



Caracterización Socioeconómica de la Población con
Tuberculosis en los distritos: San Juan de Lurigancho y El
Agustino

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión Pública

AUTOR:

Br. Castro Gao, Carlos Alfredo

ASESOR:

Dr. Vértiz Osoreo, Jacinto Joaquín

SECCIÓN

Ciencias Empresariales

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Modernización del Estado

PERÚ – 2018

Página del jurado

Dr. Felipe Guizado Oscco
Presidente

Mg. Jesús Enrique Nuñez Untiveros
Secretario

Dr. Jacinto Joaquín Vértiz Osores
Vocal

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a toda mi familia por su apoyo y comprensión, por ser el motor para seguir bregando y alcanzar mis metas profesionales y de bienestar familiar.

A mis maestros y a las personas más vulnerables de mi país, en especial a las personas afectadas por la tuberculosis.

Agradecimientos

Al Dr. Joaquín Vértiz Osos por su apoyo, comprensión y asesoramiento que me motivaron a elegir este trabajo de investigación.

Hago extensivo mi agradecimiento al Mag. Ricardo I. Vértiz Osos por su sapiencia, experticia y emoción social para con la tuberculosis, en recibir sus consejos para la elaboración de este trabajo.

Resolución de vicerrectorado académico N° 00011-2016-UCV-VA**Lima, 23 de marzo de 2018****Declaración de Autoría**

Yo Carlos Alfredo Castro Gao, estudiante del Programa de Maestría en gestión pública, de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, sede/filial Lima Norte; declaro que el trabajo académico titulado “Caracterización Socioeconómica de la Población con Tuberculosis en los distritos: San Juan de Lurigancho y El Agustino” presentada, en 153 folios para la obtención del grado académico de Maestro en Gestión Pública, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo estipulado por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.
- De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinan el procedimiento disciplinario.

Lima, 23 de marzo del 2018

.....

Br. Carlos Alfredo Castro Gao

DNI 07951457

Presentación

Señores miembros del jurado:

En cumplimiento del reglamento de grados y títulos de la Universidad César Vallejo se presenta la tesis “Caracterización Socioeconómica de la Población con Tuberculosis en los distritos: San Juan de Lurigancho y El Agustino”, cuyo objetivo fue describir las características socioeconómicas de la población con tuberculosis, teniendo en cuenta las políticas públicas, los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino.

El presente estudio ha sido estructurado en siete capítulos, de acuerdo con el formato proporcionado por la Escuela de Posgrado. En el capítulo I se presentan los antecedentes, marco teórico referencial, marco espacial, marco temporal, contextualización geográfica e histórica y supuestos teóricos. En el capítulo II, se formula el problema de investigación, justificación y objetivos. En el capítulo III, se desarrolla el marco metodológico que contiene las unidades temáticas: la caracterización socioeconómica de la tuberculosis en la dinámica social de la teoría de la autopoiesis y categorización; la metodología empleada fue la hermenéutica; siendo la presente investigación un estudio descriptivo y con un diseño etnográfico, el escenario de estudio fueron los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino. Así también contempla las características de los actores, los procedimientos metodológicos de investigación y las técnicas e instrumentos de recolección de datos.

El capítulo IV contiene los resultados; el capítulo V desarrolla la discusión de los resultados, en el capítulo VI se describen las conclusiones y en el VII las recomendaciones respectivas. Finalmente se presentan las referencias y los anexos que respaldan la investigación.

Las conclusiones de la investigación fueron que los hallazgos evidenciaron que las características socioeconómicas de las poblaciones con tuberculosis de los distritos San Juan de Lurigancho y El Agustino se debe a las condiciones del estatus quo, factores sociales, económicos y culturales que permiten un contagio masivo

de tuberculosis, e impiden mejoras en la atención durante el tratamiento. También dificulta la recuperación del paciente la situación de vulnerabilidad – riesgos y las barreras de acceso a los servicios de salud.

Por otro lado, se evidenciaron otros determinantes sobre el comportamiento, mitos y costumbres producto de la migración y aparición de poblaciones emergentes en ambos distritos, deficiencias en la infraestructura y equipamiento de los centro de salud y finalmente realizar mejoras en la políticas públicas de salud para la prevención y control de la tuberculosis.

El autor

Índice

Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Índice	viii
Índice de figuras	xiii
Resumen	xvi
Abstract	xvii
I. Introducción	
1.1 Trabajos Previos	19
1.1.1 Antecedentes Internacionales	19
1.1.2 Antecedentes Nacionales	25
1.2 Marco teórico referencial	29
1.3 Marco Espacial	42
1.4 Marco Temporal	43
1.5 Contextualización geográfica e histórica	43
1.5.1 Contextualización geográfica e histórica del distrito de San Juan de Lurigancho	43
1.5.2 Contextualización geográfica e histórica del distrito de El Agustino	47
1.6 Supuestos teóricos	49
II. Problemática de Investigación	
2.1 Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados.	54
2.2 Formulación del problema de investigación	55
2.2.1 Problema general	55
2.2.2 Problemas específicos	55
2.3 Justificación	56
2.4 Relevancia	56
2.5. Contribución	57
2.6 Objetivos	57

2.6.1 Objetivo general	57
2.6.2 Objetivos específicos	57
III. Marco Metodológico	
3.1 Unidades temáticas	59
3.1.1 Caracterización socioeconómica de la Tuberculosis	59
3.1.2 Categorización	60
3.2 Metodología	61
3.2.3 Tipo de Estudio	62
3.2.4 Diseño	62
3.3. Escenario de Estudio	62
3.4. Características del Sujeto	62
3.5 Procedimientos metodológicos de investigación	63
3.5.1 Trayectoria metodológica	63
3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	63
3.6.1 Técnicas de recolección de datos	63
3.6.2 Instrumentos	63
3.7 Tratamiento de la información	65
3.8 Aspectos éticos	65
3.9 Rigor científico	66
IV. Resultados	67
4.1 Caracterización socioeconómica de los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho	68
V. Discusión	120
VI. Conclusiones	126
VII. Recomendaciones	129
VIII. Referencias	133
Anexos	143
Anexo 1. Matriz de Categorización	144
Anexo 2. Guía de Entrevistas	146
Anexo 3. Matriz de triangulación	148

Índice de tablas

Tabla 1.	Cuadro de categorización	60
Tabla 2.	Acceso a los servicios de agua de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015	68
Tabla 3.	Acceso a los Servicios Básicos, Higiénicos de la Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015	69
Tabla 4.	Población de provincia de Lima, distritos de EL Agustino y San Juan de Lurigancho, según grupo objetivo en atención integral y grupos especiales 2016	70
Tabla 5.	Superficie, densidad poblacional y tasa de crecimiento intercensal promedio anual de la población de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 1981,1993, 2007 y 2016	71
Tabla 6.	Población inmigrante interna por lugar de nacimiento y residencia hace cinco años, según provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2007	73
Tabla 7.	Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad según ámbito geográfico 2006-2014	74
Tabla 8.	Lima Metropolitana: Viviendas particulares, según material predominante en las paredes exteriores, 2006 -2013	76
Tabla 9.	Incidencia de pobreza total de los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013	77
Tabla 10.	Porcentaje de pobreza no monetaria con al menos un NBI, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013	78
Tabla 11.	Índice de Desarrollo Humano Perú, Lima Metropolitana, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2012	79

Tabla 12. Indicadores Epidemiológicos de Tuberculosis Lima Metropolitana, los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015	81
Tabla 13. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos en Lima Metropolitana 2013 – 2015.	82
Tabla 14. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos - casos e incidencia MDR - XDR en DISA Lima Metropolitana 2011-2014	83
Tabla 15. Tasa morbilidad y tasa de mortalidad por 100,000 hab. de tuberculosis DISA IV Lima Este, años 2006 -2014	85
Tabla 16. Casos Vs. tasas de mortalidad por tuberculosis años 2006 - 2014, DISA IV Lima Este.	86
Tabla 17. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos DISA IV Lima Este, años 2013 – 2014	87
Tabla 18. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos DISA IV Lima Este, 2006 – 2014	88
Tabla 19. Incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2006 – 2014	90
Tabla 20. Casos de tuberculosis pulmonar BK (+) por Microredes en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho DISA IV Lima Este 2010 -2014	91
Tabla 21. Tuberculosis: defunciones en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2006 – 2014	92
Tabla 22. Problemas priorizados en SJL – El Agustino 2015	101
Tabla 23. Factores de riesgo y barreras de acceso de la TB, según tipo de causa	108
Tabla 24. Factores de riesgo asociados al contagio, según nivel de prioridad en las dos poblaciones	111

Tabla 25. Factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad, según nivel de prioridad – Microred Ganímedes	112
Tabla 26. Carreras de acceso a los servicios de salud	115

Índice de figuras

Figura 1. Mapa de Ubicación Geográfica	43
Figura 2. Figura 02 Límites distritales de SJL	44
Figura 3. Plano general distrital de El Agustino	49
Figura 4. Acceso a los Servicios de Agua de la Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015	69
Figura 5. Acceso a los servicios básicos, higiénicos de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015	70
Figura 6. Población de provincia de Lima, distritos de EL Agustino y San Juan de Lurigancho, según grupo objetivo en atención integral y grupos especiales 2016	71
Figura 7. Superficie, densidad poblacional y tasa de crecimiento intercensal promedio anual de la población de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 1981,1993, 2007 y 2016.	72
Figura 8. Población inmigrante interna por lugar de nacimiento y residencia hace cinco años, según Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2007.	74
Figura 9. Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad según ámbito geográfico 2006-2014	75
Figura 10.Lima Metropolitana: Viviendas particulares, según material predominante en las paredes exteriores, 2006 -2013.	77
Figura 11. Incidencia de pobreza total de los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013	78
Figura 12. Porcentaje de pobreza no monetaria con al menos un NBI, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013.	79
Figura 13. Índice de Desarrollo Humano Perú, Lima Metropolitana, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2012	80

Figura 14. Indicadores Epidemiológicos de Tuberculosis Lima Metropolitana, los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015.	82
Figura 15. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos en Lima Metropolitana 2013 – 2015.	83
Figura 16. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos - casos e incidencia MDR - XDR en DISA Lima Metropolitana 2011-2014	84
Figura 17. Tasa morbilidad y tasa de mortalidad por 100,000 hab. de tuberculosis DISA IV Lima Este, años 2006 -2014.	86
Figura 18. Casos Vs. tasas de mortalidad por tuberculosis años 2006 - 2014, DISA IV Lima Este	87
Figura 19. Porcentaje de Casos de tuberculosis por grupos objetivos DISA IV Lima Este, años 2013 – 2014	88
Figura 20. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos DISA IV Lima Este, 2006 – 2014.	89
Figura 21. Incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2006 – 2014.	90
Figura 22. Casos de tuberculosis pulmonar BK (+) por Microredes en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho DISA IV Lima Este 2010 -2014	92
Figura 23. Tuberculosis: defunciones en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2006 – 2014	93
Figura 24. Esquema explicativo sobre la alta incidencia de la tuberculosis	103
Figura 25. Niveles de gestión pública para la tuberculosis	103
Figura 26. Factores de riesgo asociados a la alta incidencia de la tuberculosis en SJL, 2018	106
Figura 27. Factores de riesgo asociados a la alta incidencia de la tuberculosis en El Agustino, 2018	107

Figura 28. Las barreras que impiden cumplir el tratamiento desde la demanda

117

Resumen

La importancia del estudio se basa en caracterizar a la población con tuberculosis en zonas urbanas marginales con un alto índice de casos de tuberculosis, en efecto, la tuberculosis en Lima se ha propagado debido a condiciones epidemiológicas y sociales, afectando de esta manera los patrones de conducta y la calidad de vida. El objetivo de la investigación fue describir las características socioeconómicas de la población con tuberculosis, teniendo en cuenta las políticas públicas, los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud de los distritos de SJL y El Agustino.

Bajo un enfoque cualitativo, se desarrolló una investigación etnográfica de tipo descriptiva-hermenéutica. La población estuvo constituida por pacientes, familiares y profesionales de salud entre otros actores sociales involucrados en la problemática, para la recolección de la información se utilizó la técnica de la observación participante y como instrumentos se emplearon la guía de preguntas, la guía de focus group.

Los resultados evidenciaron que las características socioeconómicas de las poblaciones con tuberculosis de los distritos San Juan de Lurigancho y El Agustino se debe a las condiciones del estatus quo, factores sociales, económicos y culturales que permiten un contagio masivo de tuberculosis, e impiden mejoras en la atención durante el tratamiento. En efecto, la vulnerabilidad – riesgos y las barreras de acceso a los servicios de salud.

Se concluyó que si bien es cierto existe políticas públicas por parte del sector de salud pública; sin embargo falta implementar el programa de tuberculosis, no solo visto del enfoque biomédico, sino también desde el aspecto social y económico, tomando en cuenta a la persona como sujeto, y en efecto como protagonista de su misma recuperación. Para ello, es necesario la articulación de las políticas públicas en salud en las tres instancias de gobierno: gobierno nacional, gobierno regional y local.

Palabras clave: Tuberculosis, Caracterización de la población, políticas públicas, barreras de acceso y riesgo.

Abstract

The importance of the study is to characterize the population with tuberculosis in marginal urban areas with a high rate of tuberculosis cases in fact tuberculosis in Lima has spread due to epidemiological and social conditions, thus affecting patterns behavior and quality of life. The aim of the research was describe the socioeconomic characteristics of the population with tuberculosis, taking into account public policy, risk factors and barriers to care health services in the districts of SJL and El Agustino.

Under a qualitative approach developed. ethnographic research descriptive hermeneutic type The population consisted of patients, families and health professionals and other social actors involved in the problem, to collect information used the technique of participant observation and as tools guide questions were used, online focus group.

The results showed that socioeconomic populations with tuberculosis of the districts San Juan de Lurigancho and El Agustino is due to the conditions of the status quo, social, economic and cultural factors that allow a massive spread of tuberculosis, and prevent improvements in features the care during treatment. Indeed, vulnerability - risks and barriers to access to health services.

was concluded that although there is some public policies by the public health sector; however lack tuberculosis implement the program not only seen the biomedical approach, but also from the social and economic aspects, taking into account the person as subject, and indeed as protagonist of his own recovery. It is therefore necessary articulation of public health policies at all three levels of government: national government, regional and local government.

Keywords: Tuberculosis, Characterization of the population, public policy, access barriers and risk.

I. Introducción

1.1 Trabajos Previos

1.1.1 Antecedentes Internacionales

Ngwenya et al. (2018) en su estudio titulado *Percepciones comunitarias sobre el contexto estructural socioeconómico que influye en el riesgo, la prevención y el tratamiento del VIH y la TB en una zona de alta prevalencia, en la era de la terapia antirretroviral*, realizaron una evaluación cualitativa de estudios de casos que mediante las entrevistas de 230 personas sobre experiencias y percepciones de transmisión, tratamiento y prevención del VIH y la tuberculosis en sus comunidades. Los resultados que obtuvieron y que sostienen es que la percepción sobre el control de la salud está vinculado a la identificación de los factores estructurales, que aumenta la preocupación para impulsar las políticas públicas basada en evidencias, la influencia que tiene los lugares en la salud y los comportamientos relacionados a la salud. Esta influencia sobre la salud incluye la forma en que las personas perciben la calidad social del lugar, como la limpieza, la cohesión social del lugar, la vivienda y el acceso a la atención médica aumentando la preocupación o sensación de que no tenga la eficacia para lograr un cambio en su entorno, existiendo en las comunidades una mayor preocupación por la mejora de su situación socioeconómica actual por encima de la prevención y control de la salud. El estudio concluyó que los enfoques que fundamentan en cambiar las barreras estructurales y ambientales para la prevención puede aumentar la percepción de control percibido por las personas y las estrategias que abordan los constructos identificados sobre el control percibido pueden influir en el cambio social que se requiere para que las intervenciones estructurales tengan éxito.

Kundu et al. (2018), en su estudio titulado *Análisis de la política de protección financiera contra la tuberculosis multidrogoresistente (MDR-TB): esquemas de seguro de salud MDR TB, en el estado de Chhattisgarh, India*, hace mención sobre la existencia de barreras financieras para acceder al tratamiento de la tuberculosis multidrogoresistente en la India, la investigación tiene por objetivo explicar la brecha de implementación entre la política y la prestación o entrega de los paquetes de beneficios a los pacientes pobres tanto del sector público y privado. Es una investigación cualitativa en donde se realizó la recolección de datos de las

reclamaciones de seguros de salud primaria desde enero 2013 y diciembre 2015, el análisis se realizó a través del uso del enfoque de flujos o corrientes múltiples de Kingdon para explicar la brecha de implementación entre la política y la práctica de los paquetes de beneficios de MDR-TB. Los resultados obtenidos un aumento del total de reclamaciones de los paquetes de beneficios de MDR-TB aumento durante el periodo de estudio en los paciente pobres atendidos en establecimientos públicos, en particular en la evaluación y hospitalización para el tratamiento del paciente, se observó una menor participación de los proveedores privados en el nuevo esquema de protección financiera dentro del plan de seguro universal y concluye que puede existir una brecha en la aplicación de las políticas de protección financiera debido débil alineamiento entre el problema y las políticas, que refleja la poca coordinación entre el gobierno nacional y el gobierno del Estado de Chhattisgarh, siendo necesario el fortalecimiento institucional entre el sector público y privado para mejorar la prestación de servicios a los pacientes de MDR-TB.

Datiko et al. (2018) en su trabajo de investigación titulado *Trabajadores de extensión salud mejoran la detección de casos de tuberculosis y el resultado del tratamiento en Etiopía*: evidenció que la tuberculosis es una de las principales causas de muerte en Etiopía afectando a las poblaciones más pobres sin tener el acceso a los servicios de salud para el control de la enfermedad. Se evaluó un servicio de diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis diseñado en base al Programa de Extensión de Salud y los trabajadores de extensión de salud (HEW) que fueron entrenados para identificar a las personas con síntomas de TB, tomando muestras de esputo y preparar los frotis, trasladadas a los laboratorios autorizados y ofreciéndoles a las personas afectadas con TB tratamiento en casa o en el puesto de salud más cercano, se realizó en dos zonas para evaluar después 03 años en una y en la otra a los 4 años y medio tanto antes y después de la intervención. Se obtuvo como resultados la identificación de 216,165 personas con síntomas y diagnosticados con TB (12% del total), se elevó la tasa de notificación de casos de tuberculosis positiva (CNR) por cada 100,000 habitantes de 64 a 127 y todas las formas de TB aumento de 102 a 177 en el primer año de intervención, disminuyendo la tasa en los años siguientes de la intervención en 9% por año; referente al éxito del tratamiento aumento del 76% antes de la intervención al 95%

durante la intervención y los pacientes que no recibieron o siguieron con el tratamiento disminuyeron del 21% a 3%. El estudio concluyó que aumento el éxito de la búsqueda de casos de TB y mejores resultados en el tratamiento, siendo una estrategia para que Etiopia pueda alcanzar las metas de Desarrollo Sostenible.

Fuady, Houweling, Mansyur y Richardus (2018), en su estudio titulado *Costos totales catastróficos en los hogares afectados por tuberculosis y sus determinantes desde la implementación de la cobertura universal de salud por parte de Indonesia*, quienes plantean la necesidad urgente de brindar a las familias afectadas con la tuberculosis la aplicación de la cobertura universal de salud, evaluando la incidencia de los altos costos totales debido a la tuberculosis y sus determinantes desde su implementación. El método que se utilizó fue de entrevistar a pacientes adultos con tuberculosis y resistentes a múltiples fármacos (MDR-TB), que habían recibido tratamiento al menos un mes y no más de un mes antes. Se evaluó la incidencia de los altos costos que les afecta a las personas afectadas con la enfermedad, también se analizó la sensibilidad de incidencia y sus diferencias entre hogares pobres y no pobres, utilizando la estadística de un modelo mixto lineal para identificar los determinantes de los altos costos totales. Los resultados obtenidos en la investigación del análisis de 282 pacientes de TB y 64 TB-MDR, la media de los costos totales incurridos por los hogares fue de USD 133 y para los servicios relacionados con la MDR-TB es de USD 2804. La incidencia de los altos costos totales en todas las familias afectadas por tuberculosis fue del 36% (43% en los hogares pobres y el 25% de los hogares no pobres) y para los hogares afectados por la MDR-TB la incidencia fue del 83% tanto para los hogares pobres y no pobres. El estudio concluyó que a pesar de la implementación de la cobertura universal de salud los hogares afectados con TB asumen la incidencia de los altos costos totales y su empobrecimiento, recomienda que se pueda garantizar el acceso a la atención de salud, una política de mitigar los altos costos a través de un programa de subsidio financiero para proteger a los pobres para cubrir en parte la reducción de sus ingresos.

Boudarene, James, Coker y Khan (2017) en su estudio titulado *¿Están alineados los resultados de la investigación científica con las prioridades de los responsables de las políticas nacionales? Un estudio de caso de tuberculosis en*

Camboya, es una investigación cualitativa que utilizó una revisión sistemática de la literatura publicada desde el año 2000 para identificar los estudios más pertinentes sobre la tuberculosis en Camboya, también identificaron áreas prioritarias de investigación para conocer la información recopilada sobre la política y planificación de los programas de TB en Camboya desde la perspectiva de los responsables de las políticas nacionales y los resultados obtenidos de la revisión bibliográfica se analizaron en relación con las áreas prioritarias de investigación del interés de las autoridades nacionales para evaluar la superposición y presentar las evidencias sobre las inconsistencias encontradas. Las áreas de investigación prioritarias identificadas: la coinfección TB-VIH; tuberculosis infantil; TB resistente a múltiples fármacos (MDR-TB); y el acceso universal y equitativo al diagnóstico y tratamiento de calidad. Se concluyó que existe un amplio margen entre los resultados de la revisión de los estudios identificados sobre TB en Camboya y las evidencias de que los formuladores de las políticas nacionales hubieran querido abordar o conocer. Propone una mayor coordinación y alineamiento entre los investigadores, los responsables y formuladores de las políticas públicas sobre los temas prioritarios de investigación que pueda aumentar la incidencia de los resultados a las políticas y programas.

Jürgens, Csete, Lim, Timberlake y Smith (2017) en su estudio titulado *Derechos Humanos y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria: ¿Cómo funciona una gran fuente de financiamiento de servicios básicos de salud frente al desafío de programas basado en los derechos?*, en dicha investigación se describe las estrategias e iniciativas emprendidas por las Naciones Unidas (ONU) a través del Fondo Mundial para apoyar programas basado en los derechos para abordar el VIH, la tuberculosis y la malaria, para ampliar el acceso a los servicios de salud para abordar las enfermedades mencionadas, desde su conformación y organización contempla algunos principios de derechos humanos desde la presencia de la sociedad civil y la coordinación del país, los mecanismos que evalúan las solicitudes de financiamiento solicitadas al Fondo Mundial, también, es importante la representatividad de las personas afectadas. Se constata que el Fondo Mundial reconoce que no son efectivos ni rentables los programas de salud que financia por reducir las barreras de acceso relacionado a los derechos

humanos y a los servicios de salud, habiéndose incluido en los acuerdos del Fondo Mundial para el financiamiento de estos programas y reducir barreras relacionadas con los derechos humanos en salud, aprobándose una estrategia para cinco años de proporcionar apoyo técnico y financiero para ampliar la cobertura de los programas para reducir estas barreras en 20 países.

Shelby, Lia e Israel (2017), en su estudio titulado *Iniciativas público-privadas de colaboración dirigidas a la tuberculosis resistente a múltiples fármacos (MDR-TB) con el apoyo de la Asociación Lilly MDR-TB: experiencias en el periodo 2012-2016*, se describe ejemplos representativos de proyectos apoyados por la Asociación Lilly MDR-TB en el período 2012-2016, para su conocimiento a nivel mundial de los casos exitosos adecuados a sus realidades locales en los países más afectados: China, India, Rusia y Sudáfrica para fortalecer los sistemas de salud y las políticas de TB, así como de las observaciones, recomendaciones para futuras asociaciones público-privadas para atender el control y tratamiento de la TB. El método utilizado de los casos analizados durante el periodo 2012-2016, se inicia con las necesidades de la comunidad en la atención primaria, buscando un avance significativo y medible de los objetivos globales y nacionales de TB; compartiendo los programas de asociación un enfoque global conceptual que se le conoce como “la investigación, informe, abogado”, basado en la experimentación de nuevos enfoques a pequeña escala en donde en las primeras etapas se evalúa los resultados. Una vez obtenido los resultados son analizados y comunicados a los gobiernos, expertos en políticas en salud, actores locales y nacionales, incluyendo los de otros países con problemas similares de MDR-TB, presentando algunas lecciones aprendidas como la necesidad de un compromiso general a largo plazo, la sostenibilidad financiera y resultados confiables producto de esta asociación que puede ser fortalecida con fundaciones corporativas, abandonando los casos sin éxitos para evita el mal usos de los recursos.

Maurera (2015) en su estudio titulado *Percepciones de la Tuberculosis y escenarios de vida*, plantea la necesidad de analizar la percepción sobre la tuberculosis desde un enfoque social en contraste al modelo biomédico, habiéndose replanteado los determinantes y condicionantes de la tuberculosis, la investigación presenta los escenarios de vida y la tuberculosis desde un

conocimiento social de la población del distrito Carlos Arvelo del Estado Carabobo, está en el marco de una estudio de investigación epistémica fenomenológica bajo el enfoque hermenéutico de Ricoeur, empleándose la categorización para el análisis interpretación y reflexión de las experiencias. Se tuvo como resultados la revelación de experiencias sobre el valor de la vida y la salud, así también de una vida digna. Se concluye que desde una mirada transversal y multidisciplinario fortalecer en valorar la vida, la recuperación en su salud, su inserción social y laboral, protegiendo el ambiente, contar con viviendas dignas, espacios de recreación para fomentar valores y conductas solidarias.

Carvajal, Varela, Hoyos, Angulo y Duarte (2014) en su artículo de investigación titulado *Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana*, presenta la caracterización de los conocimientos, actitudes y practicas por parte de los trabajadores de salud en los programas de control de la tuberculosis (TB) en los municipios de la Costa Pacífica Colombiana, habiéndose realizado un estudio descriptivo de tipo transversal en 38 trabajadores de salud con distintas funciones en los programas de TB en 10 municipios en Nariño, Colombia. Utilizando como instrumento de investigación un cuestionario estructurado, previamente validado a través de entrevistas cognitivas a personas con similares características a la población de estudio, realizadas antes de la fase de recolección de información. Los resultados de la investigación presentada: los trabajadores reportan conocimientos sobre TB y su control de acuerdo a las normas y protocolos establecidos, se evidencio algunas prácticas de riesgo relacionadas con el cumplimiento de las acciones establecida en el plan de control de infecciones y actitudes de estigmatización con relación a la TB y se concluye que los resultados presentados sobre los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en el pacífico nariñense, que puede servir como insumo para el diseño de estrategias de intervención que posibiliten el fortalecimiento del programa de control de TB con un enfoque cultural de la región materia de estudio.

1.1.2 Antecedentes Nacionales

Alarcón, Alarcón Figueroa y Mendoza (2017) en su estudio titulado *Tuberculosis en el Perú: Situación Epidemiológica, Avances y Desafíos para su Control* indicaron que en el Perú, la reciente Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287 declara de interés nacional la lucha contra la TB. En su artículo presenta la situación epidemiológica de la TB en el Perú al 2015, los avances en su control, de acuerdo a tres enfoques: biomédico, de gestión pública y de determinantes sociales de la salud y plantea desafíos para lograr el control de la TB. Sistematiza los resultados sobre la situación epidemiológica de la TB en el Perú en: resistente a los medicamentos, coinfección TB – VIH, TB y en diabetes mellitus, personas privadas de libertad, trabajadores en la seguridad social, TB infantil y TB en trabajadores de salud, hacen el planteamiento de desafío en los tres enfoques y concluye que en el periodo analizado se ha obtenido avances en el control y reducción de la incidencia de la TB, sin embargo existe una agenda pendiente y de desafíos para alcanzar la meta al 2035, de que se declare al Perú un país libre de TB, tasa de incidencia menor o igual a 10 casos de TB por cada 100 mil habitantes.

Vega (2017) en su trabajo de investigación *Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con Tuberculosis CS Primavera – El Agustino – 2014*, realizó una evaluación sobre la participación de personas afectadas por tuberculosis dentro de un programa de salud que aborda algunos determinantes sociales, trabajo que se fundamenta en un enfoque social basado en la salud como derecho, denominado Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA), en un centro de salud del distrito de El Agustino, en Lima, se basa en el enfoque cuantitativo, de corte transversal, correlacional. En sus resultados se evidenció tres aspectos importantes en el tratamiento de la enfermedad: diagnóstico oportuno, adherencia al tratamiento y éxito del mismo en función a la condición de egreso, siendo la población objetivo las personas afectadas por tuberculosis pulmonar, sensible al tratamiento, que han recibido tratamiento por primera vez. Se obtuvo como resultados una asociación significativa entre la participación de las personas afectadas con TB y el inicio de tratamiento oportuno en contraste con la adherencia y el éxito del tratamiento que no se encontró una asociación significativa. El estudio concluyó en que los

programas de salud basado en un enfoque social político, contribuyen de una manera eficaz en combatir la enfermedad, se sugiere evaluar con mayor profundidad los aspectos de éxito de los programas de salud basados en determinantes sociales y con enfoque político social para su mayor eficiencia y efectividad y que formen parte en los programas implementados en redes integradas de salud.

Ascencios (2015) en su estudio titulado *La tuberculosis y el índice de mortalidad en la jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián, Lima 2014*; determinó el efecto de la tuberculosis en el índice de mortalidad en la jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián en el 2014; una enfermedad afecta significativa en la muerte temprana. Se trató de una investigación cuantitativa, descriptiva correlacional, de diseño experimental de tipo cuasi experimental; sustentado en una población de 82 pacientes del mismo programa, la muestra dividida en grupo de control (12 personas) y grupo experimental (12 personas).

Urday y Chimaja (2014) en su estudio titulado *Movilización del Capital Social para el Control de la Tuberculosis en la Jurisdicción del Cerro San Cosme: El Caso del Plan TBCero*, presentó un análisis sobre la movilización del capital social en la jurisdicción del Cerro San Cosme como un factor facilitador para la implementación del Plan TBCero, en el año 2009 en alianza con la Municipalidad de La Victoria para el control de la tuberculosis en la jurisdicción del Centro de Salud San Cosme, caracterizándose por ser un plan integral, sistémico y humanista con actores fundamentales: el paciente, la familia, la comunidad y sus autoridades como centro de atención, constituyéndose un caso exitoso para abordar los Determinantes Sociales que inciden sobre la TB en zonas de alto riesgo de transmisión, bajo el liderazgo y responsabilidad de las autoridades locales en mejorar la situación de salud en su comunidad. A través de este trabajo se vio la importancia del capital social como elemento importante en la estrategia de control de la tuberculosis, evidenciando que a partir de un problema de salud da origen a procesos locales que fortalece las condiciones del entorno para que las personas se empoderen y se desarrollen satisfaciendo sus necesidades humanas fundamentales bajo un enfoque integral que trasciende al acceso de los servicios públicos o bienes materiales en la mejora de su calidad de vida, considera también que se requiere

mayores estudios y su aplicación a realidades concretas será de mayor relevancia su desarrollo para la prevención, control y tratamiento de las personas afectadas de TB, aumentando su probabilidad de éxito de este enfoque holístico y humanista.

Vértiz (2013) en su estudio titulado *Estigmatización de la Tuberculosis Pulmonar: Impactos en la Reestructuración de los Entornos Sociales en el Cerro San Cosme, Lima*, describió la estigmatización de la tuberculosis y los impactos en la reestructuración de los entornos sociales. Se trató de un estudio cualitativo, estudio de casos. En sus resultados describió un panorama amplio de la situación actual de la tuberculosis pulmonar, indicando la prevalencia de esta enfermedad a nivel internacional y nacional, la pandemia de infección por VIH/SIDA como factor predisponente así como también el aumento de las poblaciones de riesgo en las áreas urbanas hacinadas, haciendo un análisis sobre la desatención de los programas antituberculosos en varias regiones del país (costa, sierra y selva) teniendo como una de las consecuencias la tuberculosis multirresistente. El estudio concluyó que las cinco experiencias corresponden a personas afectadas por la tuberculosis que llevaron tratamiento en el Centro de Salud San Cosme y la Casa de Alivio, en el marco del Plan "TBCero", haciendo referencia del plan gestor de la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad de la Victoria para combatir la Tuberculosis en el sector Cerro San Cosme, con el más alto riesgo en Lima ciudad. Los impactos que tienen cada persona con tuberculosis responde a una situación de crisis con relación a los patrones de conducta, estigmatización, convirtiéndose así en un paradigma de la salud pública cuyo enfoque tradicional el biomédico y epidemiológico produce un clima de frialdad, exclusión y marginación del paciente en su contexto social, deshumanizando la atención al paciente por el personal de salud, causando el abandono al tratamiento y rechazo a los responsables del monitoreo y control de los pacientes. Importante la participación del sector público y privado para la reinserción laboral una vez recuperada la salud, siendo eficaz en reducir la estigmatización de la TB y por último el uso de las redes sociales, así como, la incorporación de la dimensión espiritual que facilita la recuperación integral del paciente.

Fuentes-Tafur et al. (2012) en su estudio titulado *El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis*, describió -la situación de la

tuberculosis en el Cerro San Cosme 2008-2010 y presenta los resultados de la ejecución del Plan TBCero en el ámbito de acción del centro de salud San Cosme, siendo un área de elevado riesgo de transmisión de TB (AERT-TB), con la tasa más alta de incidencia a nivel de país y las condiciones sociales y económicas hace más difícil el éxito de las intervenciones. En el 2009 se inició la implementación del Plan TBCero con un modelo integral, sistémico y humanista que se fundamenta en abordar los determinantes sociales de la salud (DSS) y la Atención Primaria de Salud (APS), dirigido por la DISA V Lima Ciudad y la Municipalidad Distrital de La Victoria (MLV) con la participación de las personas afectadas por la TB. Contiene 06 componentes: incidencia política; atención clínica de las personas, familias y comunidades afectadas; manejo de factores asociados (VIH, daños psicosociales, laborales); salud y seguridad de los servidores de salud; promoción y comunicación en salud y gestión del plan incluye la estrategia DATOS (Detección, análisis y tratamiento observado socialmente), que permite fortalecer la estrategia DOTS. En cuanto a resultados se logró el incremento en un 130 % del porcentaje de Sintomático Respiratorio Identificado (SRI), disminución del porcentaje de abandono (83 %), disminución en 20 % de la tasa de incidencia de TB, humanización de la atención familiar/comunitaria, y participación del gobierno local de La Victoria (MLV) con la formulación y ejecución de políticas públicas saludables. Se concluye que el mejor aporte del Plan TBCero para su éxito haber establecido alianzas con el gobierno local, sector educación y ONGs, para fines de financiamiento y establecer una agenda de política pública; la implementación las tácticas operacionales, la mejora calórica de la canasta de víveres para ser entregado a la familia; mejora de las condiciones ambientales entre otras intervenciones y Gestión del Plan TB Cero; incorporación en el Plan Operativo Institucional (POI) y Presupuesto por Resultados (PPR) de la DISA VLC. Se plantea como desafío mejorar y proponer el Plan como un modelo para el control de las tuberculosis en otras AERT-TB.

1.2 Marco teórico referencial

Tuberculosis hacia una definición

La tuberculosis es una enfermedad social que no solo genera impactos en las familias, también lo hace en la sociedad. A lo largo del tiempo, la tuberculosis ha convivido con el hombre, existiendo para ello registros antiguos en las civilizaciones egipcias, griegas e incaicas. Actualmente, con sus nuevas mutaciones, la tuberculosis sigue siendo, una de las enfermedades que más muertes ocasiona.

Es una enfermedad silenciosa que perdura en el tiempo, sin razón alguna, en un siglo donde se sabe que el bacilo puede ser controlado no solo por la medicina, también por las ciencias sociales: educación, sociología, economía, antropología entre otras.

Al respecto, Farga y Caminero (2011) señalaron:

Cada vez que un gran número de individuos se ve confinado a espacios reducidos, se acorta la distancia boca a boca, lo que facilita la transmisión de la infección, por otra parte, cuando empeoran las condiciones de vida, se favorece el paso de la infección a enfermedad.
(p. 3)

También se tiene conocimiento que cuando el *Mycobacterium tuberculosis* entra en una población en donde nunca habido infección de tuberculosis ocasiona la muerte en la población más débiles o vulnerables, lo que confirma la existencia durante la historia de la humanidad de las civilizaciones donde el hombre comienza a vivir en colectividad y en diversos lugares del mundo. Hoy en día se tiene poblaciones en contacto con la enfermedad, otras afectadas de tuberculosis con altas tasas de infección, morbilidad y mortalidad y un conjunto de poblaciones crecientes genéticamente más resistentes que les ha permitido sobrevivir y reproducirse a pesar de las grandes epidemias que han afectado al ser humano.

Además, la tuberculosis es una enfermedad asociada a la pobreza y deterioro de las condiciones de vida (Fuentes-Tafur, 2009; Gotuzzo y Ticona 2008; Vertiz, 2013, Ticona 2008, Farmer, 2003) realidad que existe en diversos centros

urbanos de población vulnerable, esto no significa que en algún momento de su proceso de transmisión, contagio pudo afectar a las clases de mayor nivel socioeconómico en donde se tomó mayor importancia su tratamiento y recuperación de la persona afectada de tuberculosis.

Farga y Caminero (2011) definió:

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa y transmisible de distribución universal, con una historia de progresiva agresión a la especie humana. Primero, hay una exposición al bacilo, seguida de infección que puede progresar a enfermedad y que termina en algunos casos con la muerte. En esta lucha entre el organismo humano y el microorganismo invasor, son múltiples las circunstancias que pueden condicionar el mayor o menor riesgo de infectarse, de enfermar o de morir. (p 27).

Para Maurera (2015) sostuvo:

El *Mycobacterium Tuberculosis* en los dos últimos siglos se ha desplazado o incubado en las poblaciones más vulnerables a nivel mundial que se encuentran en las zonas de extrema pobreza y condiciones de vida deprimentes que facilita su existencia y transmisión. Esta situación dificulta combatir contra el microorganismo causante de la tuberculosis, y cita a Virchow que definió la tuberculosis como la enfermedad social vinculada a la pobreza y a las malas condiciones de vida y de trabajo. (p.35).

En su trabajo de investigación Maurera (2015) no solo indica el gran esfuerzo que se hizo en Venezuela desde inicios del siglo XX para combatir la infección y enfermedad de la tuberculosis, pero no solo basta combatirla desde la estrategia biomédica sino también analizar desde un enfoque social la tuberculosis que sirva en enriquecer las políticas públicas para el control de la tuberculosis y permita encontrar la ruta del desarrollo social del país.

Urday y Chimaja (2014) señalaron:

Los estilos de vida, el medio ambiente, los aspectos biológicos y los servicios de salud, los cuales no tenían la misma prioridad política o presupuestal ni el mismo impacto en el estado de salud, denominándolos a estos factores “determinantes sociales de la salud” (DSS) y la OMS en su informe “Subsanar las desigualdades en una generación” (2009) amplió la definición de estos determinantes sociales vinculado a diferentes situaciones de las personas desde que nacen y mueren. (p. 16).

Siendo estas condiciones como: la pobreza, la escolarización, la seguridad alimentaria, la exclusión, la discriminación social, la calidad de la vivienda, la falta de higiene en los primeros años de vida, la calificación laboral etc. Las inequidades de los determinantes sociales constituyen factores que condicionan el estado de salud de la población de salud, las enfermedades y la mortalidad de las personas.

No obstante, los especialistas de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT), ente rector para el control y prevención de la tuberculosis a nivel nacional en su “Plan de Emergencia para el control de la TB en Lima Metropolitana y Callao 2015.2017”, aprobado con RM 193-2015/MINSA, definieron:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecto-contagiosa producida por el bacilo M. Tuberculosis que causa un cuadro crónico que afecta, principalmente. A los pulmones, el sistema linfático y otros órganos importantes del ser humano. Se transmite por vía aérea, de forma directa, de una persona enferma con TB pulmonar o TB laríngea a una persona susceptible. Además, tiene un importante componente social debido a que se asocia a la pobreza, sobre todo en grandes ciudades, a un bajo nivel de educación y al hacinamiento, por inadecuadas condiciones de vivienda, en el transporte público, en lugares de esparcimiento o ambientes laborales. (p.2).

Políticas Públicas

Valencia y Álvarez (2008) señalaron:

Las ciencias políticas constituyen una empresa teórico práctica que propende a la solución de problemas en aras de mejorar la decisión política, por consiguiente, una empresa contextual y comprometida con los valores de la democracia liberal. (p.102)

Lasswell (Citado por Valencia y Álvarez, 2008, p.102), Si resumimos el desarrollo contemporáneo de las *policy sciences*, podemos definir las provisionalmente como ciencias interesadas en el conocimiento de decisión (*knowledge*) y dentro del proceso de decisión (*knowledge in*). El científico de *politics*, en tanto profesional, trata de obtener y dominar las habilidades necesarias para lograr decisiones ilustradas en el orden público y civil. En tanto profesional de *policy*, cultiva el interés disciplinario del científico por lo empírico, pero busca alcanzar una síntesis óptima de las diversas habilidades científicas con el fin de contribuir a la invención de una teoría y una práctica confiables para la solución de problemas en el marco del interés público (citado por Aguilar, 1996, p. 117).

A pesar de que la propuesta de *policy sciences* hecha por Lasswell no era completamente nueva esta generó en el mundo académico y público dos grandes corrientes que se contrapusieron y discutieron en torno a la propuesta original de Lasswell. Por un lado, los normativos, sea disciplinarios o interdisciplinarios, y por el otro, los positivistas, interesados exclusivamente en el estudio objetivo de la forma como se toman las decisiones sobre políticas. De esta manera, el debate teórico en los años cincuenta y sesenta estuvo dominado por la rivalidad de estas dos tradiciones (Aguilar, 1996, p. 57 - 59).

Garson (Citado por Valencia y Alvarez 2008) denominó a estas dos grandes posturas como la sinóptica pura, ligada a la teoría-empírico-analítica, y la antisinóptica, ligada a la corriente neopluralista. Estas corrientes contrapuestas cuestionaban la propuesta de Lasswell. La primera, se define como una “visión global del todo”; mientras que la segunda, enfatiza en la incapacidad racional para abarcar sistemas enteros de acción.

La corriente sinóptica pura se caracterizó por su identificación con el análisis de sistemas como metateoría, el empirismo estadístico como metodología y la optimización de valores como criterio de decisión. La corriente antisinóptica se caracterizó por su identificación con el pluralismo como metateoría, el análisis contextual y de casos como metodología y la racionalidad social (en el sentido de integración de intereses) como criterio de decisión. Aunque la opinión antisinóptica llegó rápidamente a ser dominante en la ciencia política en general, la tradición sinóptica probó ser ampliamente útil en la administración pública y el análisis de políticas (Garson, 1996, p. 159)

Esto significaba que, por una parte, estaban los que consideraban oportuna y sensata una presencia más determinante de la ciencia en la decisión política y, por la otra, los que a partir del método conductista se centraron en los estudios de los decisivos tal y como son de hecho, sin prestar mayor interés en el aspecto normativo-técnico. Sin embargo, los primeros posiblemente entendían dicha contribución como la aportación de conocimiento aplicable desde una disciplina específica a las decisiones públicas. Los académicos de las ciencias sociales más cuantitativas — principalmente la economía, el análisis de sistemas e investigadores de operaciones — fueron especialmente reticentes a la propuesta original de Lasswell, pues ya habían tenido contribuciones exitosas a decisiones críticas en tiempos de guerra. Por lo tanto, “su estructuración cuantitativa de problemas graves de políticas y su percepción del uso que ciudadanos, políticos y funcionarios hacían de sus análisis, los hacían insensibles a una propuesta más multidisciplinaria, contextual y valorativamente comprometida” (Aguilar, 1996, p. 55).

De la segunda línea interpretativa, aunque de manera artificial, se considera que pertenece al enfoque neopluralista: incrementalista, de racionalidad limitada y de Elección Pública; este enfoque resalta de manera singular la imposibilidad real para aplicar programas que respondan a la lógica de una racionalidad absoluta. Sus estudios se centran en una forma de análisis de carácter más descriptivo e inductivo, no obstante, cabe resaltar que no todos los trabajos realizados desde esta perspectiva dejan de lado el asunto normativo o técnico.

Según Aguilar, en la década de los setenta “se afirmó que había sido excesiva la atención dada al *input* de la política, a los estudios sobre las formas, mecanismos y grupos de representación y agregación de intereses, de configuración del interés público, pero poca atención se había prestado al *output* de la política” (1996, p 65).

Se puede advertir que el interés y la visión de Lasswell por unas ciencias de las políticas unificada tras un objeto común, mediante un trabajo académico transdisciplinar, fue fuertemente obstaculizada desde su principio. Como lo explica Landau (1996) la razón de tal fracaso se debe a que, desde un punto de vista pragmático, el valor de veracidad técnica de una política reside en su aplicabilidad.

En este sentido, la política puede ser considerada como una proyección programática que describe la realidad problemática al estilo de una teoría y que busca transformarla mediante un proceso juicioso de planificación para la intervención. Por tanto, hay una correspondencia entre lo deseado o metas a alcanzar y la implementación sobre la realidad. Esta correspondencia determina la aplicabilidad de la política y, en consecuencia, su grado de veracidad técnica. Por ello, Landau (1996) considera que, al centrarse en problemas, la estructuración de un campo o sub campo de estudio especializado sobre las políticas es una empresa destinada al desorden, debido a que, en esencia, no es un campo especializado reductible a un enfoque.

Esto no quiere decir que se deba renunciar a la pretensión de Lasswell de construir una disciplina llamada ciencias de las políticas. La realidad así lo muestra y lo exige: los problemas están constituidos por variables dinámicas, están abiertos a distintos análisis y son cambiantes, por tanto, el ámbito cognitivo y el dominio operativo sobrepasa el abordaje exclusivo de un área de estudio específico, y se extiende a cualquier área de la vida (Garza, 1995). En consecuencia, “para ser fiel a su objetivo, el análisis de políticas pronto tendría que incluir todas las ciencias sociales e incorporar, por añadidura, todo un montón de tecnología dura” (Landau, 1996, p. 277).

Para Landau (1996) los problemas públicos y sus soluciones deben ser abordados tanto desde lo ideológico como desde lo empírico. Unas ciencias de las

políticas que observen los problemas y los enfrente; que piense y se piense en el futuro; que esté abierta a aceptar errores en la elaboración o implementación de una política:

Todas las políticas, por tanto, contienen alguna probabilidad de error y no pueden aceptarse a priori como correctas. Si una propuesta de políticas es un proceso de tipo ingenieril, el producto de una negociación, el resultado de un conflicto o el producto de fuerzas históricas o lo que sea, no cambia su estatuto epistemológico. Mantiene su carácter hipotético” (Landau, 1996, p. 279).

De manera analógica, Landau (1996) resume su propuesta como si el estudio de las políticas públicas pudiera concebirse como un gran coco: desde su exterior se podría observar la superficie, es decir, los procesos de decisión, sus fases, las formas y procedimientos de ejecución, los actores que intervienen, la forma como un problema ingresa a la agenda pública, entre otros factores; y desde su interior se podría observar este objeto de investigación (la política pública), desde adentro, en su contenido concreto y, desde luego, problemático. En este sentido, el estudio de las políticas públicas puede abordarse desde dos dimensiones que, en principio, son interdependientes y complementarias. Este panorama describe un objeto de estudio complejo y con una multiplicidad de facetas que requiere de un trabajo disciplinario para ser abordado. Además, al centrarse en problemáticas concretas de índole social, las políticas públicas son una fuente inagotable de temas y problemas de análisis, no solo para la acumulación de conocimientos, sino también para la intervención práctica sobre la realidad.

Asimismo, Roth (Citado por Valencia y Alvarez, 2008) afirmó:

es un conjunto formado por uno o varios objetivos colectivos considerados como necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratadas, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar los

comportamientos de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática (p. 27).

Anderson (2001) sustentó: “Es una secuencia intencionada de acción seguida por un actor o conjunto de actores a la hora de tratar con un asunto que los afecta. Las políticas públicas son aquellas desarrolladas por cuerpos gubernamentales y sus funcionarios”. (p.45)

La iniciativa de Anderson se relaciona propiamente con la acción de los actores sociales en la hora de los asuntos a los cuales afecta no solo las funciones de las instituciones sean públicas o privadas.

Al respecto, Cuervo (2007) definió:

Son las actuaciones de los gobiernos y de las otras agencias del Estado, cuando las competencias constitucionales así lo determinen en desarrollo de ese marco y de las demandas ciudadanas caracterizadas porque constituyen flujos de decisión una decisión específica orientadas a resolver un problema que se ha constituido como público, que moviliza recursos institucionales y ciudadanos bajo una forma de representación de la sociedad que potencia o delimita esa intervención. (p.82).

El Estado, desde aquel entonces, ha asumido la responsabilidad de escuchar las demandas del pueblo, dejar que la ciudadanía proponga soluciones y finalmente que participe en las decisiones estatales. Las políticas públicas son el resultado de esta dinámica, “de un paradigma y de una forma de entender la acción gubernamental como el resultado de la interacción de los distintos actores del sistema político, del régimen político, de la sociedad civil y de los organismos económicos internacionales” (Jolly y Cuervo, 2007, p. 15).

Se debe asumir un trabajo introspectivo que mire hacia al pasado con el fin de detectar y comprender la forma como el estudio de las políticas ha venido evolucionado y así, asumir el trabajo prospectivo de reflexionar sobre sus posibilidades actuales y futuras para afrontar las realidades problemáticas de las

distintas sociedades. A su vez, debe ser un foco que aclare y oriente la gestión pública de los gobernantes, quienes, en ocasiones, asumen medidas inmediatas, oportunistas e ineficientes; las cuales hacen más daño que bien a la sociedad, así como a la legitimidad y funcionalidad del aparato estatal.

Políticas Públicas de Salud

Según el Informe de la OMS (2008) señaló que las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero, lamentablemente, en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores. Si se observa el futuro, existen diversos desafíos que plantean la creciente importancia del envejecimiento, el desarrollo urbano y los determinantes sociales de la salud, resulta evidente que hacen falta mayores capacidades para aprovechar este potencial.

Las personas esperan que sus gobiernos instauren una serie de políticas públicas cuyas disposiciones abarquen desde el nivel local hasta el supranacional y sin las cuales la atención primaria y la cobertura universal perderían gran parte de su impacto y su sentido. Comprenden las políticas necesarias para hacer que los sistemas sanitarios funcionen adecuadamente y emprender acciones de salud pública muy beneficiosas para todos. Ya fuera del sector sanitario, comprenden las políticas que puedan contribuir a la salud y a la sensación de seguridad y garanticen a la vez el correcto manejo de cuestiones como el desarrollo urbano, el cambio climático, la discriminación por razones de género o la estratificación social.

Un primer grupo de políticas públicas fundamentales es el constituido por las políticas de los sistemas sanitarios (relacionadas con los medicamentos esenciales, la tecnología, el control de la calidad, los recursos humanos, la acreditación, etc.) de las que dependen la atención primaria y las reformas en pro de la cobertura universal.

Las políticas públicas formuladas por otros sectores (sobre educación, igualdad de género e inclusión social) pueden contribuir positivamente a la salud por cauces también insospechados para dichos sectores. Es posible potenciar sus efectos persiguiendo con mayor determinación esos resultados sanitarios positivos como parte integrante de la política.

El hecho de no colaborar con otros sectores no está exento de consecuencias, que afecta al desempeño de los sistemas de salud y, en particular, a la atención primaria. La “salud en todas las políticas” es un enfoque encaminado a mejorar la salud y promover el bienestar.

En la declaración de Helsinki (2013) propuso:

Las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tenga en cuenta las implicancias de las decisiones sobre la salud, busque sinergias y evite efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud. Las características esenciales de la salud en todas las políticas son sus sólidos fundamentos de derechos humanos y justicia social y el énfasis en la formulación de políticas. (p.45)

En la Declaración Política de Río en el 2011 sobre los determinantes sociales de la salud y, en el 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, se reconoce que los gobiernos son responsables de la salud de su población. Los principios establecidos en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986 reafirman que la salud es un derecho fundamental de todos los seres humanos, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social, y que las inequidades en materia de salud entre los países y dentro de ellos son injustas e inadmisibles.

Según Tobar (2012) “las políticas de salud se traducen en una categoría, Constituyen un grupo o tipo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud” (p. 2).

Una política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Una distinción importante es que en la agenda de políticas públicas no solo se considera que un problema de salud como aquello que condiciona o determina la situación de salud a todo factor involucrado con la producción y manutención de la salud, en particular al sistema de salud.

En efecto, la salud pública es el esfuerzo organizado de la sociedad, particularmente mediante sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo (OPS, 2002; p. 47).

La Salud Pública es la práctica social integrada que tiene como sujeto y objeto de salud de las poblaciones humanas y se le considera como la ciencia encargada de prevenir la enfermedad, la discapacidad, prolongar la vida, fomentar la salud física y mental, mediante los esfuerzos organizados de la comunidad, para el saneamiento del ambiente y desarrollo de la maquinaria social, para afrontar los problemas de salud y mantener un nivel de vida adecuado.

Actividades de la Salud Pública

Protección de la Salud Son actividades de salud pública dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su sentido más amplio, con el control de la contaminación del suelo, agua, aire y de los alimentos. Además, se incluye la seguridad en el trabajo y en el transporte.

Promoción de la Salud Son actividades que intentan fomentar la salud de los individuos y colectividades, promoviendo la adopción de estilos de vida saludables, mediante intervenciones de educación sanitaria a través de medios de comunicación de masas, en las escuelas y en atención primaria. Así para toda la comunidad que no tienen los recursos necesarios para la salud. La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables y la participación en la toma de decisiones que afecten a su salud.

Prevención de la Enfermedad Se basa en intervenciones de prevención primaria, prevención secundaria o detección precoz de enfermedades y de prevención terciaria o de contención y rehabilitación de la secuela dejada por el o los daños de las funciones físicas, psíquicas o sociales.

Restauración de la Salud Consiste en todas las actividades que se realizan para recuperar la salud en caso de su pérdida, que son responsabilidad de los servicios de asistencia sanitaria que despliegan sus actividades en 2 niveles: atención primaria y atención hospitalaria.

OMS (2003) señaló que para poder afrontar los retos para la salud mundial es necesario reforzar los sistemas de salud, sin considerar esta premisa es imposible alcanzar los objetivos sanitarios establecidos por la OMS, lo cual requiere el respaldo y un amplio desarrollo horizontal de la capacidad de los sistemas de salud. Asimismo, habiéndose realizado las reformas sanitarias en las últimas décadas, no se ha logrado el desarrollo de los sistemas de salud que promuevan en mejorar la situación de salud de las poblaciones de los países en desarrollo, siendo esta situación prioridad en la agenda de desarrollo internacional, por ende se empieza a disponer de mayores recursos para las actividades sanitarias en los países pobres, para la extensión de los contextos favorables a la salud y de una atención de calidad a todo el mundo constituye el principal imperativo de los sistemas de salud.

Por otra parte se deja establecido que el sistema de salud abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya principal finalidad es mejorar la salud. Por sistema de atención sanitaria, en cambio, entendemos las instituciones, las personas y los recursos implicados en la prestación de atención de salud a los individuos. En tal sentido prioridad para es potenciar los sistemas de atención sanitaria. No obstante, los dispensadores de atención sanitaria suelen participar en la promoción de entornos favorables a la salud en la comunidad. Es más, esta relación entre la función de atención a los pacientes y la función de salud pública constituye uno de los rasgos definitorios de la atención primaria.

La atención primaria se convirtió en la política central de la OMS (1978) con la adopción de la Declaración de Alma-Ata y de la estrategia de «Salud para todos en el año 2000», los valores que encarna la atención primaria siguen gozando de un fuerte respaldo internacional y los resultados preliminares de un importante análisis llevan a pensar que muchos de quienes integran la comunidad sanitaria mundial consideran que el enfoque de la atención primaria es indispensable para un progreso equitativo en el campo de la salud. Los problemas relacionados con los recursos humanos para la salud y la atención sanitaria, la financiación, la infraestructura o los sistemas de información invariablemente van más allá del sector de la salud en sentido estricto, no se limitan a un solo ámbito de políticas y, cada vez con mayor frecuencia, trascienden las fronteras; esto hace que resulte más difícil que todos los gobiernos e interesados trabajen de forma eficaz.

Los sistemas de salud están evolucionando en direcciones que contribuyen poco a la equidad y la justicia social y no obtienen los mejores resultados sanitarios posibles por los recursos invertidos. Existen tres tendencias particularmente preocupantes:

Los sistemas de salud demasiado centrados en una oferta restringida de atención curativa especializada;

Los sistemas de salud que, por aplicar un enfoque de mando y control a la lucha contra las enfermedades, centrándose en resultados a corto plazo, provocan una fragmentación de la prestación de servicios;

Los sistemas de salud que basan la gobernanza en la no intervención o *laissez-faire*, lo que permite que prospere la atención de carácter comercial no regulada.

Esas tendencias son contrarias a una respuesta global y equilibrada a las necesidades sanitarias; en algunos países, la falta de acceso equitativo, los gastos empobrecedores y la pérdida de confianza en la atención de salud que provocan suponen una amenaza para la estabilidad social.

A medida que se modernizan las sociedades, las personas exigen más a sus sistemas de salud, tanto para ellas como para sus familias, y para la sociedad en la que viven. Por lo tanto, la población es cada vez más partidaria de que mejore la equidad sanitaria y desaparezca la exclusión; de que los servicios de salud se centren en las necesidades y las expectativas de la gente; de que haya seguridad sanitaria en las comunidades en que viven, y de poder opinar sobre las cuestiones que afectan a su salud y la de sus comunidades.

Esas expectativas coinciden con los valores en que se basó la Declaración de Alma-Ata, explican la actual exigencia de que los sistemas de salud se ajusten más a esos valores y otorgan un renovado apoyo social y político al actual movimiento en pro de la APS en sus intentos por reformar los sistemas de salud.

1.3 Marco Espacial

El estudio ha considerado los distritos: San Juan de Lurigancho y El Agustino; los casos de tuberculosis son los más altos de todo Lima, con una alta incidencia de casos de TBMDR, ya actualmente TBXDR. Sus actores son afectados no solo por la tuberculosis, pandemias como el VIH/SIDA, diabetes mellitus, y las enfermedades de la pobreza azotan con más agresividad en los niños. Estos dos distritos, surgidos a raíz de las invasiones, dos grandes barriadas motivaron a muchos migrantes a dejar sus tierras para conquistar la capital, se han convertido hoy en día en una mega ciudad, sobre todo San Juan de Lurigancho con más de 1,162.000 habitantes y El Agustino con 191.000 habitantes, ubicados en la jurisdicción de Lima Este, son los dos primeros distritos exportadores de la tuberculosis.

Al respecto, Matos (2012) propuso que estos distritos se caracterizan por las dinámicas socioeconómicas en su desarrollo urbano:

Los sectores populares y medios, migrantes de la provincia nacional se han convertido en los nuevos limeños, han forjado la existencia de una sociedad nacional, acelerando la integración física y creando las condiciones para el surgimiento de una identidad nacional, fortaleciendo la democracia, logrando la gobernabilidad al incursionar

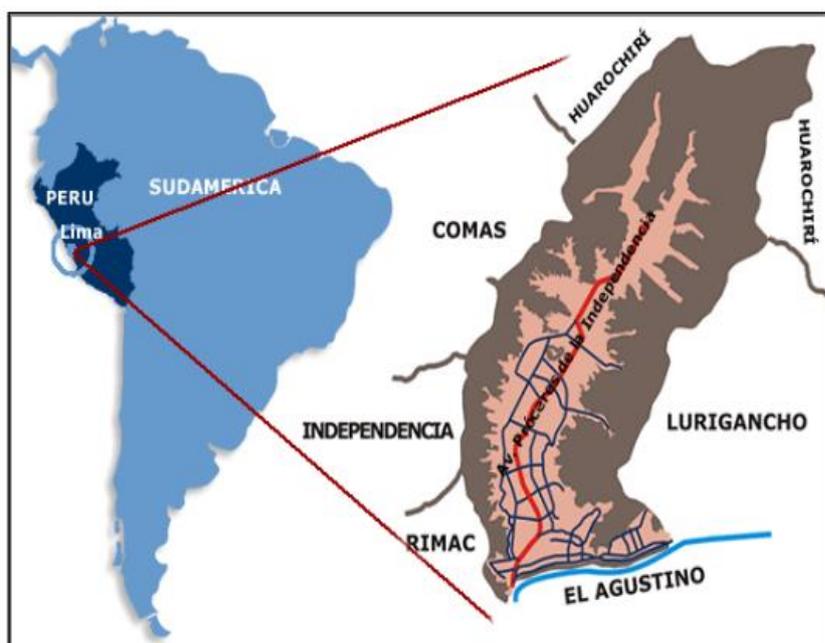
activamente como emprendedores en la dinamización de lo económico. (p. 524)

1.4 Marco Temporal

El estudio por su naturaleza no determina un tiempo exacto, sin embargo se tomará como referencia un lapso de los diez últimos años. Para ello, fue necesario centrarse en los últimos reportes de la tuberculosis para hacer luego un análisis hermenéutico de las percepciones de la población sobre la tuberculosis.

1.5 Contextualización geográfica e histórica

1.5.1 Contextualización geográfica e histórica del distrito de San Juan de Lurigancho



Fuente: ASIS Red SJL (2013)

Figura 1. Mapa de Ubicación Geográfica

El distrito de San Juan de Lurigancho se encuentra ubicado al noreste de la Provincia de Lima. Se extiende desde la margen derecha del río Rímac hacia las elevaciones del Cerro Colorado Norte, flanqueado hacia el este por la divisoria de Cerro Mirador, Ladrón, Pirámide y Cantería; por el oeste la divisoria territorial la definen los Cerros Balcón, Negro y Babilonia.

El actual distrito de San Juan de Lurigancho se creó en 1967, pero el territorio que ahora lo conforma pertenecía al distrito de Lurigancho creado por Bolívar el 21 de enero de 1825, el parlamento se encargó de ratificar esta creación el 2 de enero de 1857. Su capital era el pueblo del mismo nombre.

El distrito de Lurigancho, estaba compuesto por grandes haciendas, en su mayoría rodeado por establos, rancherías, bosques, lagunas y riachuelos que resaltaban su verde paisaje, cuya población se interconectaba a través de estrechos caminos, donde era frecuente ver circular carretas, carruajes y en algunos casos una que otra calesa, que conservaban algunos hacendados. Sin embargo, debe destacarse el criterio cívico de la población, pues a lo largo de los años tuvieron mucho cuidado de proteger los lugares turísticos del distrito como ruinas, casonas, monumentos arqueológicos, y por supuesto el pueblito de San Juan de Lurigancho, el que supieron conservar tal como era en la época colonial hasta hace pocos años.

Contexto Sociopolítico

Durante el primer gobierno del Arq. Fernando Belaunde Terry, el 13 de Enero de 1967, según ley No 16382 se crea el Distrito de San Juan De Lurigancho, su primer Alcalde el Dr. Luis Suárez Cáceres nombrado por el gobierno militar del General Juan Velasco Alvarado.

La reforma agraria de 1968 motivó a que muchos dueños de haciendas y terrenos de cultivos vendieran sus propiedades en forma de lotes para viviendas antes que el gobierno militar procediera a expropiarlos. Así mismo el tráfico ilegal de terrenos acelera el proceso urbanizador. El resultado es un distrito con una gran heterogeneidad étnica, cultural y social. Para el año 1970 San Juan de Lurigancho contaba con alrededor de 80,000 habitantes.

Debido a la reforma agraria muchas propiedades son vendidas para la creación de urbanizaciones y cooperativas de vivienda, es durante la década de los 80 que el distrito crece debido a la toma de tierras constituyéndose una gran cantidad de asentamientos humanos y pueblos jóvenes, esta gran variedad de matices culturales forma el actual rostro del distrito. Este crecimiento desordenado

de gente venida de todo el Perú representa a su vez nuevos problemas, nuevas formas de relaciones sociales y también nuevos retos.

En la actualidad San Juan de Lurigancho es el distrito con mayor población del continente sudamericano, su crecimiento se debió básicamente a la política centralista de los distintos gobiernos, que repercutió en una desatención del campo, otro factor es el fracaso de la reforma agraria y los múltiples problemas de violencia social que se vivieron desde los años 80.

En 1972, el distrito ya tenía casi 100 mil habitantes. Sin embargo, a partir de la década de 1970, la tugurización de muchas zonas de Lima, el agotamiento de terrenos en las zonas tradicionales y, sobre todo, la falta de una política estatal que solucione el tema de la vivienda popular hizo que muchos migrantes y gente de escasos recursos ya capturara todo tipo de terreno, creándose varios “pueblos jóvenes” (término que sustituyó al de “barriada”). Uno de los más célebres fue el que se formó, en 1976, cuando cientos de familias invadieron los terrenos aledaños al Puente Huáscar, dando origen a Huáscar de Canto Grande. Aledaños a éste, aparecieron Bayóvar, Arriba Perú, 10 de Febrero, Villa Hermosa, y 9 de Octubre.

Hasta la década de 1980, cuatro fuerzas actuaron en el crecimiento de San Juan de Lurigancho: la iniciativa privada, el Estado, los grupos de invasores y las asociaciones de pobladores. El doblamiento y sus características no son sino la resultante de intereses contradictorios: los de las familias de estratos bajos que carecen de una casa y que están dispuestas a aceptar cualquier tipo de vivienda o de lote; los de los propietarios-urbanizadores que se apropiaron de altas rentas en función de esa demanda, siendo su única finalidad el lucro máximo; los del estado que vacila entre una política de vivienda popular (aun con todos sus defectos) y una política que relega a los pobres lo más lejos posible. El problema es que la resultante de estas tendencias es la insatisfacción del derecho a la vivienda y la explotación de esa reivindicación”. Durante la gran ola migratoria 1979-1992, en la que se inscribió la violencia terrorista, San Juan de Lurigancho fue el distrito que más población migrante recibió. Por ello, en la actualidad, el distrito cuenta con más de cinco generaciones asentadas en su jurisdicción. La mayoría de inmigrantes de

los departamentos de Huancavelica, Ayacucho, Huánuco, Junín, Arequipa y Lambayeque.

1.5.2 Contextualización geográfica e histórica del distrito de El Agustino

El Distrito de El Agustino se ubica justo en la margen del río Rímac hacia el Este de la Ciudad de Lima, y cuenta con 10 centros poblados; con una latitud sur de 11°56'00" a 12°02'36" y 77°01'42" Oeste y una longitud de 76°42'09" y altitud de 197 msnm según el Instituto Geográfico del Perú. Sus límites son por el este con el Distrito de Lurigancho – Chosica, por el oeste con el Distrito de La Victoria, por el norte con el Distrito más grande de la capital San Juan de Lurigancho, por el sur con el de Santa Anita y Ate - Vitarte.

Su clima es templado a húmedo, antes se cultivaba viñedos, con un piso ecológico de Chala o Costa. Tiene un verano soleado, en el otoño varía de cálido a húmedo. Su temperatura oscila de 12°C en invierno, una media habitual de 18,5°C y una máxima de 30°C en los días más calurosos. Su humedad atmosférica es alta, llegando a concentrarse un 90%. En sí, es una zona de constante nubosidad durante el invierno.

El Agustino es un espacio geográfico muy dinámico que constantemente se va reestructurando, modifican muchas veces las dinámicas sociales. Es un Distrito formado por la migración de un grupo humano que fueron llegando desde los andes.

Para 1945, La Parada, se convirtió en uno de los mercados mayoristas, a las afueras de la ciudad, que para ese entonces constituía el Cercado, Barranco, Chorrillos, Magdalena del Mar, el Callao, el barrio de San Lázaro (actual Rimac), La Victoria, Santiago de Surco, Surquillo, San Isidro y Miraflores. Un mercado que concentraba a un gran número de migrantes. Se le llamaba la Parada, puesto que era la última Parada del Tranvía, cerca de la Portada de Maravillas. Se dice que fue el fundo de don José de la Riva Agüero, una de las familias más ricas de Lima para aquel entonces. Al morir Riva Agüero en 1930 el fundo pasó a dominio de la viuda, doña Isabel Panizo de Riva Agüero, quien por consigna del esposo, al arrendar las tierras, siguió solo en parte dichos consejos, pues si bien arrendó potreros y vendió

también 4.8 ha a trabajadores públicos (1935), 1 ha a don Guillermo Ratto (1943) y 2.4 ha a la Corporación Nacional de la Vivienda para la edificación de una unidad vecinal (1953) hoy es conocida como la Corporación, el lugar residencial del Distrito (Calderon, 2005). Y que en honor a tal ilustre caballero, se dio inicio a la avenida que hoy lleva su nombre; Riva Agüero que se origina desde la bocATOMA del Cerro San Cosme y el Cerro San Pedro hasta desembocar en el actual Puente Nuevo, Parque Huanca.

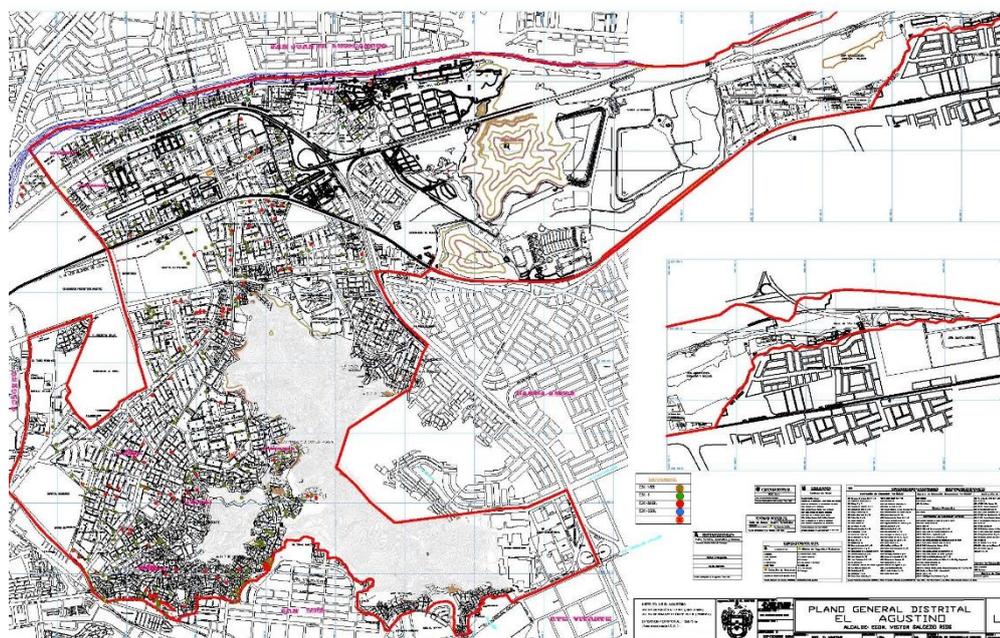
Al inaugurarse La Parada (1945) los espacios públicos acrecentaron su valor comercial, por lo que la propietaria pretendió expulsar a los yanaconas japoneses y chinos. Sin embargo, la modalidad predominante fue el traspaso de viviendas, la invasión provocada por los sin techo de la Parada.

Si bien la formación del distrito está asociada a la configuración de los polos de desarrollo local, como son la creación de los mercados mayorista y minorista de la zona de la Parada, el año 1939, la cual atrajo grandes sectores de migrantes de la sierra, posteriormente, el año 1949 el gobierno de Odría inaugura en cercanías de la Hacienda el Agustino, el Sanatorio para enfermos de tuberculosis, hoy Hospital Nacional Hipólito Unanue, conocido también como Bravo Chico (Municipalidad El Agustino).

El Agustino se ha configurado de manera desordenada; iniciando en las zonas marginales de los cerros, mediante procesos de ocupación violenta, desde entonces la zona se encuentra tugurizada, ante lo cual ha habido intentos de remodelación y destugurización de la parte plana, pero hasta hoy es un proceso no concluido.

Es así que el distrito en su etapa de formación está ligado a la cercanía de los mercados, en este caso La Parada y Gamarra, que se convierten en un atractor del poblador migrante. Otra factor ya mencionado que habría promovido mayor afluencia de migrantes es la ubicación del Hospital Hipólito Unanue, ya que posee la trayectoria de dar servicios para combatir la TB, el mismo que en la actualidad no solo capta pacientes de otros distritos de Lima, sino a nivel nacional, al respecto: “muchas veces el migrante viene a llevar el tratamiento y se aloja en la casa de un familiar”.

Con la modalidad del traspaso de viviendas a la población residente por el sistema de Yanacónaje es que surge lo que ahora conforman las siete zonas de El Agustino.



Fuente: Municipalidad de El Agustino, 2016

Figura 3. Plano general distrital de El Agustino

1.6 Supuestos teóricos

El estudio se basa en la teoría de la Autopoiesis desde la propuesta de Luhmann (1997) y Maturana (1997)

Luhmann (1997) sostuvo:

En una institución se manifiesta la autoridad, responsable de la producción, de modo que la cultura mantiene un control adecuado que se logra expandir por todo el Estado. Sin embargo, si no existe una organización por muy buena que sea, no se debe esperar: Existe una ley natural eterna, efectiva, y necesita para ello, de órganos, que lo respalden (p. 9).

Este concepto se focaliza en la función de las organizaciones, como una suerte de continua evolución. No obstante, para Luhmann (1997) se trata de un sistema que produce una serie de eventos consecutivos y como tal representa nuevos elementos, “un proceso de constitución que se desarrolla en los sistemas y permanece relativo al sistema en sus resultados” (p. 52). Ello significa que en las organizaciones se da un comportamiento similar a la conducta humana, forma parte de una secuencia de readaptación social que no solo experimenta el directorio sino toda la empresa.

Desde esta perspectiva, se puede afirmar que las comunidades como organizaciones asociadas por afinidad bajo un sistema social. En efecto, para Luhmann (1997) la experiencia de la tuberculosis responde siempre a una conducta aprendida que se readapta a nuevos comportamientos; desde luego, los niveles que requieren de mayor apoyo social, basados sus elementos, tienen mayores consecuencias sociales que se desencadenan en algo más grande.

Luhmann (1997) afirmó:

Lo que funciona/ como elemento no es por lo tanto un elemento de constitución /naturalmente disponible, sino un artefacto del sistema mismo, que en sí posibilita. Se entiende al desarrollo profesional como aquel proceso que pertenece al sistema educativo, los elementos que lo constituyen serán la formación universitaria, la malla curricular, la experiencia en campo, y como tal la demostración de la experiencia viene a ser el resultado final; más aún cuando se trata de la formación médica, los resultados vendrían a ser nuevos retos científicos y de compromisos /sociales. (p. 12).

Por otro lado, está la propuesta de Maturana (1997), que refuerza esta teoría, la de los sistemas; denominada “Autopoiesis”. Para este autor, la sociedad es analógico a la célula humana, un fenómeno biológico fundamental que envuelve todas las dimensiones del vivir /humano, desde una mirada holística, que integra el cuerpo con el espíritu. Desde la concepción de Maturana crea las condiciones que lleven al aprendiz a ampliar su capacidad de acción y reflexión en el

mundo en que vive, de manera que contribuye para su conservación y transformación de modo que responde con coherencia con la comunidad y el entorno natural al que pertenece. (p.16).

No cabe duda, que en espacios epidemiológicos, estos se reorganizan desde sus acciones y reflexión ambas fundamentadas en la emoción, recordando que la reflexión se constituye también en un acto de desapego al admitir que aquello que se debe, desea, opina, analiza y hace; puede ser pensado, analizado, observado, refutado o construido de diferentes maneras, a partir de un análisis más reflexivo (Maturana y Nisis 1997, p. 18). Es importante recordar que, mediante el enfoque reflexivo en la práctica pedagógica, se muda estructuralmente en nuestra corporalidad. Así, los procesos de comunicación se van estableciendo, conformando los diferentes dominios de la coexistencia.

Por tanto, en el proceso cultural se transforma espontáneamente, es congruente con el otro espacio de convivencia. Ahora bien, para Maturana y Nisis (1997) la humanidad o está asociada solo con la dimensión constitucional, sino también con el modo de convivencia (p. 25).

Desde luego Maturana (1997) comprendió que la cultura es un proceso de transformación en la convivencia, mediante la historia, a partir de su formación. Desde luego, la mirada autopoietica, permite un aprendizaje que se transforma en coherencia con las emociones. No obstante, viene a hacer el resultado de una historia de interacciones/ recurrentes, donde dos o más sistemas que se interactúan. Se sabe que los sujetos aprendieron algo cuando percibe que su conducta es otra, cambió con el mundo al crear uno propio para sí y, al mismo tiempo, mantiene su organización. No obstante, en este proceso el conocimiento se autorregula (autopoiesis) y al mismo tiempo se produce cambios (bien positivos siempre y cuando el medico lo hace propio lo que hace, le gusta; o por el contrario, estudio medicina solo para complacer a sus padres, lo hace por cumplimiento) en un ambiente académico (en nuestro caso, se forma en las aulas, pero también en el hospital), de modo que ese proceso paulatino de conocimientos y experiencia se manifiesta en el servicio mejorado (calidad) de atención (hacia las personas).

Por otro lado el estudio se va a basar en la propuesta de la teoría del pluralismo estructurado:

Londoño y Frenk (1997) Señalaron la importancia de la integración entre la población y las instituciones para reformar las regulaciones, el financiamiento y prestaciones de los servicios de salud tanto en su concepción como en hacerlos prácticos en los sistemas de salud.

Considerando la descentralización como también su financiamiento en los sistemas centralizados, así como la desigualdad entre los grupos sociales y ubicaciones geográficas de los mismos que juntando los problemas acumulados a los actuales y los nuevos que se caracterizan a las sociedades desarrolladas, asimismo el modelo segmentado presenta problemas; uno, que duplica funciones y pierde recursos como los de alta tecnología; dos, hay marcada diferencia de calidad de los servicios entre los segmentos, cuando debería ser reservado para los pobres por su falta de recursos; tres, implica que existen segmentos opuestos con desventajas uno del otro y sin los beneficios de una cobertura universal, de esta manera cada institución ejerce monopolio sobre sus clientes respectivamente.

Como consecuencia de la segmentación, existe un comportamiento diferente de los usuarios, un gran porcentaje de la seguridad social se atiende por el ministerio de salud así como de los privados, esta decisión es del consumidor, quien no toma en cuenta que ya pagó una prima previamente ocasionando pagos repetitivos creando cargas financieras a los mismos usuarios y las empresas.

A manera de contexto, se debe anotar que la investigación se enmarca dentro del sistema de salud vigente en el Perú: “los Sistemas de Salud son los vehículos por medio de los cuales se utiliza las tecnologías y a ellos también debemos prestarles atención si queremos que las tecnologías móviles hagan una diferencia” (Londoño y Frenk, 1997 p. 16).

II. Problemática de Investigación

2.1 Aproximación temática: observaciones, estudios relacionados.

La tuberculosis es una enfermedad re emergente y tiene una prevalencia muy alta en países en vías de desarrollo, así como en las poblaciones de suburbios marginados de las grandes urbes del primer mundo (Takahashi, 2009). En el caso peruano la tuberculosis es considerada como una prioridad sanitaria nacional, debido a que es una enfermedad endémica y afecta a la población pobre y extremadamente pobre que es la de mayor vulnerabilidad, disminuyendo su calidad de vida, contribuyendo a perpetuar el ciclo de pobreza existente.

Datos recientes muestran que la mayor tasa de TBP FP se encuentra en Lima, mientras la tasa a nivel Nacional es de 61.9 x 100,000 habitantes, la de Lima es de 84.35 x 100,000 habitantes. El 58 % de casos de TB, 82 % de casos de TB MDR y 93 % de casos de TB XDR son notificados por las Direcciones de Salud de Lima y Callao.

De acuerdo al Plan Estratégico de la Respuesta Multisectorial para el Control de la TB 2009-2018 “el 86 % de todos los casos de TB y TB MDR de Lima Metropolitana se notifican en 18 de sus 43 distritos, en los cuales existen condiciones sociales que colocan a las personas en mayor vulnerabilidad de ser afectadas por tuberculosis, tales como el hacinamiento, la desnutrición, baja cobertura de algún seguro médico, empleo informal, desempleo y condiciones de vida ligadas a la pobreza y pobreza extrema”. Distritos dentro de los cuales se encuentran San Juan de Lurigancho y el Agustino, junto a otros 16 distritos más.

El énfasis en cuanto a la TB en sus diversas variantes ha estado desde el inicio en la Lucha o combate contra la TB con un sesgo científico médico. En los últimos años se viene dando un giro en la estrategia hacia consideraciones de tipo social dado que se busca atacar las causas y no las consecuencias (o no solo), por lo que es importante conocer quiénes son los pacientes de TB, cuáles son las condiciones de vida que tienen, los estilos de vida asociados, sus costumbres, creencias, así como los riesgos y barreras de acceso ligadas a adquirir TB o a no lograr una cura. Cuya combinación de factores dentro de un proceso dinámico ponen a este grupo siempre en el umbral de la vulnerabilidad para adquirir TB.

En este sentido el presente estudio busca caracterizar a este importante grupo poblacional que sufre exclusión y marginación no solo por sus niveles de pobreza, sino también por el estigma que está arraigado en la población con respecto a los enfermos de TB. Problemas que en su conjunto hacen de este grupo uno de los más vulnerables y de mayor exclusión social en el país, y que las políticas públicas especialmente de salud, vivienda y desarrollo social deben tomar muy en cuenta.

2.2 Formulación del problema de investigación

2.2.1 Problema general

¿Cuáles son las características socioeconómicas de la población con tuberculosis, teniendo en cuenta las políticas públicas, los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud en los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino?

2.2.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuáles son las características socioeconómicas de la población con tuberculosis en los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino?

Problema específico 2

¿Cuáles son las políticas públicas asociadas a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino?

Problema específico 3

¿Cuáles son los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud asociados a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino?.

2.3 Justificación

La presente investigación que pretende describir el comportamiento de los actores sociales involucrados, protagonistas que padecen de una de las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis. Se justifica teóricamente en la necesidad y la importancia de entender las dinámicas sociales de la tuberculosis dentro de una comunidad infestada; de modo que sus hallazgos permite dar cuenta que el sistema de salud en el Perú sigue siendo segmentado y los pocos esfuerzos que se hace caen en vacío ante un problema de salud pública.

Realizar el trabajo de campo, permitió focalizar el problema real, agrupar actividades secuencialmente con el fin de cumplir un objetivo, recopilar la mayor información posible para analizar los elementos a fin de interpretarlos. Por esa razón su enfoque cualitativo, de diseño etnográfico, permitió observar directamente el comportamiento de sus protagonistas.

Esto también fortaleció el compromiso del usuario externo (paciente) haciéndole partícipe del proceso y fomentando así su autocuidado. Asimismo, el presente estudio a nivel práctico se justificó porque permitió caracterizar los aspectos socioeconómicos de dos distritos SJL y El Agustino con alta incidencia de tuberculosis, reconociendo en ello las barreras, factores de riesgo y las políticas públicas implementadas en el modelo de atención integral para la toma de decisiones de promoción y prevención de una pandemia que azota las grandes ciudades.

2.4 Relevancia

La caracterización socioeconómica de la población afectada por la tuberculosis especialmente en estos dos distritos tienen un común denominador: determinantes sociales que coadyuvan en la propagación epidemiológica. Observando de esta manera un carácter negativo por parte del imaginario colectivo, narrativas que de algún modo categorizan la identidad tergiversando desmedidamente de cada persona afectada.

En consecuencia este estudio pone en el tapete las experiencias personales de cada protagonista que padecen no solo una enfermedad, sino la estigmatización social, un yugo que no se puede paliar de inmediato, sino no se transforma (autopoiesis) es solo una experiencia que a cualquier ser humano le puede pasar en la vida.

2.5. Contribución

El estudio contribuye en el sentido hermenéutico de las narrativas sociales, las características de una población afectada por esta enfermedad, no solo debe conocerse en el ámbito académico, sino que debe servir de reflexión en la toma de decisiones dentro del mismo sistema sanitario.

2.6 Objetivos

2.6.1 Objetivo general

Describir las características socioeconómicas de la población con tuberculosis, teniendo en cuenta las políticas públicas, los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino.

2.6.2 Objetivos específicos

Objetivo Específico 1

Describir las características socioeconómicas de la población con tuberculosis de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino.

Objetivo Específico 2

Describir las políticas públicas asociadas a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino.

Objetivo Específico 3

Describir los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud asociados a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino.

III. Marco Metodológico

3.1 Unidades temáticas

3.1.1 Caracterización socioeconómica de la Tuberculosis

La caracterización socioeconómica de la tuberculosis se entiende en la dinámica social de la teoría de la autopoiesis desde la propuesta de Luhmann (1997) y de Maturana (1997). Caracterizar desde el aspecto socioeconómico una enfermedad como la tuberculosis es aludir a un proceso que se desarrolla en los sistemas y permanece relativo a otro sistema mediante sus resultados. No obstante, en las organizaciones se da un comportamiento similar a la conducta humana, forma parte de una secuencia de readaptación social que no solo experimenta el directorio sino toda la empresa. (p.52)

Factores de riesgo y barreras de acceso

De acuerdo a Tanahashi (1978) las barreras de la salud como los factores que obstaculizan y/o limitan el que una persona puede lograr una necesidad de atención en salud; las barreras pueden ser de diferentes tipo tanto sociales, políticas como culturales. (p.298)

Políticas públicas de salud

Las ciencias políticas constituyen una empresa teórico práctica que propende a la solución de problemas en aras de mejorar la decisión política, por consiguiente, una empresa contextual y comprometida con los valores de la democracia liberal. (Valencia y Álvarez, 2013. p.23).

En la declaración de Helsinki (2013) se dice que las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tenga en cuenta las implicancias de las decisiones sobre la salud, busca sinergias y evita efectos sanitarios nocivos para mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud. Las características esenciales de la salud en todas las políticas son sus sólidos fundamentos de derechos humanos y justicia social y el énfasis en la formulación de políticas. (p. 45)

3.1.2 Categorización

Tabla 1.

Cuadro de categorización

Categoría	Sub Categoría	Fuente (Informante)	Técnica	Instrumento
Tuberculosis	TB	Personas afectadas por la tuberculosis de dos distritos limeños	Observación	Entrevistas a profundidad
	TBMDR		Entrevistas	
	TXDR			
Características Sociales y económicas	Identidad	Personas afectadas por la tuberculosis Familiares de pacientes con TB	Observación	Entrevistas a profundidad
	Estigmatización		Entrevistas	
	Social Pobreza, educación			
Factores de riesgo y barreras de acceso	Factores de riesgo para TB	Personas afectadas por la tuberculosis	Entrevistas	Entrevistas a profundidad
	Barreras de acceso a los servicios de salud	Familiares de pacientes con TB		
Políticas Públicas	Normativa	Personas afectadas por la tuberculosis Familiares de pacientes con TB	Observación	Entrevistas a profundidad
	Nacional sobre Tuberculosis		Entrevistas	
	Gestión sanitaria			

Fuente: Elaboración Propia

3.2 Metodología

El quehacer metodológico de la investigación cualitativa sirve para analizar situaciones concretas, sustentadas desde un aparato crítico científico arguye en indagar a profundidad la realidad social, por tanto es de enfoque cualitativo. Explorar este campo de acción, muchas veces hace que el investigador ser autor de manera objetiva de sus propios fundamentos epistemológicos. Por lo general, una investigación cualitativa comprende un todo, exige que el investigador sea imparcial, emplee asimismo un análisis exploratorio, indague la naturaleza y proceda a su discurso científico.

Las diferencias entre el enfoque cuantitativo, se basa que la experiencia del investigador; “en toda investigación cualitativa el investigador se hace un coautor, participe de la acción, es decir toma y forma parte del mundo que al ser experimentado explora nuevas perspectivas” (Flick, 2004, p. 24). Comprendido de este modo, los participantes, el contexto, los procesos estructurales que se tratan de un método cualitativo es flexible además el material o el producto de campo lo realiza un hermeneuta, un exegeta que reproduce el contexto social.

Por tanto, señaló Vasilachis de Gialdino (2006):

la finalidad del investigador es descubrir algo nuevo, desarrollando para ello teorías fundamentadas empíricamente como imágenes complejas y holísticas de la realidad, siendo esta la relación que se establece como una teoría, dependiendo de su ampliación y superación, la que lo hace más relevante. (p. 47).

Para Hernández et al. (2010) el enfoque cualitativo posee diversas características, no obstante, sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativas, Grinell (Cómo se citó en Hernández et al. 2010).

3.2.3 Tipo de Estudio

El estudio tiene un tipo hermenéutico - descriptivo, permite plasmar las percepciones de los actores sociales de acuerdo a la observación participante de los actores sociales, además alude que la existencia humana es significativo e interesante, puesto que los actores están en el mundo y solo se comprenden dentro de sus mismos contextos.

3.2.4 Diseño

Su diseño es la etnografía, con este diseño se logra establecer nexos de interpretación de la recopilación de los datos del trabajo de campo con otros estudios, además con el análisis legal.

No obstante, sus estudios son diversos en la medida de los criterios de intervención metodológica. Dicha investigación será un plan piloto. Ante ello, Hernandez et al (2010) señala que se investiga por primera vez, un estudio que tiene esta característica comprende la temática específica de ser pionero (p. 54).

3.3. Escenario de Estudio

El escenario de estudio son dos espacios infestados por la tuberculosis, dos distritos limeños como San Juan de Lurigancho y El Agustino, zonas de alto riesgo epidemiológico, que no solo evidencia las brechas sociales de la población afectada por la tuberculosis sino también pone al descubierto un sistema segmentado en el acceso a la salud.

3.4. Características del Sujeto

Los actores sociales son los mismos protagonistas que viven la experiencia de la tuberculosis en dos distritos que se asemejan socioculturalmente. Sin embargo, entre sí, tienen diferencias, SJL es el distrito más grande del Perú y el más poblado con más de 1 millón 162 mil habitantes que dinamizan continuamente las estructuras sociales (Luhmann 1997; Maturana, 1997) mediante sus patrones de conducta social.

3.5 Procedimientos metodológicos de investigación

3.5.1 Trayectoria metodológica

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76).

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas de recolección de datos

En el presente estudio se ha utilizado diversas técnicas como entrevistas, análisis de textos y la observación. Para Díaz y Barriga (2002) “las técnicas son herramientas que usa el investigador para obtener evidencias de los desempeños de los actores sociales en la cotidianidad” (p. 369).

El observador en el proceso de observación, no pregunta ni se comunica con las personas que observa. La información puede registrarse de varias maneras, uno, conforme ocurren los sucesos, dos a partir de sucesos o tres, a partir de registros anteriores.

3.6.2 Instrumentos

El estudio ha utilizado los siguientes instrumentos: Guía de entrevistas a profundidad, fuentes documentarias, diario de campo y guía de observación.

El enfoque cualitativo opta por la construcción de datos descriptivos para atender un abanico de posibilidades en el camino de la exploración, dando mayor énfasis a la indagación en profundidad para, no solo captar los hechos reales, sino también el avance en la comprensión de los diversos elementos que se relacionan con la problemática de interés (Flick, 2004, p. 76).

La guía de entrevistas: es un guion establecido luego de un diagnóstico social por el investigador, del cual se basa para recopilar la información requerida.

En efecto, la entrevista es una conversación dirigida a un sujeto que participa en el estudio y está en base a las necesidades de información del investigador. “La entrevista no pretende obtener información sobre que piensan, sienten o creen las personas sobre sus experiencias. Los actores participantes cuentan sus propias historias en su lenguaje” (Arantzamendi, López-Dicastillo y Vivar, 2012, p. 84b).

Fuentes documentarias: son los materiales físicos y/o virtuales que el investigador tiene a disposición, en las cuales se basa su experticia de interpretación. Se clasifican en dos tipos: fuentes primarias y fuentes secundarias, las primeras son aquellos documentos que ofrecen información escrita de primera mano, estos pueden ser testimonios, manuscritos incunables, mientras que los segundos son escritos que tratan de los primeros.

En efecto, el trabajo documental no solo es un instrumento de recolección de información, constituye en una estrategia de investigación con características propias en el diseño de proyectos, obtención de información, el análisis e interpretación. “Su expresión más particular está en trabajos basados en documentos recogidos en archivos oficiales o privados que son materia prima fundamental: cartas, periódicos, autobiografía, fotografías, etc” (Velez y Galeano, 2002, p. 40).

El diario de campo: es un instrumento de la Investigación cuyo objetivo es reflexionar sobre los sujetos y las interacciones, los saberes y los conocimientos que se producen en la escuela, buscar la solución de problemas en relación con los saberes o con la vida cotidiana escolar a partir del abordaje de las distintas situaciones problema (Cortés, 2015, p. 64).

La observación: La observación es propia de la investigación cualitativa y es compatible con el enfoque que se asumirá en esta investigación, esta técnica se utiliza como instrumento, al permitir el registro minucioso y descriptivo de las conducta de los sujetos en este caso de los estudiantes de séptimo de la institución educativa, registro que deberá ser de forma sistemática para obtener la información del objeto de estudio.

El observador en el proceso de observación, no pregunta ni se comunica con las personas que observa. La información puede registrarse de varias maneras, uno, conforme ocurren los sucesos, dos a partir de sucesos o tres, a partir de registros anteriores.

Focus Group: Es un tipo de técnica de análisis de opiniones de determinados grupos objetivos; entre 6 a 12 personas como máximo; “se basa en la discusión informal, conducida por un moderador experto, sobre tópicos o aspectos que se relacionan con el objeto de estudio” (Barbour, 2013, p. 24). Sin embargo, se puede definir como: “Cualquier debate de grupo se puede denominar grupo de discusión en la medida en que el investigador estimule activamente la interacción del grupo y esté atento a ella (Kitzinger y Barbour, 1999, p. 20).

3.7 Tratamiento de la información

Para el análisis de datos y hallazgos se llevaron a cabo el análisis de contenidos de las intenciones, percepciones, observación, registro de datos mediante la triangulación de datos y categorización de contenidos. Para ello fue necesario utilizar el software de investigación cualitativa Atlas ti v. 7 (Scientific Software Development).

Atlas.ti. es un programa informático que asiste a quien realiza un análisis cualitativo, proporcionando una herramienta que facilita la organización, manejo e interpretación de grandes cantidades de datos textuales. (Cuevas-Romo, Méndez-Valencia y Hernández-Sampieri, 2014, p. 5)

3.8 Aspectos éticos

Se acataron los siguientes principios:

Anonimato de los participantes

Citas bibliográficas y documentos de consulta

Utilización de los hallazgos para fines exclusivos de la investigación

3.9 Rigor científico

Para Hernández et al. (2010) el enfoque cualitativo posee diversas características, no obstante, sirven como fuente para la recopilación de datos en un proceso de interpretación: investigación naturalista, fenomenológica, hermenéutica y etnográfica; es una suerte de “paraguas”, que no solo incluye variedad de concepciones, visión, técnicas y estudios no cuantitativas (Grinell citado por Hernández, 2010)

Por su parte, Lawence (1994):

Una síntesis sobre las actividades fundamentales del investigador social: el investigador es aquel que observa los eventos ordinarios, y de manera cotidiana, va reflejando en su acción, describiendo los acontecimientos de manera natural, sin tergiversar las condiciones fenomenológicas de los hechos (p. 34).

IV. Resultados

4.1 Caracterización socioeconómica de los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho

Tabla 2.

Acceso a los servicios de agua de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015

Provincia - distritos	Viviendas con abastecimiento de agua						
	Red pública de agua dentro la vivienda	Red pública de agua fuera la vivienda	Pilón de uso público	Camión, cisterna u otro similar	Pozo	Río, acequía, manantial	Otro tipo
Provincia de Lima	83,9	4,0	2,9	5,9	1,0	0,2	2,1
El Agustino	88,6	4,0	1,1	1,0	0,0	0,0	3,2
San Juan de Lurigancho	82,0	2,2	6,9	6,3	0,1	0,0	2,9

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

De acuerdo a lo descrito en la tabla 01 los servicios básicos de agua en la Provincia de Lima cuenta con el 83.9% de red pública de agua dentro de la vivienda, en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho (SJL) son del 88.6% y 82.0% respectivamente. Con red pública de agua fuera de la vivienda en la Provincia de Lima es de 4.0%, en El Agustino es del 4.0% y en SJL es del 2.2%, teniendo como resultado del análisis un déficit en el acceso del servicio básico de agua son en Lima Provincia de 16.1%, en El Agustino 11.4% y en el SJL 18% (Figura N° 04).

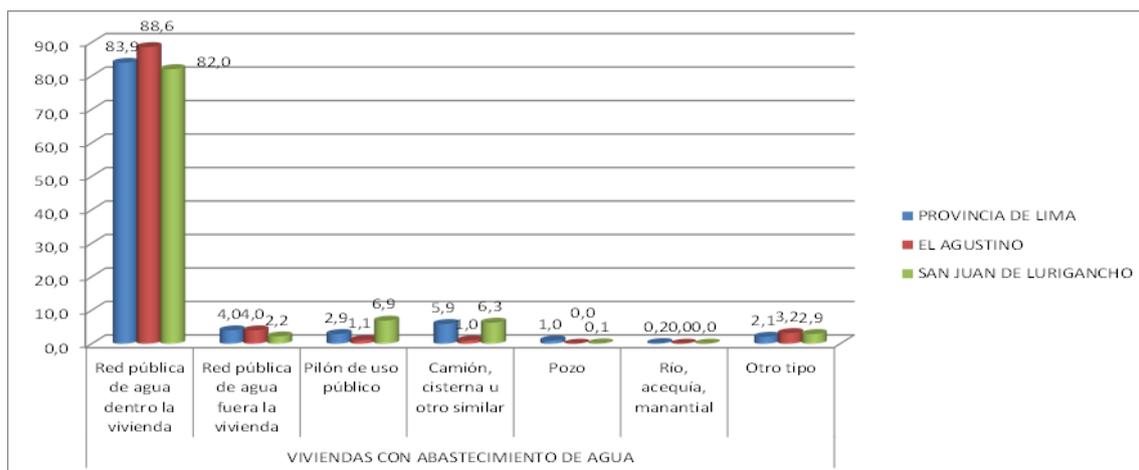


Figura 4. Acceso a los Servicios de Agua de la Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015

Tabla 3.

Acceso a los Servicios Básicos, Higiénicos de la Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015

Provincia - Distritos	Viviendas con Servicios Higiénico					
	Red pública de agua dentro la vivienda	Red pública de agua fuera la vivienda	Pozo séptico	Pozo negro, letrina	Río, acequia, manantial o canal	No tiene
VIV. CON SERV. Higienico	1471256,0	68425,0	51572,0	103463,0	4742,0	28401,0
Provincia Lima	85,1	4,0	3,0	6,0	0,3	1,6
El Agustino	91,2	6,5	0,5	0,4	0,0	1,4
San Juan de Lurigancho	83,0	2,4	3,7	7,3	0,0	3,6

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016

Elaboración propia

Interpretación

De acuerdo a lo descrito en la tabla 02 el acceso de servicios básicos higiénicos en la Provincia de Lima, distritos de El Agustino y SJL son 85.1%, 91.2% y 83.0% respectivamente, en los 03 casos se tiene una brecha que en parte es cubierta, con el servicio fuera de la vivienda, pozo séptico, pozo negro, letrina, río, acequia,

manantial o canal y que no tiene el servicio, que su un déficit a nivel de Lima Provincia un 14.9%, en El Agustino un 8.8% y en SJL un 17% (Figura 05).

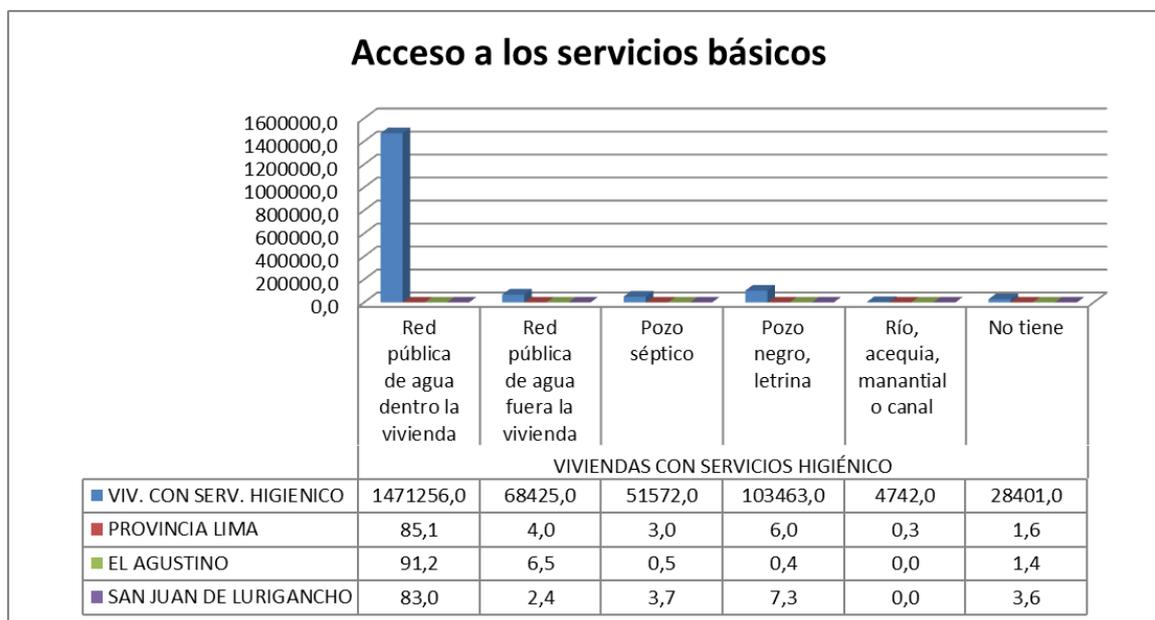


Figura 5. Acceso a los servicios básicos, higiénicos de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015

Tabla 4.

Población de provincia de Lima, distritos de EL Agustino y San Juan de Lurigancho, según grupo objetivo en atención integral y grupos especiales 2016

Provincia - Distritos	Población	Grupo Objetivos de Atención Integral					Grupos especiales		
		Niño (0-11)	Adolescente (12-17)	Joven (18-29)	Adulto (30-59)	Mayor (60 - +)	Menor de 1 año	MEF	Gestante
Provincia lima	9031034	68425	51572	103463	4742	28401	4742	28401	28401
El agustino	194304	39251	20556	44259	70874	19364	3635	60848	4541
San Juan de Lurigancho	1108066	227687	119729	268809	406830	85011	19822	320782	24749

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

Se evidencia en la tabla 03 que la distribución de la población por grupo objetivo de Atención Integral de Salud (AIS) para la Provincia de Lima, los distritos de El

Agustino y San Juan de Lurigancho, tienen el mismo comportamiento predominando los grupos objetivos de población predominantemente joven (18 - 29), adulto (30-59) y niño (0-11) años de edad (Figura 06).

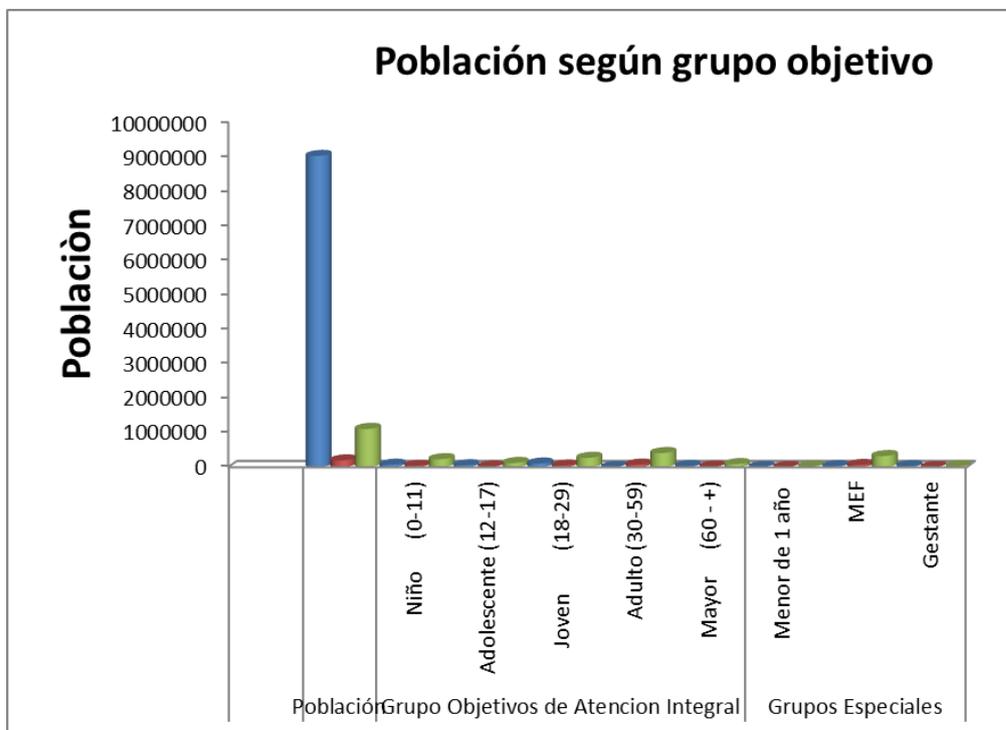


Figura 6. Población de provincia de Lima, distritos de EL Agustino y San Juan de Lurigancho, según grupo objetivo en atención integral y grupos especiales 2016

Tabla 5.

Superficie, densidad poblacional y tasa de crecimiento intercensal promedio anual de la población de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 1981, 1993, 2007 y 2016

DISTRITOS	Superficie (Km ²)	Densidad Poblacional								Tasa crecimiento intercensal	
		1981		1993		2007		2016		1981-1993	1993-2007
		Población	Densidad	Población	Densidad	Población	Densidad	Población	Densidad		
PROVINCIA LIMA	2664,3	4132781	1551	5681941	2132	7596058	2851	9031034	3390	2,7	2,0
EL AGUSTINO	12,5	128373	10307	154028	12283	180262	14375	194304	15495	1,5	1,1
SAN JUAN DE LURIGANCHO	131,3	259390	1976	582975	4442	898443	6845	1108066	8442	7,0	3,1

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

Viendo la tabla 04 el comportamiento de la población y su densidad entre los años 2016/1981, con relación a la Provincia de Lima la población se incrementó en un 118.5% (9031034) y su densidad poblacional paso de 1551 a 3390 Hab./Km², en los distritos: en El Agustino se incrementó la población en un 51.3% (194304) y su densidad poblacional aumento de 10307 a 15495 Hab./Km² y en San Juan de Lurigancho su población se incrementó en un 327.2% (1108066) y su densidad creció de 1976 a 8442 Hab./Km². Se observa que distrito de El Agustino es el que tiene mayor densidad poblacional por su tamaño de territorio de 12.5 Km². La tasa de crecimiento intercensal en la Provincia de Lima, El Agustino y San Juan de Lurigancho entre los censos 1993-1981 fueron de 2.7, 1.5 y 7.0 respectivamente; con relación a los censos 2007-1993 sus tasas de crecimiento intercensal en el mismo orden son: 2.0, 1.1 y 3.1 (Figura 07).

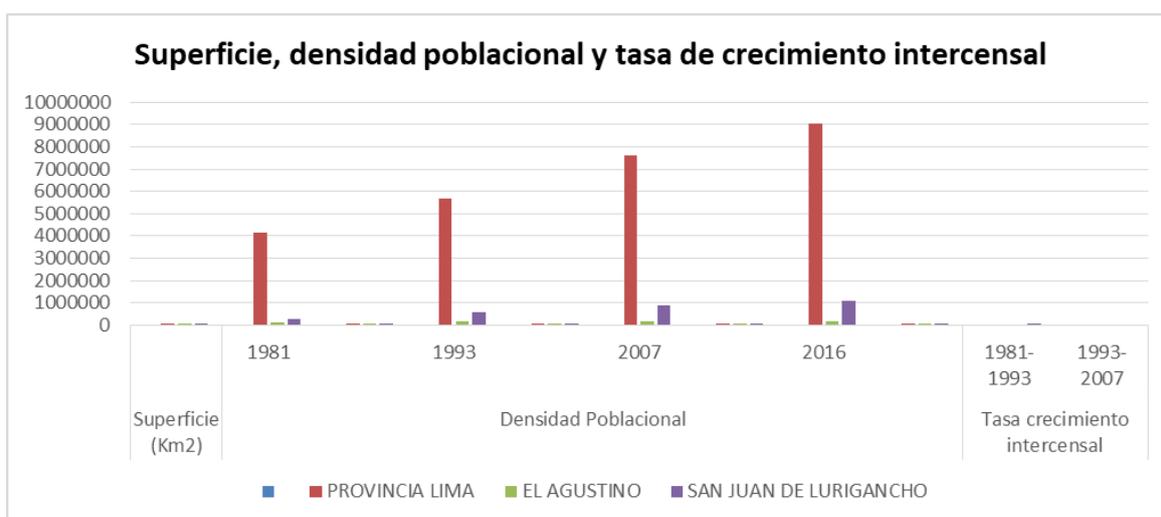


Figura 7. Superficie, densidad poblacional y tasa de crecimiento intercensal promedio anual de la población de la provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 1981,1993, 2007 y 2016.

Tabla 6.

Población inmigrante interna por lugar de nacimiento y residencia hace cinco años, según provincia de Lima, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2007

Distritos	Por lugar de nacimiento		Por lugar de residencia hace 5 años	
	Hab.	%	Hab.	%
PROVINCIA LIMA	2873525	37,8	661082	9,5
EL AGUSTINO	55932	31,0	12226	7,5
SAN JUAN DE LURIGANCHO	373555	41,6	79693	9,8

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

Se observa en la tabla 05, en el año 2007 la Provincia de Lima su población inmigrante por lugar de nacimiento de 2873525 (37.8% de la población total) y por lugar de residencia hace 5 años registró una población de 661082 (9.5% de la población total), en los distritos: El Agustino, la población inmigrante por lugar de nacimiento era de 55932 (31.0% de la población total) y la población por lugar de residencia hace 5 años fue de 12226 (7.5% de la población total) y en San Juan de Lurigancho su población inmigrante por lugar de nacimiento 373555 (41.6% de la población total) y la población por lugar de residencia hace 5 años de 79693 (9.8% de la población total), siendo este último el distrito que tiene mayor porcentaje de población inmigrante por lugar de nacimiento y por lugar de residencia hace 5 años (Figura 08).

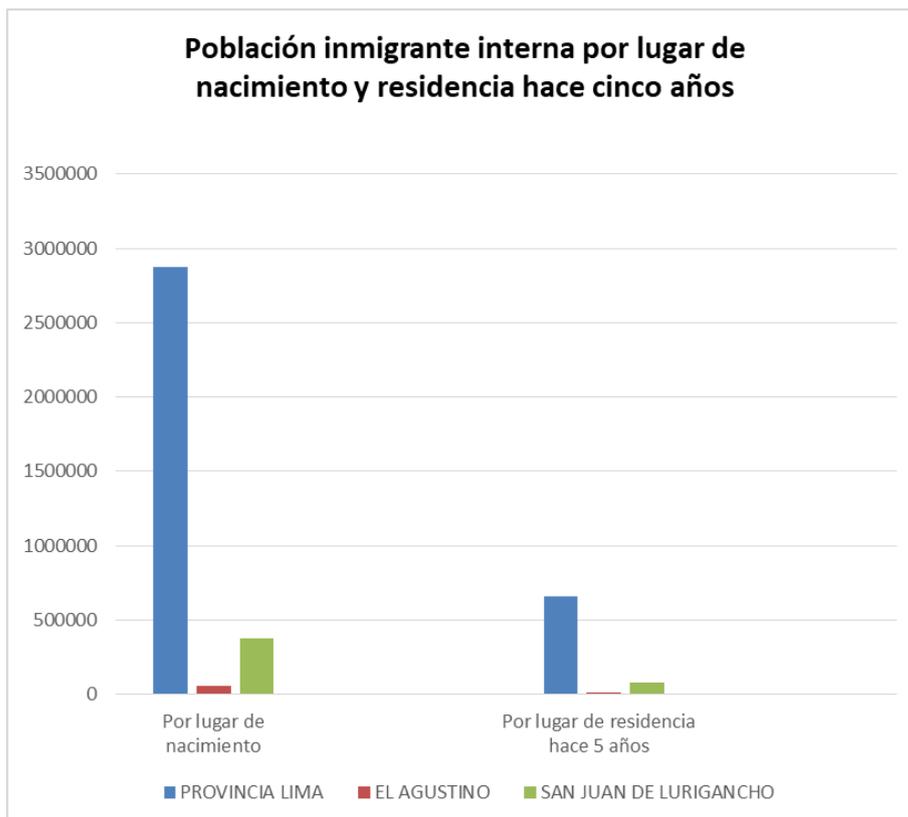


Figura 8. Población inmigrante interna por lugar de nacimiento y residencia hace cinco años, según Provincia de Lima, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2007.

Tabla 7.

Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad según ámbito geográfico 2006-2014

Ámbito Geográfico	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
País	13,8	12,8	12,4	11,7	11,3	10,5	9,3	9,3	9,6
Lima Metropolitana*	5,1	4,9	4,9	4,6	4,4	4,1	3,3	3,2	3,4

* Incluye la Provincia Constitucional del Callao

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - ENAHO

Elaboración Propia

Interpretación

En la tabla 06 se observa la evolución de la tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad en el periodo 2006 - 2014 (% respecto del total

de población masculina de 15 y más años de edad), a nivel país se tuvo en el año 2006 un 13.8% y 9.6% en el año 2014. En Lima Metropolitana se registró una tasa de 5.1% en el 2006 y 3.4% en el 2014, se evidencia una menor tasa en Lima Metropolitana, siendo más elevado la tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad a nivel país (Figura 09).

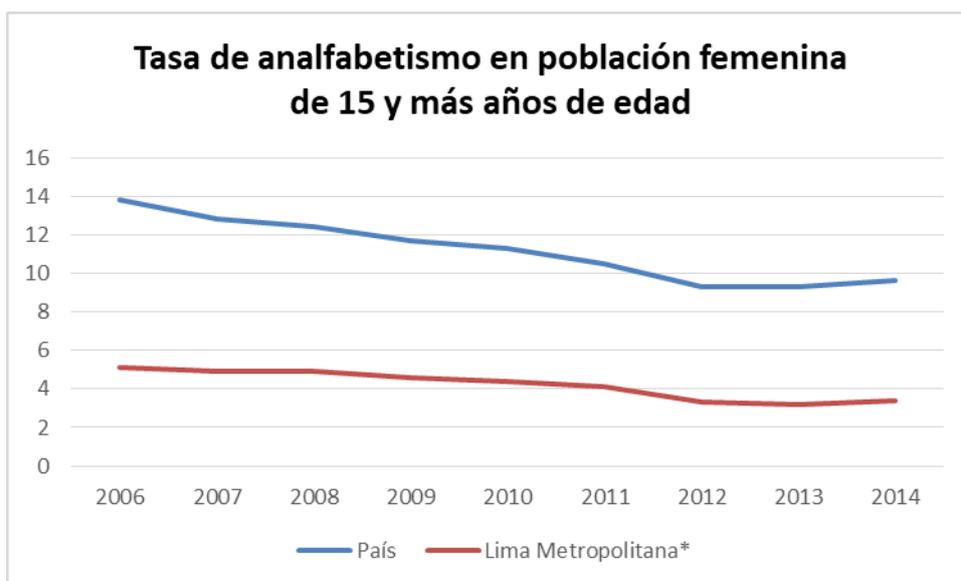


Figura 9. Lima Metropolitana: Tasa de analfabetismo en población femenina de 15 y más años de edad según ámbito geográfico 2006-2014

Tabla 8.

Lima Metropolitana: Viviendas particulares, según material predominante en las paredes exteriores, 2006 -2013

Tipo de material de las paredes	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Ladrillo o bloque de cemento	81,7	82,6	83,0	83,3	84,6	84,1	84,2	84,0
Piedra o sillar con cal o cemento	0,7	0,3	0,1	0,2	0,3	0,3	0,4	0,5
Adobe	5,4	4,6	4,6	4,7	4,4	4,2	4,6	5,0
Tapia		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Quincha (caña con barro)	1,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	1,0
Piedra con barro	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Madera	4,1	4,5	5,8	5,9	4,3	6,1	6,7	7,3
Estera	1,3	0,6	0,7	0,7	0,4	0,5	0,2	0,1
Otro material	5,3	6,5	4,9	4,7	5,4	4,3	3,3	1,9

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

Se observa en la tabla 07 que en Lima Metropolitana predominan las viviendas según material predominante en las paredes exteriores construidas con ladrillo o bloque de cemento, en un 81.7% (2006) y en un 84.0% (2013), siguiendo en menor porcentaje la construcción con adobe 5.4% (2006) y 5% (2013) y de madera (Figura 10).

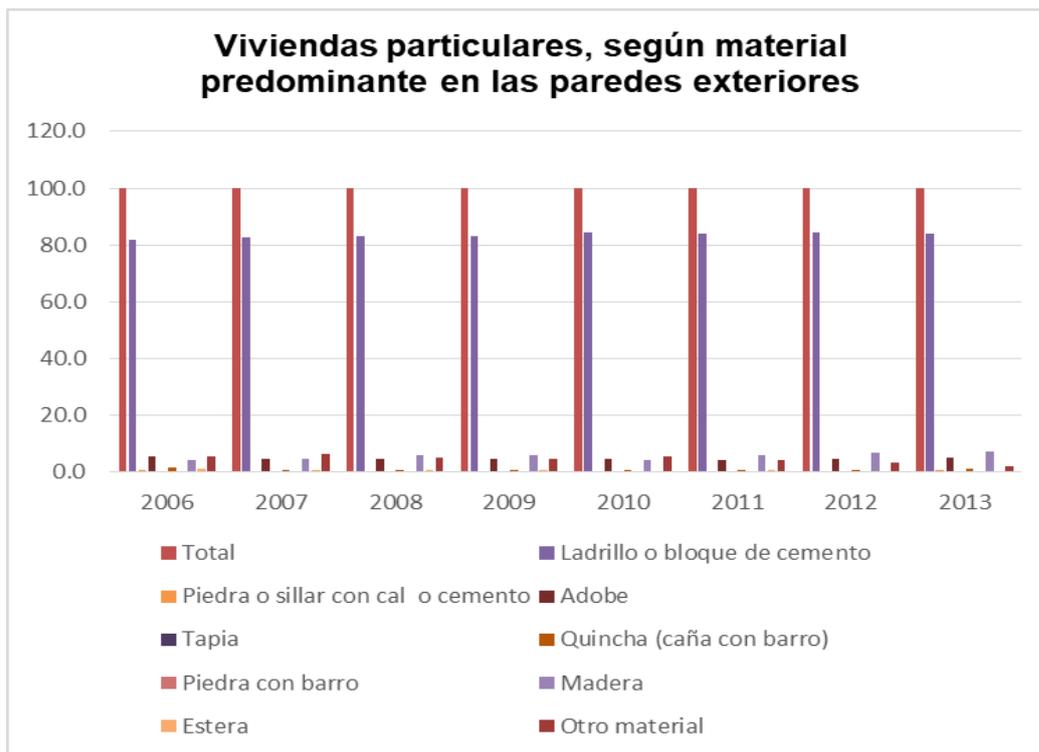


Figura 10. Lima Metropolitana: Viviendas particulares, según material predominante en las paredes exteriores, 2006 -2013.

Tabla 9.

Incidencia de pobreza total de los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013

DISTRITOS	Inferior	Superior
El agustino	15,4	18,7
San Juan de Lurigancho	20,0	24,0

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

En el 2013, se observa en la tabla 08 que los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho su incidencia de pobreza total son: el primero tiene una incidencia poblacional inferior de 15.4% y de incidencia poblacional superior de 18.7%; en San Juan de Lurigancho su incidencia poblacional inferior de 20.0% y la incidencia poblacional superior de 24.0%, siendo alto el porcentaje de incidencia poblacional inferior y superior (Figura 11).

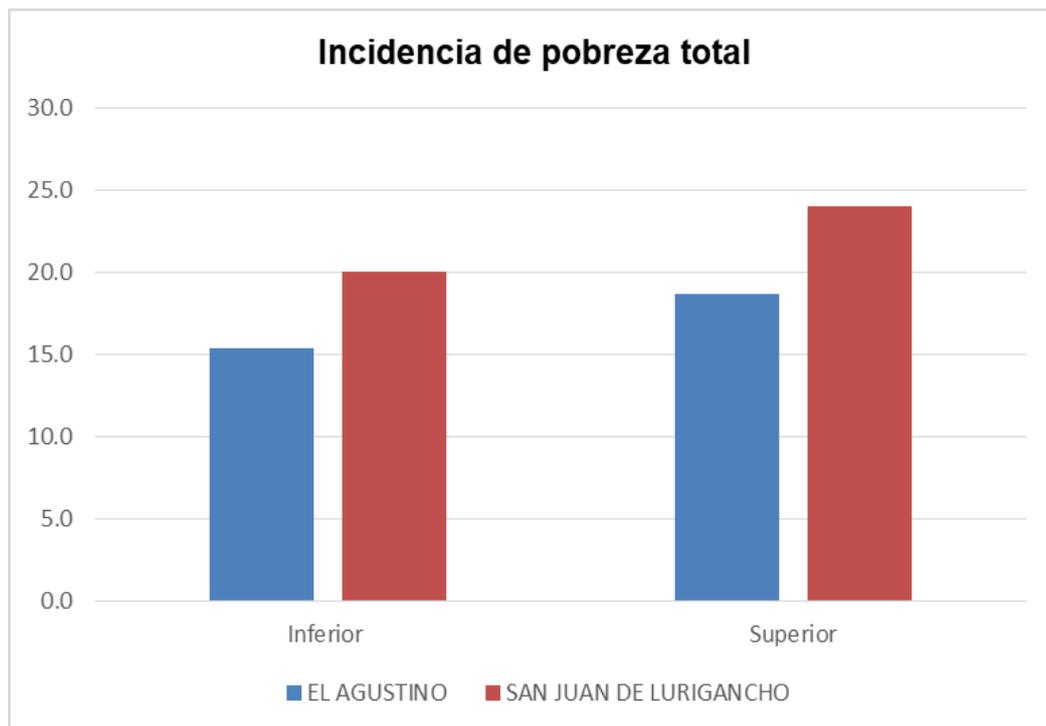


Figura 11. Incidencia de pobreza total de los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013

Tabla 10.

Porcentaje de pobreza no monetaria con al menos un NBI, Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013

DISTRITOS	N°	%
El Agustino	26927	13,3
San Juan de Lurigancho	185977	18,0

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

Interpretación

De acuerdo a la tabla 09, según la medición por pobreza no monetaria, la población con al menos un NBI en el 2013, los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho los resultados son: el 13.3% de la población total (26927) y el 18.0% de la población total (185977) respectivamente (Figura 12).

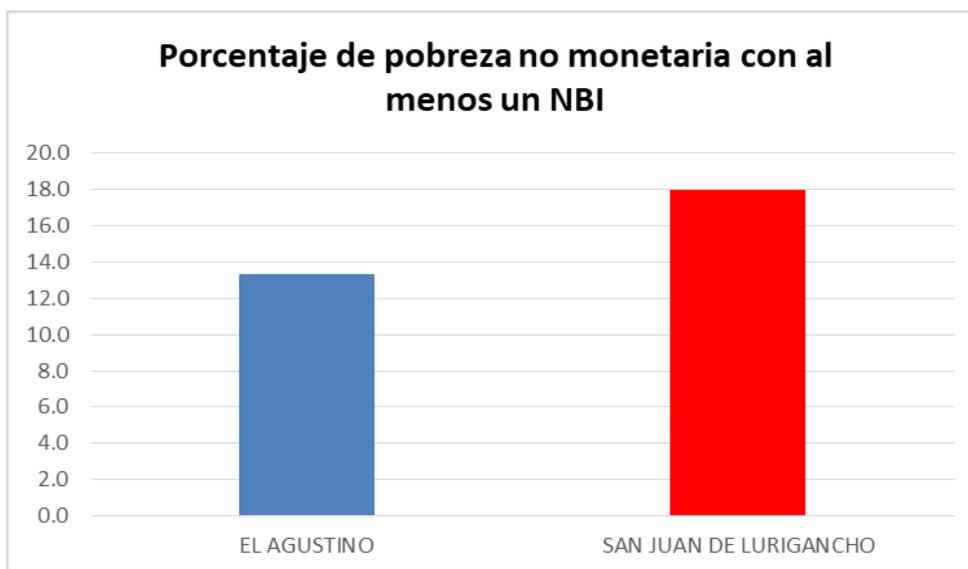


Figura 12. Porcentaje de pobreza no monetaria con al menos un NBI, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2013.

Tabla 11.

Índice de Desarrollo Humano Perú, Lima Metropolitana, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2012

PERÚ - LIMA METROPOLITANA - DISTRITOS	Población		Índice de Desarrollo Humano		Esperanza de vida al nacer		Población con Educ. secundaria completa		Años de educación (Poblac. 25 y más)		Ingreso familiar per cápita	
	habitantes	ranking	IDH	ranking	años	ranking	%	ranking	años	ranking	N.S. mes	ranking
PERÚ a/	30.135.875		0,5058		74,31		67,87		9,00		696,9	
Lima Metropolitana	9.395.149	1	0,6340	1	78,75	2	80,90	3	10,75	1	1017,0	2
El Agustino	189.924	25	0,6058	61	80,08	65	69,45	337	10,21	133	965,9	68
San Juan De Lurigancho	1.025.929	1	0,6160	54	78,73	227	76,31	200	10,84	75	957,9	70

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración propia

En la tabla 10 se observa que el indicador: Índice de Desarrollo Humano (IDH) a nivel Perú, Lima Metropolitana, en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho (S JL) está por debajo del límite superior (1.0) en el año 2012, a nivel país se tiene un IDH de 0.5058, en Lima Metropolitana un IDH de 0.6340, en el distrito de El Agustino con un IDH 0.6058 y en San Juan de Lurigancho u IDH de 0.6160. También se indica en años la esperanza de vida al nacer a nivel país está

alrededor de 75 años, en Lima Metropolitana de 79 años, en el distrito de El Agustino de 80 años y en SJL de 79 años.

En el distrito de El Agustino (69.45%) está por debajo del % de población con educación secundaria completa con relación al de Lima Metropolitana (80.90%) y en SJL con un 76.31% de la población con educación secundaria completa. Sin embargo, tanto el IDH, como el gran porcentaje de población con educación secundaria completa y el ingreso familiar per cápita en Lima Metropolitana es el más alto con relación a nivel Perú y los distritos: El Agustino y SJL no evidencia la población vulnerable, en situación de pobreza y extrema pobreza que no reciben o tienen acceso efectivo a los servicios básicos entre ellos los de salud (Figura 13).

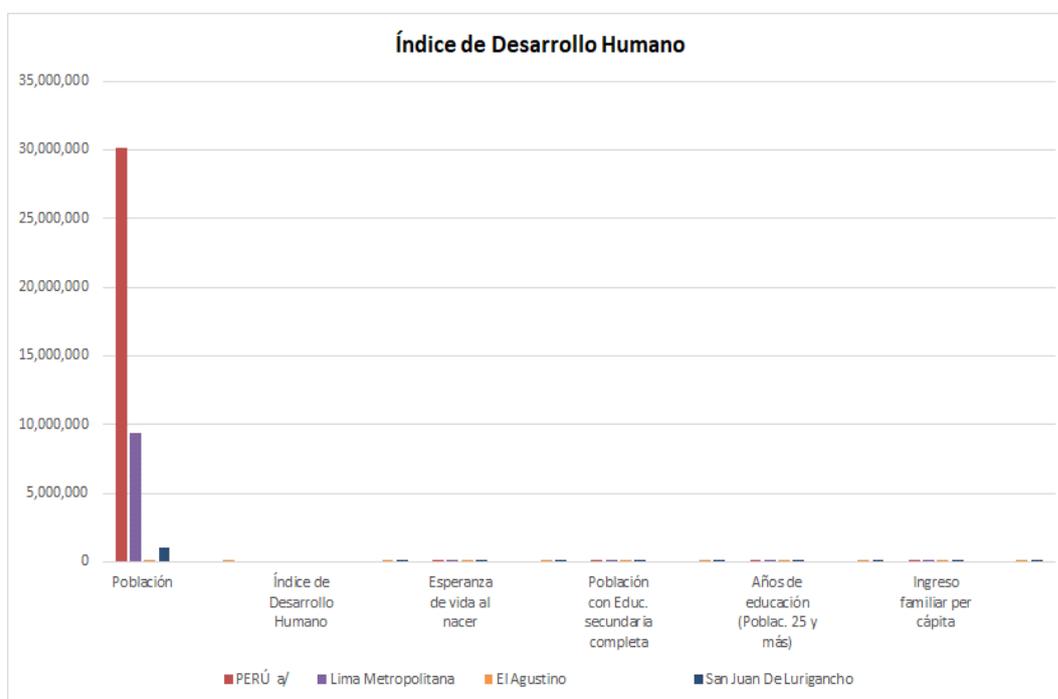


Figura 13. Índice de Desarrollo Humano Perú, Lima Metropolitana, distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2012

Tabla 12.

Indicadores Epidemiológicos de Tuberculosis Lima Metropolitana, los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015

DISTRITOS	Población	Total Casos TBC	Tasa Morbilidad TBC	Casos Nuevos TBC	Tasa Incidencia Acumulada TBC	TB FP+	Tasa Incidencia A. TB FP
LIMA	8894412	11685	131,4	10144	114,1	5939	66,8
El Agustino	191365	639	333,9	519	271,4	315	164,8
San Juan de Lurigancho	1091303	1879	172,2	1605	147,1	993	91,0

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración Propia

Interpretación

Según la tabla 11 se evidencia que en Lima Metropolitana para el año 2015, se registró 11685 casos de TB, con una tasa de morbilidad TBC de 131.4, casos nuevos de TB 10144, tasa de incidencia acumulada TBC de 114.1, 5939 casos de TB FP+ y la tasa acumulada de TB FP de 66.8. En el mismo año en el distrito de El Agustino son 639 casos de TB, con una tasa de morbilidad TBC de 333.9, casos nuevos de TB 519, tasa de incidencia acumulada TBC de 271.4, 315 casos de TB FP+ y la tasa acumulada de TB FP de 164.8.

En el distrito de San Juan de Lurigancho son mayor número de casos de TB de 1879 en el año 2015, con una tasa de morbilidad TBC de 172.2, casos nuevos de TB 1605, tasa de incidencia acumulada TBC de 147.1, 993 casos de TB FP+ y la tasa acumulada de TB FP de 91.0. Es importante, tomar en cuenta la situación del distrito de El Agustino su tasa de incidencia acumulada TBC es sumamente más elevada que la Lima metropolitana y SJL que ésta última tiene la mayor población con tuberculosis (Figura 14).

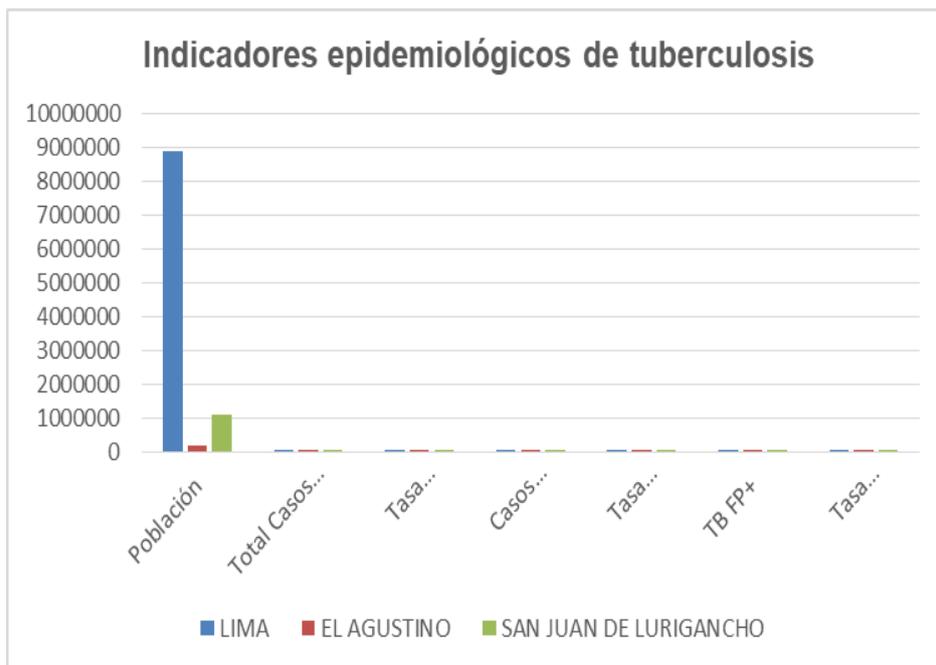


Figura 14. Indicadores Epidemiológicos de Tuberculosis Lima Metropolitana, los Distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2015.

Tabla 13.

Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos en Lima Metropolitana 2013 – 2015.

Año	Niño (0-11)	Adolescente (12-17)	Joven (18-29)	Adulto (30-59)	Mayor (60 - +)
2013	3,6	10,7	40,9	34,6	10,3
2014	2,8	9,4	42,5	34,3	10,9
2015	2,3	9,1	40,1	36,2	12,3

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración Propia

Interpretación

Se muestra en la tabla 12, que en Lima metropolitana en los años 2013-2015, la tuberculosis se concentra en los grupos de jóvenes y adulto; en el grupo joven los casos han disminuido de 40.9 en el 2013 a 40.1% en el 2015. En el grupo Adulto se incrementó de 34.6 en el 2013 a 36.2% al 2015. Asimismo, en el grupo de adulto mayor se tiene un incremento de esta población de 10.3% (2013), 10.9% (2014) y 12.3% (2015); en el grupo adolescente se observa una disminución progresiva de

10.7% (2013), 9.4% (2014) y 9.1% (2015) y más notorio es el descenso en el grupo objetivo de los niños de 3.6% (2013), 2.8% (2014) y 2.3% (2015) (Figura 15).

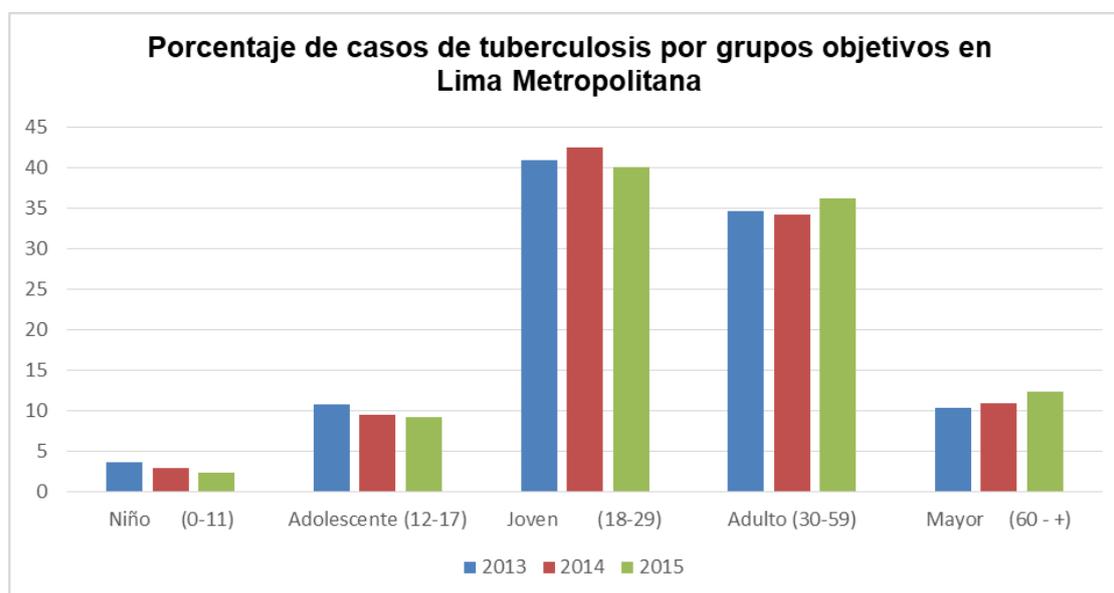


Figura 15. Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos en Lima Metropolitana 2013 – 2015.

Tabla 14.

Tuberculosis: indicadores epidemiológicos - casos e incidencia MDR - XDR en DISA Lima Metropolitana 2011-2014

Año	Casos TB MDR	Incidencia MDR	Casos TB XDR	Incidencia XDR
2011	793	9,5	59	0,7
2012	860	10,1	63	0,7
2013	1035	12,0	66	0,8
2014	921	10,5	88	1,0

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016
Elaboración Propia

Interpretación

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB MDR), reconocida desde 1996 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un problema de salud pública, en

1998 se presenta la estrategia de OMS, CDC (USA), Partner in Health y otros asistentes para crear el DOTS–Plus, siendo una respuesta al problema de la TB MDR en los países en desarrollo.

En la tabla 13, se presenta el número de casos de TB MDR y TB XDR en la DISA Lima Metropolitana en el periodo 2011-2014, se tiene un aumento de casos con TB MDR, de 793 casos en el 2011 a 1047 casos en el 2014, con relación a las personas afectadas por la Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB XDR), se ha registrado un mayor número de casos de 88 en el 2014 (Figura 16).

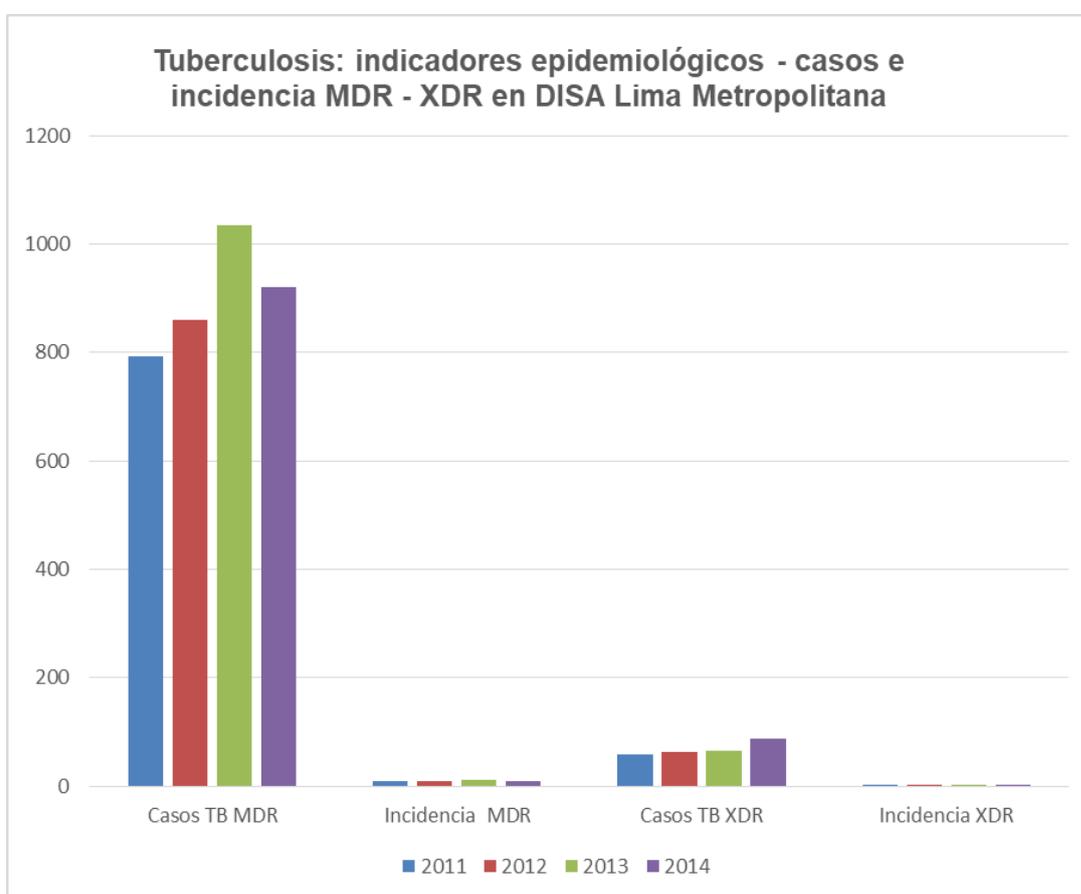


Figura 16. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos - casos e incidencia MDR - XDR en DISA Lima Metropolitana 2011-2014

Tabla 15.

Tasa morbilidad y tasa de mortalidad por 100,000 hab. de tuberculosis DISA IV Lima Este, años 2006 -2014

Denominación - Tasa	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Morbilidad	249	235	203	202	182	176	185	180	164
Mortalidad	18,2	17,0	16,6	17,7	16,7	11,9	15,4	14,9	13,7

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología – Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

El Ministerio de Salud (MINSA), a través de la Dirección de Salud (DISA) IV de Lima Este, es el ente rector del Sector Salud responsable de los Lineamientos, Políticas Sanitarias y disposiciones correspondientes para garantizar la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles en beneficio de la población del ámbito jurisdiccional a su cargo de los distritos de Santa Anita, El Agustino, Ate, Chaclacayo, La Molina, Cieneguilla, Lurigancho, San Juan de Lurigancho, se muestra el análisis sobre la tendencia de la tuberculosis en Lima Este.

En la tabla 16, se evidencia con los registros del 2006 al 2014 de la DISA IV LE, la tasa de morbilidad total (pulmonar y extrapulmonar) presenta una disminución en el periodo de análisis de 249 casos en el 2006 a 164 casos por 100,000 hab. en el 2014, la misma tendencia sucede con la tasa de mortalidad que disminuyó de 18.2 en el 2006 a 13.7 muertes por 100,000 hab. en el 2014, en donde la mortalidad por TB no ha variado en forma significativa en el horizonte de tiempo (Figura 17).

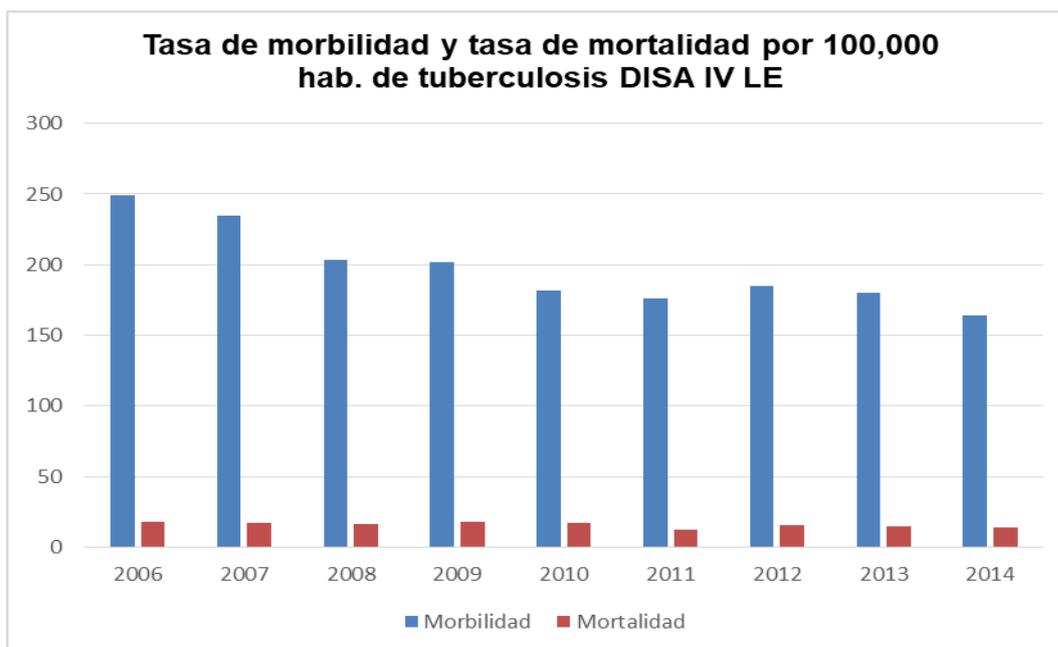


Figura 17. Tasa morbilidad y tasa de mortalidad por 100,000 hab. de tuberculosis DISA IV Lima Este, años 2006 -2014.

Tabla 16.

Casos Vs. tasas de mortalidad por tuberculosis años 2006 - 2014, DISA IV Lima Este.

Año	Casos	Tasa de Mortalidad por TB
2006	342	18,2
2007	344	17,0
2008	342	16,6
2009	371	17,7
2010	381	16,7
2011	286	11,9
2012	382	15,6
2013	375	14,9
2014	352	13,7

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 – Oficina de Epidemiología – Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

En la tabla 15, los resultados de casos en la DISA IV Lima Este en los años 2006 al 2014, se tiene el mayor número de casos (382) en el 2012, con una tasa de mortalidad de 15.6 x100000 habitantes. En cuanto a la tasa de mortalidad se tiene una disminución de 18.2 x 100000 habitantes (2006) a 13.7 x habitantes (2014), (Figura 18).

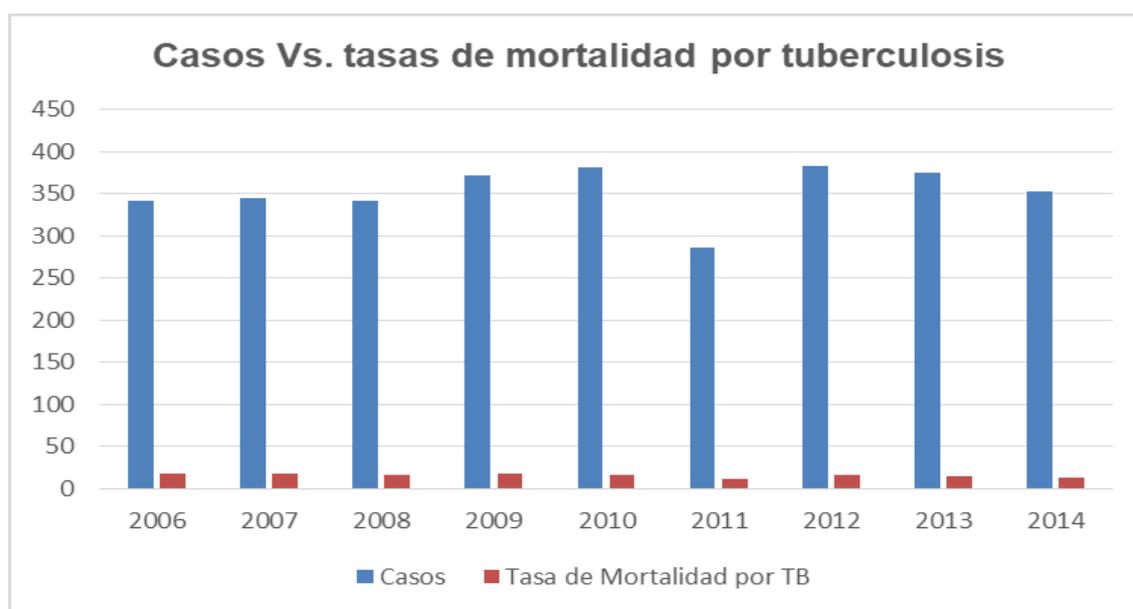


Figura 18. Casos Vs. tasas de mortalidad por tuberculosis años 2006 - 2014, DISA IV Lima Este

Tabla 17.

Porcentaje de casos de tuberculosis por grupos objetivos DISA IV Lima Este, años 2013 – 2014

Grupo Objetivo	Niño	Adolescente	Joven	Adulto	Adulto Mayor
2013	4,9	12,6	43,5	31,1	7,9
2014	3,5	9,9	47,1	31,9	7,6

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología - Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

Lo visto en la tabla 16, la TB por grupo objetivo afecta a todos los grupos de edad, en donde se concentra la mayor proporción de casos en el 2014 son en los grupos de joven y adulto, siendo en el primero de 47.1% y 31.9% en el segundo respectivamente, en el año 2014, el mismo comportamiento se observa para el 2013 (Figura 19).

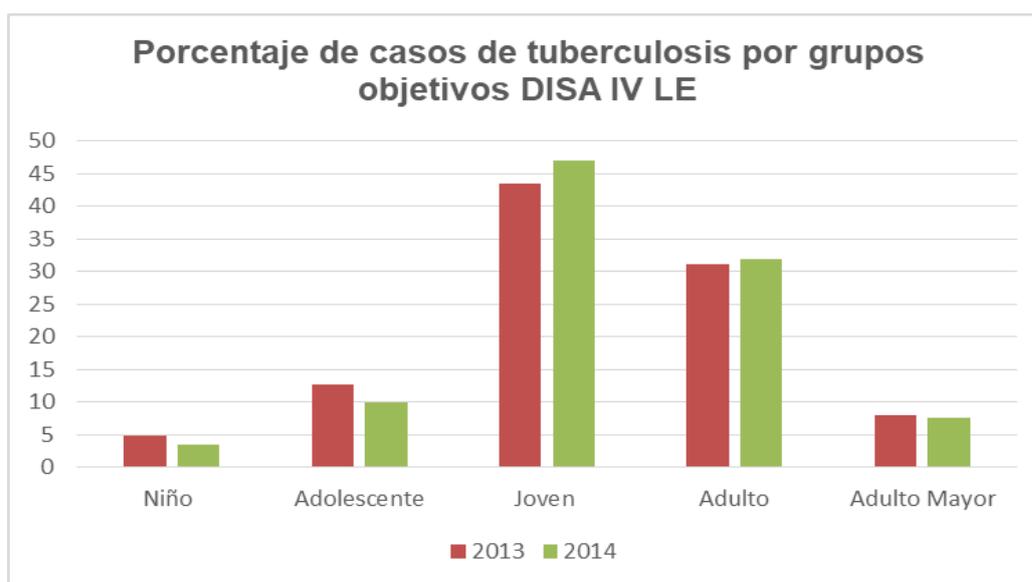


Figura 19. Porcentaje de Casos de tuberculosis por grupos objetivos DISA IV Lima Este, años 2013 – 2014

Tabla 18.

Tuberculosis: indicadores epidemiológicos DISA IV Lima Este, 2006 – 2014

INDICADOR	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Incidencia Pulmonar	180,0	166,0	169,6	165,9	151,7	147,9	137,0	144,6	113,6
Incidencia Pulmonar Frotis Positivo	129,0	119,0	123,0	112,9	109,0	109,4	108,0	110,7	102,2
Incidencia Total (Pulmonar y Extrapulmonar)	216,0	199,0	204,0	194,5	183,0	178,5	165,0	156,0	137,5

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología - Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

Respecto a los indicadores epidemiológicos se observa en la tabla 17, que la incidencia total de TB descendió de 216 (2006) a 137.5 (2014), la incidencia de TB Pulmonar de 180 (2006) a 113.6 (2014) por 100,000 habitantes. Se observa una tendencia a disminuir. Asimismo, la Incidencia de Pulmonar frotis positivo también tiene el mismo comportamiento de 129 (2006) a 102.2 (2014). Sin embargo, presentan tasas elevadas al promedio nacional, siendo este promedio nacional de 95 (2012), según el Ministerio de salud en su documento Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, 2015 (Figura 20).

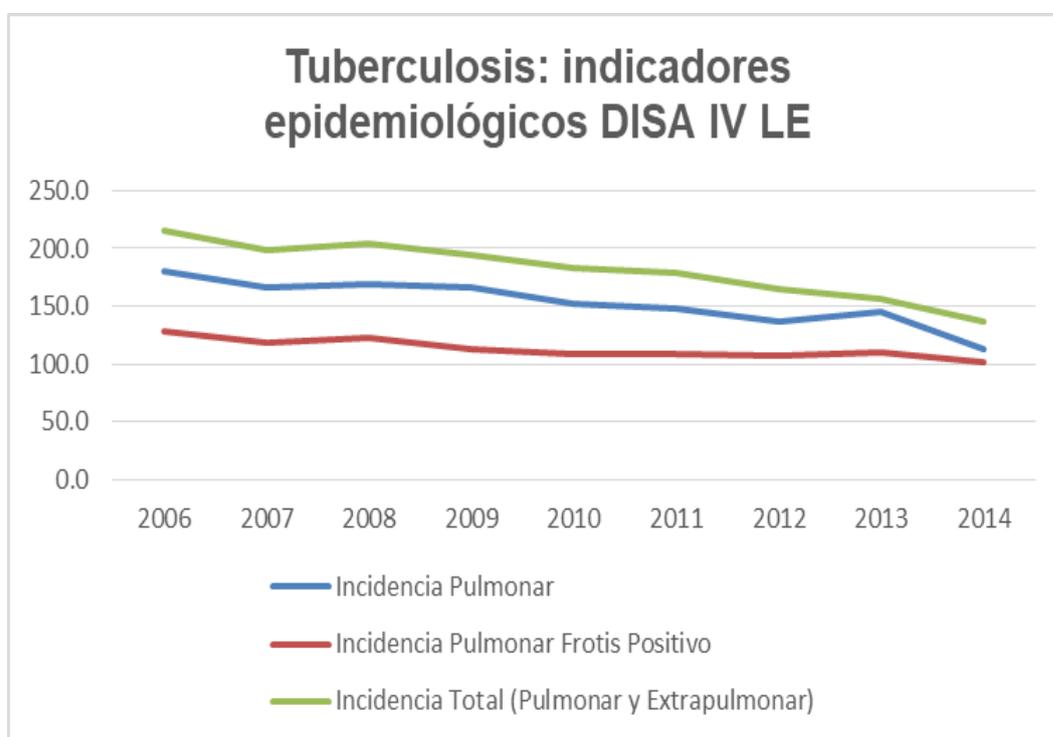


Figura 20. Tuberculosis: indicadores epidemiológicos DISA IV Lima Este, 2006 – 2014.

Tabla 19.

Incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2006 – 2014

Distrito	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
El agustino	180	152	172	157	135	167	117	173	155
San Juan de Lurigancho	126	126	129	115	126	130	82	124	109

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología - Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

De acuerdo a la tabla 18, la incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP-FP) en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho (SJL): en el primero se tiene una incidencia de 180 (2006) y 155 (2014) y en SJL 126 (2006) y 109 (2014), siendo altas sus tasas de incidencia de TBP-FP (Figura 21).

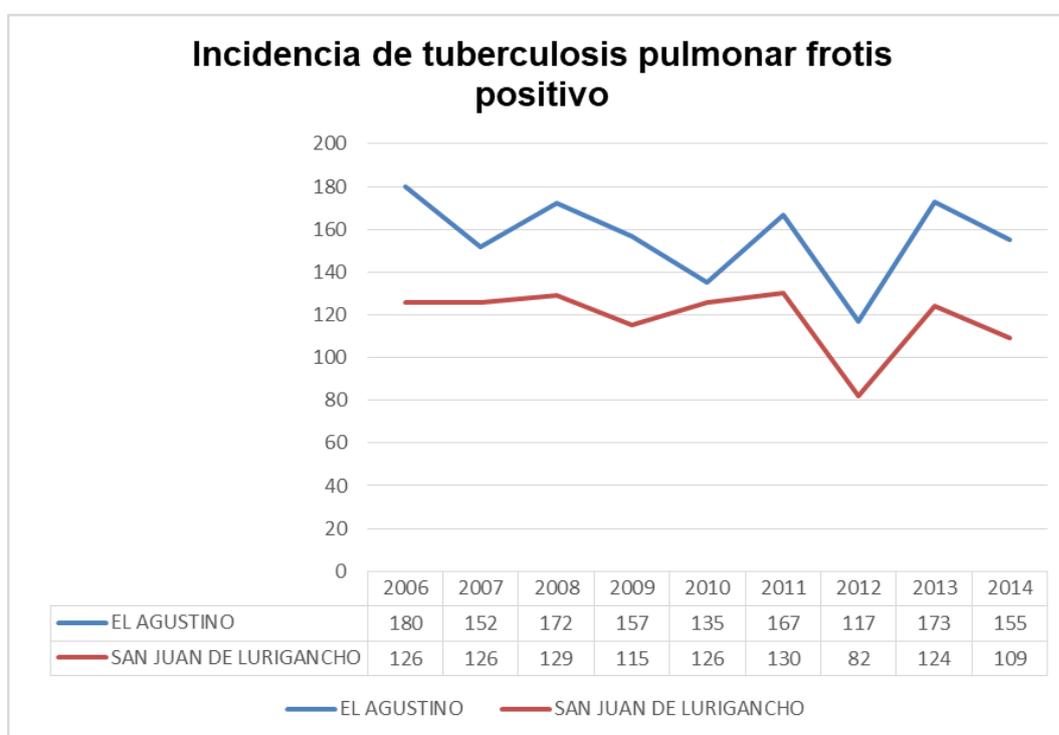


Figura 21. Incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho, 2006 – 2014.

Tabla 20.

Casos de tuberculosis pulmonar BK (+) por Microredes en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho DISA IV Lima Este 2010 -2014

Distrito - Microredes	2010	2011	2012	2013	2014
Ganimedes	293	306	131	330	435
Piedra Liza	210	233	197	252	162
Jaime Zubieta	251	265	153	262	189
José Carlos Mariategui	246	273	236	258	268
San Fernando	186	190	108	208	133
El agustino	214	227	202	251	228

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología –
Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

En la tabla 19, se evidencia que a nivel de Microredes en los años 2010-2014 el distrito de S JL una tendencia estable en cuanto a números de casos de TBP – BK (+), salvo en el año 2012 disminuyo a 131 casos en la Microred Ganimedes, en el mismo año la Microred de José Carlos Mariátegui son 236 casos. Por otro lado se observa que la Microred Ganimedes en el tiempo tiene una tendencia creciente de casos de TBP BK (+) siendo 435 casos (2014). En cuanto al distrito de El Agustino es una Microred, se registraron en el año 2013 el mayor número de casos 251. (Figura 22).

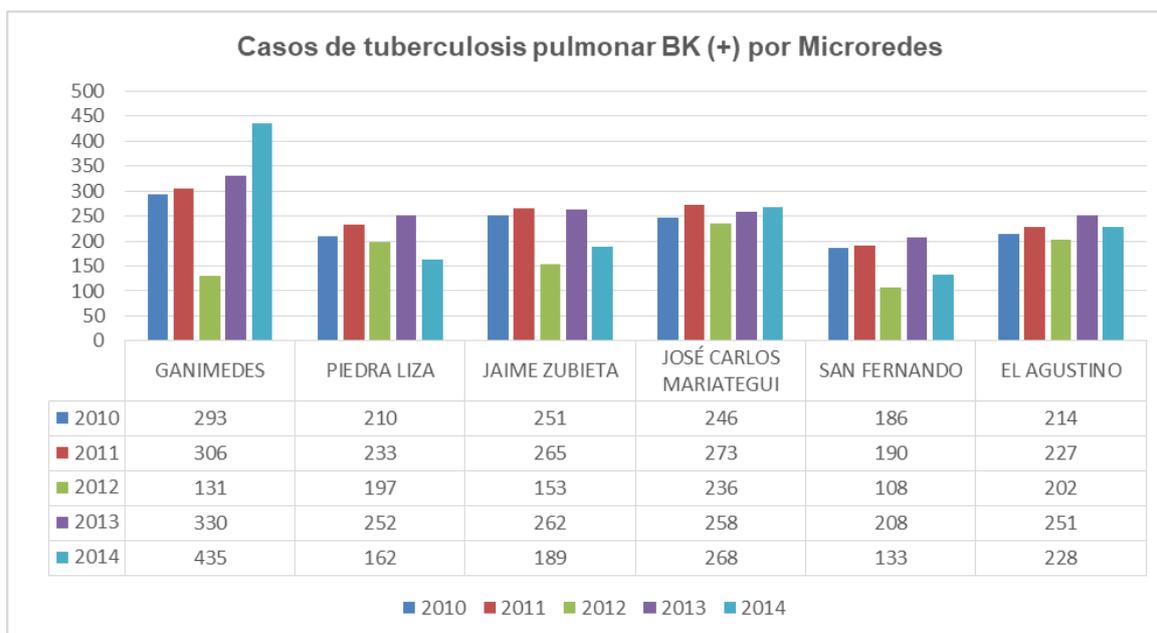


Figura 22. Casos de tuberculosis pulmonar BK (+) por Microredes en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho DISA IV Lima Este 2010 -2014

Tabla 21.

Tuberculosis: defunciones en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2006 – 2014

DISTRITO	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
El Agustino	58	54	64	69	79	62	52	49
San Juan de Lurigancho	147	131	109	152	156	138	144	155

Fuente: Análisis de Situación de Salud DISA IV LE 2015 - Oficina de Epidemiología - Dirección de Salud IV Lima Este
Elaboración Propia

Interpretación

En la tabla 20, se tiene el total de defunciones por TB en el periodo 2006-2014 en los distritos de El Agustino y SJL, siendo el primero con 58 defunciones en el 2006 y 49 defunciones en el 2014. (2014) y en el segundo distrito registra 147 defunciones en el 2006 y 155 defunciones (2014), en el período analizado en el año 2010 llegó a 156 defunciones (Figura 23).

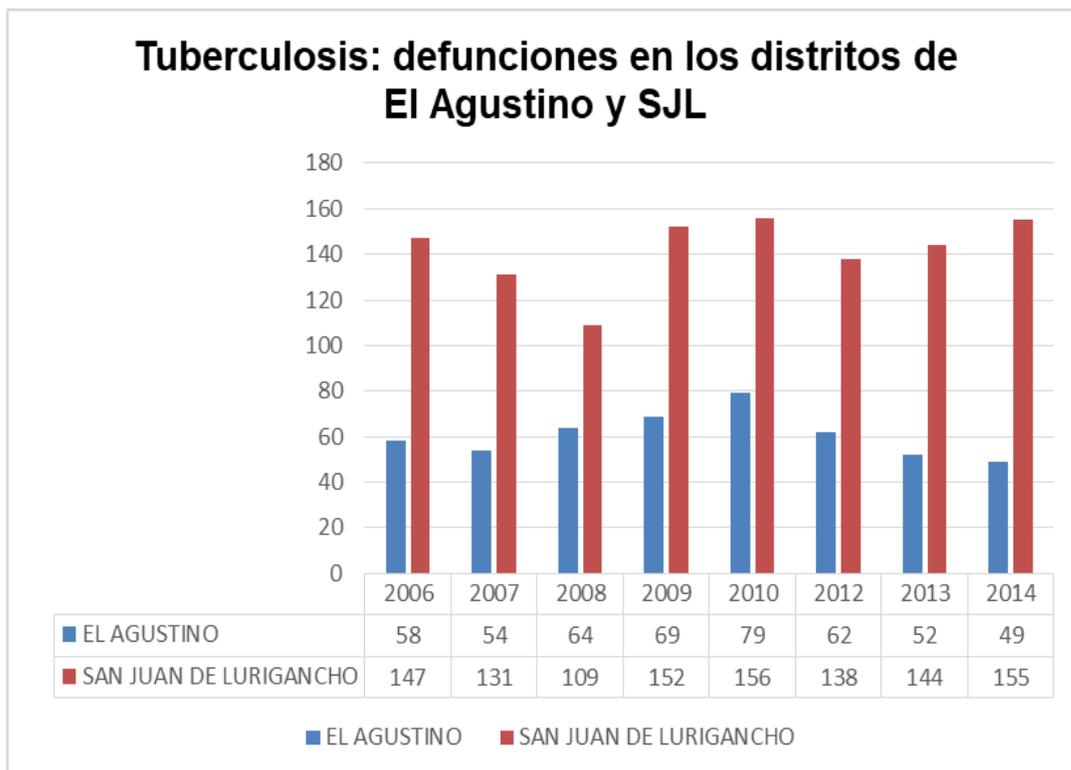


Figura 23. Tuberculosis: defunciones en los distritos de El Agustino y San Juan de Lurigancho 2006 – 2014

Describir las políticas asociadas a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino

La Organización Panamericana de la Salud (2014) en su política el control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe, contempla las siguientes etapas:

Afianzar el compromiso político a nivel nacional/local y coordinar a las diferentes autoridades de salud.

Realizar un mapeo epidemiológico de la situación de la TB de las ciudades e identificar poblaciones en riesgo.

Realizar un levantamiento y mapeo del sistema sanitario y de los proveedores de salud existentes.

Adaptar la atención de salud a las necesidades de las poblaciones a riesgo.

Incorporar el abordaje inter-programático en el control de la TB para garantizar la atención integral de los enfermos.

Incorporar el trabajo intersectorial en el control de la TB e introducir la TB en los programas de protección social.

Promover la participación de la sociedad civil en actividades de prevención y control de la TB.

Establecer un sistema de monitoreo y evaluación rutinario.

Una propuesta para la implementación de las políticas públicas para el control de tuberculosis en las grandes ciudades. Lima fue la seleccionada entre todas las ciudades del Perú; para ello se eligió a San Juan de Lurigancho y El Agustino por sus altos índice de TBMDR.

La Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS (2014) en sus lineamientos para la Implementación del Control de Infecciones de Tuberculosis en las Américas contiene las actividades para el CI-TB a un nivel nacional y subnacional; las actividades para el CI-TB a nivel de los establecimientos de salud; las actividades para el CI-TB a nivel de sitios de congregación de personas, con énfasis en establecimientos penitenciarios; y las actividades para el CI-TB en los hogares de los pacientes con tuberculosis. A su vez, el documento cuenta con una sección de anexos en los cuales se brinda la política de control de infecciones de TB de la Organización Mundial de la Salud (OMS); un listado de temas clave a incluir en las capacitaciones a nivel nacional y sub-nacional; un modelo de ficha de recolección de la información para la vigilancia de la enfermedad tuberculosa en los trabajadores de salud; un modelo de plan nacional de CI-TB; un modelo de guía de supervisión; un listado de enlaces web relacionados con el control de infecciones de TB; y una tabla con los indicadores para el control de infecciones de TB por niveles.

Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, (2006). En su Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015, la OPS conjuntamente con los Programas Nacionales de Control de la Tuberculosis de los países y en respuesta a esta carga

de enfermedad y muerte, ha elaborado el “Plan Regional de Control de la Tuberculosis 2006-2015”, con la visión de construir una América libre de Tuberculosis para el 2050. La misión es asegurar que cada paciente con tuberculosis tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento de calidad, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la TB. Este Plan, ampliamente debatido y en armonía con el Plan Global de “Alto a la Tuberculosis”, diseña las intervenciones a seguir en los próximos 10 años -2006 al 2015 – para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Las líneas estratégicas de trabajo están acordes con la nueva estrategia de la OMS “Alto a la Tuberculosis”, las acciones a desarrollar están detalladas y los recursos necesarios han sido estimados. Resta demostrar nuestra firmeza y habilidad para involucrar a otros actores sociales, lograr los compromisos políticos y obtener los recursos financieros para su ejecución.

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2006). En su Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006 – 2015 “Actuar para Salvar Vidas Hacia un Mundo sin Tuberculosis”, siendo el objetivo principal de la alianza Alto a la Tuberculosis creada en el año 2000 de eliminar la tuberculosis como problema de salud pública, y lograr en el futuro un mundo libre de esta enfermedad. Una de las primeras acciones fue elaborar y ejecutar el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2001-2005, no solo permitió crecer la Alianza, fortalecer la investigación y el desarrollo, logrando un impacto en las zonas más afectadas por la tuberculosis, sin embargo, no ha sido lo suficiente y sigue una agenda por hacer, en este Plan Mundial al 2015 describe las acciones y los recursos necesarios para lograr en el menor tiempo posible el diseño y aplicación de nuevos instrumentos contra la tuberculosis en los países miembros de la OMS, para alcanzar las metas establecidas a nivel mundial en el marco del Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) vinculado con la tuberculosis y las propias metas de la Alianza para el 2015 que están también vinculadas con los ODM y fortalecerá las necesidades de los planes nacionales y regionales a largo plazo para terminar con la tuberculosis.

Organización Mundial de la Salud, con la Estrategia Alto a la TB “Construyendo y mejorando el DOTS para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la tuberculosis”, (OMS, 2006).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento Estrategia Alto a la Tuberculosis, describe los logros alcanzados al 2005, los retos, oportunidades para el período 2006-2015 y la necesidad de contar con una nueva estrategia con la finalidad de continuar con un DOTS mejorado y de calidad, el compromiso político que garantice una planificación a largo plazo y una financiación aumentada y sostenida.

También propone la detección de casos a través de pruebas bacteriológicas de calidad garantizada, tratamiento eficiente con supervisión y apoyo al paciente, un sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos, entre otras mejoras en la estrategia de prevención y control, contribuir a fortalecer los sistemas de salud, involucrar a los proveedores de salud, empoderar a los afectados y a las comunidades en su actuar para la atención de la tuberculosis. En tal sentido, describe la Visión, finalidad, objetivos, metas e indicadores en el marco de los Objetivos de Desarrollo del (ODM) Milenio conexas de la Alianza Alto a la Tuberculosis, que se han fijado para el 2015. Esta nueva estrategia de ha diseñado en base a la experiencia obtenida a lo largo de los últimos diez años, enriquecido en consultas continuas con los interesados a nivel mundial, regional, nacional y local.

Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, OPS-OMS; Resolución CE 136.R7, Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2005-2015, (2005) En la 136° sesión del Comité Ejecutivo se recomienda al Consejo Directivo de la Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la tuberculosis sigue siendo un problema importante de salud pública en América Latina y el Caribe donde se presenta más 230,000 casos y 53,000 defunciones por año; así también, tomando en cuenta las diferentes situaciones epidemiológicas en los distintos países miembros, sus singularidades en los sistemas de salud y el avance en la implementación de sus programas nacionales de tuberculosis.

Es importante señalar que el control de la tuberculosis ha asumido retos importantes tales como la coinfección TB/VIH, la tuberculosis multidrogorresistente y las reformas de salud; y teniendo conocimiento de la estrategia internacional para

el control de la tuberculosis, cumplir con los indicadores y metas establecidos en la iniciativa STOP TB de la OMS y de los objetivos de desarrollo contenidos en la Declaración del Milenio del año 2015 y el compromiso del financiamiento sustentable para la prevención y control de la tuberculosis.

Ministerio de Salud, Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú, (2015). En dicha publicación se indica que la tuberculosis (TB) en nuestro país es una importante causa de morbilidad en el grupo de jóvenes y adultos, se reportan casos en todos los departamentos del país, pero la enfermedad se concentra principalmente en los departamentos de la costa central y la selva.

La resistencia a los fármacos antituberculosis, es un problema emergente que ha complicado de cierta manera el control de la enfermedad, en nuestro país se ha observado un incremento de casos de TB multidrogoresistente (TB MDR) y de TB extensamente resistente (TB XDR).

También menciona que en los últimos 10 años las estrategias para detener la TB a nivel mundial, estaban amparadas en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y la Estrategia STOP TB (Estrategia Alto a la TB). El año 2015 fue un año de transición: pasando de los ODM a una nueva etapa de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y, de la estrategia "STOP TB" a la (estrategia "Alto a la Tuberculosis) "Fin de la Epidemia de TB" con nuevos objetivos y metas.

Finalmente se analiza las estimaciones de mortalidad y carga de enfermedad, así como el cumplimiento de las metas mundiales para reducir la carga de enfermedad en nuestro país.

El documento de análisis referido al control de la TB, concluye en lo siguiente:

En términos generales, en nuestro país se evidencian logros importantes en las metas mundiales para el control de la TB, en lo que respecta a la reducción de la incidencia, prevalencia y mortalidad por TB. Pero se tiene dificultades en las metas

sobre el éxito del tratamiento ya que en los últimos años se evidencia una disminución del éxito de tratamiento a expensas de incrementos del porcentaje de abandonos y fallecidos; por otro lado aunque en los últimos años se ha visto grandes avances en el fortalecimiento en el diagnóstico de la TB MDR todavía no se logró alcanzar la meta propuesta, se espera que estos objetivos mejoren en los próximos años y siga siendo la principal prioridad en el abordaje de la lucha contra la TB.

Los estudios nacionales para estimar el riesgo anual de infección por tuberculosis (RAIT), realizados en nuestro país durante los últimos 30 años, reportaron cambios importantes en los patrones de transmisión de *M. tuberculosis* en la población más joven; en ciudades como Lima y Callao, se observó una disminución importante, principalmente en el periodo 1994 al 2004 (a posterior se ha mantenido estacionaria); sin embargo, en otras ciudades del país, el riesgo de infección en el mismo período se incrementó significativamente, debido probablemente al surgimiento de áreas con mayor transmisión de la enfermedad, que se podrían reflejar en un incremento de infección en población joven estas áreas.

La tuberculosis en nuestro país afecta predominantemente a la población económicamente activa (PEA) más joven, pero existen algunos grupos de edad como niños y ancianos, que presentan patrones epidemiológicos diferentes al resto de la población y un alto porcentaje de casos se diagnosticaron con una carga bacilar alta. El incremento de la carga bacilar de la baciloscopia de esputo puede estar asociado a un diagnóstico tardío de la enfermedad.

La TB MDR y la TB XDR son problemas emergentes, que ya no solo está afectando a la población de Lima y algunos departamentos de la costa central, sino que ha comenzado a incrementarse o presentarse en nuevas zonas de otros departamentos, y pueden complicar las acciones de prevención y control establecidas, y de no adoptarse medidas urgentes pueden afectar las acciones de control de la enfermedad en el país.

Los trabajadores de Salud son un grupo vulnerable y se debe priorizar su abordaje en el control de la tuberculosis, ya que los establecimientos de salud se pueden

convertir en puntos focales para la transmisión de la enfermedad, más si están localizados en áreas endémicas de TB.

La incidencia de tuberculosis en personas privadas de su libertad (PPL) es 25 veces mayor que la incidencia en población general, los PPL son una población vulnerable, por las condiciones de convivencia y propias de los PPL y los establecimientos penitenciarios (EP), ya que incrementan el riesgo de la transmisión del M. Tuberculosis y el riesgo de desarrollar enfermedad activa. Además por las características de ser una población cerrada pueden presentarse con mayor facilidad brotes de tuberculosis y ser un punto de contagio para el resto de la población.

Ministerio de Salud, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT): “Norma Técnica de Salud (NTS) para la Atención Integral de las Persona Afectadas por Tuberculosis”, (2013). La presente NTS Tiene por finalidad contribuir a disminuir la prevalencia de la tuberculosis, a través de un enfoque de atención integral, en el marco del aseguramiento universal en salud y su objetivo general es de actualizar los criterios técnicos y procedimientos de las intervenciones sanitarias de prevención y control de la tuberculosis en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud del país. También fortalece el manejo programático de la tuberculosis en los aspectos de promoción, prevención, detección, diagnóstico y tratamiento; señalando como prioridad el abordaje de las determinantes sociales de la tuberculosis desde un enfoque de gestión multisectorial, intergubernamental y territorial. Asimismo, incorpora como disposiciones sanitarias, las contribuciones nacionales e internacionales de las investigaciones desarrolladas en los últimos años para el control de la Tuberculosis.

Asimismo, la referida NTS dispone los recursos necesarios para cumplir las condiciones mínimas para una adecuada atención integral de las personas afectadas por TB, en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención y reglamentó el financiamiento de las actividades programáticas, garantizando su gratuidad para las personas que residen en el país. Actualiza el sistema de información optimizando los formatos de registro y reporte, estableciendo

indicadores de acuerdo a las innovaciones dispuestas, propone el abordaje de las determinantes sociales de la salud asociadas a la TB e impulsa a la participación multisectorial desde una gestión territorial de los gobiernos locales y regionales.

Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas, CONAMUSA: Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud; Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019; (2010). En el mencionado Plan Estratégico tiene por finalidad orientar e incorporar de manera sistémica a los sectores públicos, la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, así como organismos de cooperación técnica internacional, en la prevención y control de la tuberculosis en el Perú tiene como objetivo principal disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia y morbilidad por tuberculosis (TB) así como sus repercusiones sociales y económicas, de manera que para el año 2019 alcancemos una incidencia de TBP-FP menor de 40 casos por 100,000 habitantes. En el mencionado Plan, indica que existen movimientos y acuerdos internacionales que direccionan la lucha contra la tuberculosis a nivel internacional en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) y el Movimiento Stop TB.

Actualmente la implementación de la Ley N° 30287 que aprueba la prevención y control de la tuberculosis en el Perú estipula los reglamentos de implementación desde el diagnóstico, hasta el tratamiento de la tuberculosis en el Perú, comprometiendo que la tarea no solo es el Minsa, sino de todos los actores directamente involucrados para la Prevención y Control de la tuberculosis. No solo facultad a las personas afectadas por esta enfermedad a un tratamiento gratis, sino que logra que estos se beneficien de los programas sociales como la canasta de víveres, su descanso médico ante posibles despidos arbitrarios en los trabajos, y su atención en cualquier centro o establecimiento de salud a nivel nacional.

Describir los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud asociados a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino

La determinación de los problemas de salud es una labor que le compete a cada red y para lo cual se necesita un trabajo en conjunto. Para el caso de la Red de San

Juan de Lurigancho, este proceso se realizó con la participación de los equipos de gestión de la Red, de las Micro redes, equipos multidisciplinarios, expertos de todos los niveles de atención y actores sociales.

Los problemas priorizados fueron revisados en talleres con participación de los responsables de las estrategias sanitarias y equipos multidisciplinarios de otras unidades orgánicas manteniéndose el orden de la puntuación.

A nivel de Red de salud, la última priorización de problemas sanitarios se realizó en el año 2011, teniendo como resultados la siguiente lista, de acuerdo al orden de importancia otorgada:

Tabla 22.

Problemas priorizados en SJL – El Agustino 2015

Problemas	1. Tuberculosis
priorizados en	2. Malnutrición y anemia (niños <5)
SJL - El Agustino	3. IRA (niños <5)
2015	4. Enfermedades cardiovasculares
	5. VIH-SIDA
	6. Embarazo adolescente
	7. Violencia familiar y sexual
	8. Diabetes mellitus
	9. Enfermedades de la cavidad bucal
	10. Accidentes de tránsito

Fuente: Elaboración propia

De los 10 problemas priorizados más importantes en las dos redes de salud tanto de SJL y El Agustino, la tuberculosis ocupa el primer lugar en nivel de importancia.

De igual manera, algunas enfermedades que por lo general vienen asociadas a esta, se encuentran entre los problemas sanitarios priorizados en la red. El VIH-SIDA y la diabetes son enfermedades que atacan el sistema inmunológico y en algunos casos hace propensas a las personas a contagiarse de

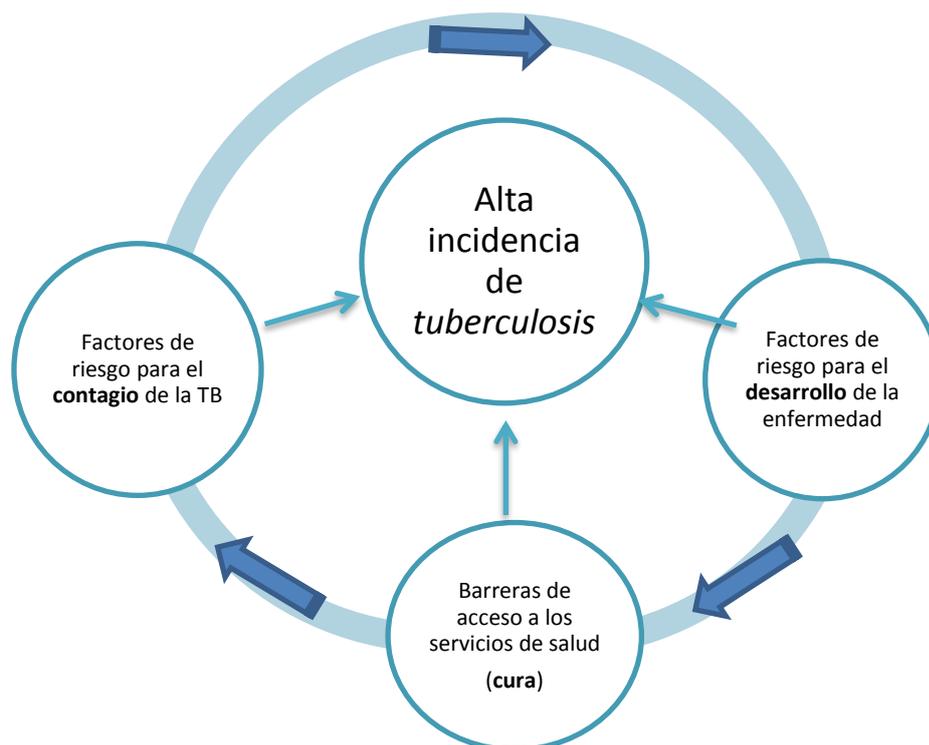
TB. Cuando ya se ha identificado el bacilo de la tuberculosis en personas que tengan estas condiciones, se pasa a hablar de comorbilidad.

Factores de riesgo en San Juan de Lurigancho y El Agustino

Se entiende por vulnerabilidad a toda potencialidad que produzca o disminuya un estado de riesgo de una determinada persona o comunidad.

Cuando se trata de una persona afectada por la tuberculosis, su estado potencial a contagiarse y desarrollar la enfermedad hasta un estado más crítico, será mayor siempre y cuando se den algunas condiciones propicias dentro de su entorno.

Para efectos del análisis, se ha procedido a dividir los riesgos en dos tipos, de acuerdo a los momentos distintos en que pueden actuar. Así, se reconocen factores de riesgo para contagiarse, y factores de riesgo para desarrollar la enfermedad. De igual manera habrán algunos factores adicionales que impedirán a las personas acceder a un tratamiento de calidad, y eventualmente a curarse. A estas últimas se ha procedido a llamarlas barreras de acceso a los servicios de salud.



Fuente: Elaboración Propia

Figura 24. Esquema explicativo sobre la alta incidencia de la tuberculosis

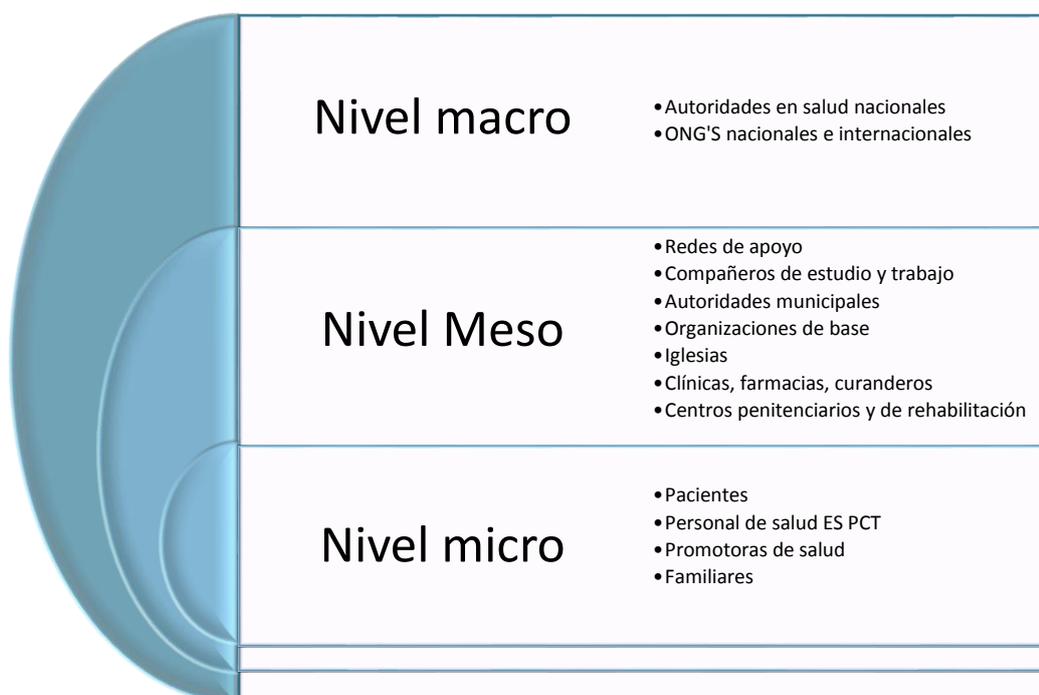


Figura 25. Niveles de gestión pública para la tuberculosis

Tal como se desprende de la figura 24, tanto factores de riesgo como barreras de acceso, aun cuando afecten a distintas personas en distintos momentos, actúan en conjunto de modo que hacen posible la continuidad de una alta incidencia de la enfermedad en la zona estudiada. De igual manera, ya sea que se refiera a factores de riesgo o a barreras, es apreciable la relación causal que existe entre ellas.

En el caso que alguna barrera de acceso se siga dejando desatendida, tendrá un impacto en que las personas demoren más tiempo en terminar su tratamiento, pudiendo esto desencadenar en nuevos contagios o en un agravamiento de la situación de los pacientes. La figura 25 muestra que la TB es una enfermedad que cruza el espectro social a todo nivel y que desde diferentes ámbitos hay conexiones vinculantes que participan activa o pasivamente y que tienen o deberían tener un rol más protagónico e interrelacionado, el cual ni es el caso en la actualidad, sino el de islas trabajando por su cuenta.

Tanto en los distintos tipos de factores de riesgo, como en las barreras, se encuentran criterios identificados desde la oferta y la demanda en salud, esto es, desde los establecimientos de salud y las personas que acuden a estos. Asimismo, estos factores de riesgo y barreras de acceso que contribuyen a la alta incidencia de la tuberculosis en la zona, pueden ser divididas de acuerdo a su origen respecto de los pacientes en endógenos y exógenos, tal como se verá en la tabla 22.

Es conocido que a un nivel más general, las altas tasas de morbilidad y mortalidad son explicadas por el crecimiento de grupos poblacionales considerados de alto riesgo como son los pobres, adictos, enfermos de VIH, en hacinamiento, etc., además de las debilidades de los programas de control de la enfermedad. Esta realidad se repite en buena medida en los distintos casos en donde la tuberculosis representa una preocupación sanitaria para grandes ciudades.

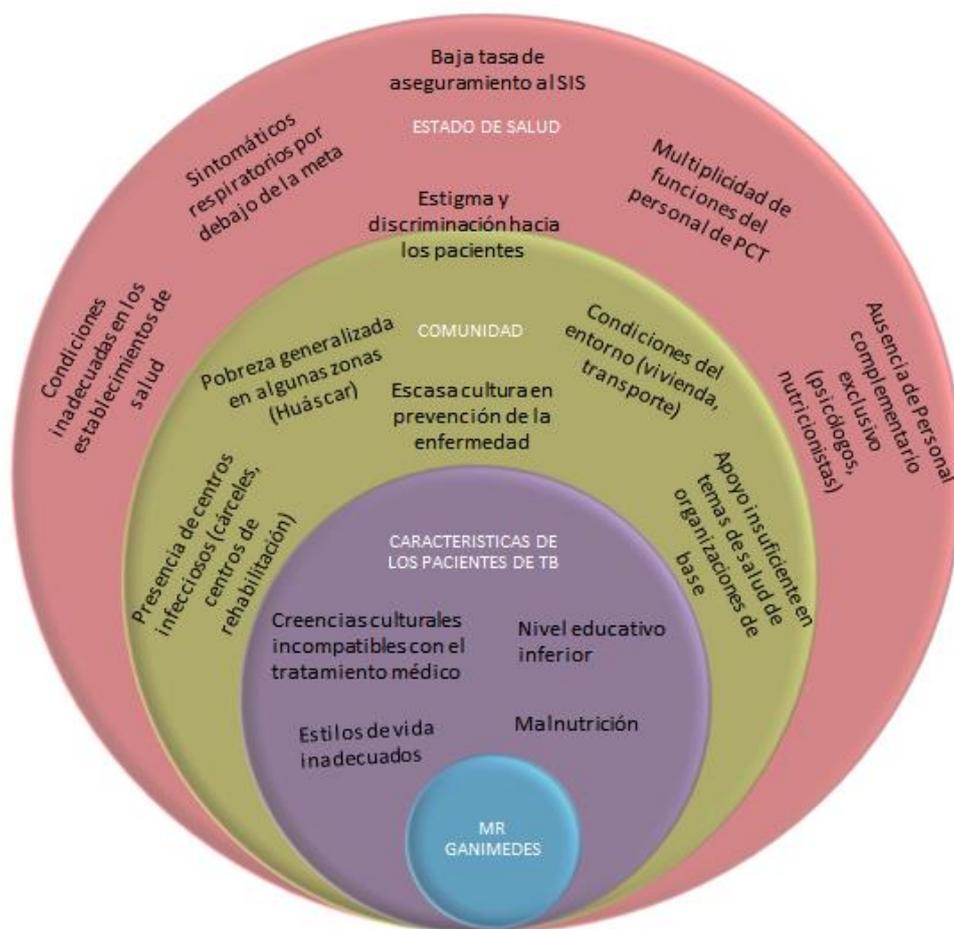
En los dos distritos no debería significar mayores diferencias teniendo en cuenta que se trata de dos distritos, SJL con más población del Perú, y El Agustino con alta incidencia, por lo que comparte en gran medida las problemáticas propias de este tipo de ciudades; sin embargo, de acuerdo a lo recogido en el trabajo de campo, así como a la información recopilada, ha sido posible reconocer

características específicas de la zona objeto de estudio que sistematizadas y analizadas en conjunto con las cifras oficiales nos brindan una mejor comprensión de la real situación de la tuberculosis en dicho contexto.

En ese sentido, las causas endógenas remitirán a aquellas características identificadas en la población que aludan a una situación ya existente, con la que las personas deben convivir, ya sea antes, durante o después de la enfermedad. Dentro de este tipo de causas, se incluyen las condiciones en las que se vive, las creencias, actitudes hacia la enfermedad, estilos de vida, estado de salud o cercanía con otras personas enfermas. Se trata pues de factores que las mismas personas realizan, refuerzan a diario y reproducen en su relación con los demás, y que sin embargo, no depende exclusivamente de ellos el poder cambiarlos, de modo que dejen de representar un riesgo o una barrera de acceso.

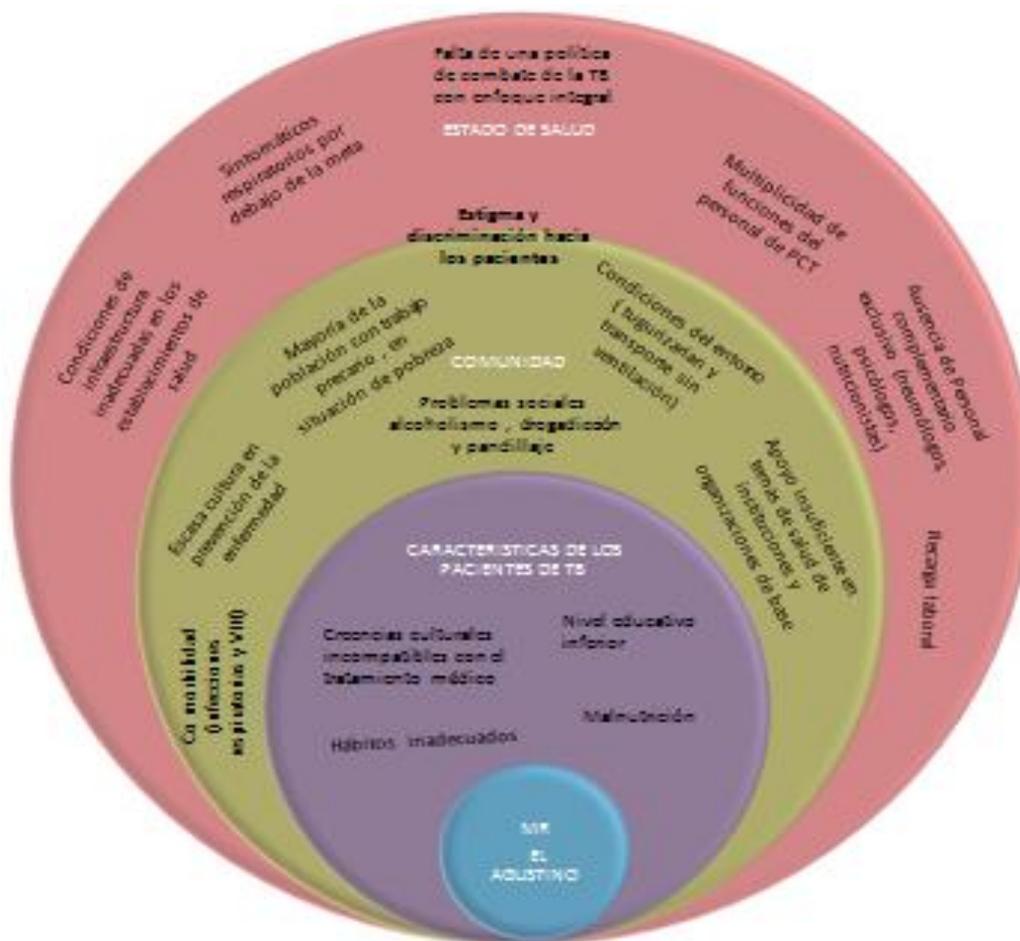
Dentro de este tipo también se han incluido aquellas relacionadas con las carencias económicas, que si bien no son situaciones que las personas puedan cambiar de un momento a otro, condicionan de alguna manera sus comportamientos y maneras de proceder, como puede ser el comer de manera inadecuada, el no asistir al tratamiento de manera regular o el no realizarse los chequeos necesarios que les son solicitados o deberían cuando tienen los síntomas.

Por su parte, las causas de tipo exógeno aluden a aquellas condiciones que escapan a las personas en su accionar diario. Estas pueden referirse a las condiciones en que se presenta la oferta de salud, a la voluntad política respecto al tema o a las actitudes de otras personas frente a los que han contraído la enfermedad.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 26. Factores de riesgo asociados a la alta incidencia de la tuberculosis en SJL, 2018



Fuente: Elaboración propia

Figura 27. Factores de riesgo asociados a la alta incidencia de la tuberculosis en El Agustino, 2018

La figura 26 y 27 tratan de ilustrar los diferentes niveles en que operan los factores de riesgo en San Juan de Lurigancho y El Agustino. En un primer nivel, se presentan las características identificadas de los pacientes en la zona. Esta caracterización de los factores de riesgo en la población convive con un entorno desfavorable, que a su vez se convierte en factor de riesgo para el contagio y desarrollo de la tuberculosis.

A su vez, las condiciones con que la población se topa al acudir a los establecimientos de salud terminan de revelar otros factores de riesgo, aquellos asociados a la oferta. En este caso, la inadecuada e insuficiente labor de las instituciones públicas sobre ciertos aspectos provoca que los factores de riesgo

reconocidos en la población (afectada y no afectada) se intensifiquen con una débil respuesta del sector necesario para superarlos, el de salud.

Tabla 23.

Factores de riesgo y barreras de acceso de la TB, según tipo de causa

	ENDÓGENOS	EXÓGENOS
Factores de riesgo para contagiarse de TB.	<i>Poca cultura en salud de la población (prácticas de prevención).</i>	<i>Trabajo insuficiente en prevención desde los establecimientos de salud.</i>
	<i>Contacto permanente con personas que tienen la TB (riesgo ocupacional, familiares).</i>	<i>Trabajo insuficiente en estudio de contactos.</i>
	<i>Construcciones de vivienda inadecuadas, sin condiciones sanitarias de iluminación, ventilación.</i>	<i>Débil trabajo articulado entre centros de salud y organizaciones de base.</i>
	<i>Desconocimiento sobre la enfermedad.</i>	<i>Presencia de centros de rehabilitación sin control sanitario.</i>
Factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.	<i>Estilos de vida inadecuados. (Alcoholismo, drogadicción).</i>	<i>Presencia de centros penitenciarios con alta incidencia de tuberculosis.</i>
	<i>Estado de salud de las personas. Presencia de otras enfermedades (malnutrición, depresión, enfermedades crónicas, VIH, diabetes).</i>	<i>Presencia de oferta alternativa que no brinda un tratamiento adecuado (farmacias, curanderos).</i>
	<i>Percepciones y creencias religiosas.</i>	
Barreras de acceso que impiden la cura.	<i>Desconfianza en el tratamiento.</i>	<i>Estigma y discriminación hacia los pacientes de TB.</i>
	<i>Costos de consultas y exámenes complementarios.</i>	<i>Tratamiento difícil y agresivo.</i>
	<i>Costo del traslado al centro de atención.</i>	<i>Recursos humanos.</i>
	<i>Falta de conciencia sobre la enfermedad.</i>	<i>Infraestructura y equipamiento.</i>

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la tabla anterior, en relación a las causas endógenas, es apreciable como estas guardan alguna relación con aquellas causas más estructurales, las relacionadas a la pobreza. Según las cifras mostradas en secciones anteriores, la pobreza en el distrito de SJL alcanza el 24.3% del total de la población, en tanto que el número de hogares que se ubica en viviendas con

hacinamiento llega a 35,088 según el censo del 2007, representando esta cifra, el 16.8% del total de hogares.

Es conocida la estrecha relación entre pobreza, necesidades insatisfechas y hacinamiento, y a su vez, entre estos factores y la tuberculosis. Para el caso de la zona objeto de estudio, es necesario hacer hincapié en la forma en que el crecimiento urbano se fue dando con el pasar de los años. Toda la zona de Canto Grande, en el distrito de San Juan de Lurigancho y toda la zona de Nocheto, Santoyo, primavera y 7 de Octubre en El Agustino, se pobló en su mayoría a través de invasiones, de ahí que el planeamiento urbano no haya sido precisamente el mejor en lo relacionado a las condiciones de las viviendas, así como en su construcción y saneamiento.

De igual manera, es necesario vincular aquellas causas relacionadas a las percepciones y creencias religiosas como un factor de riesgo a contraer y desarrollar la enfermedad, con el aspecto migratorio, que fue tan importante en la formación de esta zona. A sabiendas de que el distrito fue un gran atractor de población migrante desde los años 50, y en mayor medida durante la década del 80, a causa de la violencia interna, es posible afirmar que SJL y en El Agustino en su interior se formó a partir de población migrante. No obstante, la migración misma no es un factor de riesgo sino las creencias y percepciones que trajeron consigo los migrantes.

Pese a los intentos por dilucidar el origen principal de las personas a este distrito, tanto desde las entrevistas, grupos focales e información recopilada, se llega a la conclusión de que en el distrito coexisten generaciones de migrantes de la mayor diversidad. Así, es posible encontrar pobladores provenientes de las zonas de la costa, sierra y selva en su interior, cada una de las cuales vino con sus propias prácticas, creencias y horizontes culturales.

Respecto a los factores y barreras de tipo exógeno, estas aluden principalmente a ciertas limitaciones encontradas de parte de los establecimientos de salud, es decir, la oferta. En ese sentido, basta hacer un repaso por los indicadores presentados en secciones anteriores para dar cuenta de esta situación. En lo referido a las tasas de incidencia es comprobable que las cifras de la Micro

Red se encuentran por encima del promedio nacional, a excepción del puesto de salud Ayacucho en algunos años.

Al hacer un repaso por los porcentajes de sintomáticos respiratorios, esto es, la captación de personas con los síntomas de modo que se logre un inicio temprano del tratamiento, las cifras demuestran un desarrollo irregular de esta actividad. Así, si bien en algunos años se logra alcanzar la meta de 6% que se tiene como consenso a nivel nacional, también es notorio como en algunos casos en ninguno de los establecimientos de salud de la jurisdicción se logra pasar esta meta, tal y como se viene dando hasta el momento en este año, de acuerdo al reporte del primer semestre de la micro red.

Dado que se ha sistematizado lo que vendrían a ser los principales factores de riesgo asociados al contagio y desarrollo de la enfermedad y por otra parte, las barreras de acceso que impiden un tratamiento efectivo, queda por ofrecer la jerarquización de los mismos. De esta manera se complementa la caracterización particular que se ha hecho de la zona que fue objeto de estudio, la Micro Red Ganímedes. De no hacerlo solo se obtendría una relación de causas sin conocer cuáles de ellas son las que inciden mayormente en la alta incidencia de la tuberculosis en esta zona. Al respecto, la jerarquización en base a nivel de prioridad, se basa en las percepciones de los entrevistados y personas participantes de los grupos focales.

Tabla 24.

Factores de riesgo asociados al contagio, según nivel de prioridad en las dos poblaciones

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL CONTAGIO DE LA TUBERCULOSIS	<p>PRIORIDAD ALTA</p> <p>Poca cultura en salud de la población.</p> <p>Desconocimiento sobre la enfermedad.</p> <p>Débil trabajo articulado entre centros de salud y organizaciones de base.</p> <p>Trabajo insuficiente en prevención y estudio de contactos desde los establecimientos de salud.</p>
	<p>PRIORIDAD MODERADA</p> <p>Viviendas con condicione inadecuadas de iluminación y ventilación.</p> <p>Hacinamiento en que viven las personas.</p> <p>Existencia de zonas con alta incidencia de la enfermedad (AA.HH. Huáscar).</p>
	<p>PRIORIDAD BAJA</p> <p>Contacto frecuente con personas enfermas de TB.</p> <p>Presencia de centros de rehabilitación sin control sanitario.</p> <p>Presencia de centros penitenciarios con alta incidencia de tuberculosis.</p>

Fuente: Elaboración propia.

El hacinamiento y condiciones de la vivienda por sí solas no son determinantes para la existencia de la enfermedad, dado que existen casos que igualmente poseen un entorno físico similar y no tienen la misma incidencia de tuberculosis en su población. Es la doble relación entre la alta incidencia y las condiciones persistentes de hacinamiento y vivienda las que permiten la continuidad de altas cifras de la tuberculosis en la zona.

Al caracterizar al distrito de esta manera, se da a entender que vivir en SJL y El Agustino, significa por sí solo un factor de riesgo para cualquier persona, en tanto se está en latente contacto con personas enfermas en distintos lugares. Considerando que la tuberculosis está presente en todas la jurisdicción de la Red

de San Juan de Lurigancho y micro redes en su interior no sería inadecuado decir que en general, el solo hecho de vivir en el distrito significa un riesgo, el cual no actúa por sí solo sino que en su interior se encuentra con otros ya identificados y sistematizados, y cuyo nexo es que complejizan la situación del problema y su solución.

Tabla 25.

Factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad, según nivel de prioridad – Microred Ganímedes

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA TUBERCULOSIS	<p>PRIORIDAD ALTA</p> <p>Estado de salud de las personas / presencia de otras enfermedades (VIH, diabetes).</p> <p>Estilos de vida inadecuados (alcoholismo, drogadicción).</p>
	<p>PRIORIDAD MODERADA</p> <p>Percepciones y creencias religiosas.</p> <p>Creencias equivocadas sobre la enfermedad (duración, síntomas).</p>
	<p>PRIORIDAD BAJA</p> <p>Presencia de oferta de salud alternativa quebrinda tratamiento de la TB inadecuado.</p>

Fuente: Elaboración propia.

Tal como se ha visto, el desconocimiento y en otros casos, la información errada sobre la enfermedad se presenta como factores de riesgo que ejercen una influencia importante en los dos distritos, en lo que respecta al contagio y posibilidad de desarrollo de la enfermedad.

La desinformación sobre la enfermedad estaría en gran parte relacionada con la carencia de una cultura de prevención en salud de la población. Así, la información recogida apunta a que no es la falta de difusión y promoción de actividades sobre la enfermedad lo que está fallando, sino la poca atención que reciben de las personas o la poca importancia que le dan a la información recibida (quizás un cambio en la estrategia de comunicación si sea necesario). Al intentar establecer un vínculo entre la condición económica o nivel educativo y esta

problemática, se descubrió que en realidad estos problemas no son exclusivos de la población más afectada económicamente o con menos educación.

Por el contrario, tanto el personal de salud como pacientes y ex pacientes coinciden en afirmar que la enfermedad pudo contagiarlos y en algunos casos evolucionar a un estado más crítico debido a “descuidos” personales. Estos descuidos aluden a no hacer caso a los síntomas cuando recién se presentaron, obviar las recomendaciones de prevención (como mantener ventilados los ambientes que se frecuentan) o asumir que la enfermedad no les llegaría, pues se tenía la idea equivocada que solo le da a determinado tipo de personas (delgados, pobres, que no se alimentan o no trabajan).

El enfoque social que toma (o debería tomar) en cuenta a las creencias y percepciones de la población, así como sus estilos y condiciones de vida, no trata de anteponerse al biomédico. Por el contrario, lo que se busca es compatibilizarlos de modo que se pueda entender cómo se apropian las personas del conocimiento necesario sobre una enfermedad.

Para el caso del presente estudio, se reconoce la importancia de la relación entre el paciente y el personal de salud, así como del cruce de discursos que esto representa. En ese sentido, el hecho que se trate de una enfermedad como la tuberculosis es determinante, pues supone una interacción frecuente (diaria) entre ambos. Es en estas interacciones donde el personal de salud, según manifiestan, se da cuenta del bajo nivel de conocimiento de las personas sobre la enfermedad, o en otros casos del bajo grado de concientización que tienen para su prevención.

Al respecto, fue enfatizado en los establecimientos de salud visitados la poca preocupación que presentan algunos pacientes sobre la enfermedad y lo que representa para su salud. Este aparente desinterés por su estado de salud encuentra en la población con algún tipo de hábito de consumo inadecuado como el alcoholismo o la drogadicción su mayor cantidad. En aquellos casos en que no se trata de personas con estas características, se reconoce que el desinterés proviene por razones más pragmáticas. Dada la gran cantidad de población dedicada a las actividades comerciales o de larga duración (transporte, construcción), estos en muchos casos no cuentan con el tiempo necesario para

dedicarle tiempo a estas actividades de prevención, incluyendo la adecuada ingesta alimentaria, cuando tienen muchas otras que consideran más necesarias y prioritarias (familia, trabajo, ocio).

Barreras de Acceso

Desde la demanda se pudieron identificar barreras en 3 aspectos: personales vinculadas a las percepciones y sentimientos hacia la enfermedad, culturales y económicos.

Por su parte, las barreras desde la oferta pueden ser clasificadas entre aquellas de tipo intramural, es decir, que se encuentran dentro del recinto del establecimiento de salud y extramurales, más asociadas a la gestión y trabajo articulado con otras instituciones. Asimismo, las barreras de acceso pueden ser sometidas a una segunda clasificación. De acuerdo, al nivel en el que afecten se pueden tratar de barreras en el acceso a la salud, o a barreras que impidan culminar el tratamiento, cuando ya se traten de pacientes ingresados al programa de PCT.

Tabla 26.

Carreras de acceso a los servicios de salud

BARRERAS DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SAN JUAN DE LURIGANCHO – EL AGUSTINO Dificultan inicio, calidad y aceptación del tratamiento	
DESDE LA DEMANDA	DESDE LA OFERTA
<p>BARRERAS PERSONALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • No Se acepta la enfermedad Demoran en iniciar el tratamiento, se espeta que la situación de salud empeore. • Falta de conciencia de la enfermedad No son constantes en ir a tomar sus medicamentos • Tratamiento difícil y agresivo Pacientes no soportan los medicamentos • Falta de documento de identidad No se puede acceder al SIS 	<p>INTRAMURO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos Insuficiente personal para el área de PCT en algunos centros de salud Su labor no es debidamente reconocida Poco apoyo de las demás áreas para la captación de sintomáticos Falta de una movilidad para las visitas domiciliarias
<p>BARRERAS CULTURALES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estigma y discriminación Vergüenza en asistir al establecimiento de salud Se oculta la enfermedad a las personas de su entorno <p>BARRERAS ECONÓMICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costo de consultas y exámenes complementarios. No se presentan placas a tiempo. Se retrasa el tratamiento • Costo de traslado al centro de atención En caso de desplazamiento en vehículo. Tratamiento es diario 	<p>EXTRAMURA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordaje coordinado Necesidad de involucrar a autoridades públicas en la lucha contra la enfermedad Comité ALTO a la TB recién ha podido integrar este año la totalidad de actores institucionales Apoyo inconstante. (Canasta del PAN TB no está funcionando este año en el distrito de San Juan de Lurigancho y EL Agustino) Otros centros de salud de la zona (Municipalidad, SISOL) aceptan con ciertas barreras a los pacientes de TB que va a otro tipo de consultas Apoyo de instituciones educativas en la promoción y prevención.

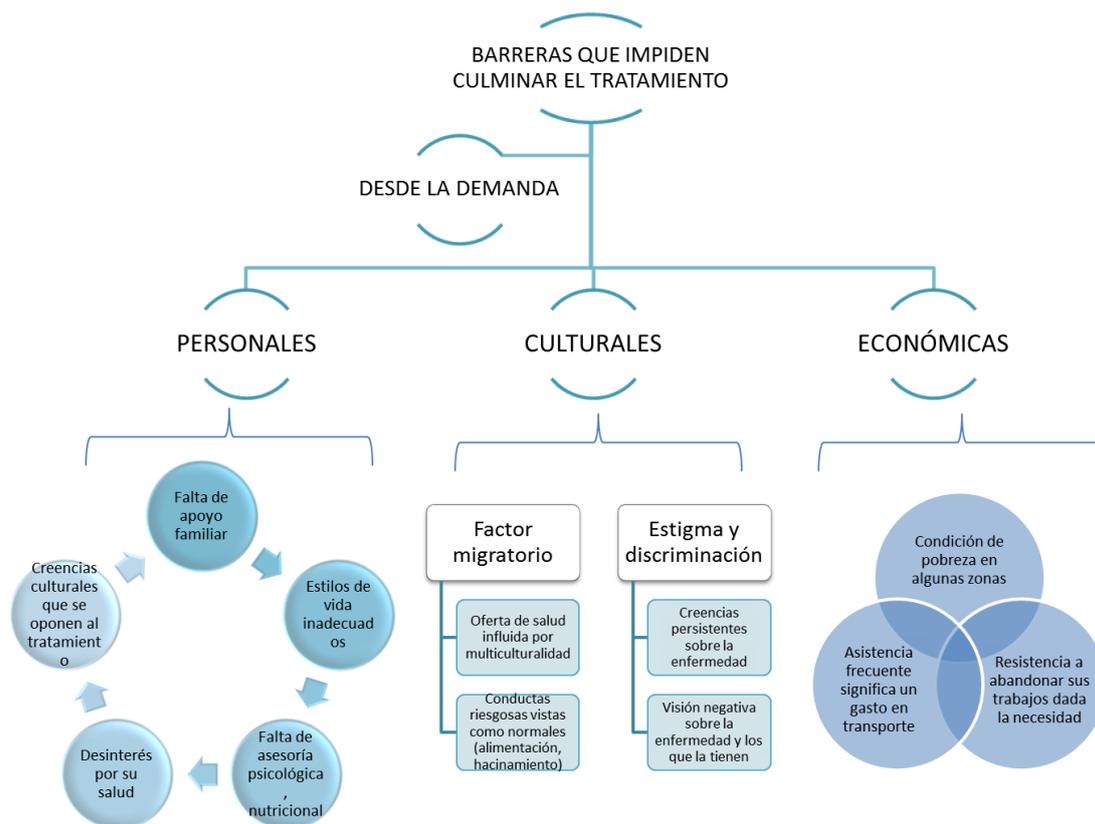
Fuente: Elaboración propia.

Barreras de acceso a los servicios de salud asociados al tratamiento de Tuberculosis

Desde el lado de la demanda, respecto a las barreras de acceso a los servicios de salud priorizadas, se observa que si bien la falta de dinero como razón para no acudir a las consultas está siempre presente, ésta se mantiene diferenciada en algunas zonas de los distritos en estudio. Así, las razones relacionadas al ingreso económico fueron manifestadas en mayor frecuencia en las personas que se atendían en los centros de salud de Huáscar, los cuales en su mayoría coincidían por vivir en condición de pobreza y no contar con afiliación al seguro integral de salud. La infraestructura y equipamiento inadecuado de los establecimientos de salud es igualmente considerado una razón de prioridad alta para no acudir a las citas.

En cuanto a las barreras culturales, desde la misma población, es común encontrar casos en los que la discriminación se da al interior de las propias familias. En muchos casos, al enterarse de la enfermedad de algún familiar, se opta por dejar de visitarlo o simplemente cortar todo contacto con la persona enferma. Esta práctica guarda relación en gran medida con el desconocimiento de la enfermedad por parte de la población, en tanto no se sabe exactamente en que consiste el tratamiento ni las formas de contagio, las cuales tienden a exagerarse al pensar que basta cualquier tipo de contacto para contraer la tuberculosis.

Así, es común que los pacientes de tuberculosis sean aislados en sus viviendas. Sus familiares apelan a “esconderlos” en algunos casos, cuando no darles un trato que resulta discriminador al separar sus utensilios de todo tipo (higiene, cocina, etc.). Estas actitudes de exclusión no resultan positivas para el paciente de tuberculosis, dado que no sentirá el respaldo familiar que es necesario para su cura, como lo puede ser para cualquier otro tipo de enfermedad.



Fuente: Elaboración propia.

Figura 28. Las barreras que impiden cumplir el tratamiento desde la demanda

Por su parte, del lado de la oferta, deberá considerarse también y especialmente, como una barrera de prioridad alta las condiciones de infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. Al respecto, el personal entrevistado mostró una insatisfacción generalizada sobre las condiciones en que debe realizar su labor diaria con los pacientes. El caso más resaltante se encontró en SJL y El Agustino, en donde se comprobó que en un solo ambiente se llevan a cabo labores que necesitarían un ambiente distinto como la consulta, la aplicación de la medicina, el registro de la información, entre otras.

La tuberculosis es una enfermedad que pese a saberse como prevenible y con una cura descubierta, sigue produciendo miedo dentro de la población. Las personas enfermas de la tuberculosis son víctimas de discriminación y estigmatizadas según fue manifestado por la totalidad de entrevistados. Esta problemática resulta preocupante sí se toma en cuenta que se da tanto por parte de la población como del personal de salud mismo.

Tanto el personal de salud como pacientes y ex pacientes afirmaron haber evidenciado casos de discriminación de parte de personal de salud de establecimientos públicos. Estos casos se dan especialmente en aquellos establecimientos de salud donde los pacientes son derivados (hospital municipal, SISOL), pero el derivarlos sin razón alguna es también una manera de discriminación, solo por el hecho de evitar un posible contagio.

La discriminación se da cuando dejan a los pacientes para atenderse al final (no son priorizados) o en muchos casos simplemente negarse a atenderlos, por el simple hecho de ser personas enfermas de tuberculosis.

Esta discriminación sufrida por las personas que llevan la enfermedad se reconoce como barrera en tanto las consecuencias que trae consigo. Existe la posibilidad que el paciente se culpabilice de su enfermedad y haga lo posible para que esta no afecte su rutina diaria, lo cual en muchos casos lleva a ocultar su enfermedad o dejar de ir a los establecimientos de salud a continuar con su tratamiento, con el riesgo que ello implica.

La discriminación y estigmatización de la que son víctimas las personas enfermas de tuberculosis contribuye a la no aceptación del problema por parte de estos, lo cual dificulta un tratamiento adecuado, y ello como aquí se ha visto es reforzado incluso desde el lado de la oferta o establecimientos de salud.

En muchos casos se manifestó que no se cuenta con el conocimiento suficiente sobre el tratamiento a seguir para curarse de la enfermedad así como de la importancia que tiene el seguir éste de manera rigurosa. Al no conocer las características que tiene un tratamiento efectivo, es común que surja la desconfianza hacia este. Esto se acentúa si se tiene en cuenta la duración del tratamiento y la cantidad de pastillas que incluye.

Al no estar seguros de que el tratamiento en base a pastillas y ampollas sea el que realmente los vaya a curar, lleva en muchos casos a que se recurra a diversas alternativas de medicina o en el mejor de los casos dificulta a que los pacientes se acostumbren al mismo y retrasen más de la cuenta su curación.

A muchos pacientes les es imposible costear otro tipo de pruebas que son necesarias en el progreso del tratamiento. Esta dificultad significa una barrera en tanto demora un correcto diagnóstico por parte del personal de salud y por ende, retrasa el inicio del tratamiento, pudiendo en este lapso, contagiarse a otras personas más.

Al respecto, cabe indicar una realidad hallada en la zona. Con mayor incidencia en los centros de salud, se halló una gran cantidad de personas que no podían ser afiliadas al SIS dado que no contaban con su documento nacional de identidad, lo que resulta imposible gestionarles cualquier tipo de trámite para que accedan a un seguro.

Dentro de las barreras de tipo económica se ubica también el no tener dinero para acudir al centro de salud. Dado que resulta necesario acudir al centro de salud todos los días, muchas personas en situación de pobreza no cuentan con los recursos necesarios para destinar una parte de sus ingresos al transporte diario al establecimiento de salud.

V. Discusión

La Tuberculosis (TB) es una enfermedad re emergente y tiene una prevalencia muy alta en países en vías de desarrollo, así como en las poblaciones de suburbios marginados de las grandes urbes del primer mundo (Takahashi, 2009). En el caso peruano la tuberculosis es considerada como una prioridad sanitaria nacional, debido a que es una enfermedad endémica y afecta a la población pobre y extremadamente pobre que es la de mayor vulnerabilidad, disminuyendo su calidad de vida, contribuyendo a perpetuar el ciclo de pobreza existente.

El énfasis en cuanto a la TB en sus diversas variantes ha estado desde el inicio en la Lucha o combate contra la TB con un sesgo científico médico. En los últimos años se viene dando un giro en la estrategia hacia consideraciones de tipo social dado que se busca atacar las causas y no las consecuencias (o no solo), por lo que es importante conocer quiénes son los pacientes de TB, cuáles son las condiciones de vida que tienen, los estilos de vida asociados, sus costumbres, creencias, así como los riesgos y barreras de acceso ligadas a adquirir TB o a no lograr una cura. Cuya combinación de factores dentro de un proceso dinámico ponen a este grupo siempre en el umbral de la vulnerabilidad para adquirir TB.

Para Farga y Caminero (2011) cada vez que un gran número de individuos se ve confinado a espacios reducidos, se acorta la distancia boca a boca, lo que facilita la transmisión de la infección, por otra parte, cuando empeoran las condiciones de vida, se favorece el paso de la infección a enfermedad. En este sentido la tuberculosis se asocia a la pobreza y al deterioro de las condiciones de vida (Fuentes-Tafur, 2009; Gotuzzo y Ticona, 2008; Vertiz, 2013; Ticona, 2008; Farmer, 2003) realidad que existe en diversos centros urbanos de población vulnerable, esto no significa que en algún momento de su proceso de transmisión, contagio pudo afectar a las clases de mayor nivel socioeconómico en donde se tomó mayor importancia su tratamiento y recuperación de la persona afectada de tuberculosis.

En relación a la descripción de la caracterización socioeconómica de la población con tuberculosis, teniendo en cuenta las políticas públicas, los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino evidenciaron que las principales características

se configuran en sus patrones de conducta y modos de vida: rasgos culturales, patrones sociales arraigados a costumbres ancestrales, dinámicas económicas fundamentadas en la economía doméstica; bajos ingresos, comercio informal, creencias asistenciales (se suele pensar que el Estado debe ser el único que les puede asistir, proteger y otorgar beneficios humanitarios), descontrol en la planificación familiar y en efecto maternidad con embarazos no deseados, y determinantes sociales propias de la enfermedad, ello se debe a una falta de políticas públicas que regularicen el control epidemiológico y las dinámicas socioeconómicas; un aspecto que está en concordancia con la propuesta de Fuady et al. (2018) pese a la implementación de la cobertura universal de salud los hogares afectados con TB asumen la incidencia de los altos costos totales y su empobrecimiento, recomienda que se pueda garantizar el acceso a la atención de salud, una política de mitigar los altos costos a través de un programa de subsidio financiero para proteger a los pobres para cubrir en parte la reducción de sus ingresos. Asimismo Maurera (2015) discutió la propuesta del modelo biomédico, replanteando los determinantes de la tuberculosis; desde una mirada transversal y multidisciplinario fortalecer en valorar la vida, la recuperación en su salud, su inserción social y laboral, protegiendo el ambiente, contar con viviendas dignas, espacios de recreación para fomentar valores y conductas solidarias. Por otro lado, Jurgens et al (2017) constata que el Fondo Mundial reconoce que no son efectivos ni rentables los programas de salud que financian por reducir las barreras de acceso relacionado a los derechos humanos y a los servicios de salud, habiéndose incluido en los acuerdos del Fondo Mundial para el financiamiento de estos programas y reducir barreras relacionadas con los derechos humanos en salud, aprobándose una estrategia para cinco años de proporcionar apoyo técnico y financiero para ampliar la cobertura de los programas para reducir estas barreras en 20 países.

En referencia a la descripción de la caracterización socioeconómica de la población; el estudio evidenció que la dinámica social y cultural influye en el aspecto económico; donde los protagonistas intervienen con sus roles, determinando las estructuras sociales. Tener tuberculosis no es ningún impedimento para perder la identidad, aunque Vértiz (2013) discutió que la estigmatización determina el comportamiento de la persona afectada por la tuberculosis, cambiando sus roles y

reestructurando los entornos sociales, a pesar que los impactos que causa la tuberculosis responde siempre a una situación de crisis que parte del discurso del sistema sanitario bajo un patrón biomédico y epidemiológico autores de un clima frío, de exclusión y marginación del paciente en sus diferentes espacios, además de la deshumanización del propio paciente por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, Urday y Chimaja (2014) argumentaron que es importante el capital social para hacer frente a este problema de salud, el mismo que origina los procesos locales que fortalece las condiciones del entorno para que las personas se empoderen y se desarrollen satisfaciendo sus necesidades humanas fundamentales bajo un enfoque integral que trasciende al acceso de los servicios públicos o bienes materiales en la mejora de su calidad de vida, considera también que se requiere mayores estudios y su aplicación a realidades concretas será de mayor relevancia su desarrollo para la prevención, control y tratamiento de las personas afectadas de TB, aumentando su probabilidad de éxito de este enfoque holístico y humanista.

En cuanto al segundo objetivo específico, describir las políticas públicas asociadas a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos SJL y EL Agustino, lo propuesto por Ngwenya et al. (2018) las políticas públicas sobre la tuberculosis tiene diferentes enfoques que fundamentan en cambiar las barreras estructurales y ambientales para la prevención puede aumentar la percepción de control percibido por las personas y las estrategias que abordan los constructos identificados sobre el control percibido pueden influir en el cambio social que se requiere para que las intervenciones estructurales tengan éxito. Aunque claro está que la Ley N° 30287 pone en evidencia que la persona afectada por la tuberculosis es el protagonista del sistema sanitario, el hecho que se tenga la tuberculosis no significa trasgredir los derechos humanos en el maltrato por parte de los profesionales de la salud, en los espacios laborales, además de empoderarlo en defender sus derechos. Bajo esta temática, Vega (2013) discutió la necesidad de implementar políticas públicas a través de la gestión territorial, una experiencia única llevada en el distrito de El Agustino, se evidenció tres aspectos importantes en el tratamiento de la enfermedad: diagnóstico oportuno, adherencia al tratamiento y éxito del mismo en función a la condición de egreso, siendo la población objetivo las personas

afectadas por tuberculosis pulmonar, sensible al tratamiento, que han recibido tratamiento por primera vez. Se obtuvo como resultados una asociación significativa entre la participación de las personas afectadas con TB y el inicio de tratamiento oportuno en contraste con la adherencia y el éxito del tratamiento que no se encontró una asociación significativa, además los programas de salud basados en un enfoque social político, contribuyen de una manera eficaz en combatir la enfermedad, se sugiere evaluar con mayor profundidad los aspectos de éxito de los programas de salud basados en determinantes sociales y con enfoque político social para su mayor eficiencia y efectividad y que formen parte en los programas implementados en redes integradas de salud.

En referencia a la caracterización de los factores de riesgo y barreras en la atención de los servicios de salud asociados a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino se evidenciaron desde dos perspectivas; desde la oferta y la demanda; en la primera se encontraron hallazgos como factores endógenos y factores exógenos para contagiarse de tuberculosis dentro de estos se evidenciaron poca cultura en salud de la población, trabajo insuficiente en prevención desde los establecimientos de salud, contacto permanente con personas que tienen tuberculosis, trabajo insuficiente en estudio de contactos, todos estos factores concuerdan con la propuesta de Vértiz (2013) al afirmar que la diseminación de la tuberculosis se debe también a una serie de factores tanto externos como internos, no solo en aquellos espacios de mayor riesgo, sino en aquellos espacios concurridos y cerrados de La Victoria. Por otro lado, se tiene evidencias que los factores de riesgo que desarrollan la enfermedad son los estilos de vida inadecuados como el alcoholismo, la drogadicción; el estado de salud de las personas frente a otra presencia de otra persona; asimismo la presencia de oferta alternativa que no brinda un tratamiento adecuado; luego se tienen las percepciones, creencias religiosas; presencia de oferta alternativa que no brinda un tratamiento adecuado concuerda con la propuesta de Datiko et al. (2018) al afirmar que la mejor estrategia en Etiopía es el éxito de la búsqueda de casos, del mismo modo Shelby, Lia e Israel (2017) pusieron como lecciones aprendidas como la necesidad de un compromiso general a largo plazo, la sostenibilidad financiera y resultados confiables producto de esta asociación que

puede ser fortalecido con fundaciones corporativas, abandonado los casos sin éxitos para evitar el mal uso de los recursos.

VI. Conclusiones

Primera: En los hallazgos se evidenciaron que las características socioeconómicas de las poblaciones con tuberculosis de los distritos San Juan de Lurigancho y El Agustino se debe a las condiciones del estatus quo, factores sociales, económicos y culturales que permiten un contagio masivo de tuberculosis, e impiden mejoras en la atención durante el tratamiento. En efecto, la vulnerabilidad – riesgos y las barreras de acceso a los servicios de salud fueron dos aspectos importantes que se tuvo en cuenta durante el análisis de los hallazgos en el campo. Desde luego, ambos aspectos se encuentran en cada caso, comportamientos muy similares en ambos espacios geográficos, aun cuando los patrones culturales se diferencien en cierto grado, ya sea por historia, por el comercio y por el estatus social; distritos emergentes. Al referirse a zonas vulnerables se hace alusión a ciertos sectores urbano - marginales; desde este enfoque una zona marginal es aquel espacio que presenta una serie de características socioeconómicas similares; factores como pobreza, nivel educativo (ligado a falta de información), hacinamiento (tanto en las viviendas como en los centros laborales), y los estilos de vida (ligados a problemas de drogas y alcohol) sumado a ello el estigma arraigado en la población, sea en el paciente o en los contactos: familia, vecinos permiten la propagación de esta enfermedad de manera eficiente.

Segunda: Los hallazgos evidenciaron que existen determinantes menores que están ligados a las creencias y mitos propios de los migrantes, más importante es la desconfianza en el tratamiento. La migración reciente no aparece como un factor determinante. La edad si lo es en tanto que los mayores porcentajes de TB se dan en edad de trabajar, aun cuando las cifras muestran una alta tasa de desocupación en los pacientes (excepto en los jefes de hogar). En género las diferencias son de puntos más en los hombres pero con un patrón similar en edad con las mujeres, salvo en los adultos mayores que es marcada la diferencia en contra de los hombres.

Tercera: En cuanto al lado de la oferta, la MR El Agustino aparece con mejores indicadores en cuanto a resultados obtenidos en cura, tasa de incidencia y abandono, sin embargo es claro que el trabajo no es homogéneo en todos los Centros de salud al interior de cada Micro Red, hay énfasis ahí donde la incidencia es más alta pero ello no debe permitir descuidar otras zonas. La estrategia viene dando resultados de a poco pero hay mucho por trabajar. En cuanto a infraestructura se ven mejoras pero el tema de personal insuficiente siempre aparece, el rol de las promotoras es fundamental pero sin recursos ni instrumentos básicos para su trabajo no se puede esperar un salto cualitativo ni cuantitativo ni un impacto importante en su labor, que de hecho lo es.

Cuarta: La estrategia de control de la TB requiere ajustes para mejorar las políticas públicas, como políticas de Estado, mantenerlas indistintamente de las administraciones de turno a nivel de sector salud, gobiernos regionales y gobiernos locales, con la finalidad de manejar un presupuesto adecuado e incorporando a la población en un rol activo de modo que se dé mejores resultados en los años que vienen. Es evidente que la pobreza y el nivel educativo de la población no cambiará a partir de la estrategia de control de la TB, pero debe tomarse en cuenta por ello la necesidad de establecer una estrategia integral a nivel del Estado y no solo del sector salud, ese sería un paso relevante que hay que dar, que los gobiernos locales, los ministerios de vivienda, MIDIS, salud, agricultura, Interior y Ministerio de Economía y finanzas, por tanto también la Presidencia del Consejo de Ministros, articulen sus propuestas y trabajen de manera conjunta.

VII. Recomendaciones

Primera: Se recomienda identificar los actores claves para el diseño, construcción y gestión de las estrategias de prevención, control y erradicación de la tuberculosis en los dos distritos materia del trabajo de investigación, y su participación teniendo en cuenta el rol van a tener en la estrategia para el control y erradicación de la tuberculosis indistintamente si son instituciones públicas (MINSA, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales); ONGs, organizaciones que representan o se preocupan por la calidad de vida de la población afectada por tuberculosis y sus familias. Fundamental para el alineamiento de las políticas públicas en salud para el control y erradicación de la tuberculosis que formula, aprueba y ejecuta el MINSA en cumplimiento de sus competencias de rectoría y de formulación, programación y ejecución de la estrategia nacional de control de la tuberculosis, los gobiernos regionales responsables de las políticas y prestación de servicios de salud en sus territorios y los gobiernos locales por estar más cerca a la población a nivel local en facilitar la identificación, ubicación y tratamiento de las personas afectadas por tuberculosis, en contribuir en la sensibilización de la población local y de las familias de las personas afectadas, en el reparto de la canasta de alimentos y medicamentos, facilitar al paciente para su proceso de cumplir con sus exámenes, tratamiento y recuperación del paciente, así como su integración familiar, en la comunidad y su inserción laboral.

Segunda: Se recomienda en relación al proceso de migración y la aparición de poblaciones emergentes en los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino, que gran parte de su población es de origen provinciano que han traído sus costumbres, creencias y tradiciones en la conducta para enfrentar las enfermedades y en particular la tuberculosis, por el poco conocimiento de la enfermedad sus medios de contagio, transmisión y acceso a la detección, tratamiento y recuperación del afectado de tuberculosis se hace necesario implementar una estrategia de comunicación primero para sensibilizar al personal de las instituciones

claves para la prevención, control y erradicación de la tuberculosis (MINSA, Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales, Redes y Microredes de Salud), en segundo lugar a informar a la población y en especial a las poblaciones en riesgo por su alta probabilidad de incubar la enfermedad sobre la detección, tratamiento y recuperación de la persona afectada de tuberculosis y el derecho al acceso a los servicios de salud del paciente o persona afectada por tuberculosis; de sensibilizar a la comunidad, familia y afectado que la tuberculosis se cura. Asimismo, lograr su inserción familiar, en la comunidad y laboral, mitigando la estigmatización de la tuberculosis y la exclusión del paciente.

Tercera: Se recomienda para mejorar la oferta en salud para la detección, control, tratamiento y recuperación de la persona afectada por tuberculosis, mejorar en las Micro Redes la infraestructura, el equipamiento para la toma de muestras, placas y consultas. Incrementar el personal de campo – promotoras de salud, o capacitar promotoras sociales en salud que pertenecen a los gobiernos locales; participación fundamental para la detección, tratamiento, seguimiento y recuperación del paciente. También debería de institucionalizar los exámenes y pruebas de tuberculosis en la población de edad escolar, fortalecer el nivel alimenticio y mínimo de proteínas a la población escolar en mejorar su sistema inmunológico para evitar el contagio de la tuberculosis en la población escolar y de implementar de igual forma un servicio de salud dirigido a la población de adulto mayor.

Cuarta: Se recomienda que las políticas públicas de salud en el control de la tuberculosis se considere política de Estado, a fin de garantizar la continuidad de las políticas, sus estrategias y sus asignaciones presupuestarias con obligatoriedad por parte de los gobiernos regionales responsable de la oferta en salud y de los gobiernos locales en asumir retos y metas de mejora de calidad de vida de su población entre ellas el control y erradicación de la tuberculosis acompañado de políticas públicas en vivienda y saneamiento; inclusión y desarrollo social; inserción laboral en los sectores productivos y en actividades

económicas de comercio y servicios, de promover una acción pública transversal del gobierno nacional e intergubernamental que asegure el alineamiento de los gobiernos subnacionales con el fiel compromiso y cumplimiento obligatorio en las metas de control y erradicación de la tuberculosis en nuestro país.

VIII. Referencias

- Alarcón V, Edith Alarcón E, Figueroa C y Mendoza-Ticona A (2017). *Tuberculosis en el Perú: situación epidemiológica, avances y desafíos para su control*. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 34(2):299-310. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2384
- Arantzamendi M; López-Dicastillo, O y Vivar C. (2012). *Investigación Cualitativa: manual para principiantes*. Pamplona: Eunate.
- Ascencios M (2015). *La tuberculosis y el índice de mortalidad en la jurisdicción del Centro de Salud San Sebastián, Lima 2014*. Lima Tesis para obtener el grado académico de Doctor con Mención en Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Educación Enrique Guzmán y Valle.
- Barbour, R (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Morata.
- Boudarene L, James R, Coker R y Khan M (2017). *Are scientific research outputs aligned with national policy makers' priorities? A case study of tuberculosis in Cambodia*. Internet (Consultado 26 de Febrero de 2018). Health Policy and Planning 32 (2): ii3-ii11. Doi: 10.1093/heapol/czx041. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29028223>
- Calderón, J. (2005). *La ciudad ilegal. Lima en el siglo XX*. Lima: UNMSM Fondo Editorial
- Carvajal-Barona R, Varela-Arévalo M, Hoyos P, Angulo-Valencia E y Duarte-Alarcón C (2014). *Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios prioritarios de la Costa Pacífica colombiana*. Rev Cienc Salud 12(3): 339-52.
- Cortés J. (2015). *Incorporación de las TIC como estrategia pedagógico para determinar la relaciones y proceso multiculturales en niños, niñas de séptimo grado de una institución educativa oficial del distrito capital*. Bogotá: Universidad distrital "Francisco José de Caldas".
- Cuevas, A; Méndez, S y Hernández R (2014). *Manual de introducción a ATLAS.ti 7*. Universidad de Celaya, Instituto Politécnico Nacional Recuperado de. file:///C:/Users/usuario/Downloads/Manual_ATLAS.ti_7.pdf

- Datiko D, Yassin M, Theobald S, Blok L, Suvanand S, Creswell J y Cuevas L (2017). *Health extension workers improve tuberculosis case finding and treatment outcome in Ethiopia: a large scale implementation study*. Internet (consultado el 24 de febrero de 2018). *BMJ Glob Health* 2:e000390. doi:10.1136/bmjgh-2017-000390. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5704104/pdf/bmjgh-2017-000390.pdf>
- Díaz, F. Y Barriga, A. (2002). *Estrategias Docentes para un Aprendizaje Significativo: una interpretación constructivista*. México: McGraw Hill
- Farga V y Caminero J (2011). *Tuberculosis*. Santiago de Chile: Ed. Mediterráneo
- Farmer, P (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the new war on the poor*. Los Angeles. University of California Press.
- Flick, U. (2004). *Diseño de la Investigación Cualitativa*. Ed. Morata, Madrid.
- Fuady A, Houweling T, Manyur M y Richardus J (2018). *Catastrophic total costs in tuberculosis affected households and their determinants since Indonesia's implementation of universal health coverage*. Internet (consultado el 23 de febrero de 2018). *Infectious Diseases of Poverty* 7 (3). Doi: 10.1186/s40249-017-0382-3. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29325589>
- Fuentes-Tafur LA, Ticona E, Velasco JC, Carpio W, Rumaldo EG y Canelo P (2012). *El Plan TBCero: Un enfoque integral para el control de la Tuberculosis*
Acta Med Per 29(2) 2012 112
- Guber, R (2001). *El Metropolitano Salvaje: reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*. Madrid: PAIDOS.
- Jürgens R, Csete J, Lim H, Timberlake S y Smith M (2017). *Human Rights and the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: How Does a Large Funder of Basic Health Services Meet the Challenge of Rights-Based Programs?*. Health and Human Rights

Journal.<https://cdn2.sph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/125/2017/12/Jurgens.pdf>

Kitzinger J y Barbour R. (1999) en Barbour, R (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Ed. Morata.

Kundu D, Sharma N, Chadha S, Laokri S, Awungafac G, Jiang L and Asaria M (2018). *Analysis of multi drug resistant tuberculosis (MDR-TB) financial protection policy: MDRTB health insurance schemes, in Chhattisgarh state, India*. Health Economics Review 8:3. Doi 10.1186/s13561-018-0187-5

Lawrence, W (1994). *Social Research Methods: Qualitative and Quantitative Approaches*. 7ta edición. England: Pearson

Ley N° 30287 - Ley que aprueba la prevención y control de la tuberculosis en el Perú (2014). Diario oficial El Peruano, 14 de diciembre de 2014. Pág. 539860. Recuperado de <http://www.hnseb.gob.pe/images/descargas/30287.pdf>

Londoño, JL y Frenk, J (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*.

<https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6127/Pluralismo%20estructurado%3a%20Hacia%20un%20modelo%20innovador%20para%20la%20reforma%20de%20los%20sistemas%20de%20salud%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Luhmann N (1997). *Organización y decisión. Autopoiesis, acción y entendimiento comunicativo*. México: Anthropos, Universidad Iberoamericana; Santiago de Chile: Instituto de Sociología. Pontificia Universidad Católica de Chile, 1997 . XXXIII p. + 138 p. ; 18 cm. (Biblioteca A ; 27. Sociedad). Disponible <https://circulosemiotico.files.wordpress.com/2012/10/luhmann-niklas-organizacion-y-decision-autopoiesis-accion-y-entendimiento-comunicativo.pdf>

Matos Mar, J (2012). *Estado desbordado y sociedad nacional emergente*. Centro de Investigación. Universidad Ricardo Palma / Editorial Universitaria.

Maturana, H (1997). *El sentido de lo humano*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones

- Maturana H y Nisis S (1997). *Formación humana y capacitación*. Santiago de Chile: Unicef/ Dolmen ediciones.
- Maurera D (2015). *Percepción de la Tuberculosis y Escenarios de Vida*. Tesis presentada como requisito parcial para optar al Grado de Doctora en Ciencias Sociales Mención Salud y Sociedad - Universidad de Carabobo – Valencia.
- Mendoza – Ticona A, y Gotuzzo E (2008). *Tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR), historia y situación actual*. Acta Med Per 25(4) 2008.
- Ministerio de Salud, MINSA, Dirección de Salud IV Lima Este (2016) *Análisis de Situación de Salud DISA Lima Metropolitana 2016*. Oficina de Epidemiología. Recuperado de http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc_Oficinas/OEP/Situacion_Salud/Analisis_Situac_Salud/Asis_LimaMetropolitana-2016_.pdf
- Ministerio de Salud, MINSA (2016). *Análisis de la Situación Epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú 2015*. Ministerio de Salud de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2016. Edición electrónica, Febrero 2016 http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=599&Itemid=204
- Ministerio de Salud, MINSA, Dirección de Salud IV Lima Este (2015) *Análisis de Situación de Salud DISA IV Lima Este 2015*. Oficina de Epidemiología. Recuperado de http://www.limaeste.gob.pe/Virtual2/Direcc_Oficinas/OEP/Situacion_Salud/Analisis_Situac_Salud/ASIS%202015%20FINAL.pdf
- Ministerio de Salud – MINSA (2015). *Documento Técnico: “Plan de Emergencia para la Prevención y Control de la Tuberculosis en Lima Metropolitana y el Callao, 2015-2017”*.
- Ministerio de Salud, MINSA (2013). *Norma Técnica de Salud (NTS) para la Atención Integral de las Persona Afectadas por Tuberculosis*. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT), Lima, Diciembre 2013. Recuperado de

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/portaldpctb/recursos/20180308083418.pdf>

Ministerio de Salud, MINSA (2010). *Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010 – 2019*. Dirección General de Salud de las Personas, CONAMUSA: Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1751.pdf>

Ngwenya N, Gumede D, Shahmanesh M, McGrath N, Grant A y Seeley J. (2018). *Community perceptions of the socio-economic structural context influencing HIV and TB risk, prevention and treatment in a high prevalence area in the era of antiretroviral therapy*. Internet (consultado 24 de febrero de 2018). African Journal of AIDS Research 17 (1): 72-81. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29504507>

Organización Mundial de la Salud OMS/OPS (2014). *Lineamientos para la implementación del control de infecciones de tuberculosis en las Américas*. Washington: ISBN 978-92-75-31830-0. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25787&Itemid=270&lang=en

Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). *La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas*. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. Recuperado de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, Río de Janeiro, Brasil, 19-21 de octubre de 2011.

http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud*
http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud, OMS, (2006). *Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006 – 2015 “Actuar para Salvar Vidas Hacia un Mundo sin Tuberculosis”*. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006–2015/ Alianza Alto a la Tuberculosis ISBN 92 4 359399 4. Disponible

http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/GPII_SPversion%20final.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2006). *Estrategia Alto a la Tuberculosis “Construyendo y mejorando el DOTS para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la tuberculosis”*. http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/micobacteriosis/descargas/pdf/estrategia_alto_tb.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. ISBN 92 4 356243 6 (Clasificación NLM: WA 540.1). ISSN 1020-6760 Recuperado de http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud, OMS (1982). *Salud para todos en el año 2000*. Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. ISBN 92 75 31430 6. Disponible: <http://cidbimena.desastres.hn/docum/crid/Volcanes/pdf/spa/doc1054/doc1054-0a.pdf>.

Organización Mundial de la Salud, OMS (1978). *Declaración de Alma – Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS*. Recuperado de http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/1_declaracion_deALMA_ATA.pdf

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2014) *Control de la tuberculosis en grandes ciudades de Latinoamérica y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS Washington DC, 2014. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33988/Tuberculosis2017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Organización Panamericana de la Salud, OMS, (2006). *Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015*. Washington ISBN 92 75 32673 8. Disponible: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=24131&Itemid=270&lang
- Organización Panamericana de la Salud, OPS, Organización Mundial de la Salud, OMS (2005). *Resolución CE 136.R7, Estrategia Regional para el Control de la Tuberculosis para 2005-2015*. CD46/18, Rev. 1 (Esp.). Recuperado de http://www.paho.org/per/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=tuberculosis-007&alias=312-cd46-18-rev-1-setiembre-2005-estrategia-regional-para-control-tuberculosis-para-2005-2015-2&Itemid=1031
- Organización Panamericana de la Salud, OPS (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington, D.C.: OPS, © 2002. Publicación Científica y Técnica No. 589 ISBN: 92 75 315892 Recuperado de: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Salud_Publica_en_las_Americas.pdf
- Roberto Hernández R, Carlos Fernández C y Pilar Baptista P (2010). *Metodología de la Investigación Quinta edición*. 5ta edición. México: McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V. Recuperado: http://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- Shangase Z, Tsoka-Gwegweni J y Egbe C (2017). *Barriers to Smoking Cessation Among Drug-Resistant Tuberculosis Patients in South Africa*. *Anal of Global Health* 23 (4): 284-290
- Shelby P, Lia M y Israel A. (2017). *Collaborative public–private initiatives targeting multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB) supported by the Lilly MDR-TB Partnership: experiences in 2012–2016*. *Lilly Global Health Programs* 6 (2): 44 - 67 Geneva, <https://www.dovepress.com/terms.php>.

- Takahashi, O (2009). *Prevalencia de tuberculosis pulmonar en personas privadas de su libertad en un Centro de Readaptación Social del Estado de Veracruz*. Tesis para optar el grado de Maestro en Salud Pública.
- Tanahashi, T (1978). *Health service coverage and its evaluation*. Bulletin of the World Health Organization, 56 (2): 295-303. Disponible <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2395571/pdf/bullwho00439-0136.pdf>
- Ticona, E (2008). *¿Se agotó el enfoque biomédico?*. Revista Perú. Med.exp. salud pública 26(3): 273-75
- Tobar F. (2012). Políticas de Salud: Conceptos y herramientas. En: GARAY, O (Coordinador) quiere actualizar el libro (colectivo; que yo coordine) "Responsabilidad Profesional de los Médicos. Ética, Bioética y Jurídica. Civil y Penal". Buenos Aires. La Editorial La Ley. http://www.fsg.org.ar/TOBAR%202.Politica_de_salud.pdf
- Urday D y Chimaja A (2013). *Mobilización del capital social para el control de la tuberculosis en la jurisdicción del Cerro San Cosme: El caso del Plan TBCero*. Lima. PUCP, Tesis para optar el grado de Magíster en Gerencia Social
- Valencia, G y Álvarez, Y (2008). *La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación*.
- Valencia, Germán y Álvarez, Yohan. (2008). La ciencia política y las políticas públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. Estudios Políticos, 33, Instituto de Estudios Políticos, Universidad de Antioquia, 93-121
- Vasilachis de Galdino, I (2006). Coord. *Estrategias de investigación cualitativa*. "La investigación cualitativa" Vasilachis de Galdino, Irene. Gedisa Editorial, Barcelona España 2006. Recuperado: http://www.multimedia.pueg.unam.mx/lecturas_formacion/investigacion_perspectiva_genero/unidad_3/Irene_Vasilachis_Estrategias_de_investigacion_cualitativa.pdf

- Vega M (2017). *Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con Tuberculosis CS Primavera - El Agustino – 2014*. Lima Universidad César Vallejo Tesis para obtener el grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud
- Velez, O y Galeano, M (2002). *Estado del Arte sobre Fuentes Documentales en Investigación Cualitativa*. ISBN: 655-418-X. Recuperado de: <http://josemramon.com.ar/wp-content/uploads/Estado-Del-Arte-Sobre-Fuentes-Documentales-en-Investig-Cualitativa.pdf>
- Vértiz, R (2013). *Estigmatización de la Tuberculosis Pulmonar: Impactos en la Reestructuración de los Entornos Sociales en el Cerro San Cosme, Lima*. Lima PUCP: Tesis para obtener el grado de Magister en Antropología.

Anexos

<p>cobertura de algún seguro médico, empleo informal, desempleo y condiciones de vida ligadas a la pobreza y pobreza extrema". Distritos dentro de los cuales se encuentran San Juan de Lurigancho y el Agustino, junto a otros 16 distritos más.</p>	<p>¿Cuáles son los factores de riesgo y las barreras de atención de los servicios de salud asociados a la tuberculosis en las poblaciones de los distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino?</p>						
---	---	--	--	--	--	--	--

Anexo 2. Guía de Entrevistas

Entrevista a los familiares y pacientes

Lugar	Distritos de San Juan de Lurigancho y El Agustino
Objetivo	Obtener respuestas sobre la percepción de la tuberculosis por parte de los actores sociales involucrados.
Entrevistado	A familiares y a pacientes con TB.
Edad	Entre 18 a 60 años
Fecha Hora: Duración:	
Investigador Responsable	Carlos Castro Gao
Observaciones	Entrevista realizada sin percances.
Preguntas a profundidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Qué es para Ud. la Tuberculosis? 2. ¿El sistema sanitario del Perú ofrece las condiciones para llevar a término el tratamiento de la tuberculosis? 3. ¿Qué perfil tiene un paciente con TB? 4. ¿Existe discriminación hacia el paciente con TB? 5. ¿Cuáles son las barreras que existe en los centros de salud con respecto a los pacientes con TB?

Grupos de Discusión (Focus Group)

Actividad	Metodología: Cualitativa/Observacional.
Motivación	Cada participante tiene su nombre en una cartulina, se la coloca en el pecho: varones (azul), mujeres (amarillo) La Pelotita: Mediante una pelotita se van presentando los participantes, para luego intercambiar ideas con los demás. Ejm: Me llamo Iván Vértiz, me gusta la música, mirar Tv, conversar mucho y tengo 33 años de edad
Proceso	<p>CONOCIMIENTO SOBRE LA TB (EXPERIENCIA) Han oído hablar de la TB Para ustedes qué es la TB Cómo se transmite la TB La TB tiene cura Cuánto tiempo estuvo enfermo de la TB Como fue esa experiencia Descubriendo la vida con la TB: los participantes escriben lo que piensan acerca de la Tb y cómo esta enfermedad ha impactado dentro de su seno familiar.</p> <p>CARACTERÍSTICAS CULTURALES grupos étnicos creencias religiosas Actividades culturales Percepciones sobre la medicina tradicional Desde cuanto están en lima , las más antiguas se van agrupando muy aparte de las nuevas migrantes</p> <p>COMPORTAMIENTOS Y ESTILO DE VIDA Cuando usted se encuentra enfermo que es lo primero que hace ¿Cuándo se presenta molestias o síntomas por causa de su enfermedad acude al centro de salud? Consume una buena alimentación que le ayude a recuperarse ¿Qué fue lo primero que hizo cuando se enteró que tenía la TB?</p> <p>BARRERAS DEL SERVICIO DE ATENCIÓN ¿Cómo califica usted la atención del personal de salud de su ámbito? ¿Qué tan lejos es el centro de salud de su domicilio? ¿Cómo considera la ubicación del centro de salud? ¿Hay transporte público que lo pudiera llevar al centro de salud? ¿Considera usted que los horarios son adecuados para recibir atención? ¿Se siente cómodo cuando asiste al centro de salud o prefiere otro tratamiento alternativo? ¿El médico le da confianza? Si Ud. O un familiar suyo tuvo TB ha pensado en abandonar el tratamiento ¿por qué?</p> <p>CREENCIAS, PERCEPCIONES Y ESTIGMA Para aquellas personas que han llevado un tratamiento de TB, ¿alguna vez se han sentido discriminado? Creen que algunas personas con TB se sienten culpables por ser una carga para su familia Usted cree que algunas personas con TB guardan su distancia de otras para evitar contagiar la enfermedad Usted cree que algunas personas con TB tienen miedo de decir que tienen la enfermedad</p>

Anexo 3. Matriz de triangulación

Nro	Pregunta	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Código	Denominación	Contenido
1	¿Qué es para Ud la tuberculosis?	Es una enfermedad que le puede dar a cualquiera persona, en SJL muchos personas reciben el tto en otro distrito o se van a otro distrito	Es una enfermedad contagiosa, que causa el bacilo de koch, es una enfermedad de la gente pobre.	Es una enfermedad que ataca a los pulmones y a otros órganos del cuerpo	C.1.1.	Tuberculosis	P1: Es una enfermedad que le puede dar a cualquiera persona, en SJL muchos personas reciben el tto en otro distrito o se van a otro distrito P2: Es una enfermedad contagiosa, que causa el bacilo de koch, es una enfermedad de la gente pobre. P3: Es una enfermedad que ataca a los pulmones y a otros órganos del cuerpo
2	¿El sistema sanitario del Perú ofrece las condiciones para llevar a término el tratamiento de la tuberculosis?	Parece bueno. Tomaba pastillas. Yo no sabía de esa enfermedad nada. Mi esposo toseaba, yo no toseaba pero dormía con él. Después mi hijo que estaba trabajando en chino ha venido a la casa y yo le dije: Papá está mal. Entonces me ha dicho: porque papá está mal, seguro el frío le ha pasado, pero con está frotación pasalo. Frotalo me ha dicho.	La persona con tuberculosis es flaca, come poco y no descansa bien, a veces hay personas que no toman sus medicamentos, en mi caso trato de tomar todo lo que me dice el médico, además estoy a la vanguardia de todo lo que mis compañeros del programa me dicen para poder salir de esto. Quiero salir de esto, porque no me permite trabajar.	si porque estos pacientes tienen una alimentación diferente, el llevar 3 terapias de 10 soles más movilidad y eso multiplicarlo por 3 veces a la semana, yo tengo varios pacientes que son de bajos recursos y vienen de lejos y se vienen en combis. Pero a pesar de ello las madres hacen de todo, cuando la terapia es buena los traen de donde sea. No hay para mí algo resaltante, en otras áreas algunos tienen buen trato para convencer al paciente porque a veces el paciente son poco tolerantes y algunas técnicas tienen un poder de convencimiento y son hábiles de poder hacerlos entender; y los pacientes se quedan tranquilos por la atención que les da la técnica.	C.2.1.	Características sociales y económicas	P1: Parece bueno. Tomaba pastillas. Yo no sabía de esa enfermedad nada. Mi esposo toseaba, yo no toseaba pero dormía con él. P2: La persona con tuberculosis es flaca, come poco y no descansa bien, a veces hay personas que no toman sus medicamentos, en mi caso trato de tomar todo lo que me dice el médico, además estoy a la vanguardia de todo lo que mis compañeros del programa me dicen para poder salir de esto. P3: No hay para mí algo resaltante, en otras áreas algunos tienen buen trato para convencer al paciente porque a veces el paciente son poco tolerantes y algunas técnicas tienen un poder de convencimiento y son hábiles de poder hacerlos entender; y los pacientes se quedan tranquilos por la atención que les da la técnica.
3	¿Qué perfil tiene un paciente con TB?	Si muchos, porque el tener un familiar con la tuberculosis afecta bastante a la familia. En el aspecto psicológico la familia no sabe cómo afrontar lo que le afecta a esa persona con discapacidad. Otro factor más es el costo de las terapias pues no solo es una terapia sino dos o tres, el costo de la	Nunca en mi vida. Ni mi familia no son tbcianos. Es primera vez que tengo esta enfermedad. Yo tomo desayuno bueno, no chatarra. Porque así me explicaron los doctores. Yo tomo leche con huevo sancochado. Leche con Quaker, 2 panes quinua con	La tuberculosis la asociaban a la suciedad, una enfermedad. Así lo entendía los vecinos. La otra era qué haces que no tragas. Por qué no comes por eso estás enferma. También asociaban a la comida. Yo compartía la parte por no comer y no tanto por la suciedad. Les hablaba de frente incluso como era familia misma. Conversábamos	C.3.1	Factores de riesgo y barreras de acceso	P1: Si muchos, porque el tener un familiar con la tuberculosis afecta bastante a la familia. En el aspecto psicológico la familia no sabe cómo afrontar lo que le afecta a esa persona con discapacidad. P2: Es primera vez que tengo esta enfermedad. Yo tomo desayuno bueno, no chatarra. Porque así me explicaron los doctores.

		<p>movilidad que muchas veces es taxi porque muchos buses no quieren parar. El lugar donde está ubicado el hospital no es una avenida concurrida además de ser un poco peligrosa por la delincuencia, tengo algunos pacientes que han sido asaltados y han optado por buscar lugares más cercanos a su casa influenciado también por el costo que les sale cada día el trasladarse hasta aquí.</p>	<p>leche. Me han dado 6 meses de tratamiento.</p>	<p>frente a frente. No sabía, no estaba enterado si se estaba tratando, si cumplía o no cumplía. No estaba enterado.</p>			<p>P3: a tuberculosis la asociaban a la suciedad, una enfermedad. Así lo entendía los vecinos. La otra era qué haces que no tragas. Por qué no comes por eso estás enferma</p>
4	<p>¿Existe discriminación por parte de la sociedad?</p>	<p>A los pacientes les importa el carisma y buen trato y veo que hay colegas que se especializan para dar su mejor atención además de darlo con calidad. Escucho cosas positivas como cosas negativas de algunos colegas. Veo que hay muy buena atención el trato es muy bueno, pero en terapia ocupacional los pacientes mucho se quejan de mal trato.</p>	<p>No me explicaron nada, solo dijeron que tosía como tbciano (apelativo de un paciente con tuberculosis). Entonces me llevaron a otra postal y recién ahí me dieron pastillas, pero no me explicaron nada. Llevé la medicina a mi casa y nada, mis hijos después jugaban al doctor con las pastillas, me di cuenta y les di su caliente (castigo con una penca siete lenguas de cuero)</p>	<p>Al comienzo me sentía avergonzado porque me siento responsable, por no haberla tratado a tiempo. Por eso me siento avergonzado ante lo que piense mi familia. Con decirte que después me tranquilizaba porque ella es testigo que nunca les ha faltado comida todos los días. Lo que sí me incomodaba era cuando mi familia se enteraba que insinuara que yo no les daba de comer y eso me alteraba. Yo estaba alojado allá.</p>	C.4.1.	<p>Políticas Públicas</p>	<p>P4:</p>



ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, Dr. Vertiz Osores Jacinto Joaquin, docente de la Escuela de Postgrado de la UCV y revisor del trabajo académico titulado "**Caracterización socioeconómica de la población con tuberculosis en los distritos: San Juan de Lurigancho y El Agustino**"; del estudiante **Castro Gao, Carlos Alfredo**; y habiendo sido capacitado e instruido en el uso de la herramienta Turnitin, he constatado lo siguiente:

Que el citado trabajo académico tiene un índice de similitud constato 25% verificable en el reporte de originalidad del programa turnitin, grado de coincidencia mínimo que convierte el trabajo en aceptable y no constituye plagio, en tanto cumple con todas las normas del uso de citas y referencias establecidas por la universidad César Vallejo.

Lima, 30 de marzo de 2018



Dr. Vértiz Osores Jacinto Joaquín
DNI: 16735482

Feedback Studio - Google Chrome
Es seguro | https://ev.turnitin.com/app/carta/es/?ro=103&ts=1&o=936999954&lang=es&u=1049816754

feedback studio | Tesis Maestría 1era entrega | /5 | 111 de 113



Caracterización Socioeconómica de la Población con Tuberculosis en los distritos: San Juan de Lurigancho y El Agustino

1 TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
Maestro en Gestión Pública

AUTOR:
Br. Castro Gao, Carlos Alfredo

ASESOR:

Resumen de coincidencias

25 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Coincidencias

25	1	Entregado a Universida... Trabajo del estudiante	4 %	>
	2	www.who.int Fuente de Internet	1 %	>
	3	eltiempodecronos.blog... Fuente de Internet	1 %	>
	4	www.sjl.pe Fuente de Internet	1 %	>
	5	www.scribd.com Fuente de Internet	1 %	>
	6	docplayer.es Fuente de Internet	1 %	>
	7	mb151.brinkster.net Fuente de Internet	1 %	>
	8	www.rpmesp.ins.gob.pe Fuente de Internet	1 %	>
		www.dovepress.com Fuente de Internet	1 %	>

Text-only Report

Página: 1 de 114 | Número de palabras: 22873 | 12:53 30/03/2018



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

CASTILLO GAO, CARLOS ALFREDO
D.N.I. : 07951457
Domicilio : CRISTÓBAL PÉREZ 292 - URB. INGENIERÍA - SMP
Teléfono : Fijo : Móvil 996534926
E-mail : carlos.gao@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :
Escuela :
Carrera :
Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado : MAESTRO

Mención : GESTION PÚBLICA

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

CASTILLO GAO, CARLOS ALFREDO

Título de la tesis:

CARACTERIZACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA POBLACIÓN
CON TUBERCULOSIS EN LOS DISTRITOS DE SAN JUAN DE
LURIGANCHO Y EL AGUSTINO

Año de publicación : 2018

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Carlos Gao

Fecha :

02/06/2018

Joaquín
Vértiz



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:

VISTO BUENO PARA EMPLEADO



ESCUELA DE POSGRADO

CARLOS ALFREDO CASTRO GAO con DNI N° 07951457

domiciliado (a) en EMETERIO FIGUEROA 292 - URB. INGENIEROS - SMP

ante Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2015-II del programa: GESTIÓN PÚBLICA identificado con el código de matrícula N° 6000154688

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Que habiendo sustentado la Tesis para obtener el Grado de Maestro en Gestión Pública y Aprobado, solicito a su Despacho disponer a quien corresponde la autorización para el visto bueno para EMPLEADO

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde se me atienda mi petición por ser de justicia.

Lima, 08 de Mayo de 2018

Joaquín Vértiz
(Firma del solicitante)



- Documentos que adjunto:
- a. (01) TESIS ORIGINAL con copia
 - b. copia de inscripción de matrícula de
 - c. Solicitud de Tesis
 - d. copia de DISCIPLINA y la sustentación de Tesis

- copia de nota de Aprobación de originalidad de Tesis y pantalla de TESIS
- CONSTANCIA DE REGISTRO DEL PROYECTO DE TESIS

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:
Teléfono: 011 422 2222
Email: c.v.v@ucv.edu.pe