femenino.

En el segundo objetivo se evidencia que el hospital del día cuenta con un laboratorio exclusivamente para realizar las baciloscopías para los afiliados y contactos, en el caso de necesitar otro medio de diagnóstico como Rx, Tomografía, otro se la realiza con órdenes del especialista, neumólogo. Es decir, la oportunidad de diagnóstico es confiable para la identificación de la enfermedad, gracias a que cuenta con personal capacitado y los equipos tecnológicos necesarios para cumplir con el diagnóstico oportuno

El tercer objetivo se observa que los afiliados abandonan el tratamiento por problemas económicos, no cuentan con el recurso necesario para su traslado. Otro factor es la resistencia de sus empresas para autorizar el permiso de 2 horas diarias para que acudan a tomar los fármacos.

El cuarto objetivo corresponde a las reacciones adversas como fiebres, náuseas y vómitos, dolores musculares, cefaleas, dolor de estómago, como respuesta al tratamiento antifímico por la sobre carga de fármacos, en ocasiones, por la alimentación no adecuada. Se puede decir que esto se debe por el desconocimiento del paciente. Es por ello que el personal de enfermería trabaja con programas de formación y promoción de salud, con el fin de lograr el autocuidado del paciente, con impacto a la disminución del abandono del tratamiento

antifímico. En el hospital del día cuando se conoce de estas novedades enseguida el paciente es valorado y se le realiza el debido acompañamiento para evitar el abandono.

La propuesta final es buscar e innovar estrategias, buscando otros escenarios, otros proveedores para ser responsables de garantizar la administración del tratamiento hasta su curación.

- La tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública en nuestras comunidades.
- El Programa de Tuberculosis, permite una captación adecuada de los sintomáticos respiratorios.
- El BK negativo, no descarta una Tuberculosis activa.
- El género masculino es más vulnerable para adquirir la enfermedad
- En pacientes VIH positivos se observa una mayor incidencia de tuberculosis extrapulmonar.

Con esta propuesta se espera involucrar a todos organismos y/o personas que prestan servicios en el campo de la salud, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento y así disminuir el abandono del tratamiento antifímico. Todos los proveedores de salud pueden contribuir al control de la tuberculosis realizando pesquisa, diagnóstico, referencia, tratamiento, notificación, considerando que el MSP, es por ley el órgano rector de las acciones de salud en el país y que el PCT., es la instancia que regula las acciones para el control de esta enfermedad.

Es importante también, llamar a la reflexión de los profesionales involucrados en el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, ya que la cifra aumenta cada vez más, los casos de TB dejó de ser una enfermedad de personas con bajos ingresos económicos, es decir, no mira clase social, la exposición de los pacientes es mayor, ya que con el tratamiento a los quince (15) la sintomatología desaparece y los pacientes lo toman como cura e interrumpen el tratamiento o en el peor de los casos lo abandonan.

Esto quiere decir, que el mal uso de los fármacos lleva a una TB multidrogo resistente que termina con la muerte. Y son precisamente estos pacientes, los que se exponen en sitios públicos y transitados, además se debe recordar que un (1) paciente infectado puede contagiar

de diez (10) a quince (15) personas a través de los bacilos que quedan libres en el medio ambiente, posterior a los estornudos o la tos

Según los registros en el libro de casos de tuberculosis en las unidades de salud del IESS, reporta que en su población afiliada a nivel de docentes de escuelas y colegios existe un alto número de pacientes diagnosticados, otro ejemplo de la gravedad de la incidencia se reporta a nivel de los trabajadores de atención a clientes, y en lugares que expenden alimentos.

RECOMENDACIONES

El hospital del Día Efrén Jurado López del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, desde su implementación del 2008, realiza detección de Sintomáticos Respiratorios, diagnóstica, administra el tratamiento, realiza controles y seguimientos a pacientes afiliados al IESS, a sus contactos y cumple con el cerco epidemiológico, Cuenta con un consultorio del Programa Control de Tuberculosis y personal capacitado para la aplicación del tratamiento directamente Observado. Sin embargo, durante la investigación observamos que no se cumple de acuerdo a la Norma Técnica del MSP, en la detección de Sintomáticos Respiratorios de acuerdo a la proyección estimada de la institución por lo que se recomienda extender la búsqueda de SR, en todos los servicios de la unidad hospitalaria, hasta las salas de espera para detectar en los cuidadores o acompañantes.

1. Se recomienda revisar el flujo para la detección, diagnóstico y tratamiento a fin de disminuir el tiempo de diagnóstico e inicio del tratamiento para cumplir con el objetivo del programa control de tuberculosis del Ecuador que es cortar la cadena de transmisión.
2. Revisar y organizar la detección, que todos los equipos de salud realicen captación en todos los servicios.
3. Capacitar 100% al personal de salud en la Estrategia DOTS.
4. Realizar cercos y vigilancia epidemiológica en los afiliados por el alto porcentaje de positividad.
5. A los profesionales de Salud responsables del programa se recomienda capacitar al personal 100%.
6. Considerar y hacer énfasis en el proceso utilizado en la investigación, como motivación que permita determinar los abandonos al tratamiento y buscar las estrategias v de recuperarlos.
7. Garantizar la adherencia al tratamiento con una tasa de 100% de pacientes curados y 0% de abandonos.

ANEXO



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

HOSPITAL DEL DIA "DR EFREN JURADO LOPEZ"

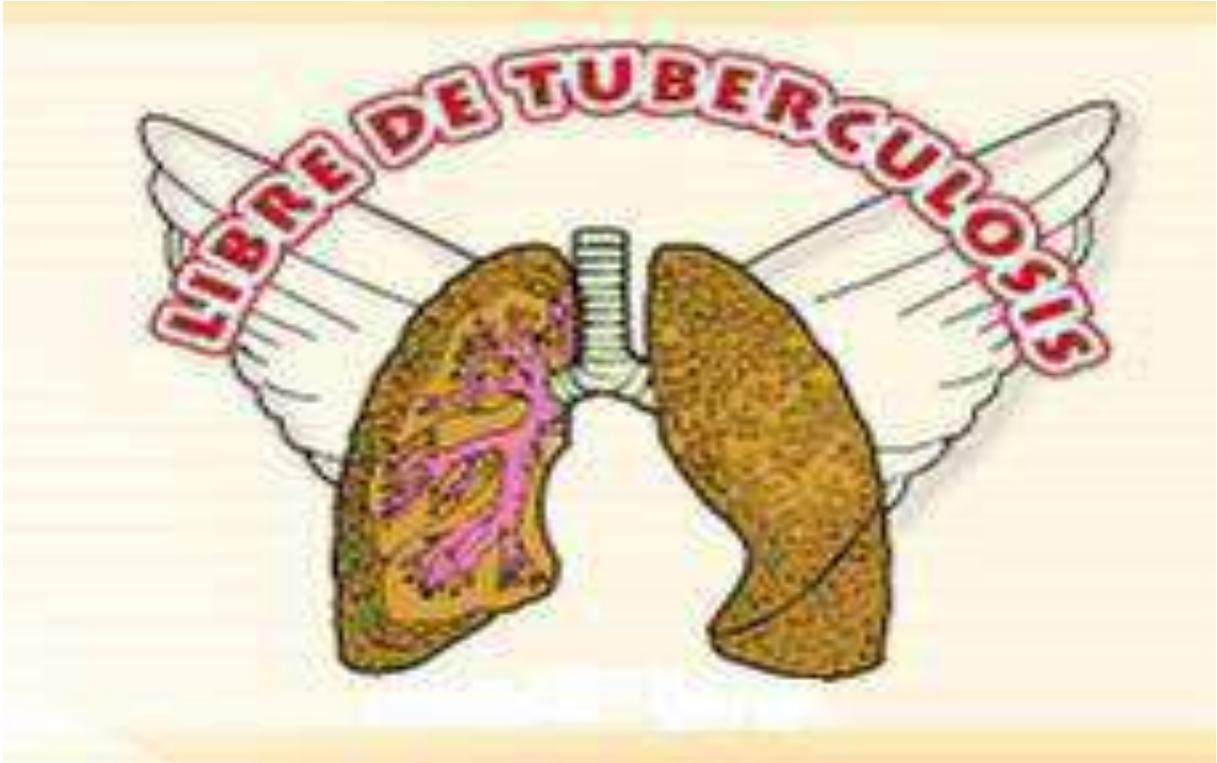
COSTOS Y PLAN DE FINANCIAMIENTO

ACTIVIDADES	COSTOS	APORTACION
Capacitación Normas	\$ 700,00	IESS: Recursos Propios MSP: Financiamiento (Normas, Comida, Lunch)
Corramos para Ganarle a la TB	\$ 6.444,00	IESS - MSP Empresa Privada: Gatorade - Municipio - CTE Offset ABAD Inscripciones de los Participantes
Casa Abierta	\$ 300,00	MSP - Invitación Empresa Privada: Anexos
Publicidad	\$ 500,00	Recursos Propios del IESS
TOTAL	\$ 7.944,00	SOSTENIBILIDAD - La Inscripción de cada Participante en el evento

Elaborado por: Lic. Carmen Hernández Díaz

Revisado por: Lic. Carmen Sanchez Hernández

LOGOTIPO DEL PROYECTO



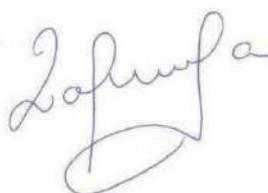
Elaboración propia: Lic. Carmen Sánchez Hernández, Esp.,
Lic. Gisella Salazar Contreras

CONSTANCIA

Quien suscribe, en mi carácter de Editor del Boletín de Malaria y Salud Ambiental, del Servicio Autónomo Instituto de Altos Estudios “Dr. Arnoldo Gabaldón” adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, hace constar que el artículo original **“CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN MAYORES DE 15 AÑOS EN EL HOSPITAL DE DIA DR. EFRÉN JURADO LOPEZ (IESS).”**, de los Autores: Carmen Alexandra Sánchez Hernández, Elena Silvana Guaña Bravo, Carlos Gafas González, Gabriel José Suárez Lima y Lorena Paola Ramírez Morán; fue sometido a arbitraje siendo **ACEPTADO** para su publicación en el Suplemento N° 1 del Volumen 60, N° 1 correspondiente al período Enero-julio del año 2020.

La revista está clasificada como publicación tipo “A”, indizada en Latindex, Lilacs, Imbiomed, Global Health, Zoological Record, Science Citation Index Expanded, Scopus, Cab Abstracts, Veterinary Science Database, Bireme, y Registrada en Scimago Journal & Country Rank y ASEREME.

Constancia que se expide a solicitud de parte interesada, en la ciudad de Maracay, a los 10 días del mes de junio del año dos mil diecinueve.



José Antonio Romero Palmera M.V. M. Sc. Editor
Boletín de Malaria y Salud Ambiental
ISSN 1690-4648
MPPS / IAE
Maracay - Aragua

NOTA: Constancia emitida en formato electrónico verificable a través de WhatsApp +58 414 0499407 o editorbolmal@gmail.com.
JCS/JARP

Urkund Analysis Result

Analysed Document: Carmen Sánchez (Tesis final para URKUND) 26 junio 2019.docx (D54173641)
Submitted: 6/26/2019 11:23:00 PM
Submitted By: cgafas@unach.edu.ec
Significance: 3 %

Sources included in the report:

PROYECTO CAROLINA (3).docx (D41360211)
ANGEL REA - GISSELLA MEZA.docx (D41473517)
TESIS JENNIFER FLORES FRANCO.docx (D37267476)
INFORME FINAL DE PROYECTO DE INV.docx (D50257648)
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/173/html>
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400002

Instances where selected sources appear:

8

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- OPS/OMS Ecuador [Internet]. [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_joomlabook&view=topic&id=59
- Cervellera MJB. EXCMO. SR. PRESIDENTE EXCMOS. E ILMOS. SRES. ACADÉMICOS, ILMAS. SRAS. ACADÉMICAS, SEÑORAS Y SEÑORES: :8. gtbr14_execsummary_summary_es.pdf [Internet]. [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_e s.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_e_s.pdf)
- World Health Organization. Global tuberculosis report 2013 [Internet]. World Health Organization; 2013 [citado 3 de octubre de 2018]. 2013 p. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/91355>
- Farga C, Victorino (2011). Tuberculosis. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo.
- FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Manual-de-procedimientos-de-tb-final.pdf [Internet]. [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wpcontent/uploads/2017/07/MANUAL-DEPROCEDIMIENTOS-DE-TB-FINAL.pdf>
- Ministerio de Salud Chile. (2014). Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud. Recuperado de <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- WHO Global TB (2013) Programme. Automated real-time nucleic acid amplification technology for rapid and simultaneous detection of tuberculosis and rifampicin resistance: Xpert MTB/RIF assay for the diagnosis of pulmonary and extrapulmonary TB in adults and children. [Internet]. [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK258608/>
- República del Ecuador. Plan Nacional de Desarrollo. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural. Quito, Ecuador: Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo-SENPLADES; 2009.
- Roberto, Sánchez Pérez Yarelys (2014) . Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet] [citado 2018 Sep 29] ; 30(Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252014000300011&ln
- Robiner WN (2005). Mejorando la adherencia en la investigación clínica. Contemp Clin Trials.; 26 : 59-77
- Mugusi F, Josiah R, Moshi A, Chale S, Bakari M, et al “2002”. Abandonos en un estudio de seguimiento a largo plazo que involucra consejería voluntaria y pruebas de VIH: experiencia de una cohorte de oficiales de policía en Dar Es Salaam, Tanzania. J Acquir Immune Defic Syndr.; 30: 119-123

Karcher H, Omondi A, Odera J, Kunz A, Harms G. (2007). Factores de riesgo para la negación del tratamiento y la pérdida durante el seguimiento en una cohorte de tratamiento antirretroviral en Kenia. *Trop Med Int Health.*; 12: 687-694.

Demissie M, Getahun H, Lindtjorn B. (2003). Atención comunitaria de la tuberculosis a través de "clubes de TB" en zonas rurales del norte de Etiopía. *Soc Sci Med*; 56 : 2009-2018. doi: 10.1016 / S0277-9536 (02) 00182-X

Demissie M, Lindtjorn B, Berhane Y. (2002). El paciente y el servicio de salud retrasan el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en Etiopía. *BMC Public Health.*; 2 : 23. doi: 10.1186 / 1471-2458-2-23.