



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud
(PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con
Tuberculosis CS Primavera - El Agustino - 2014

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. María del Carmen Vega Ortiz

ASESOR:

Dr. Hugo Prado López

SECCIÓN

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de la Salud

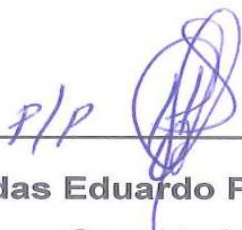
PERÚ - 2017

Página del jurado



Dr. Dwithg Ronnie Guerra Torres

Presidente



Dr. Leonidas Eduardo Pando Sussoni

Secretario



Dr. Hugo Prado López

Vocal

Dedicatoria

A mi familia por su infinita comprensión, siendo el principal motor para salir adelante.

A mi maestro Dr. Luis Alberto Fuentes Tafur, la motivación y la preocupación constante a favor de las personas más vulnerable.

Agradecimiento

A todo el personal de salud que labora en la Estrategia PCT de los centros de salud de la Microrred El Agustino, realizando una excelente labor diaria, con compromiso y entrega frente a todas las adversidades.

Al Dr. Hugo Prado López por su inconmesurable comprensión y asesoramiento para la elaboración de este trabajo.

Declaración de Autoría

Yo, María del Carmen Vega Ortiz, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de Servicios de Salud, de la Universidad César Vallejo, sede Lima Este; declaro el trabajo académico titulado "Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con Tuberculosis CS Primavera - El Agustino - 2014" presentada, en 89 folios para la obtención del grado académico de Magíster en Gestión de Servicios de Salud, 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 establecido 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 determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 27 de junio del 2017



María del Carmen Vega Ortiz

DNI: 44103099

Presentación

La Tuberculosis es un problema de salud que afecta, sin discriminación, a toda la población. En la observación de las sociedades podemos evidenciar una relación directa entre la pobreza y la presencia de la Tuberculosis. Así comprendemos que la existencia de determinantes sociales que influyen en el estado de salud – enfermedad en una sociedad, también determina la aparición, avance y gravedad de una patología que, como la Tuberculosis, es muy afectada a las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades. De allí que el abordaje de la TB incluye a la fecha un cambio de paradigma: dejar de ver a la tuberculosis como un asunto de importancia médica, para convertirse en una necesidad social imperativa que requiere un enfoque metodológico basado en la familia y comunidad, que considera a la salud como derecho y a la puesta en marcha de acciones político – sociales que trascienden en enfoque médico - asistencialista existente. En el distrito de El Agustino, Lima; este enfoque se inició con el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA), que buscaba acercar los servicios de salud a las personas afectadas por TB.

El presente trabajo tiene como objetivo determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el 2014, con la finalidad evaluar las intervenciones operativas que favorezcan los resultados sanitarios en general, y en particular los ligados a la tuberculosis, y que con ello contribuyan a una adecuada evolución de la recuperación de la persona afectada con TB. El trabajo de investigación consta de las siguientes partes: Capítulo I: Introducción, donde se establece el planteamiento del problema, se realiza la formulación del problema, se plantea los objetivos, se presenta la justificación y limitaciones que quizá se pudieron presentar. Antecedentes, base teórica y definición operacional de términos. Capítulo II: Material y Método, incluye nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, plan de recolección de datos, plan de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III Resultados. Capítulo IV Discusión. Capítulo V: Conclusiones y Recomendaciones. Finalmente se presenta la referencia bibliográfica y anexos.

Lista de Tablas

Tabla 1	49
Tabla 2	51
Tabla 3	52
Tabla 4	53
Tabla 5	54
Tabla 6	55
Tabla 7	56

Lista de Figuras

Figura 1:	49
Figura 2	51
Figura 3	52
Figura 4	53

Índice

Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaración de Autoría	v
Presentación	vi
Lista de Tablas	vii
Índice	ix
Resumen	xi
Abstract	xii
I. Introducción	13
1.1. Antecedentes	20
1.2. Fundamentación Científica, Técnica y Humanística	26
1.3. Justificación	39
1.4. Problema	40
1.5. Hipótesis	40
1.6. Objetivos	41
II. Marco Metodológico	43
2.1 Variables	44
2.2 Operacionalización de las Variables.	45
2.3. Metodología	45
2.6. Población y Muestra	46
2.7. Técnicas e Instrumentación de Recolección de Datos	46
2.8. Métodos de Análisis de Resultados	47
2.9. Aspectos Éticos	47
III. Resultados	48
3.1. Presentación de resultados.	49
3.2. Contrastación de las hipótesis.	54
IV. Discusión	57
V. Conclusiones	61
VI. Recomendaciones	63
VII. Referencias bibliográficas	65
VIII. Anexos	70
Anexo 1. Tabla de consistencia	71

Anexo 2. Base de Datos	74
Anexo 3. Procesamiento SPSS v.21	76
Anexo 4. Certificado de aprobación del instrumento.	77
Anexo 5. Constancia emitida por la institución que acredita el estudio In situ.	79
Anexo 6. Artículo Científico	80
DECLARACIÓN JURADA	¡Error! Marcador no definido.

Resumen

El presente estudio evalúa la participación de personas afectadas por Tuberculosis, en un programa de salud que aborda algunos determinantes sociales, fundamentado en acompañamiento social y con enfoque metodológico 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. Como programa de salud, este estudio busca evaluar 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.

La población de estudio fueron todas aquellas personas afectadas por tuberculosis pulmonar, sensible al tratamiento, tratadas por primera vez. Dado que se cuenta con los registros de atención de todas las personas afectadas por tuberculosis durante el 2014, año en que se ejecutó el programa, se utilizó esta información documentada para realizar el estudio de casos y controles. Se utilizó el X² de independencia para corroborar la relación entre la participación en el programa y estas tres características.

Los resultados obtenidos: Se halló una asociación significativa entre la participación de las personas afectadas con TB y el inicio de tratamiento oportuno ($p= 0,032$). Fue diferente para la adherencia ($p=1,00$) y el éxito del tratamiento ($p=0,174$), en los que no se halló asociación significativa. Los programas de salud basado en un enfoque social político, que considera determinantes sociales de la salud, contribuyen de una manera eficaz con la resolución de la enfermedad, pero no en todos los aspectos de la misma. Se sugiere evaluar más profundamente aquellos aspectos de éxito de los programas de salud basados en determinantes sociales y con enfoque político social, e implementar los aspectos positivos como parte de los programas implementados en redes integradas de salud.

Palabras Clave: Tuberculosis, determinantes sociales, redes integradas de salud, adherencia, tratamiento.

Abstract

This study evaluates the participation of people affected by Tuberculosis in a health program that addresses some social determinants, based on social accompaniment with a methodological approach based on health as right, called Integrated Health and Itinerant Networks Program (PRIISA), at a primary health center in the El Agustino district in Lima. As a health program, this study evaluates three important aspects in the treatment of the disease: timely diagnosis, adherence to treatment and success of the same depending on the condition of discharge. The study population was all those affected by treatment-sensitive pulmonary tuberculosis, treated for the first time. The records of all people affected by tuberculosis during the year 2014, when the program was implemented, this documented information was used to carry out the case-control study. We used the X² of independence to corroborate the association of participation and these three characteristics.

The results obtained: A significant association was found between the participation of those affected with TB and the initiation of timely treatment ($p = 0.032$). It was different for adherence ($p = 1.00$) and treatment success ($p = 0.174$), where this significant association was not found. Health programs based on a social-political approach, which considers social determinants of health contribute effectively to the resolution of the disease, but not in all aspects of it. It is suggested to further evaluate those aspects of success of health programs based on social and social determinants, and to implement the positive aspects as part of programs implemented in integrated health networks.

Key Words: Tuberculosis, social determinants, integrated health networks, adherence, treatment.

I. Introducción

A nivel mundial, poco más del 30% de la población tiene y ha tenido contacto con el bacilo de la TBC. Sin embargo, es una proporción menor la que expresa la enfermedad como infección activa. Las condiciones habituales que favorecen la aparición de la enfermedad son conocidas; entre ellas la inmunodeficiencia, de cualquier causa, es una de las razones principales en el planeta. Hacia el 2030, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ha considerado dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la eliminación de la epidemia que representa esta enfermedad. Hacia el 2014, se implementa la estrategia *Fin a la Tuberculosis*, que busca reducir las muertes asociadas a Tuberculosis en un 90% y la aparición de casos nuevos en 80%, tomando como base la realidad del 2015 (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017). El contexto mundial nos muestra una estimación de alrededor de 10 millones de personas afectadas. Las mayores concentraciones de ellas se encuentran en el China, India, Pakistán, en Asia; y Sudáfrica y Nigeria en África. Para el 2015, fallecieron aproximadamente 1,8 millones de personas a causa de esta patología, y en niños, la cifra de afectados alcanza a un millón de personas en el mundo. Como signo de exclusión social, la TB es la causa de un tercio de las muertes de personas que viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Las intervenciones destinadas a reducir la morbi-mortalidad en TB, realizadas entre 2000 y el 2015 han logrado reducir en 22% las muertes por esta enfermedad, sin embargo, la menor reducción se ve en la región africana. (World Health Organization (WHO), 2016. p.5).

Para las Américas, se estima que, durante el 2014, 277 200 casos nuevos aparecieron en toda la región. Dos de cada tres casos de diagnóstico de tuberculosis, ocurrieron en Sudamérica. En los países andinos, la incidencia de enfermedad fue de 69 por 100 000 habitantes, mucho mayor que lo que en toda la región americana fue reportado (28 por cada 100 000 habitantes). Las muertes por TB fueron de 23 000 para el 2014; alrededor del 70% de ellas estuvieron asociadas a VIH. Se debe mencionar que el 13% de la población de la región tiene coinfección con VIH; y la mitad de personas viviendo con VIH se encuentra en Brasil. Se han hecho buenos progresos en las Américas entre el 2014 y 2015. Los objetivos mundiales de reducción de la incidencia, prevalencia y mortalidad de la tuberculosis establecidos por el Plan Mundial de Alto a la Tuberculosis 2011-2015 en el contexto

de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), a nivel regional, lograron una tendencia decreciente en la incidencia de la tuberculosis y la reducción de la prevalencia y mortalidad de la tuberculosis en un 50%, que, en comparación con sus niveles en 1990, se han cumplido. A nivel de país, la incidencia anual de tuberculosis ha aumentado en los últimos cinco años sólo en El Salvador, Nicaragua y Uruguay. En 2014, un total de 228 000 casos de tuberculosis, entre nuevos y recidivas fueron notificados por los Programas Nacionales de Tuberculosis en las Américas y OPS / OMS. Entre los casos de TB pulmonar, el 76% de casos nuevos y recaídas notificadas fueron confirmados bacteriológicamente (en contraposición a los clínicamente diagnosticados). La mayor frecuencia de casos se encuentra entre los adultos y varones. (OPS-OMS, 2015, p. 23) En el Perú, al 2015, se tenía una incidencia de 97 casos por 100 000 habitantes, poco menos de cuatro veces la incidencia de casos de TB en toda la región de América. De estos casos – 30 008 en todo el país – el 50% aproximadamente se concentra en Lima; teniendo como distritos como más alta incidencia a San Juan de Lurigancho y El Agustino. (OPS-OMS, 2015 p. 23).

El Ministerio de Salud (MINSAL), viene desarrollando la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad, dirigido a la población en sus distintos ámbitos, entre las cuales se encuentra el de la comunidad. En este sentido, y mediante el trabajo extramural, se busca brindar atenciones de carácter preventivo y personalizado a la población afiliada al Seguro Integral de Salud que residen en el distrito El Agustino, contribuyendo al desarrollo de capacidades y potencialidades de los mismos, promoviendo una cultura saludable, así como favoreciendo el diagnóstico y atención oportuna de riesgos y daños para la salud.

La Atención Integral de Salud (AIS), tiene por objetivo cubrir las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, entre los principios y valores que sustentan el concepto de Integralidad, considerando a la persona como el centro de atención, no así los daños o enfermedades.

La aplicación de la atención integral a nivel de la comunidad genera mayor participación e involucramiento de la población objetivo para la identificación de riesgos y daños que afectan su salud. Con la intervención focalizada inicialmente en el distrito de El Agustino, se busca avanzar hacia mejores niveles de desarrollo y calidad de vida de dicha población y su entorno (Ministerio de Salud (MINSA). Dirección General de Salud de las Personas. , 2011, p. 12).

La Dirección de Salud IV Lima Este ha priorizado la atención Integral en los establecimientos de salud del primer nivel de atención diseñando en el transcurso del año 2005 los Planes Prestacionales de Atención Integral de Salud por Etapas de Vida, aprobadas con Resolución Directoral N° 595-2005-DISA IV LE. Actualmente, dichos planes son ejecutados por el personal de salud en los establecimientos del primer nivel de Atención, preferentemente de carácter intramural.

A partir de enero del 2013, el Seguro Integral de Salud (SIS) y la DISA IV Lima Este firmaron el convenio capitado, en el que se priorizan atenciones preventivas en la población, en dicho convenio se establecen trece indicadores de carácter preventivo incidiendo en las familias de riesgo o comorbilidad.

Dentro de los lineamientos de medidas e implementación del sector salud se señala la creación de las redes integradas de salud, los cuales señalan que se deberá potenciar la estrategia de atención itinerante para la población localizada en zonas alejadas o dispersas. Para ello, se deberá ampliar el número de brigadas de Atención Integral de Salud a la Población Excluida y Dispersa (AISPED) con un trabajo articulado a las redes integradas, y que cuenten con financiamiento a través del Seguro Integral de Salud.

La Red Integrada de Salud de Atención primaria de salud se constituye sobre la base de las instituciones Prestadoras de Servicios de Salud del Ministerio de Salud o de los Gobiernos Regionales, según corresponda. Las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud tienen como referente al establecimiento de salud estratégico que aprueba el Ministerio de Salud. Las microredes que conforman las

Redes Integradas de Atención Primaria de Salud opera como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. El desempeño del mismo hace sinergia con las prestaciones brindadas por este equipo en el marco de la Reforma de Salud, y se cuenta con diferentes enfoques de intervención que se pueden detallar como sigue:

- Territorial: La cual permite identificar, comprender y responder a las relaciones entre la dinámica demográfica y los aspectos ambientales, sociales y económicos vinculados con la salud.
- Enfoque de Salud Familiar y Comunitaria: Se despliega la atención primaria de salud considerando que la protección del individuo solo puede darse trabajando con la familia y comunidad como espacios en que se establecen relaciones determinadas por un mismo contexto histórico, social y local que influye en la salud.
- Acceso al sistema de salud a través del primer nivel de atención: Para que el primer nivel de atención sea la puerta de entrada al sistema de salud para la satisfacción de las demandas de atención, incluyendo la atención especializada con efectiva referencia y contra referencia.
- Integralidad y complementariedad en la atención: Para asegurar la continuidad de la atención y la complementariedad de los servicios, para garantizar la eficacia y eficiencia de la atención de los usuarios del sistema de salud.
- Asistencia centrada en la persona a lo largo del tiempo: Para el acompañamiento profesional del proceso Salud - Enfermedad, desde que la persona nace hasta que muere, independientemente que presente una patología.
- Intercambio de servicios entre organizaciones de salud: Para que los pacientes puedan ser atendidos en cualquier establecimiento de salud del ámbito de la red integrada independientemente de la Institución administradora de fondo de aseguramiento en salud en la que estén afiliadas.

- Financiamiento alineado a metas y a resultados: Lo cual se describe en el ámbito de recursos financieros sean utilizados eficientemente y se establezcan incentivos al mejor desempeño.
- Abordaje Interinstitucional, intersectorial e intergubernamental de los determinantes sociales de la salud: Para lo cual es necesario articular las intervenciones con las instituciones que representan a más de un sector social destinado, total o parcialmente, a abordar un problema vinculado a la salud.
- Participación ciudadana: Para el ejercicio del derecho y de la corresponsabilidad que tienen las personas sobre su salud.
- Rendición de cuentas y vigilancia ciudadana de las actividades de la salud: Para comunicar a la sociedad sobre la situación de los compromisos a cargo de los responsables de conducir la gestión de procesos.

El C.S. Primavera se encuentra ubicado en el cruce de Jr. Los Lirios y Jr. 23 de Setiembre s/n, Urbanización Primavera, en el distrito de El Agustino, provincia de Lima y departamento de Lima. Está categorizado como establecimiento de salud I-3, pertenecientes a la Micro red de El Agustino, junto con otros siete establecimientos de salud. La cartera de servicios que presta el C. S. Primavera, así como las actividades ejecutadas en la atención de personas afectadas por tuberculosis (PAT) es la siguiente:

- Ejecución normas dispuestas del MINSA para Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis.
- Acciones de prevención y promoción de la salud en determinantes sociales favorecedores de Tuberculosis (TB).
- Detección de Sintomáticos Respiratorios.
- Coordinación con farmacia para abastecimiento de medicamentos e insumos.

- Sensibilización al paciente en relación con la importancia y continuidad del tratamiento y adherencia.
- Administración de tratamiento de TB sensible.
- Administración de tratamiento de TB resistente.
- Control de seguimiento de tratamiento.
- Visitas domiciliarias a PAT y contactos.
- Farmacovigilancia y notificación de reacciones adversas a medicamentos (RAMs).
- Estudio de contactos o familiares de PAT.
- Derivación y transferencia de PAT para atención especializada o de mayor nivel de complejidad.
- Consolidación y análisis de información operacional y epidemiológica para reporte estadístico y generación de información.

En este contexto se llevó a cabo el Plan Piloto de Atención Integral e integrada de Salud (PRIISA) para los afiliados al Seguro Integral de Salud residentes en el distrito El Agustino, brindando un paquete inicial de atención a las personas afectadas con TBC en riesgo de abandono de esta jurisdicción, priorizando las actividades preventivas consignadas en el convenio capitado a las personas y familias afectadas con Tuberculosis. PRIISA tenía como principales actividades:

- Identificación casa por casa de sintomáticos respiratorios, dentro de la comunidad elegida para intervención.
- Toma de muestra (primera y segunda dosis) en el domicilio a los sintomáticos respiratorios identificados durante las visitas domiciliarias.
- Priorización para el diagnóstico precoz, según resultado de baciloscopía, así como a la evaluación clínica de todos los miembros de la familia, en la misma comunidad.
- Inicio oportuno del tratamiento antituberculosos, sobre todo en pacientes TB sensibles, así como las medidas de protección familiar, acondicionamiento del hogar y sensibilización para la adquisición de conductas saludables tanto para la persona afectada con tuberculosis, como para los familiares, cohabitantes de la vivienda.

- Acompañamiento para la toma de medicación, así como la aplicación del Sistema de Tratamiento por Observación Directa (DOTS) en la vivienda, durante el periodo de tratamiento mismo.
- Sensibilización y acompañamiento para la continuidad en el tratamiento de la persona afectada, hasta su alta del programa.
- Visitas domiciliarias posteriores y controles de seguimiento a las personas dadas de alta en el programa de Tuberculosis del establecimiento de salud.

1.1. Antecedentes

1.1.1. Internacionales

Moya, Chavez-Baray, & Martinez (2017, pág. 66) en el estudio “*Trabajo Social en la micro y macro práctica en el contexto de la Tuberculosis*”, presentan un estudio sistemático de intervenciones y estrategias realizadas en la frontera de México y Estados Unidos entre los años 2006 y 2013 en el marco del entendimiento del fenómeno social de la migración y su repercusión en la salud pública frente al problema sanitario que representa la infección por Tuberculosis. Los trabajos revisados presentan diferentes intervenciones que buscan generar adherencia al tratamiento, mitigar la estigmatización relacionada con la infección por TB, mejorar la atención sanitaria con un enfoque en la persona e informar de la relevancia de un abordaje micro y macro de la salud. Se discute y reconoce el valor positivo de acciones de intervención que involucra la colaboración intersectorial y multidisciplinaria entre médicos, enfermeras, administradores, promotores de salud, trabajadores sociales, personas afectadas por TB y la comunidad, con resultados beneficiosos en cuanto a captación activa, diagnóstico precoz e inicio de tratamiento oportuno.

Zuñiga (2015), en el artículo “*An Integrated Review of Directly Observed Therapy for Tuberculosis in Latin America*” (Revisión integrada de la Terapia por Observación Directa (DOTS) para Tuberculosis en América Latina¹), hace un

repasso de la información relacionada con DOTS, alcanzando algunos datos interesantes. Para la revisión, los supervisores de la administración de medicamentos incluyen familiares o profesionales de salud que brindaron apoyo, educación, y consejos. Factores como la edad, historia de tratamientos recibidos en el pasado, abuso de drogas, y residir en barrios pobres fueron factores negativamente correlacionados con adhesión al DOTS. Programas de DOTS basados en la comunidad fueron más exitosos que los programas basados en centros de salud. Costo y accesibilidad al DOTS parecen ser las barreras que impiden completar el tratamiento de la tuberculosis. Las tasas de tuberculosis se han reducido desde el inicio del DOTS, sin embargo, los estudios no han mostrado una diferencia significativa entre la estrategia del DOTS y la autoadministración del tratamiento.

Villa (2014) en su artículo *“Análisis de la mortalidad por tuberculosis en Medellín, 2012”*, busca describir las características sociodemográficas, clínicas y de diagnóstico y tratamiento, de los pacientes fallecidos por tuberculosis en Medellín en el 2012. Este estudio descriptivo encontró que se detectaron factores de riesgo social como ser habitante de la calle, farmacodependencia o carencia de domicilio fijo, en 32 casos (58,1 %), y aspectos que afectaron el proceso de atención de los servicios de salud, en 26 (47,2 %). Hubo un retraso de 40 días (rango intercuartílico: 19 a 84) entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. No se encontró retraso significativo en el inicio del tratamiento antituberculoso después del diagnóstico microbiológico; sin embargo, el porcentaje de incumplimiento del tratamiento fue de 64%. Por ello concluye que la mortalidad por tuberculosis en Medellín es un problema relevante que está relacionado con retrasos en el diagnóstico de los casos y con el cumplimiento del tratamiento, y que se ve influenciado por las características sociodemográficas sobre las que se sugiere incidir.

SOTO (2014) en la tesis *“Efectividad de la estrategia DATOS en el tratamiento de pacientes con tuberculosis en un distrito urbano de Lima - Perú en los años 2011-2012 (Brasil)”*, buscó estimar la efectividad de la Estrategia DATOS en los resultados del tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar frotis positivo (TBP.FP) en el Centro de Salud San Cosme del Distrito la Victoria en los años 2011

– 2012, a través de un estudio cuasi experimental, retrospectivo y comparativo, evaluaron los indicadores de resultado del tratamiento de pacientes con TBP FP obtenidos en el C.S. San Cosme, en los periodos: 2007- 2008 antes de la implementación de la estrategia DATOS, al que se le llamó: SIN DATOS y 2011-2012: con la implementación de la Estrategia DATOS, al que le llamó: Con DATOS. Los principales resultados Con Respecto a la caracterización de la estrategia DATOS: CON DATOS los pacientes con TBP-FP recibieron intervenciones a cargo de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud (médico, médicos de familia, enfermera, psicólogo, nutricionista y asistente social), a diferencia del grupo Sin DATOS, donde el abordaje fue principalmente a cargo del médico y de la enfermera. Respecto a la efectividad de la Estrategia DATOS:

La Estrategia DATOS resultó más efectiva en el tratamiento de los pacientes con TBP-FP en el Centro de Salud San Cosme del Distrito la Victoria, en el periodo 2011 – 2012: siendo que con la estrategia DATOS, mejoró en un 14% la proporción de culminación redujo en un 66% la proporción de abandonos incrementó en un 12.8 % la proporción de curación y redujo la incidencia de TBP FP en un 21%, comparado con el periodo sin DATOS. Llegando a las siguientes conclusiones: La Estrategia DATOS mostró ser más efectiva en el tratamiento de los pacientes con TBP FP, en zonas de elevada prevalencia de la enfermedad, como es el caso del Centro de Salud San Cosme.

Murcia Montaña (2014) en la tesis “*Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012 (Colombia)*”, buscó evaluar el cumplimiento y el índice de adherencia al egreso de los pacientes diagnosticados con TB pulmonar que ingresaron a tratamiento en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 31 de diciembre del 2012, en el departamento del Amazonas; a través de un estudio descriptivo, retrospectivo; implicó la recolección de variables personales, sociales y económicas de la cohorte de pacientes en el departamento del Amazonas durante el periodo de tiempo establecido. Los *resultados fueron*: Registró un total de 249 casos de TB pulmonar en el departamento del Amazonas; el 90% ingresaron como casos nuevos; el 83% ingresó por baciloscopia positiva. **Al egreso un 83.5% fueron adherentes al tratamiento**; el tiempo total en tratamiento en el grupo de pacientes adherentes al

tratamiento para TB osciló entre 116 a 262 días, con un promedio de 188.18 días y una desviación estándar de 20.2 días; el índice de adherencia en este grupo osciló entre 100% y 69.4%. **El éxito del tratamiento fue del 85% para toda la cohorte, de los cuales el 99.5% de los adherentes al tratamiento egresaron como éxito de tratamiento; dentro del grupo de pacientes adherentes también registraron solo un egreso como fracaso (0.5%)** lo cual puede indicar la circulación de cepas de cepas de cepas resistentes en la población. *Conclusión:* La evaluación del tratamiento y seguimiento hasta la curación de los pacientes que ingresan a una cohorte son aspectos que deben ser tenidos en cuenta dentro de un programa de control. Considerando en recomendaciones: El índice de cumplimiento de adherencia es una buena medida de seguimiento al tratamiento ya que evalúa además del número de dosis tomadas por el paciente, el tiempo en que fueron tomadas. Por lo que puede ser incorporado por el Programa Nacional de TB como indicador de la adherencia de la administración del esquema normado.

Pantoja-Rojas (2012) en el artículo *“Factores relacionados con el diagnóstico de la tuberculosis mediante la prueba Chi-cuadrado para Bogotá (Colombia)”*; buscaron factores relevantes de tipo demográficos, ambientales y sociales; que inciden sobre las condiciones de transmisión de la tuberculosis; en los datos recogidos en el marco de ejecución del “Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2006 – 2015”. Los datos se analizaron mediante la construcción de tablas de contingencia y de la asociación de las variables cualitativas mediante la prueba chi-cuadrado; con el fin de definir su asociación con un diagnóstico temprano de la tuberculosis y el inicio oportuno del tratamiento. Las conclusiones del estudio fueron: el mayor número de casos de TB reportados entre el 2008-2010 fueron entre los 25 y 64 años, por lo que sería importante analizar la incidencia de contagio en espacios donde se conglomeran estos grupos de edad. El programa evaluado, para el manejo de la tuberculosis, estuvo más orientado a acciones posteriores al contagio, en lugar de a la prevención; por lo cual se propuso ampliar este estudio con información que permita establecer planes de acción en la prevención y control de esta enfermedad.

1.1.2. Nacionales

Wingfield, y otros, (2017), en su estudio, *“Un estudio controlado aleatorizado de apoyo socioeconómico para mejorar la prevención y el tratamiento de la tuberculosis en Perú”*, buscar evaluar el impacto del apoyo socioeconómico en la iniciación a la terapia preventiva contra la tuberculosis en contactos domésticos de pacientes con tuberculosis, así como en el éxito del tratamiento para los pacientes. Entre febrero de 2014 y junio de 2015, se realizó un estudio controlado, aleatorizado, doméstico y no cegado en 32 barrios bajos de Perú. En este estudio se incluyeron pacientes que estaban siendo tratados contra la tuberculosis y sus contactos domésticos. Los hogares se asignaron de forma aleatoria a la atención estándar ofrecida por el programa nacional contra la tuberculosis de Perú (grupo de control) o bien a la misma atención estándar, pero con un apoyo socioeconómico (grupo de intervención). El apoyo socioeconómico consistía en transferencias de efectivo condicionadas de hasta 230 dólares estadounidenses por hogar, visitas domésticas y reuniones comunitarias. Se compararon los grupos de control y de intervención en cuanto a las tasas de iniciación a la terapia preventiva contra la tuberculosis y al éxito del tratamiento (es decir, la cura o la finalización del tratamiento). Se consideró 282 de 312 (90%) hogares aceptaron participar: 135 en el grupo de intervención y 147 en el grupo de control. Se encontró que, el 43% del grupo de intervención inició la terapia preventiva contra la tuberculosis, frente al 25% del grupo de control. Un análisis de intención de tratar mostró que el tratamiento tuvo éxito en un 64% (87/135) de los pacientes del grupo de intervención, frente a un 53% (78/147) de los pacientes del grupo de control (CP no ajustado: 1,6; IC del 95%: 1,0–2,6). Estas mejoras fueron equitativas, independientemente de la pobreza del hogar. Se concluye que, una intervención de apoyo socioeconómico específica para la tuberculosis aumentó la aceptación de la terapia preventiva contra la tuberculosis y el éxito del tratamiento.

Tovar , y otros, (2016), en su presentación en la 47ma. Conferencia del Mundo Unido sobre Salud Pulmonar – 47th Union World Conference on Lung Health – presentaron los datos del trabajo de investigación titulado: *“Poverty predisposes patients to intermittent adherence to TB treatment”* – La Pobreza predispone a los pacientes hacia una adherencia irregular al tratamiento de TB -,

en los que plantearon que la pobreza es una barrera importante para mantener la adherencia de las personas afectadas por TB en el tratamiento. La adherencia como tal es frecuentemente uno de los mayores determinantes para el éxito del tratamiento y la recurrencia posterior de la TB. Para ello se realizó un estudio de cohorte prospectivo, entre enero 2003 y enero del 2013, en 16 comunidades de Ventanilla – Callao. Todos los pacientes diagnosticados con TB sensible fueron invitados a participar. Todos los pacientes recibieron al menos todas las dosis correspondientes a la fase intensiva del tratamiento. La adherencia intermitente fue definida como la pérdida de 4 o más dosis durante la fase intensiva, o 5 o más dosis durante la fase de mantenimiento. Al posponer estas dosis perdidas, el tiempo para completar el tratamiento se alargaba. Para el análisis se incorporaron factores socioeconómicos como la educación, acceso a los servicios, así como la calidad de la vivienda. De 2217 pacientes reclutados, quienes cubrieron a la definición de adherencia fueron 2021. De ellos, 954 (47%) tuvo una adherencia intermitente. Estos pacientes tuvieron más frecuentemente puntajes más bajos en las escalas de pobreza (RR=1.2, p=0.02), y uso de alcohol y drogas recreativas (RR=1.3, p=0.003). Se concluyó que la adherencia intermitente ocurre con más frecuencia en personas marginadas, con altos índices de pobreza y abuso de sustancias. Recomiendan además investigar sobre si el soporte socioeconómico pueda mejorar de algún modo los indicadores de TB, y de alguna manera incentivar y facilitar el acceso a los cuidados de TB y con ello mejorar la adherencia de estos grupos.

Dalens (2012) en la tesis *“Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos”*, buscó identificar los factores que pueden inducir al abandono del tratamiento de la tuberculosis esquema I, en la Red de Salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos; a través de un estudio observacional, descriptivo de enfoque cuantitativo, en PAT. Se estudiaron 258 casos, obteniéndose: El abandono de tratamiento fue predominantemente masculino (94,6%), siendo que el 45% tenía edad entre 21-40 años y el 60,9% estaba en condición de soltero, caracterizados por tener bajos ingresos económicos (67,8%), reportar consumo de alcohol (58,1%), cigarrillo (39,9%) y drogas (32,9%), haber presentado efectos secundarios al tratamiento (45,3%) y utilizar movilidad para trasladarse al centro de salud a

recibir terapia medicamentosa (65,1%); el 89,5% recibió visitas domiciliarias por faltas al tratamiento y 69,8% consideró que las pastillas que recibía eran demasiadas, siendo que el 30,2% había presentado náuseas, vómitos, entre otros problemas digestivos. Se concluyó que: Entre los factores se destacaron el pertenecer al sexo masculino, bajo ingreso económico, consumo de alcohol, cigarros y drogas, la necesidad de utilizar transporte para llegar al establecimiento de salud y presentar efectos secundarios a los medicamentos.

1.2. Fundamentación Científica, Técnica y Humanística

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, microorganismos bacterianos que suele afectar con frecuencia el tejido pulmonar. Como infección, la tuberculosis es una enfermedad curable y de carácter prevenible. La tuberculosis se transmite entre seres humanos, por vía aérea. Esto ocurre cuando una persona afectada por la enfermedad, en su estado pulmonar, tose, estornuda o escupe, exponiendo los bacilos tuberculosos al aire. Estos bacilos son esparcidos por las pequeñas gotas de saliva que son expulsadas, y que, al ser inhaladas por otro ser humano, condicionan la infección. Los datos muestran que el 30% de la población mundial está infectada por tuberculosis, lo que no implica que hayan desarrollado la enfermedad o puedan transmitir la infección como tal. Se estima que aquella persona infectada por el bacilo de Koch tiene un riesgo de 10% de desarrollar la enfermedad en algún momento de su vida. Este riesgo se incrementa de manera preocupante en aquellas personas inmunodeprimidas ya sea por enfermedad o hábitos de vida. La diabetes, desnutrición y VIH, así como el tabaquismo incrementan exponencialmente la posibilidad de desarrollar la enfermedad. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

Los síntomas de la infección activa pulmonar son: tos, fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, como las más frecuentes. Esta sintomatología puede ser de varios meses de duración y presentarse en forma leve. Precisamente esta condición es la que favorece a que la persona retrase la búsqueda de atención médica y eleve el riesgo de transmisión de la enfermedad. Las estadísticas muestran que una persona con enfermedad activa puede infectar entre 10 a 15

personas de su entorno cercano, en el lapso de un año. Sin tratamiento adecuado, se estima que más del 45% de las personas afectadas por tuberculosis morirían. Este porcentaje se eleva al 100% en personas con comorbilidad. Como se mencionó líneas arriba, el consumo de tabaco aumenta considerablemente el riesgo de generar la infección por TB, e incluso de morir por la misma causa. Se estima que el 20% de los casos de TB están asociados a tabaquismo. (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017)

La sintomatología más frecuente en la tuberculosis pulmonar activa comprende: tos productiva, a veces con rasgos sanguinolentos; dolores torácicos, pérdida de peso, sensación de debilidad, fiebre y sudoración por las noches. La baciloscopía de esputo sigue siendo el método diagnóstico más frecuente en el mundo. Este método permite identificar al bacilo de Koch a través de la microscopía y la tinción adecuada. Sin embargo, la baciloscopía detecta únicamente la mitad de los casos de tuberculosis, y de ninguna manera aporta información sobre la resistencia a medicamentos. En la actualidad, se cuenta con pruebas rápidas – como la Xpert MTB/RIF – utilizadas cada vez con más frecuencia desde el 2010, pues detecta tanto la tuberculosis como la resistencia a la rifampicina, que como veremos más adelante, es el fármaco más importante en la terapia antituberculosa. Este método permite obtener un diagnóstico en dos horas, y es el método recomendado por la OMS para el diagnóstico inicial. En el 2016, la misma OMS ha recomendado el uso de cuatro nuevas pruebas diagnósticas: una prueba molecular rápida para su uso en establecimientos de salud periféricos en los que no se cuenta con la prueba Xpert MTB/RIF; y tres pruebas adicionales para detectar farmacorresistencia (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2017).

La resolución ministerial n° 715-2013 que aprueba la Norma Técnica n° 104-MINSA/DGSP V.01 Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis (2013, p.1) establece el marco normativo, teórico – conceptual sobre el cual, se definen y esclarecen los criterios para el diagnóstico, tratamiento y atención de la persona afectada por TB. La mencionada norma técnica busca brindar a las personas afectadas por TB (PAT), la atención integral de salud, con énfasis en la detección, diagnóstico y tratamiento de la

tuberculosis, considerando sus complicaciones y comorbilidades. De igual modo, al implementar medidas efectivas de prevención de enfermedad, busca disminuir los riesgos de infección y enfermedad en la población general. La norma técnica busca además promover el enfoque territorial, así como las acciones multisectoriales e intergubernamentales para abordar los determinantes sociales de la salud.

Los centros y puestos de salud son considerados por la norma técnica vigente – RM715-2013 (2013, p. 9) como el nivel ejecutor de las acciones establecidas por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y control de la Tuberculosis (ESNPCT). Estas acciones se ejecutan por un equipo multidisciplinario conformado por profesionales y técnicos sanitarios, asistentes administrativos, de acuerdo con el escenario epidemiológico y la disponibilidad de personal de salud.

Las funciones de la ESNPCT del centro o puesto de salud – nivel ejecutivo – son:

- a) Ejecutar las acciones de prevención y control de la tuberculosis, dispuestas en su plan operativo anual.
- b) Coordinar con el responsable de Farmacia el requerimiento de los medicamentos e insumos antituberculosos.
- c) Ejecutar las normas y procedimientos técnicos dispuestos en la norma técnica correspondiente.
- d) Ejecutar actividades de promoción de la salud a través de la abogacía, comunicación y movilización social, dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas abordando los determinantes sociales con un enfoque multisectorial y territorial.
- e) Actualizar de forma permanente el diagnóstico situacional de la tuberculosis en su jurisdicción mediante el análisis de los indicadores epidemiológicos y operacionales y remitirlos al nivel inmediato superior de su jurisdicción.

- f) Ejecutar los planes de control de infecciones de TB en los establecimientos de salud y las normas de bioseguridad en los laboratorios según corresponda.
- g) Ejecutar actividades de detección, diagnóstico y tratamiento supervisados.
- h) Implementar actividades para mejorar la adherencia al tratamiento antituberculoso.

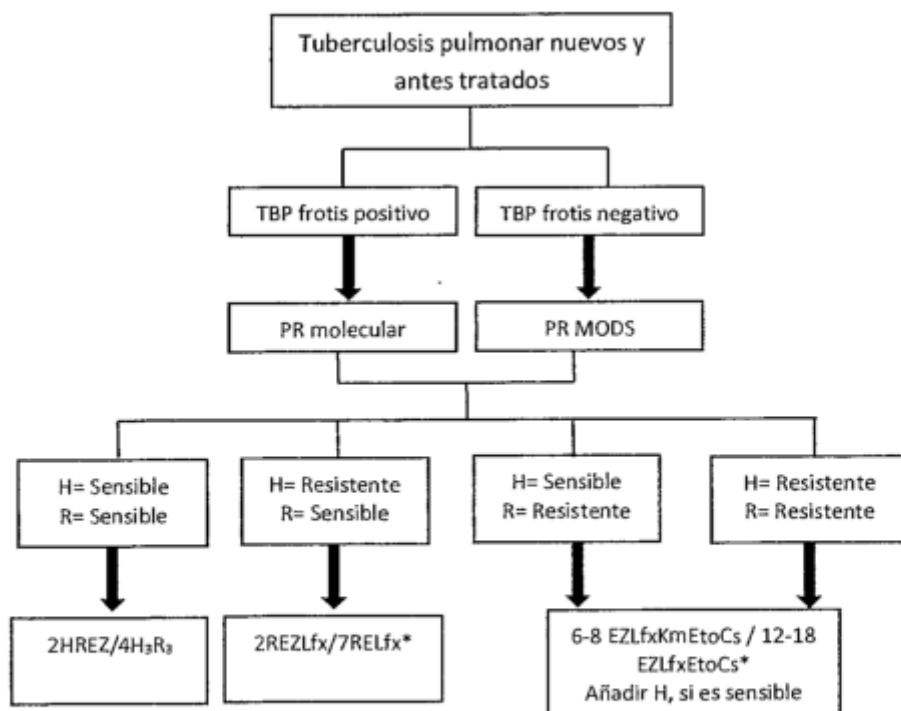
Cuando se mencionan las intervenciones sanitarias correspondientes a la atención integral, RM715-2013 (2013, p. 16), estas se pueden clasificar en:

- PreVENCIÓN Primaria:
 - a. Acciones para prevenir la infección en población expuesta:
 - i. Información y educación a las personas diagnosticadas con TB, sobre uso de mascarilla durante el periodo de contagio; así como comportamientos saludables como cubrirse la boca y la nariz al toser, estornudar, además de desechar los papeles usados en depósitos adecuados.
 - ii. Control de infecciones en los establecimientos de salud, instituciones que albergan personas y domicilios de personas afectadas por TB.
 - iii. Promoción de la ventilación natural de la vivienda de la persona afectada por TB y otros espacios públicos y privados.
 - b. Provisión de la vacuna con el Bacilo Calmette – Guerin (BCG) a los recién nacidos.
 - c. Control de Infecciones y Bioseguridad en TB.

- d. Plan de Control de Infecciones.
- e. Medidas para el control de infecciones en los establecimientos de salud, que comprenden:
 - i. Medidas de control administrativo, como la búsqueda activa y evaluación inmediata de sintomáticos respiratorios, ampliación de horarios de atención de laboratorios, atención ambulatoria de personas afectadas por TB, inicio inmediato del tratamiento antituberculoso, interconsulta del paciente en tratamiento, capacitación al personal de salud pacientes y familiares de personas afectadas por TB, y evaluación del riesgo de transmisión y vigilancia activa de casos de TB en trabajadores de salud.
 - ii. Medidas de control ambiental: que buscan maximizar la ventilación natural de los ambientes donde
- Prevención Secundaria: que considera todas aquellas medidas relacionadas RM715-2013 (2013, p. 18) al diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los casos de tuberculosis diagnosticados; estudio de contactos y la prescripción de la terapia preventiva con isoniacida para personas en riesgo.
- Prevención Terciaria: son todas aquellas acciones que buscan la rehabilitación de las personas afectadas con tuberculosis que presentan complicaciones durante la enfermedad - RM715-2013 (2013, p. 20).

La norma técnica en mención establece las medidas para el manejo integral de la persona diagnosticada con tuberculosis. Estas medidas consideran: la atención médica, la entrevista y cuidados de enfermería, trabajo social, acompañamiento psicológico, servicios de salud sexual y reproductiva, evaluación por nutricionista y batería de análisis complementarios. El tratamiento

antituberculoso establecido por la norma técnica peruana reconoce, para aquellas personas afectadas por primera vez y para las antes tratadas, diferentes esquemas de tratamiento en función a la respuesta de sensibilidad a la medicación terapéutica. Esto lo podemos ver en el flujograma siguiente:



TBP: tuberculosis pulmonar, PR: Prueba rápida, H: isoniacida, R: rifampicina, E: etambutol, Z: pirazinamida, Lfx: levofloxacina, Km: kanamicina, Eto: etionamida, Cs: cicloserina

* Estos esquemas deben ajustarse a los resultados de la PS convencional.

Flujograma 1: Flujo de decisiones terapéuticas - RM715-2013 (2013, p. 27)

Se requiere más rapidez en obtener resultados de las pruebas de susceptibilidad a medicamentos para iniciar más precozmente una terapia eficaz. (OMS 2000)

En particular y, por ser de interés para el presente estudio, se considera únicamente el esquema de tratamiento para tuberculosis pulmonar sensible, en personas mayores de 15 años. Así, el tratamiento se establece de acuerdo con el siguiente cuadro:

Medicamentos	Primera Fase Diaria		Segunda Fase Tres veces por semana	
	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima diaria	Dosis (mg/Kg)	Dosis máxima por toma
Isoniacida (H)	5 (4-6)	300 mg	10 (8-12)	900 mg
Rifampicina (R)	10 (8-12)	600 mg	10 (8-12)	600 mg
Pirazinamida(Z)	25 (20-30)	2000 mg		
Etambutol (E)	20 (15-25)	1600 mg		

Rango de dosis de medicamentos entre paréntesis.

Figura 1: Dosis de medicamentos antituberculosos de primera línea para personas de 15 a más años - RM715-2013 (2013, p. 29)

El procedimiento para el inicio del tratamiento antituberculosos en esquema sensible debe darse dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico. Este procedimiento incluye:

- Consulta médica y evaluación de factores de riesgo para tuberculosis resistente.
- Muestra de esputo para prueba de sensibilidad rápida.
- Consentimiento informado de la persona afectada.
- Batería de exámenes auxiliares de laboratorio.
- Entrevista con Enfermería.
- Registro en el libro de seguimiento de personas afectadas con tuberculosis.

El cumplimiento efectivo del tratamiento antituberculoso considera un monitoreo de las acciones y respuesta al tratamiento, en su esquema sensible:

Procedimientos	Estudio basal	Meses de tratamiento					
		1	2	3	4	5	6
Hemograma completo	X						
Glicemia en ayunas	X						
Creatinina	X						
Perfil hepático	X		X				
Prueba rápida o ELISA para VIH 1-2	X						
Prueba de embarazo (mujeres en edad fértil)	X						
Radiografía de tórax	X		X				X
Prueba de sensibilidad rápida a H y R	X						
Baciloscopia de esputo de control		X	X	X	X	X	X
Cultivo de esputo							X
Evaluación por enfermería	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por médico tratante	X	X	X				X
Evaluación por servicio social	X		X				X
Evaluación por psicología	X		X				X
Consejería por nutrición	X		X				X
Control por planificación familiar	X		X				X
Control de peso	X	X	X	X	X	X	X

Figura 2: Monitoreo del tratamiento para Tuberculosis Sensible. RM715-2013 (2013, p. 37)

La condición de egreso del tratamiento antituberculoso – entendida como el alta de la persona que ha recibido tratamiento en esquema sensible, para fines este estudio – son consignados líneas abajo. Es responsabilidad del médico tratante en el establecimiento de salud, establecer operativamente la condición de egreso de la persona tratada. Esta condición de egreso debe ser consignada en los registros de atención y seguimiento del programa; según lo establece la norma.

Fuentes-Tafur, (2009, p. 371) propone con claridad la vinculación que existe entre la presencia de la enfermedad y las condiciones socio políticas que la favorecen. Esta relación y sus variaciones al interior – pobreza, condiciones inadecuadas de trabajo, inequidad e injusticia social – ha sido observada desde el siglo XIX por diversos investigadores. Hacia 1974, Lalonde estableció los cuatro conocidos factores que condicionan el estado de salud: aspectos biológicos, estilos de vida, medio ambiente y servicios de salud. Estas consideraciones teóricas

evolucionaron hasta establecer lo que en la actualidad conocemos como Determinantes Sociales de la Salud.

En el caso de la tuberculosis como enfermedad, estos determinantes sociales condicionan la exposición al contagio, así como el desarrollo final de la enfermedad. Así, podemos enumerar condicionantes como la pobreza e inequidad que tienen una relación directa con el riesgo de contagio, evolución de la enfermedad y finalmente curación del afectado. Se considera a la pobreza como el principal determinante social de la tuberculosis pues muestra las condiciones de desigualdad política, social y cultura en una sociedad. Esta situación real produce discriminación y exclusión social, restando poder y reconocimiento en la sociedad, así como disminuye la autoestima y la capacidad de decisión propia.

El estado nutricional es otro de los determinantes sociales importantes para esta enfermedad. Sin embargo, la relación entre la tuberculosis y la nutrición es dialógica, es decir que se potencia mutuamente: si el grado de desnutrición expone al organismo, al desarrollo de la enfermedad; es también cierto que la tuberculosis conduce y agrava la desnutrición.

El hacinamiento y la vivienda son determinantes de la salud presentes y que afectan directamente a la persona, mostrando tanto su influencia en la aparición de la enfermedad, como en su evolución. La ventilación insuficiente e inadecuada, así como el limitado ingreso de la luz solar son considerados factores asociados a la transmisión de tuberculosis. Estas características se comparten también en los centros laborales, así como en los medios de transporte público.

Otros determinantes sociales importantes en el desarrollo de la enfermedad, son: el empleo, tanto en la repercusión que tiene la enfermedad en la capacidad laboral de la persona afectada, como en el entendido de que las condiciones laborales influyen en la aparición de la misma; la educación, o la falta de la misma y su relación con la aparición de la tuberculosis en personas de bajo nivel de instrucción; e incluso, el mismo acceso a los servicios de salud y seguridad social, que muestran de manera indirecta el rol rector, de gobernanza y gobernabilidad el

Ministerio de Salud y sus órganos desconcentrados, así como la capacidad de estos servicios para garantizar el adecuado estado de salud de la población - Fuentes-Tafur (2009, p. 373).

La propuesta de abordaje al problema de la tuberculosis como problema de salud pública está enfocada desde la consideración de los determinantes sociales de la salud; así, los enfoques de abordaje buscan revalorar la vida, apoyada en las intervenciones comunitarias y familiares, fortalecidas en redes sociales, y que reconozcan a la Salud como un derecho inalienable de cada persona; que esta concepción de la salud como derecho se ejerce a través de acciones político – sociales que trascienden la mera atención de salud asistencialista, y que bajo un enfoque sistémico de gobernanza y descentralización, democratiza el acceso a la salud para todos los ciudadanos (Ministerio de Salud (MINSA), 2013).

- Tratamiento oportuno: La manera más efectiva de reducir la transmisión de la TB es mediante el diagnóstico precoz y tratamiento efectivo de los casos infecciosos.

Los objetivos de los programas de control de la TB son reducir la morbilidad y la mortalidad, impedir el desarrollo de la TB multirresistente y finalmente frenar la transmisión de la infección; Las principales estrategias para lograr esos objetivos son el diagnóstico precoz de los casos de TB y su tratamiento rápido y efectivo. (OMS 2000 CONTROL DE TUBERCULOSIS EN PRISIONES).

- ADHERENCIA: “El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir el régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas por el prestador de asistencia sanitaria”.

La adherencia al tratamiento en TB se evalúa a través de indicadores de resultado, se espera que un paciente adherente al finalizar el tratamiento egrese como curado o tratamiento terminado; la suma de estas dos categorías se conoce como tratamiento exitoso para el programa ya que a nivel colectivo esto permite una reducción en las tasas de morbilidad al cortar la cadena de trasmisión y la disminución de los casos de muerte por esta enfermedad; por esta razón uno de

los objetivos planteados a nivel mundial y que corresponde a los ODM para el año 2015 es: “Reducir la prevalencia y las tasas de mortalidad por TB al 50% comparada con la línea base de 1990” (Murcia 2014)

Índice de cumplimiento de adherencia (ICA)

Es el cumplimiento de las dosis establecidas en cada fase del tratamiento dentro del tiempo programado para cada fase. El presente trabajo PRESENTA el INDICE DE CUMPLIMIENTO DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE TB (ICATB), ADAPTADO DE (Murcia 2014), como la medida de la variación en la toma del tratamiento para TB con respecto al esquema categoría I establecido para Perú

Se calcula como el valor numérico que expresa la relación entre el tiempo (días) programados para finalizar la fase de tratamiento para TB con relación al tiempo (días) programado para finalizar la fase más el tiempo (días) adicional empleado (en días) para terminar la fase de tratamiento.

Su objetivo es suministrar un indicador a nivel de primera fase, segunda fase y al egreso del tratamiento que sirva de soporte al seguimiento y evaluación en la adherencia al tratamiento para TB; en la toma de decisiones sobre el comportamiento terapéutico de los pacientes en tratamiento para TB y evaluación final de egreso de las cohortes de pacientes, que las instituciones de salud adelantan como parte de la vigilancia en salud pública.

$$\text{ICATB} = \frac{\text{Tiempo programado para finalizar la fase}}{\text{Tiempo programado para finalizar la fase} + \text{tiempo adicional empleado para terminar la fase}} \times 100$$

Tiempo programado para finalizar la fase El tiempo programado para finalizar la fase corresponde al tiempo calculado en días de acuerdo con el esquema categoría I establecido para Colombia, en donde para la primera fase se administra un total de 48 dosis, esto es 6 dosis de lunes a sábado más un día de descanso (domingo); por regla de tres, entonces:

$$\begin{array}{l} 6 \text{ dosis} \longrightarrow 7 \text{ días} \\ 50 \quad \quad \quad \longrightarrow \quad X \end{array} = \frac{350 \text{ días/dosis}}{06 \text{ dosis}} = 59 \text{ días programados para finalizar primera fase}$$

Para segunda fase el número de dosis establecidas son 54 dosis, tomando 3 dosis por semana, entonces:

$$\begin{array}{l} 3 \text{ dosis} \longrightarrow 7 \text{ días} \\ 54 \text{ dosis} \longrightarrow X \end{array} = \frac{378 \text{ días/dosis}}{3 \text{ dosis}} = 126 \text{ días programados para segunda fase}$$

De esta manera para la toma del tratamiento anti TB en el esquema normado para Perú se tendrá:

- 1 - Tiempo programado para finalizar primera fase: 59 días
- 2 – Tiempo programado para finalizar segunda fase: 126 días
- 3- Tiempo permitido de faltas al tratamiento sin ser irregular: menor a 05 días (se modifica según NT Ministerio de Salud - MINSA, 2013, p. 2)
- 4– Tiempo programado total de tratamiento esquema sensible Perú: 189 días

Faltas Tiempo adicional empleado para finalizar la fase

El tiempo adicional empleado para finalizar la fase corresponde al tiempo contabilizado en días que adicional al tiempo programado utilizó cada paciente para terminar la fase correspondiente o para egresar del tratamiento.

Definición de Términos.

Según la norma técnica vigente (Ministerio de Salud - MINSA, 2013, p. 2), definimos los términos relacionados al presente estudio:

- a) Caso de Tuberculosis: Persona a la que se le diagnostica TBC y que por ello debe recibir el tratamiento correspondiente.
- b) Caso de Tuberculosis Pulmonar: Persona afectada con TBC con compromiso del parénquima pulmonar con o sin confirmación bacteriológica.
- c) Tuberculosis Pulmonar con Frotis Positivo: Caso de TB pulmonar con dos o más baciloscopías de esputo positivas.
- d) Caso de TB pansensible: Caso en el que se demuestra sensibilidad a todos los medicamentos de primera línea por pruebas de sensibilidad convencional.

- e) Casos de TB multidrogorresistente (TBMDR): Casos de TB con resistencia simultánea a isoniacida y rifampicina por pruebas convencionales.
- f) Caso nuevo: Paciente diagnosticado con TB que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso o que lo ha recibido por menos de 30 días consecutivos o 25 dosis continuas.
- g) Condición de egreso – Curado: Paciente con confirmación bacteriológica al inicio, que concluye el esquema de tratamiento y cuenta con baciloscopía de esputo negativa en el último mes de tratamiento.
- h) Condición de egreso – Fracaso: Paciente con baciloscopía o cultivo de esputo a partir del cuarto mes de tratamiento.
- i) Condición de egreso – Fallecido: Paciente que fallece por cualquier razón durante el tratamiento de tuberculosis
- j) Condición de egreso – Abandono: Paciente que inicia tratamiento y lo discontinúa por 30 días consecutivos o más. Incluye al paciente que toma tratamiento por menos de 30 días y lo discontinúa.
- k) Condición de egreso – Éxito de Tratamiento: Resultado de la suma de los pacientes con la condición de egreso “curado” y “tratamiento completo”.
- l) Irregularidad en el tratamiento: No ingesta de 3 dosis programadas continuas o alternadas durante la primera fase del tratamiento o de 5 dosis continuas o alternas durante todo el tratamiento de esquemas para TB sensible.
- m) Sintomático Respiratorio: Persona que presenta tos y flema por 15 días o más.

Escenario epidemiológico de acuerdo con el riesgo de transmisión – Muy alto riesgo de transmisión: Para establecimientos de salud se considera 75 o más casos de TB, en todas sus formas, por año.

1.3. Justificación

Justificación metodológica: Muchas de las intervenciones sanitarias sobre problemas de salud pública nacen de la observación de la realidad problemática y de los intentos empíricos o semi experimentales de implementar respuestas que busquen responder de manera eficiente el problema planteado. En la Gestión de Servicios de Salud, el objetivo es lograr de manera eficaz y eficiente a la resolución del problema, administrando los recursos disponibles para ese fin. Así, muchas de las iniciativas de sistemas de servicios de salud específicos, primero implementan las posibles soluciones y luego basan su aceptación o permanencia en función de data estadística de nivel descriptivo. Los estudios caso-control permiten establecer una asociación inferencial significativa, de modo que la toma de decisiones se basa en data capaz de reflejar fehacientemente los beneficios, de existir, en la implementación de un sistema de servicios de salud novedoso.

Justificación práctica: la demostración de los beneficios propuestos por un sistema de servicios de salud y la implementación de una cartera de servicios distinta para dar solución a un problema existente se convierten en mandatorios si lo que se desea es ser eficaces y eficientes en la gestión de servicios de salud. La toma de decisión, y de inversión ulterior requieren una fundamentación basada en evidencias, que es el móvil de este estudio.

Justificación teórica: El presente estudio propone una herramienta para la toma de decisiones relacionadas a la implementación de un sistema de servicios de salud (PRIISA) en respuesta a una realidad problemática (TB) particular. Teóricamente, demostrar una asociación significativa entre la implementación del programa y los resultados de esta implementación en beneficio del PAT, fortalece la decisión de implementación, mientras que una asociación no significativa invita al gestor de

servicios de salud a la búsqueda de alternativas más eficaces y eficientes para el problema observado.

1.4. Problema

Problema General:

¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?

Problemas Específicos:

1. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio del tratamiento oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?

2. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?

3. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?

1.5. Hipótesis

Hipótesis General.

El programa de Redes Integradas e Itinerantes de salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con tuberculosis en el periodo 2014.

Hipótesis Específicas.

1. El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio del tratamiento oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

2. Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

3. El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

1.6. Objetivos

Objetivo General

Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

Objetivos Específicos.

1. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio del tratamiento oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

2. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

3. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.

II. Marco Metodológico

2.1 Variables

A) Definición Conceptual de la Variable 1:

Participación en el programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA): El PRIISA puede definirse como “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010).

B) Definición Conceptual de la Variable 2:

Evolución de las personas afectadas con tuberculosis: La evolución de las personas afectadas por tuberculosis (PAT) se define en función de tres dimensiones operativas que a continuación se mencionan:

- a) **Inicio de tratamiento oportuno:** Según norma técnica (Ministerio de Salud (MINSAL), 2013), se considerará inicio de tratamiento oportuno a todo aquel tratamiento para Tuberculosis sensible, otorgado dentro de las primeras 24 horas de realizado el diagnóstico; registrado en la tarjeta de control de la persona afectada por Tuberculosis.
- b) **Adherencia al tratamiento:** definimos, para el estudio, la adherencia al tratamiento como la toma regular de la medicación para el esquema de Tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento, durante un periodo no mayor a 188 días, según la norma técnica vigente (Ministerio de Salud (MINSAL), 2013). Así, contamos el periodo transcurrido entre la fecha de inicio de tratamiento y la fecha de alta, de la persona afectada por Tuberculosis.
- c) **Éxito del tratamiento:** la Norma Técnica Sanitaria (Ministerio de Salud (MINSAL), 2013) define operativamente el abandono al tratamiento como la suspensión del tratamiento por 30 días consecutivos. Para el estudio, esta ocurrencia será evidenciada en la tarjeta de control y demás documentos relacionados al tratamiento en la persona afectada

2.2 Operacionalización de las Variables.

Tabla A

Variable 1: Participación en el programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA)

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	NIVELES
Participación	Participación	¿Participó en PRIISA?	Nominal dicotómica	0 = No 1 = Sí

Tabla B

Variable 2: Evolución de las personas afectadas con Tuberculosis

DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA	NIVELES
Inicio de tratamiento oportuno	Inicio Tratamiento antes 24 horas	¿Inició tratamiento oportuno?	Nominal dicotómica	0 = Sí 1 = No
Adherencia al tratamiento	Tratamiento mayor a 189 días	¿Su tratamiento duró más de 189 días?	Nominal dicotómica	0 = Regular 1 = Irregular
Éxito del Tratamiento	Abandono: Suspensión del tratamiento por 30 días consecutivos	¿Abandonó Tratamiento?	Nominal dicotómica	0 = Curado 1 = Abandono (No curado)

2.3. Metodología

El método de investigación es el hipotético-deductivo. Consiste en emitir hipótesis acerca de posibles afirmaciones al problema planteado y en comprobar con los datos disponibles si estos están de acuerdo con aquéllas. De enfoque cuantitativo, pues emplea los datos empíricos para probar hipótesis, con base en el análisis estadístico planteado.

2.4 Tipo de Estudio

Es un estudio de enfoque cuantitativo, debido a que se evaluaron las hipótesis propuestas en función de estadígrafos descriptivos e inferenciales. Es un estudio observacional, retrospectivo, transversal; pues se considerará para el estudio, data recogida durante las atenciones a pacientes afectados por tuberculosis, registrados en el establecimiento de Salud Primavera, perteneciente a la Red de Salud Lima Este Metropolitana, durante el 2014. El estudio es analítico, pues se ha propuesto establecer asociación entre la variable “participación en el programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA)” y la “evolución de las personas afectadas por tuberculosis”, definida en función de las tres (03) dimensiones de estudio, propuestas líneas arriba.

2.5. Diseño de Investigación

El diseño de la investigación es de tipo estudio analítico, utilizando el formato de casos y controles, para comparar la asociación entre la participación en el programa PRIISA y la evolución del paciente afectado por tuberculosis.

2.6. Población y Muestra

Población: Todos los pacientes afectados con Tuberculosis, que hayan sido inscritos como casos de tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento (TB Sensible), con frotis BK positivo, ingresados por primera vez al programa, en el centro de salud Primavera, durante el año 2014.

Muestra: No se determinará el uso de una muestra para el estudio, dado que se cuenta con la base de datos de la población a estudiar, se utilizará para el estudio a toda la población afectada por tuberculosis, inscrita en los registros de los establecimientos de salud, durante el 2014, en el centro de salud Primavera.

2.7. Técnicas e Instrumentación de Recolección de Datos

Técnicas de recolección de Datos

Se utilizará la técnica de documentación, en la que se utilizará una matriz de recolección de datos, de los registros de atención utilizados durante el 2014, para

la atención de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento.

2.8. Métodos de Análisis de Resultados

Los datos recolectados se evaluarán utilizando el paquete informático MS Excel 2016 para la estadística descriptiva y el paquete informático SPSS Statistics 21, para la evaluación de la estadística inferencial. Se utilizará el χ^2 de Independencia para corroborar la asociación entre variables y sus dimensiones respectivas.

2.9. Aspectos Éticos

El uso de la base de datos codificada garantizó el anonimato de las personas afectadas por TB, cuyos registros sirvieron de unidad de análisis para este estudio. No se utilizó ningún dato personal de expedientes evaluados para realizar los datos. Esto basado en la norma **RM715-2013 (2013, p. 3)**

III. Resultados

3.1. Presentación de resultados.

El presente estudio muestra la distribución y frecuencia de los datos obtenidos para las variables y dimensiones de estudio. Las tablas y gráficas presentadas a continuación mostrarán tanto la estadística descriptiva de las variables y dimensiones propuestas, así como la estadística inferencial utilizada como prueba de hipótesis.

Tabla 1

Participación de los Pacientes Afectados por Tuberculosis en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes De Salud (PRIISA). CS Primavera – El Agustino. 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No	9	27,3	27,3	27,3
	Sí	24	72,7	72,7	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Programa de Control de Tuberculosis – CS Primavera. 2014. Elaboración Propia.

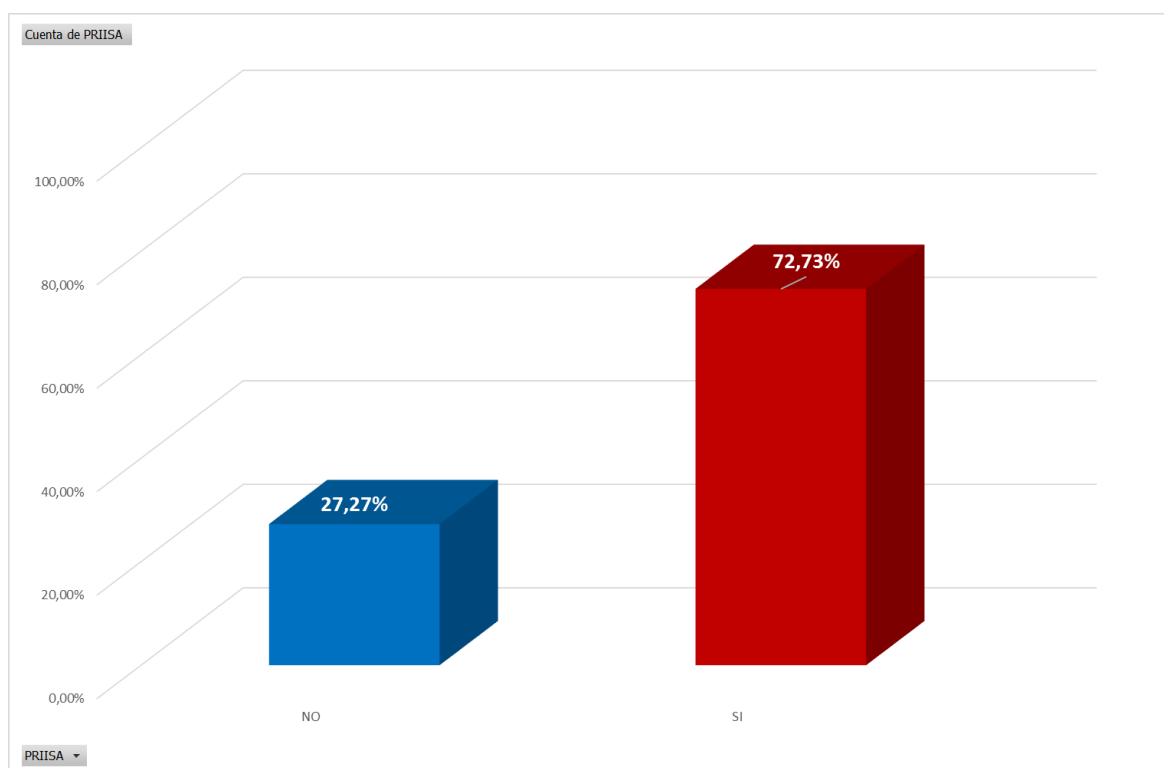


Figura 1: Participación de los Pacientes Afectados por Tuberculosis en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes De Salud (PRIISA). CS Primavera – El Agustino. 2014.

Al observar la Participación de los Pacientes Afectados por Tuberculosis en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes De Salud (PRIISA) se encontró que el 72.7% (24) de los pacientes afectados participaron, mientras que el 27.3% (9) de los pacientes no participaron.

De la misma forma, del total de 33 pacientes afectados por la enfermedad, 24 de ellos participaron en PRIISA, mientras que 9 de ellos no participaron, tal como lo muestra la Figura 1.

Es importante anotar que en centro de salud Primavera, el PRIISA comenzó su accionar a partir del segundo trimestre hasta finales del año 2014. Los meses de enero, febrero y marzo, el Programa de Control de la Tuberculosis ejecutó sus acciones como habitualmente se acostumbraba hasta ese momento.

Tabla 2

Inicio de Tratamiento dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico, en personas afectadas por tuberculosis. CS. Primavera – El Agustino. 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Menor a 24h	23	69,7	69,7	69,7
	Mayor a 24h	10	30,3	30,3	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Programa de Control de Tuberculosis – CS Primavera. 2014. Elaboración Propia.

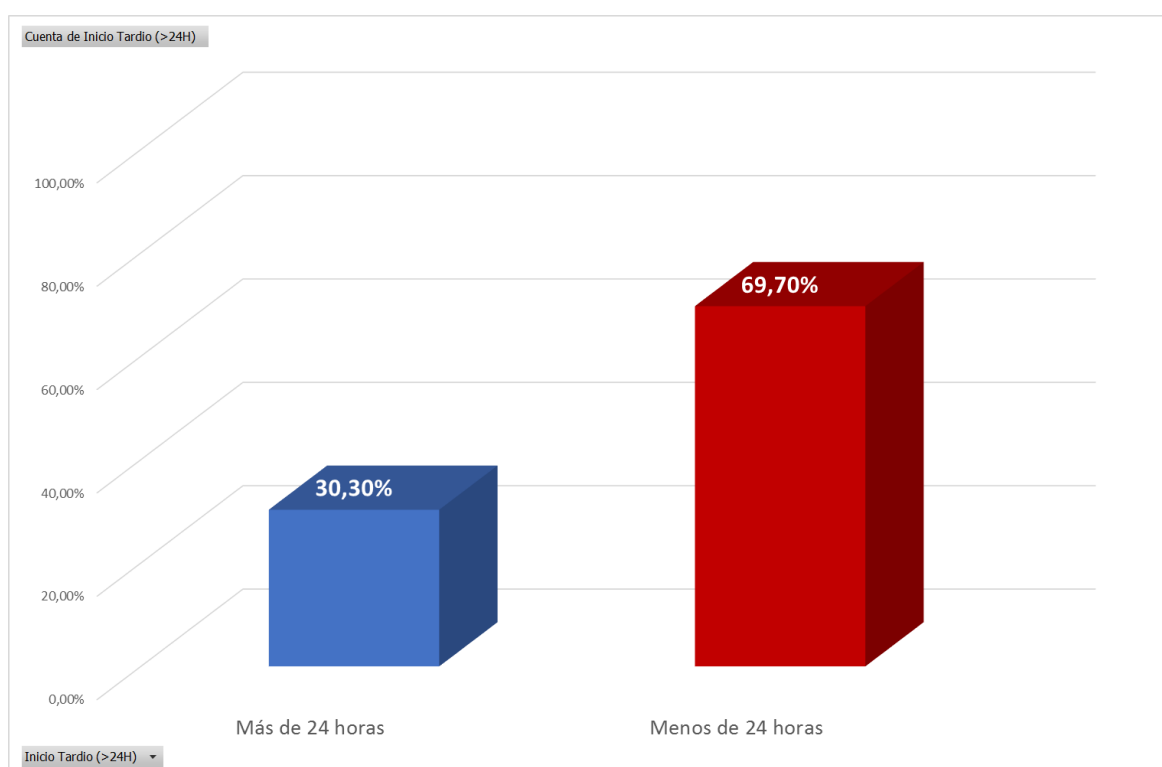


Figura 2 Inicio de Tratamiento dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico, en personas afectadas por tuberculosis. CS. Primavera – El Agustino. 2014.

Como se puede observar, el inicio de tratamiento oportuno, es decir, dentro de las 24 horas de diagnosticada la enfermedad, se ha dado en el 69.7% de las personas afectadas por tuberculosis. 30.3% inició su tratamiento luego de las 24 horas posteriores al diagnóstico. Esto mismo se puede observar en la Figura 2.

Tabla 3

Adherencia al tratamiento en personas afectadas por Tuberculosis. CS Primavera – El Agustino. 2014.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Regular	13	39,4	39,4
	Irregular	20	60,6	100,0
	Total	33	100,0	100,0

Fuente: Programa de Control de Tuberculosis – CS Primavera. 2014. Elaboración Propia

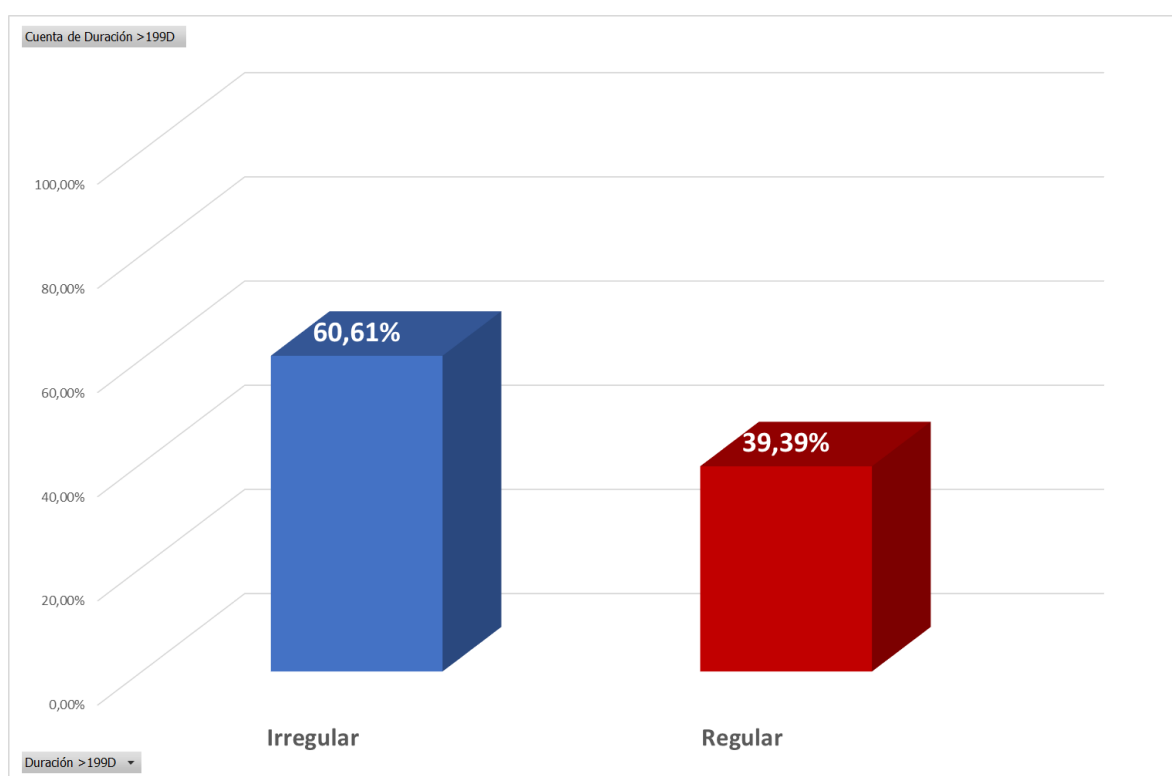


Figura 3 Adherencia al tratamiento en personas afectadas por Tuberculosis. CS Primavera – El Agustino. 2014.

La Tabla 3 muestra la adherencia al tratamiento en personas afectadas por Tuberculosis durante el 2014, en el centro de salud Primavera. Según se observa, 60.6% de las personas afectadas tuvieron irregularidad en el tratamiento, mientras que el 39.4% si recibieron su medicación en el periodo de tiempo adecuado. La figura 3 presenta esta situación de una forma más clara.

Tabla 4

Condición de Egreso al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis. CS Primavera. 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Curado	30	90,9	90,9	90,9
	No curado	3	9,1	9,1	100,0
	Total	33	100,0	100,0	

Fuente: Programa de Control de Tuberculosis – CS Primavera. 2014. Elaboración Propia

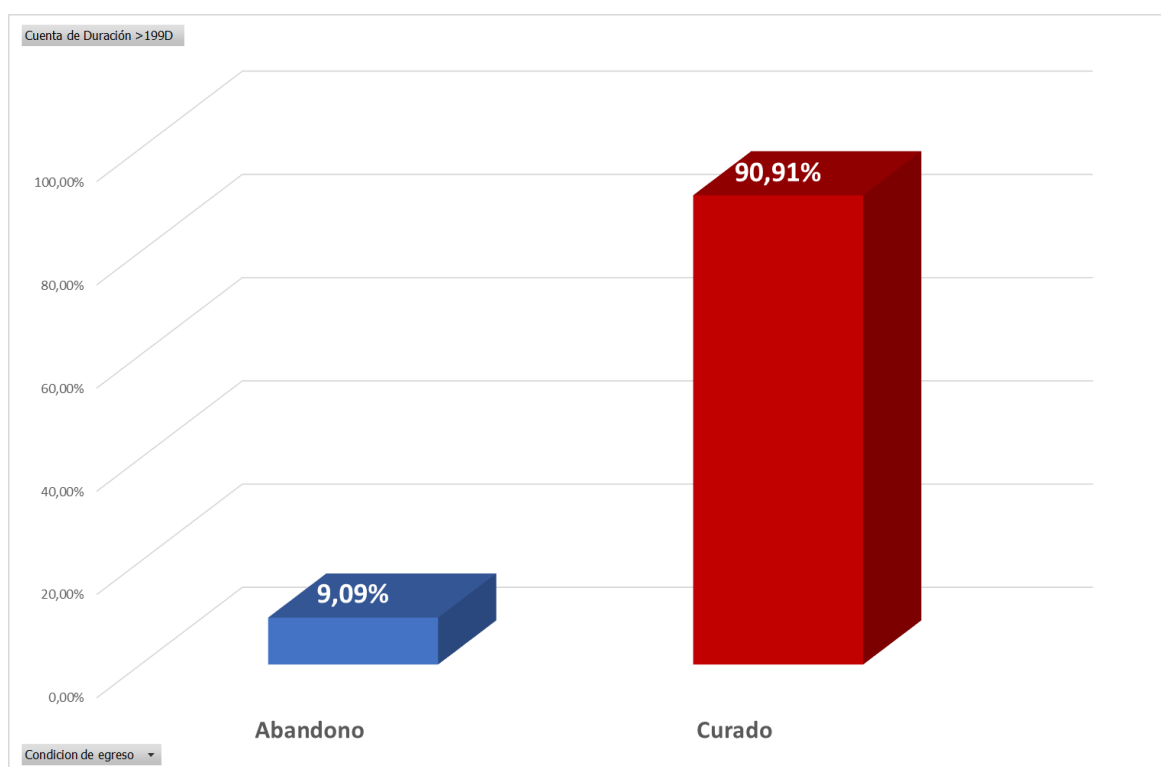


Figura 4 Condición de Egreso al tratamiento de las personas afectadas por Tuberculosis. CS Primavera. 2014.

Al observar la data relacionada a la Condición de Egreso al tratamiento, la Tabla 4 nos muestra que el 90.9% de las personas afectadas por tuberculosis culminaron el tratamiento en condición de curados, mientras que sólo el 9.1% de los afectados terminaron como no curados (abandonos, fracasos o fallecidos). La Figura 4, muestra la gran diferencia entre las frecuencias de curado y no curado.

3.2. Contrastación de las hipótesis.

A continuación, se presentan las tablas de contingencia y la prueba de hipótesis X² de independencia para corroborar las hipótesis planteadas:

Tabla 5

Tabla de contingencia y análisis X² para Participación en PRIISA e Inicio de tratamiento dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico, en pacientes afectados por tuberculosis. CS Primavera. 2014.

		Inicio de Tratamiento Oportuno		Total	
		Menor a 24h	Mayor a 24h		
PRIISA	No	Recuento	9	0	9
		% Inicio de Tratamiento Oportuno	39,1%	0,0%	27,3%
PRIISA	Sí	Recuento	14	10	24
		% Inicio de Tratamiento Oportuno	60,9%	100,0%	72,7%
Total		Recuento	23	10	33
		% Inicio de Tratamiento Oportuno	100,0%	100,0%	100,0%

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,380 ^a	1	,020	,032	,021	
Corrección por continuidad ^b	3,588	1	,058			
Razón de verosimilitudes	7,884	1	,005	,022	,021	
Estadístico exacto de Fisher				,032	,021	
Asociación lineal por lineal	5,217 ^c	1	,022	,032	,021	,021
N de casos válidos	33					

La Tabla 5 nos muestra la tabla de contingencia entre las variables “Participación en PRIISA” y la dimensión “Inicio de tratamiento dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico”. La prueba de hipótesis X² fue aplicada para corroborar la asociación existente. El valor de significancia estadística $p=0.032$ ($p \leq 0.05$), establece la aceptación de la hipótesis en la que se afirma que existe una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 6

Tabla de contingencia y análisis X^2 para Participación en PRIISA y Adherencia al tratamiento en pacientes afectados por tuberculosis. CS Primavera. 2014.

		DURACION > 189D		Total	
		Regular	Irregular		
PRIISA	No	Recuento	4	5	9
		% dentro de DURACION > 189D	30,8%	25,0%	27,3%
	Sí	Recuento	9	15	24
		% dentro de DURACION > 189D	69,2%	75,0%	72,7%
Total	Recuento	13	20	33	
	% dentro de DURACION > 189D	100,0%	100,0%	100,0%	

	Valor gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	,132 ^a 1	,716	1,000	,509	
Corrección por continuidad ^b	,000 1	1,000			
Razón de verosimilitudes	,131 1	,717	1,000	,509	
Estadístico exacto de Fisher			1,000	,509	
Asociación lineal por lineal	,128 ^c 1	,720	1,000	,509	,287
N de casos válidos	33				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,55.

La Tabla 6 nos muestra la tabla de contingencia entre las variables “Participación en PRIISA” y la dimensión “Adherencia al tratamiento”. La prueba de hipótesis X^2 fue aplicada para corroborar la asociación existente. El valor de significancia estadística $p=1.00$ ($p>0.05$), rechaza la hipótesis de una asociación significativa entre ambas variables.

Tabla 7

Tabla de contingencia y análisis X^2 para Participación en PRIISA y Condición de egreso en pacientes afectados por tuberculosis. CS Primavera. 2014.

		CONDICION DE EGRESO		Total	
		Curado	No curado		
PRIISA	No	Recuento	7	2	9
		% dentro de CONDICION DE EGRESO	23,3%	66,7%	27,3%
	Sí	Recuento	23	1	24
		% dentro de CONDICION DE EGRESO	76,7%	33,3%	72,7%
Total	Recuento	30	3	33	
	% dentro de CONDICION DE EGRESO	100,0%	100,0%	100,0%	

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,582 ^a	1	,108	,174	,174	
Corrección por continuidad ^b	,859	1	,354			
Razón de verosimilitudes	2,257	1	,133	,174	,174	
Estadístico exacto de Fisher				,174	,174	
Asociación lineal por lineal	2,504 ^c	1	,114	,174	,174	,158
N de casos válidos	33					

La Tabla 7 nos muestra la tabla de contingencia entre las variables “Participación en PRIISA” y la dimensión “Condición de Egreso”. La prueba de hipótesis X^2 fue aplicada para corroborar la asociación existente. El valor de significancia estadística $p=0.174$ ($p>0.05$), rechaza la hipótesis de una asociación significativa entre ambas variables.

IV. Discusión

El propósito de las Redes Integradas va más allá de la sola articulación contractual para prestar servicios de salud a una población definida por un ámbito territorial. (Presidencia de la República del Perú, 2013). Al enfocar sus esfuerzos hacia los determinantes de la salud, busca mejorar el acceso de la población objetivo a los servicios de salud que satisfagan sus necesidades principales, como lo estipula la atención primaria de salud (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010).

El modelo de abordaje social político para combatir la enfermedad (Fuentes-Tafur, 2009) nos propone la consideración de factores que van más allá de lo biológico, y se adentran en los ya bien conocidos determinantes sociales de la salud, que, al existir como parte del día a día de la persona afectada por tuberculosis, condicionan de manera positiva o negativa la aparición, desarrollo y agravamiento de la enfermedad en el individuo (Villeda Sánchez, 2008).

Como se ha revisado anteriormente, muchos de los esfuerzos realizados, entendidos como servicios de salud pública, están enfocados hacia la resolución de la enfermedad más que hacia la prevención primaria, a pesar de entender la importancia de las acciones de promoción de la salud, prevención de daño y diagnóstico oportuno (Pantoja-Rojas & Roa-Vargas, 2012). El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) en su concepción busca superar aquellos determinantes sociales de la salud que limitan el acceso a los servicios de salud, en particular, a aquellos en riesgo de enfermar por TB, y facilitar la continuidad de tratamiento hasta la curación. Se ha demostrado que cuanto más conocimiento sobre su enfermedad tiene la persona afectada, así como la percepción de un servicio de salud con atención de calidad, favorecen el éxito del tratamiento, entendido como la continuidad en el tratamiento y posterior egreso en condición de curación de la enfermedad (Villeda Sánchez, 2008).

La intención de este estudio es, de alguna manera, evaluar los resultados del Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud, como intencionalidad político social, de contribuir a la solución de una enfermedad. Como tal, comprendemos que PRIISA es un conjunto de actividades coherentes, integradas y organizadas con el fin de mejorar las condicionantes sociales que afectan directamente la continuidad y resolución positiva de tratamiento; por lo que debe

ser evaluado para evidenciar su contribución real al objetivo que se busca (Naranjo, 2006). La evaluación propuesta estuvo enfocada en determinar la relación existente entre la participación de las personas afectada por TB en PRIISA – y con ello los beneficios del programa como tal – en tres momentos del tratamiento importantes para verificar su efectiva evolución: diagnóstico oportuno, adherencia al tratamiento y éxito del mismo al egreso.

Se encontró que, para el presente estudio, existe una asociación significativa entre la participación del paciente afectado por TB en PRIISA, y el inicio de tratamiento las 24 horas de haberse realizado el diagnóstico de la enfermedad. Es decir, que PRIISA favorece el inicio del tratamiento de manera oportuna, en aquellos pacientes que han pasado antes por el tamizaje de esputo por reconocer su condición de sintomático respiratorio. En el modelo de abordaje político social, el enfoque de la salud como derecho y el respeto a la vida, invitan a los servicios de salud a modificar sus patrones de prestación de salud y con ello efectivizar sus prestaciones. Otras intervenciones comunitarias han demostrado esta asociación entre modificaciones – mejoras – a los modelos de intervención con enfoque social (Soto Montejos, 2014).

Sin embargo, al evaluar la adherencia al tratamiento en función de la participación de la persona afectada en PRIISA, no podemos aseverar que exista una asociación significativa, y con ello no se demuestra que esta participación ayude a las personas en tratamiento a culminar con el mismo en el tiempo establecido para ello. Si bien los estudios muestran que el acompañamiento del servicio de salud es importante para la adherencia al tratamiento (Murcia Montaña, 2014). Esto se entiende a que existen otros determinantes sociales que influye/participan en la continuidad del tratamiento y que posiblemente no hayan sido abordados de manera integral por el programa.

Lo mismo sucede cuando evaluamos el éxito del tratamiento en pacientes participantes del PRIISA. Los datos nos muestran que no existe una asociación significativa entre ambas características, por lo que no se puede aseverar que la intervención haya contribuido con el efecto final deseado: la cura de la enfermedad. Consideramos que a pesar de que los estudios basados en el seguimiento y acompañamiento social apuntan a mejorar los resultados de éxito de tratamiento

(Luna Sánchez, Romero Romero, Expósito García, & Mata Martín, 2010), existen muchos considerandos adicionales. Los determinantes sociales de la salud son vastos, y complicados de abordar en su totalidad, por ello la implementación de programas sanitarios que fortalezcan las redes integradas de salud para el control de esta enfermedad (Marvila García & Lemos Leal , 2015).

V. Conclusiones

Primero: Se determinó que existe una asociación significativa entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y el inicio de tratamiento oportuno, en el CS Primavera, durante el año 2014.

Segundo: Se determinó la asociación irrelevante entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la adherencia al tratamiento, en el CS Primavera, durante el año 2014.

Tercero: Se determinó una asociación irrelevante entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la condición de egreso, en el CS Primavera, durante el año 2014.

VI. Recomendaciones

Siendo el presente estudio de tipo descriptivo transversal analítico, y la intencionalidad del mismo el hallar una relación significativa entre la participación de las personas afectadas por tuberculosis (PAT) en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y; habiendo logrado las conclusiones mencionadas líneas arriba, en el marco del presente estudio, se recomienda:

Primero: Se recomienda ahondar en estudios que apunten a esclarecer la relación encontrada entre la participación de los pacientes afectados por tuberculosis en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud, y el inicio de tratamiento oportuno, de modo que pueda fortalecerse esta relación y sistematizarse para su aplicación en la atención regular de los pacientes afectados por la enfermedad.

Segundo: Se recomienda replantear las acciones relacionadas a fortalecer la adherencia al tratamiento dentro del Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud ofrecida a pacientes afectados por tuberculosis, en busca de un efecto directo sobre la misma (adherencia), con el fin de fortalecer la propuesta de intervención sanitaria.

Tercero: El éxito o fracaso del tratamiento antituberculoso está relacionado al cumplimiento del tratamiento prescrito. Por ello, el estudio recomienda fortalecer aquellos aspectos del Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud ofrecido a personas afectadas por tuberculosis, en los que no se ha encontrado una relación significativa, de modo que se permita la modificación de la intervención en favor de los participantes del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la condición de egreso.

VII. Referencias bibliográficas

- Castillo Loza, G., Zárate Isidro, N., & Güisa Bravo, I. (2011). Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico. Obtenido de Researchgate.net: https://www.researchgate.net/publication/33551585_Impacto_de_un_programa_educativo_en_los_conocimientos_actitudes_y_practicas_de_la_poblacion_con_respecto_a_la_incidencia_de_tuberculosis_en_zonas_de_alto_riesgo_epidemiologico
- Soto Montejos, E. (2014). Tesis “Efectividad de la estrategia DATOS en el tratamiento de pacientes con tuberculosis en un distrito urbano de Lima - Perú en los años 2011- 2012 (Brasil)”, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro.
- Murcia Montaña, L (2014). Tesis “Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el Departamento del Amazonas 2009-2012 (Colombia)”, Universidad Nacional de Colombia,
- Chuquizuta Pinedo, C. (2007). Repositorio de Tesis Digitales - UNMSM. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/Pinedo_cc.pdf
- Dalens Remigio , E. (2012). *Tesis: FACTORES QUE INDUCEN AL ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS. RED DE SALUD LIMA NORTE V RÍMAC-SAN MARTIN-LOS OLIVOS*. Lima-Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza - Universidad Ricardo Palma.
- Fuentes-Tafur, L. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 370-79.
- Luna Sánchez, A., Romero Romero, B., Expósito García, S., & Mata Martín, A. (2010). Evaluación de una estrategia para el control de la Tuberculosis en un distrito sanitario de Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 71-78.
- Marvila García, E., & Lemos Leal , M. (2015). Implementación de un Programa Municipal de Control de Tuberculosis en Marataízes-ES, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, 559-564.
- Medina Verde, N., Suárez Larreinaga, C., Berdasquera Corcho, D., & González Ochoa, E. (2004). Evaluación de la calidad del control de la tuberculosis en el municipio Guanajay mediante un ciclo de auditoría clínica. Obtenido de Scielo:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000300012

- Ministerio de Salud (MINSA). (08 de Noviembre de 2013). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Resolución Ministerial n° 715-2013/MINSA. Lima, Lima , Perú: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSA). Dirección General de Salud de las Personas. . (2011). Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico. Lima - Perú: Ministerio de Salud.
- Moya, E. M., Chavez-Baray, S. M., & Martinez, O. (2017). Trabajo Social en la micro y macro práctica en el contexto de la Tuberculosis. *Ehquidad International Welfare Policies and Social Work Journal*, 43-66.
- Municipalidad Distrital de El Agustino. (06 de Febrero de 2014). Ordenanza n° 556-MDEA: Constituyen el Gobierno Distrital de Salud de El Agustino. *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Lima, Perú: El Peruano.
- Murcia Montaña, L. (2014). *Tesis: Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el departamento de Amazonas 2009-2012*. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública.
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de Programas de Salud. *Comunidad y Salud*, 4(2).
- OPS-OMS. (2015). Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades. Washington D. C.: OPS-OMS.
- OPS-OMS. (2015). Tuberculosis en las Américas. Reporte Regional 2015. Epidemiología, Control y Financiamiento. Washington D. C.: OPS-OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). 10 datos sobre la Tuberculosis. Obtenido de OMS 10 datos sobre la Tuberculosis: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *APS Redes Integradas Servicios Salud-Conceptos.pdf*. Obtenido de Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hojas de Ruta para su implementación en las Américas: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf

- Pantoja-Rojas, L., & Roa-Vargas, E. (2012). Factores relacionados con el diagnóstico de la tuberculosis mediante la prueba Chi-cuadrado para Bogotá (Colombia). *Ingeniería Industrial*.
- Presidencia de la República del Perú. (07 de Diciembre de 2013). Decreto Legislativo n° 1166. Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. Diario Oficial El Peruano. Lima, Lima, Lima: El Peruano.
- Sarmiento Galván, D. (2014). *Universidad Veracruzana*. Obtenido de Foro Académico Virtual de Residentes: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-Kristel.pdf>
- Soto Montejos, E. (2014). *Tesis: Efectividad de la estrategia DATOS en el tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un distrito urbano de Lima - Perú en los años 2011-2012*. Rio de Janeiro - Brasil: Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundación Oswaldo Ruíz. Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca.
- Tacuri Taipe, M. (2009). *Tesis: Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis*. Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Tovar, M., Wingfield, T., Saunders, M., Montoya, R., Ramos, E., Valencia, T., . . . Evans, C. (2016). Poverty predisposes patients to intermittent adherence to TB treatment. 47th Union World Conference on Lung Health (pág. S493). Liverpool: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Villa, L., Trompa, I., Montes, F., Gómez, J., & Restrepo, C. (2014). Análisis de la mortalidad por tuberculosis en Medellín, 2012. *Biomédica*, 34:425-32.
- Villeda Sánchez, M. (2008). *Factores Asociados al Éxito y/o Tesis: Abandono del Tratamiento Antituberculoso en la Jurisdicción Sanitaria n° 1 de San Luis de Potosi*. Bolivia: Universidad Autónoma de San Luis de Potosi.
- Wingfield, T., Tovar, M., Huff, D., Boccia, D., Montoya, R., Ramos, E., . . . Evans, C. (2017). Un estudio controlado aleatorizado de apoyo socioeconómico para mejorar la prevención y el tratamiento de la tuberculosis en Perú. *Bulletin World Health Organization*, 270-280.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global Tuberculosis Report*. Suiza: WHO.

Zuñiga, J. (2015). An Integrated Review of Directly Observed Therapy for Tuberculosis in Latin America. *Hispanic Health Care International*, 13(1):46-54(9).
Obtenido de *Hispanic Health Care International*.

VIII. Anexos

Anexo 1. Tabla de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES E INDICADORES																		
<p>General: ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?</p> <p>Específicos: 1. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014? 2. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la adherencia al tratamiento de las</p>	<p>General Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.</p> <p>Específicos. 1. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014. 2. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la</p>	<p>General. El programa de Redes Integradas e Itinerantes de salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con tuberculosis en el periodo 2014.</p> <p>Específicos. 1. El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con inicio oportuno de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014. 2. Programa de Redes Integradas e Itinerantes de</p>	<p>Variable X: Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Participación en PRIISA</td> <td>¿Participó en PRIISA?</td> <td>Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Variable Y: Evolución de las personas afectadas con tuberculosis.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones</th> <th>Indicadores</th> <th>Escala</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Inicio de tratamiento oportuno</td> <td>¿Recibió tratamiento durante las 24 horas de realizado el diagnóstico?</td> <td>Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)</td> </tr> <tr> <td>Adherencia al tratamiento</td> <td>¿La duración del tratamiento es mayor a 189 días?</td> <td>Cualitativa nominal dicotómica (Regular / Irregular)</td> </tr> <tr> <td>Éxito del tratamiento</td> <td>¿Cuál es la condición de egreso?</td> <td>Cualitativa nominal dicotómica (Curado / No curado)</td> </tr> </tbody> </table>	Dimensiones	Indicadores	Escala	Participación en PRIISA	¿Participó en PRIISA?	Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)	Dimensiones	Indicadores	Escala	Inicio de tratamiento oportuno	¿Recibió tratamiento durante las 24 horas de realizado el diagnóstico?	Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)	Adherencia al tratamiento	¿La duración del tratamiento es mayor a 189 días?	Cualitativa nominal dicotómica (Regular / Irregular)	Éxito del tratamiento	¿Cuál es la condición de egreso?	Cualitativa nominal dicotómica (Curado / No curado)
			Dimensiones	Indicadores	Escala																
Participación en PRIISA	¿Participó en PRIISA?	Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)																			
Dimensiones	Indicadores	Escala																			
Inicio de tratamiento oportuno	¿Recibió tratamiento durante las 24 horas de realizado el diagnóstico?	Cualitativa nominal dicotómica (Sí / No)																			
Adherencia al tratamiento	¿La duración del tratamiento es mayor a 189 días?	Cualitativa nominal dicotómica (Regular / Irregular)																			
Éxito del tratamiento	¿Cuál es la condición de egreso?	Cualitativa nominal dicotómica (Curado / No curado)																			

<p>personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?</p> <p>3. ¿El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014?</p>	<p>adherencia al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.</p> <p>3. Determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.</p>	<p>Salud (PRIISA) está asociado con la adherencia al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.</p> <p>3. El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con el éxito al tratamiento de las personas afectadas con Tuberculosis en el periodo 2014.</p>	
--	--	--	--

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA
<p>Tipo de Estudio Estudio cuantitativo, observacional, analítico, retrospectivo, transversal.</p> <p>Diseño de estudio Diseño epidemiológico, tipo casos y controles.</p> <p>Método de investigación Hipotético – deductivo, de enfoque cuantitativo.</p>	<p>Determinación de la Población y Muestra:</p> <p>Población: Todos los pacientes afectados con tuberculosis, que hayan sido inscritos como casos de tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento, con frotis positivo, ingresados por primera vez al programa.</p> <p>Muestra: No se determinará el uso de una muestra para el estudio, dado que se cuenta con la base de datos de la población a estudiar.</p>	<p>Se utilizará la técnica de documentación, en la que se utilizará una matriz de recolección de datos, de los registros de atención utilizados durante el 2014, para la atención de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento.</p>	<p>Los datos recolectados se evaluarán utilizando el paquete informático MS Excel 2016 para la estadística descriptiva y el paquete informático SPSS Statistics 21, para la evaluación de la estadística inferencial. Se utilizará el X2 de Independencia para corroborar la asociación entre variables y sus dimensiones respectivas, así como el Odds Ratio o Razón de probabilidad cuando la asociación sea verificada, para medir el grado de asociación entre las variables y sus dimensiones</p>

Anexo 2. Base de Datos

Edad	Genero	SEXO	PRIISA	PRIISA	Localización de la TB	Condición de ingreso	Resultado BK	Condición de egreso	EGRESO	EXCLUIDO DE ESQUEMA PARA TB SENSIBLE	tiempo de inicio de tratamiento	Inicio Tardío (>24H)	duración 194	Duración >189D
21	M	1	NO	0	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	548	Irregular
53	M	1	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	230	Irregular
19	M	1	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	215	Irregular
26	F	0	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	210	Irregular
52	M	1	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Fallecido	1	No	0	Menos de 24 horas	3	Regular
24	F	0	NO	0	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	182	Regular
27	M	1	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+	Abandono	1	No	0	Menos de 24 horas	207	Irregular
24	F	0	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	180	Regular
27	F	0	NO	0	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	183	Regular
30	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	203	Irregular
18	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	4	Más de 24 horas	211	Irregular
28	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	2	Más de 24 horas	182	Regular
49	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	4	Más de 24 horas	366	Irregular
56	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Curado	0	No	2	Más de 24 horas	234	Irregular
22	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	3	Más de 24 horas	224	Irregular
71	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	234	Irregular
27	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	2	Más de 24 horas	179	Regular
14	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Abandono	1	No	0	Menos de 24 horas	477	Irregular
24	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	183	Regular

20	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Curado	0	No	4	Más de 24 horas	218	Irregular
56	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	560	Irregular
22	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	231	Irregular
22	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	186	Regular
36	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	213	Irregular
31	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	2	Más de 24 horas	177	Regular
35	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	5	Más de 24 horas	204	Irregular
35	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	181	Regular
54	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	196	Regular
27	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	180	Regular
47	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Curado	0	No	1	Menos de 24 horas	243	Irregular
65	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	200	Irregular
34	M	1	SI	1	Pulmonar	Nuevo	++	Curado	0	No	0	Menos de 24 horas	204	Irregular
40	F	0	SI	1	Pulmonar	Nuevo	+++	Curado	0	No	4	Más de 24 horas	189	Regular

Anexo 3. Procesamiento SPSS v.21

MdCV-BD5 09052017.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	SEXO	Númerico	9	0	SEXO	{0, Mujer}...	Ninguna	9	Derecha	Escala	Entrada
2	PRIISA	Númerico	8	2	PRIISA	{00, No}...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
3	EGRESO	Númerico	8	2	CONDICION D...	{00, Curado...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
4	INITTO24H	Númerico	8	2	INICIO TRATA...	{00, Menor ...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
5	DUR199D	Númerico	8	2	DURACION > 1...	{00, Regula...	Ninguna	8	Derecha	Escala	Entrada
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

Anexo 4. Certificado de aprobación del instrumento.



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE LA VARIABLE PERFIL ORGANIZATIVO

N°	DIMENSIONES / Items	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE REDES INTEGRADAS E ITINERANTES DE SALUD (PRIISA)							
1	¿Participa en PRIISA?	✓				✓		
2	¿La tabla diferencia claramente a quienes participaron de PRIISA y quienes no?	✓		✓		✓		
3	¿La información recogida es completa para cada caso?	✓		✓		✓		
4	¿Se brindaron todas las actividades que conformaron PRIISA a los participantes registrados como tal?	✓		✓		✓		
5	¿Existen datos perdidos o no recogidos en la muestra a trabajar?	✓		✓		✓		
	EVOLUCIÓN DE LAS PERSONAS AFECTADAS CON TUBERCULOSIS	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Fecha de Inicio de Tratamiento	✓		✓		✓		
2	Fecha de Diagnóstico de TB	✓		✓		✓		
3	Cálculo de días entre fecha de diagnóstico y de inicio de tratamiento	✓		✓		✓		
4	¿El cálculo del día es mayor a 1 días?	✓		✓		✓		
5								
	Adherencia al tratamiento	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Fecha de término de tratamiento(– Fecha de inicio de tratamiento)debe ser < 199 días	✓		✓		✓		
2	Fecha de inicio de tratamiento	✓		✓		✓		
3	Cálculo entre la fecha de término y de inicio de tratamiento	✓		✓		✓		
4	¿El cálculo del tiempo de tratamiento es < 199 días?	✓		✓		✓		
	Éxito del tratamiento	Si	No	Si	No	Si	No	
1	Condición de alta del IPAT: Curado	✓		✓		✓		
2	¿Se encuentra registrada la condición de alta del PAT?	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Se hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Dr. Pardo López Hugo DNI: 43313069

Especialidad del validador: Dr. Teoría de la Prueba

Firma del Experto Informante.
Especialidad

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Anexo 5. Certificado de aprobación del instrumento.



PERÚ Ministerio de Salud

Dirección de Red de Salud Lima Este Metropolitana

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

Constancia

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y según el documento de referencia Carta P424-2017 EPG-UCV LE Se le brindó las facilidades a la Médica Cirujana MARIA DEL CARMEN VEGA ORTIZ a fin del desarrollo del Trabajo de Investigación Tesis :

"Programa de Redes Integradas e Itinerantes de salud y la evolución de las personas afectadas contuberculosis C.s Primavera – El Agustino 2014"

Sin otro particular, me despido de usted no sin antes manifestarle mi consideración y estima personal.

Atentamente.

Ministerio de Salud DIRECCIÓN DE RED DE SALUD LIMA ESTE METROPOLITANA
MICHINO RIVERA EL AGUSTINO C.S. PRIMAVERA
DRA. ANA M. VÁSQUEZ SAMANIEGO
COORDINADORA DE EQUIPO DE TRABAJO
CMP 58196

Anexo 6. Artículo Científico

1. TÍTULO

Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con Tuberculosis CS Primavera - El Agustino – 2014.

2. AUTOR (A, ES, AS)

Vega Ortiz, María del Carmen. Email: marvedad@hotmail.com. Médica – Cirujano. Egresada de la Maestría en Gestión de Servicios de la Salud. Universidad César Vallejo.

3. RESUMEN

Se evaluó la participación de personas afectadas por Tuberculosis, en un programa de salud que aborda algunos determinantes sociales, fundamentado en acompañamiento social y con enfoque metodológico 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. Este estudio evaluó tres aspectos del tratamiento de la enfermedad: diagnóstico oportuno, adherencia al tratamiento y éxito del mismo en función a la condición de egreso. La población de estudio fueron todas aquellas personas afectadas por tuberculosis pulmonar, sensible al tratamiento, tratadas por primera vez. Se contó con los registros de atención de todas las personas afectadas por tuberculosis durante el 2014, año en que se ejecutó el programa, se utilizó esta información documentada para realizar el estudio de casos y controles. Se utilizó el X² de independencia para corroborar la asociación de la participación y estas tres características. Los resultados obtenidos: Se halló una asociación entre significativa entre la participación de las personas afectadas con TB y el inicio de tratamiento oportuno ($p= 0,032$). Fue diferente para la adherencia ($p=1,00$) y el éxito del tratamiento ($p=0,174$), en los que no se halló esta asociación significativa. Los programas de salud basado en un enfoque social político, que considera determinantes sociales de la salud contribuyen de una manera eficaz con la resolución de la enfermedad, pero no en todos los aspectos de la misma. Se sugiere evaluar más profundamente aquellos aspectos de éxito de los programas de salud basados en determinantes sociales y con enfoque político social, e implementar los aspectos positivos como parte de los programas implementados en redes integradas de salud.

4. PALABRAS CLAVE

Tuberculosis, determinantes sociales, redes integradas de salud, adherencia, tratamiento.

5. ABSTRACT

This study evaluates the participation of people affected by Tuberculosis in a health program that addresses some social determinants, based on social accompaniment with a methodological approach based on health as right, called Integrated Health and Itinerant Networks Program (PRIISA), at a primary health center in the El Agustino district in Lima. As a health program, this study evaluates three important aspects in the treatment of the disease: timely diagnosis, adherence to treatment and success of the same depending on the condition of discharge. The study population was all those affected by treatment-sensitive pulmonary tuberculosis, treated for the first time. The records of all people affected by tuberculosis during the year 2014, when the program was implemented, this documented information was used to carry out the case-control study. We used the χ^2 of independence to corroborate the association of participation and these three characteristics. The results obtained: A significant association was found between the participation of those affected with TB and the initiation of timely treatment ($p = 0.032$). It was different for adherence ($p = 1.00$) and treatment success ($p = 0.174$), where this significant association was not found. Health programs based on a social-political approach, which considers social determinants of health contribute effectively to the resolution of the disease, but not in all aspects of it. It is suggested to further evaluate those aspects of success of health programs based on social and social determinants, and to implement the positive aspects as part of programs implemented in integrated health networks

6. KEYWORDS

Tuberculosis, social determinants, integrated health networks, adherence, treatment.

7. INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es un problema de salud que afecta, sin discriminación, a toda la población. En la observación de las sociedades podemos evidenciar una relación directa entre la pobreza y la presencia de la Tuberculosis. Así comprendemos que la existencia de determinantes sociales que influyen en el estado de salud – enfermedad en una sociedad, también determina la aparición, avance y gravedad de una patología que, como la Tuberculosis, es muy afecta a las condiciones de vida de las personas, familias y comunidades. De allí que el abordaje de la TB incluye a la fecha un cambio de paradigma: dejar de ver a la tuberculosis como un asunto de importancia médica, para convertirse en una necesidad social imperativa que requiere un enfoque metodológico basado en la familia y comunidad, que considera a la salud como derecho y a la puesta en marcha de acciones político – sociales que trascienden en enfoque médico - asistencialista existente. En el distrito de El Agustino, Lima; este enfoque se inició con el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA), que

buscaba acercar los servicios de salud a las personas afectadas por TB. El presente trabajo tiene como objetivo determinar si el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) está asociado con la evolución de las personas afectadas con Tuberculosis en el 2014, con la finalidad evaluar las intervenciones operativas que favorezcan los resultados sanitarios en general, y en particular los ligados a la tuberculosis, y que con ello contribuyan a una adecuada evolución de la recuperación de la persona afectada con TB.

8. METODOLOGÍA

Población: 40 pacientes afectados con Tuberculosis, inscritos como casos de tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento (TB Sensible), con frotis BK positivo, ingresados por primera vez al programa, en el centro de salud Primavera, durante el año 2014.

Muestra: No se determinará el uso de una muestra para el estudio, dado que se cuenta con la base de datos de la población a estudiar, se utilizará para el estudio a toda la población afectada por tuberculosis, inscrita en los registros de los establecimientos de salud, durante el 2014, en el centro de salud Primavera.

Técnica de recolección y análisis: Se utilizará la técnica de documentación, en la que se utilizará una matriz de recolección de datos, de los registros de atención utilizados durante el 2014, para la atención de pacientes afectados por tuberculosis pulmonar sensible al tratamiento. Los datos recolectados se evaluarán utilizando el paquete informático MS Excel 2016 para la estadística descriptiva y el paquete informático SPSS Statistics 21, para la evaluación de la estadística inferencial. Se utilizará el X2 de Independencia para corroborar la asociación entre variables y sus dimensiones respectivas.

9. RESULTADOS

Al observar la Participación de los Pacientes Afectados por Tuberculosis en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes De Salud (PRIISA) se encontró que el 72.7% de los pacientes afectados participaron, mientras que el 27.3% de los pacientes no participaron. Es importante anotar que en centro de salud Primavera, el PRIISA comenzó su accionar a partir del segundo trimestre hasta finales del año 2014. Los meses de enero, febrero y marzo, el Programa de Control de la Tuberculosis ejecutó sus acciones como habitualmente se

acostumbraba hasta ese momento. El inicio de tratamiento oportuno, es decir, dentro de las 24 horas de diagnosticada la enfermedad, se ha dado en el 69.7% de las personas afectadas por tuberculosis. 30.3% inició su tratamiento luego de las 24 horas posteriores al diagnóstico. 60.6% de las personas afectadas tuvieron irregularidad en el tratamiento, mientras que el 39.4% si recibieron su medicación en el periodo de tiempo adecuado. 90.9% de las personas afectadas por tuberculosis culminaron el tratamiento en condición de curados, mientras que sólo el 9.1% de los afectados terminaron como no curados (abandonos, fracasos o fallecidos). La prueba de hipótesis X² fue aplicada para corroborar la asociación existente entre la Participación en PRIISA y el Inicio de tratamiento dentro de las 24 horas de realizado el diagnóstico. El valor de significancia estadística $p=0.032$ ($p\leq 0.05$), establece la aceptación de la hipótesis en la que se afirma que existe una asociación significativa entre ambas variables. La prueba de hipótesis X² fue aplicada para corroborar la asociación existente entre la Participación en PRIISA la Adherencia al tratamiento. El valor de significancia estadística $p=1.00$ ($p>0.05$), rechaza la hipótesis de una asociación significativa. La prueba de hipótesis X² fue aplicada para corroborar la asociación existente entre la Participación en PRIISA la condición de egreso. El valor de significancia estadística $p=1.00$ ($p>0.05$), rechaza la hipótesis de una asociación significativa.

10. DISCUSIÓN

El propósito de las Redes Integradas enfoca sus esfuerzos hacia los determinantes de la salud, busca mejorar el acceso de la población objetivo a los servicios de salud que satisfagan sus necesidades principales. El Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) en su concepción busca superar aquellos determinantes sociales de la salud que limitan el acceso a los servicios de salud, en particular, a aquellos en riesgo de enfermar por TB, y facilitar la continuidad de tratamiento hasta la curación. PRIISA favorece el inicio del tratamiento de manera oportuna, en aquellos pacientes que han pasado antes por el tamizaje de esputo por reconocer su condición de sintomático respiratorio. En el modelo de abordaje político social, el enfoque de la salud como derecho y el respeto a la vida, invitan a los servicios de salud a modificar sus patrones de prestación de salud y con ello efectivizar sus

prestaciones. Si bien los estudios muestran que el acompañamiento del servicio de salud es importante para la adherencia al tratamiento. Esto se entiende a que existen otros determinantes sociales que influye/participan en la continuidad del tratamiento y que posiblemente no hayan sido abordados de manera integral por el programa. Lo mismo sucede cuando evaluamos el éxito del tratamiento en pacientes participantes del PRIISA. Consideramos que a pesar de que los estudios basados en el seguimiento y acompañamiento social apuntan a mejorar los resultados de éxito, existen considerandos adicionales representados por determinantes sociales de la salud vastos y complicados de abordar en su totalidad.

11. CONCLUSIONES

Se determinó que existe una asociación significativa entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y el inicio de tratamiento oportuno, en el CS Primavera, durante el año 2014. No existe una asociación significativa entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la adherencia al tratamiento. No existe una asociación significativa entre la participación del paciente afectado por TB en el Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la condición de egreso.

12. REFERENCIAS

Castillo Loza, G., Zárate Isidro, N., & Güisa Bravo, I. (2011). Impacto de un programa educativo, en los conocimientos, actitudes y prácticas de la población, con respecto a la incidencia de tuberculosis, en zonas de alto riesgo epidemiológico. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/33551585_Impacto_de_un_programa_educativo_en_los_conocimientos_actitudes_y_practicas_de_la_poblacion_con_respecto_a_la_incidencia_de_tuberculosis_en_zonas_de_alto_riesgo_epidemiologico

Chuquizuta Pinedo, C. (2007). Repositorio de Tesis Digitales - UNMSM. Obtenido de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/>:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/515/1/Pinedo_cc.pdf

Dalens Remigio, E. (2012). Tesis: Factores que inducen al abandono de tratamiento en pacientes con tuberculosis. Red de salud Lima Norte V Rímac-San Martín-Los Olivos. Lima-Perú: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza - Universidad Ricardo Palma.

- Fuentes-Tafur, L. (2009). Enfoque sociopolítico para el control de la Tuberculosis en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 370-79.
- Luna Sánchez, A., Romero Romero, B., Expósito García, S., & Mata Martín, A. (2010). Evaluación de una estrategia para el control de la Tuberculosis en un distrito sanitario de Andalucía. *Revista Española de Salud Pública*, 71-78.
- Marvila García, E., & Lemos Leal, M. (2015). Implementación de un Programa Municipal de Control de Tuberculosis en Marataízes-ES, 2012. *Epidemiol. Serv. Saúde.*, 559-564.
- Medina Verde, N., Suárez Larreinaga, C., Berdasquera Corcho, D., & González Ochoa, E. (2004). Evaluación de la calidad del control de la tuberculosis en el municipio Guanajay mediante un ciclo de auditoría clínica. Obtenido de Scielo: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602004000300012
- Ministerio de Salud (MINSa). (08 de Noviembre de 2013). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de las personas afectadas por Tuberculosis. Resolución Ministerial n° 715-2013/MINSa. Lima, Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud (MINSa). Dirección General de Salud de las Personas. . (2011). Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad. Documento técnico. Lima - Perú: Ministerio de Salud.
- Municipalidad Distrital de El Agustino. (06 de Febrero de 2014). Ordenanza n° 556-MDEA: Constituyen el Gobierno Distrital de Salud de El Agustino. *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Lima, Perú: El Peruano.
- Murcia Montañó, L. (2014). Tesis: Evaluación de la adherencia al tratamiento para Tuberculosis en el departamento de Amazonas 2009-2012. Bogotá - Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública.
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de Programas de Salud. *Comunidad y Salud*, 4(2).
- OPS-OMS. (2015). Control de la Tuberculosis en Grandes Ciudades. Washington D. C.: OPS-OMS.
- OPS-OMS. (2015). Tuberculosis en las Américas. Reporte Regional 2015. Epidemiología, Control y Financiamiento. Washington D. C.: OPS-OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). 10 datos sobre la Tuberculosis. Obtenido de OMS 10 datos sobre la Tuberculosis: <http://www.who.int/features/factfiles/tuberculosis/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *APS_Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf*. Obtenido de Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hojas de Ruta para su implementación en las Américas:

- http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf
- Pantoja-Rojas, L., & Roa-Vargas, E. (2012). Factores relacionados con el diagnóstico de la tuberculosis mediante la prueba Chi-cuadrado para Bogotá (Colombia). *Ingeniería Industrial*.
- Presidencia de la República del Perú. (07 de Diciembre de 2013). Decreto Legislativo n° 1166. Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Lima, Lima: El Peruano.
- Sarmiento Galván, D. (2014). Universidad Veracruzana. Obtenido de Foro Académico Virtual de Residentes: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/TESIS-Kristel.pdf>
- Soto Montejos, E. (2014). Tesis: Efectividad de la estrategia DATOS en el tratamiento de pacientes con Tuberculosis en un distrito urbano de Lima - Perú en los años 2011-2012. Rio de Janeiro - Brasil: Ministério da Saúde. Fiocruz. Fundación Oswaldo Ruíz. Escuela Nacional de Salud Pública Sergio Arouca.
- Tacuri Taípe, M. (2009). Tesis: Relación entre adherencia y nivel de conocimientos sobre el tratamiento de los pacientes con tuberculosis . Lima-Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Tovar, M., Wingfield, T., Saunders, M., Montoya, R., Ramos, E., Valencia, T., . . . Evans, C. (2016). Poverty predisposes patients to intermittent adherence to TB treatment. 47th Union World Conference on Lung Health (pág. S493). Liverpool: International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
- Villa, L., Trompa, I., Montes, F., Gómez, J., & Restrepo, C. (2014). Análisis de la mortalidad por tuberculosis en Medellín, 2012. *Biomédica*, 34:425-32 .
- Villeda Sánchez, M. (2008). Factores Asociados al Éxito y/o Tesis: Abandono del Tratamiento Antituberculoso en la Jurisdicción Sanitaria n° 1 de San Luis de Potosí. Bolivia: Universidad Autónoma de San Luis de Potosí.
- Wingfield, T., Tovar, M., Huff, D., Boccia, D., Montoya, R., Ramos, E., . . . Evans, C. (2017). Un estudio controlado aleatorizado de apoyo socioeconómico para mejorar la prevención y el tratamiento de la tuberculosis en Perú. *Bulletin World Health Organization*, 270-280.
- World Health Organization (WHO). (2016). *Global Tuberculosis Report*. Suiza: WHO.
- Zuniga, J. (2015). An Integrated Review of Directly Observed Therapy for Tuberculosis in Latin America. *Hispanic Health Care International*, 13(1):46-54(9). Obtenido de *Hispanic Health Care International*.

DECLARACIÓN JURADA**DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA Y AUTORIZACIÓN
PARA LA PUBLICACIÓN DEL ARTÍCULO CIENTÍFICO**

Yo, María del Carmen Vega Ortiz, estudiante (x), egresado (), docente (), del Programa. Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Escuela de Postgrado de la Universidad César Vallejo, identificado(a) con DNI 44103099, con el artículo titulado

“Programa de Redes Integradas e Itinerantes de Salud (PRIISA) y la Evolución de las Personas Afectadas con Tuberculosis CS Primavera - El Agustino – 2014”

declaro bajo juramento que:

- 1) El artículo pertenece a mi autoría.
- 2) El artículo no ha sido plagiado ni total ni parcialmente.
- 3) El artículo no ha sido autoplagiado; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para alguna revista.
- 4) De identificarse la falta de fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad César Vallejo.
- 5) Si, el artículo fuese aprobado para su publicación en la Revista u otro documento de difusión, cedo mis derechos patrimoniales y autorizo a la Escuela de Postgrado, de la Universidad César Vallejo, la publicación y divulgación del documento en las condiciones, procedimientos y medios que disponga la Universidad.

Lima, 27 de junio del 2017



María del Carmen Vega Ortiz
DNI: 44103099