

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ORIENTACIÓN EN FORMULACIÓN Y
EVALUACIÓN DE PROYECTOS SOCIALES



**TUBERCULOSIS EN ZONA 6 DE GUATEMALA: “UN ANÁLISIS DEL ACCESO
A LA INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN EN LA POBLACIÓN
VULNERABLE”.**

Edith Magaly Zea Hidalgo

Guatemala, febrero 2010

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN EJECUTIVO | 1 |
| INTRODUCCION | 6 |
| PRIMERA PARTE | |
| CAPÍTULO I | |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | |
| 1.1. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA | 10 |
| 1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA..... | 15 |
| 1.3. OBJETIVOS..... | 16 |
| 1.3.1. Objetivos Generales..... | 16 |
| 1.3.2. Objetivos Específicos | 16 |
| 1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 17 |
| 1.5. HIPOTESIS | 19 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | |
| 2.1. SALUD | 20 |
| 1.6. SALUD PÚBLICA..... | 22 |
| 2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD | 24 |
| 2.3.1. Funciones de la Promoción de la Salud | 26 |
| 2.4. ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN .. | 28 |
| 2.4.1. Aspectos importantes a considerar en la elaboración de una estrategia de IEC en salud..... | 29 |
| 2.4.2. Información | 31 |
| 2.4.3. Educación | 31 |
| 2.4.4. Comunicación | 32 |
| 2.5. TUBERCULOSIS..... | 34 |
| 2.5.1. Factores de riesgo que favorecen la transmisión de la enfermedad | 35 |
| 2.5.2. Medidas de prevención | 38 |

CAPITULO III

| | |
|---------------------------|----|
| 3.1. METODOS..... | 40 |
| 3.2. TECNICAS..... | 41 |
| 3.3. PROCEDIMIENTOS | 44 |

CAPITULO IV

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

| | |
|---|----|
| 4.1. LAS ESTRATEGIAS DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS REALIZADAS EN LOS AÑOS 2006 - 2007..... | 46 |
| 4.2. LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS Y EL ACCESO A LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION. | 54 |
| 4.2.1. Conocimientos de los pacientes sobre tuberculosis, antes del diagnóstico..... | 59 |
| 4.3. LIMITACIONES PARA DESARROLLAR A NIVEL COMUNITARIO LAS ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS..... | 64 |
| 4.3.1. Obstáculos que pueden presentar las personas sospechosas de padecer tuberculosis para asistir al Centro de Salud | 64 |
| 4.3.2. Limitaciones para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis..... | 66 |
| 4.3.3. Recomendaciones de las facilitadoras comunitarias para mejorar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6. | 67 |
| 4.4. EL FODA DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS..... | 68 |
| 4.4.1. Estrategias para maximizar tanto fortalezas como las oportunidades.. | 75 |
| 4.4.2. Estrategias para minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades | 75 |
| 4.4.3. Estrategias para maximizar las fortalezas y minimizar las amenazas.. | 76 |
| 4.4.4. Estrategias para minimizar tanto las amenazas como las debilidades. | 76 |

| | |
|---|--------|
| 4.5. FACTORES QUE LIMITAN IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUACIÓN Y COMUNICACION EN TUBERCULOSIS. | 77 |
| 4.5.1. Pocas actividades de información, educación y comunicación - IEC-.. | 77 |
| 4.5.2. Desconocimiento de las personas acerca de la enfermedad | 78 |
| 4.5.3. Desconocimiento de los servicios que presta el Centro de Salud | 78 |
| 4.5.4. El Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y detección de la tuberculosis | 80 |
| 4.5.5. Poco interés de las personas en su auto cuidado | 81 |
| 4.5.6. Temor de las personas a ser discriminadas | 81 |
| 4.5.7. Asociación de la tuberculosis con el VIH..... | 81 |
| 4.5.8. Poca participación de otros actores sociales en el análisis de la situación de salud de la zona 6 | 82 |
| 4.5.9 Poca disponibilidad del personal del Centro de Salud a realizar actividades de IEC a nivel comunitario..... | 82 |
| 4.5.10. Las actividades de IEC, se realiza sólo con grupos específicos. | 83 |
| 4.6. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN | 85 |
| CONCLUSIONES..... | 86 |
| RECOMENDACIONES | 89 |
| SEGUNDA PARTE | |
| ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL PROYECTO: LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN LA DETECCIÓN DE PERSONAS SINTOMATICAS RESPIRATORIAS EN LA ZONA 6 DE LA CIUDAD CAPITAL | |
| JUSTIFICACIÓN..... | 90 |
| CAPITULO V | |
| IDENTIFICACION DEL PROYECTO | |
| 5.1. SITUACION SIN PROYECTO. | 93 |

| | |
|---|-----|
| 5.2. SITUACION CON PROYECTO | 96 |
| 5.3. ANALISIS DE INVOLUCRADOS | 99 |
| 5.4. MATRIZ DEL MARCO LOGICO | 100 |
| 5.5. RESUMEN DE LA IDENTIFICACION DEL PROYECTO..... | 106 |

CAPITULO VI

ESTUDIO DE MERCADO

| | |
|---|-----|
| 6. 1. SERVICIO..... | 107 |
| 6.2. ANALISIS DE LA DEMANDA | 109 |
| 6.2.1. Situación actual de la demanda | 109 |
| 6.2.2. Segmentación del mercado..... | 109 |
| 6.2.3. Situación futura de la demanda..... | 112 |
| 6.2.4. El usuario | 116 |
| 6.3. ANALISIS DE LA OFERTA | 119 |
| 6.3.1. Situación actual de la oferta | 119 |
| 6.2.2. Situación futura de la oferta..... | 120 |
| 6.3.3. Servicios similares..... | 121 |
| 6.4. DEMANDA POTENCIAL INSATISFECHA..... | 125 |
| 6.5. PRECIO | 127 |
| 6.6. COMERCIALIZACION | 128 |
| 6.6.1. Promoción | 128 |
| 6.7. RESUMEN DEL ESTUDIO DE MERCADO..... | 129 |

CAPITULO VII

ESTUDIO TECNICO

| | |
|--|-----|
| 7.1. CAPACIDAD DEL PROYECTO..... | 131 |
| 7.2. LOCALIZACION | 133 |
| 7.2.1. Macro localización..... | 134 |
| 7.2.2. Micro localización | 135 |
| 7.3. TECNOLOGIA | 137 |
| 7.3.1. Requerimiento de Recurso Humano | 138 |

| | |
|---|-----|
| 7.3.2. Proceso de productos. | 139 |
| 7.4. FLUJO DE PROCESOS | 141 |
| 7.5. Equipo y material a utilizar en el proyecto | 146 |
| 7.5.1. Especificaciones del equipo y materiales a utilizar..... | 146 |
| 7.6. RESUMEN DEL ESTUDIO TECNICO | 150 |

CAPITULO VIII

ESTUDIO LEGAL

| | |
|--|-----|
| 8.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA..... | 151 |
| 8.2. DECRETO NÚMERO 90-97 CÓDIGO DE SALUD | 151 |
| 8.3. LAS POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD | 152 |
| 8.4. NORMA DE ATENCIÓN EN SALUD | 153 |
| 8.5. CONVENIOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES..... | 154 |
| 8.5.1. Metas del Milenio | 154 |
| 8.5.2. 60ª Asamblea Mundial de la Salud..... | 155 |
| 8.5.3. Estrategia Alto a la tuberculosis | 155 |
| 8.6. RESUMEN DEL ESTUDIO LEGAL | 156 |

CAPITULO IX

ESTUDIO ADMINISTRATIVO

| | |
|--|-----|
| 9.1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL PROYECTO | 158 |
| 9.2. DIAGRAMAS DE CONTEXTO | 159 |
| 9.3. DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIÓN DE PUESTOS | 161 |
| 9.4. RESUMEN DEL ESTUDIO ADMINISTRATIVO..... | 172 |

CAPITULO X

ESTUDIO FINANCIERO

| | |
|--------------------------------------|-----|
| 10.1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO..... | 173 |
| 10.2. ESTIMACIÓN DE COSTOS | 173 |
| 10.3. INVERSIONES | 175 |
| 10.3.1. Activo fijo o tangible | 175 |

| | |
|---|-----|
| 10.4. PRESUPUESTO..... | 175 |
| 10.5. COSTO EFICIENCIA..... | 176 |
| 10.6. COSTO EFECTIVIDAD..... | 178 |
| 10.7. RESUMEN DEL ESTUDIO FINANCIERO | 178 |
| CAPITULO 11 | |
| EVALUACION Y MONITOREO DEL PROYECTO | |
| 11.1. COMPONENTES DE EVALUACION DEL PROYECTO..... | 180 |
| 11.2. EVALUACION EX ANTE | 182 |
| 11.2.1. Objetivo | 182 |
| 11.2.2. Contenido..... | 182 |
| 11.2.3. Metodología | 182 |
| 11.3. EVALUACION DE TÉRMINO MEDIO..... | 184 |
| 11.3.1. Objetivo | 184 |
| 11.3.2. Contenido..... | 184 |
| 11.3.3. Metodología: | 185 |
| 11.4. EVALUACION EX POST | 189 |
| 11.4.1. Objetivo | 189 |
| 11.4.2. Contenido..... | 189 |
| 11.4.3. Metodología | 190 |
| 11.4.4. Instrumentos | 191 |
| 11.5. MONITOREO..... | 196 |
| 11.5.1. Objetivo | 196 |
| 11.5.2. Contenido..... | 196 |
| 11.5.3. Metodología | 196 |
| CONCLUSIONES..... | 200 |
| RECOMENDACIONES | 202 |
| BIBLIOGRAFIA | 203 |
| ANEXOS | 207 |

RESUMEN EJECUTIVO

La investigación titulada, *Tuberculosis en la zona 6 de Guatemala: “un análisis del acceso a la información, educación y comunicación en la población vulnerable”*; se realiza tomando en cuenta que la Organización Mundial de la Salud considera que la tercera parte de la población mundial se encuentra infectada por *Mycobacterium Tuberculosis*, y la mayoría residen en los países llamados subdesarrollados; el problema actual es de tal magnitud que ha sido considerado una emergencia sanitaria, ya que ocasiona tres millones de muertes anuales.

Ante esta emergencia sanitaria, en septiembre del año 2000, en la ciudad de Nueva York, en la Cumbre del Milenio, 189 Estados recordaban los compromisos adquiridos en los noventa y firmaron la Declaración del Milenio. En esta Declaración se recogen ocho objetivos referentes a la erradicación de la pobreza, la educación primaria universal, la igualdad entre los géneros, la mortalidad infantil, el avance del VIH/SIDA y el sustento del medio ambiente y con límite de tiempo, ya que dichos objetivos deben alcanzarse para el año 2015. En el objetivo 6 es donde se encuentra incluido el combate a la tuberculosis.

El VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, enfermedades a las que se refiere el objetivo 6, no han recibido tanta atención de los medios de información y están minando solapadamente la vitalidad y esperanza de los habitantes del mundo en desarrollo. No es sorprendente que estas tres enfermedades se concentren en los países más pobres; cabe señalar que podrían combatirse en gran medida mediante actividades de educación y prevención y, cuando aparecen brotes de ellas, mediante tratamiento y atención.

Guatemala, asumió el compromiso en la cumbre del Milenio, situación por la cual el Ministerio de Salud para darle continuidad a los esfuerzos realizados, en su agenda transformativa del año 2008, presenta como desafío institucional; reducir la incidencia de enfermedades infecciosas prevalentes, emergentes y

reemergentes. Para lo cual propone: el fortalecimiento de los programas técnicos médicos, entre ellos la tuberculosis.

Por otro lado, el Ministerio de Salud Pública cuenta dentro de su estructura organizacional con el Departamento de Promoción y Educación en Salud PROEDUSA, en una de sus estrategias incluye las actividades información, educación y comunicación en tuberculosis; ya que su misión se dirige a lograr el empoderamiento de las personas para mejorar su propia salud, la de sus familias y sus comunidades, mediante la entrega de conocimientos e instrumentos culturalmente adaptados y la facilitación de procesos de participación.

Pese a los esfuerzos realizados en los últimos años, Guatemala, no ha logrado avances para controlar esta enfermedad y su re-emergencia. Las estadísticas observadas a nivel nacional, en la última década, no son alentadoras en cuanto a lograr la detección del 70 por ciento de los casos estimados y el 85 por ciento de curación de los mismos, a pesar de que en los servicios de salud del país se oferta y se garantiza el diagnóstico y tratamiento gratuito. Además, la epidemia de VIH/SIDA, ha influido en la alta incidencia de esta patología.

Ante este marco contextual, la investigación tuvo como objetivos generales:

- Desarrollar un análisis contextual de la situación de la tuberculosis en la zona 6 de la ciudad capital.
- Identificar las estrategias de información, educación y comunicación en la prevención y control de la tuberculosis realizada por el Centro de Salud de la zona 6.
- Identificar las limitaciones para la implementación de la estrategia de información, educación y comunicación en la prevención y control de la tuberculosis en la zona 6.

De estos objetivos generales se derivaron los siguientes objetivos específicos:

- Comparar las estrategias de información, educación y comunicación en tuberculosis que se han realizado durante los años 2006, 2007 en relación a las normas de atención del Ministerio de Salud.
- Establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación.
- Analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6.
- Conocer la opinión de las Facilitadoras Comunitarias en relación a las limitaciones para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis.
- Elaborar un perfil socioeconómico de las personas con tuberculosis de la zona 6.
- Definir alternativas de solución a la problemática que se identifique en la investigación de campo.

Para esta investigación se formuló la siguiente hipótesis: *El personal del Centro de Salud se ve limitado en la prevención y control de la tuberculosis de la zona 6, debido al enfoque curativo del modelo de atención en la salud pública, lo que trae como consecuencia que la estrategia de Información, Educación y Comunicación tenga una cobertura restringida a grupos específicos.* Para alcanzar los objetivos propuestos y comprobar la hipótesis se utilizaron los métodos analítico, comprensivo y crítico. Las técnicas empleadas fueron: análisis de contenido, grupo focal y la entrevista estructurada.

Como resultado de la investigación, se pudo establecer que los factores que limitan al personal de salud en la implementación de la estrategia de información, educación y comunicación en Tuberculosis son: desconocimiento de las personas acerca de la gravedad de la tuberculosis, desconocimiento de las personas de los servicios que presta el Centro de Salud; el Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y control

de la enfermedad; poca disponibilidad del personal del Centro de Salud para realizar actividades de IEC a nivel comunitario; escasa participación de actores sociales en el análisis de la situación de salud de la zona 6; poco interés en el autocuidado; temor de las personas a ser discriminadas; la asociación de la Tuberculosis al VIH y las actividades de IEC se centra en grupos específicos.

Al concluir la investigación, se establece que el modelo de atención en salud es curativo; porque se centra en detectar y curar a los enfermos de Tuberculosis, relegando a segundo término la prevención de la enfermedad; lo anterior se afirma debido a la escasez de recursos que existen para implementar la estrategia de información, educación y comunicación; el personal del Centro de Salud no se involucra en actividades comunitarias, prefiere realizar actividades de curación dentro de las instalaciones de la institución; en las actuales normas de atención en salud del Ministerio de Salud no se visibiliza el componente de promoción y educación en salud y en las normas de atención en salud del período 1996-2000 sólo se sugieren actividades pero sin indicadores que permitan evaluar su cumplimiento.

Asimismo al cruzar la información brindada por los diferentes actores involucrados en la investigación, se establece que la estrategia de información, educación y comunicación en Tuberculosis, no tiene la cobertura población necesaria para prevenir y controlar la Tuberculosis, debido a que ésta se centra en atención a grupos específicos.

En respuesta a esta problemática se consideró la posibilidad de formular el proyecto titulado “La estrategia de información, educación y comunicación en la detección de personas sintomáticas respiratorias¹ en la zona 6 de la ciudad capital”; al realizar el proceso para identificar el proyecto, se concluyó que éste

¹ Las personas sintomáticas respiratorias son las personas mayores de 10 años de edad que tienen más de 15 días con tos. Son las personas sospechosas de padecer la enfermedad. A la identificación de personas sintomáticas respiratorias también se le conoce como pesquisa baciloscópica.

era el más viable de realizar, debido a que fortalecerá las actividades de información, educación y comunicación dirigido a la identificación de las personas sintomáticas respiratorias. La identificación de estas personas permitirá focalizar la estrategia en este grupo meta.

Con las actividades permanentes de información, educación y comunicación se puede identificar precozmente a las personas que contagian o transmiten la tuberculosis.

En la formulación del proyecto se incluye la identificación del mismo, el cual se elaboró en base al método del Marco Lógico; así mismo se incluye el estudio de mercado, estudio técnico, estudio legal, estudio administrativo y el estudio financiero. Al analizar los diferentes estudios del proyecto se concluye que el proyecto es factible de realizarlo, lo anterior se afirma, ya que en el año 2006 se atendieron a 399 personas, lo cual significó una inversión de Q.60.13 por cada una de ellas; mientras que si se realiza el proyecto se pretende cubrir a 1,156 beneficiarios lo que significa que para cada una se invertirá Q.38.20; además el rubro de salarios se gastará se realice o no el proyecto y éste ocupa más del 50% del costo total del proyecto. Adicionalmente el personal que requiere el proyecto está disponible y calificado para iniciar las actividades, así como la infraestructura mínima.

Por último se presenta en el capítulo XI la propuesta para evaluar y monitorear el proyecto.

INTRODUCCION

La tuberculosis, sin duda, tiene como principal aliado a la pobreza en una gran parte del mundo. Afecta no sólo a los países pobres sino también a los sectores marginados de los países más ricos. “Las tasas de Tuberculosis aumentan claramente entre la población que se sitúa por debajo del dintel de la pobreza. Un factor importante para la persistencia de la endemia tuberculosa lo constituye el hecho de que, cada año, la franja económica entre los países más ricos y los más pobres siga incrementándose. Así pues, se puede considerar a la Tuberculosis como un parámetro de desarrollo y situación de desigualdad y de pobreza.”²

“En Guatemala, cada año se detectan entre dos mil 500 y tres mil 727 casos nuevos de Tuberculosis, debido al aumento de la pobreza, el hacinamiento y la aparición de enfermedades transmisibles, como el SIDA³.”

Para revertir esta situación es necesario que la Tuberculosis tenga un abordaje integral dada su compleja multicausalidad, la lucha contra la tuberculosis requiere algo más que la provisión de medicamentos a los pacientes; requiere una intervención de salud pública integral; esa intervención debe abarcar educación, detección temprana de la enfermedad mediante vigilancia cuidadosa, análisis bacteriológicos, apoyo social a los pacientes y sus familias, asesoramiento y, por último, seguridad de que los enfermos completarán el tratamiento prescrito.

Como parte de ese abordaje integral, la estrategia de información, educación y comunicación juega un papel importante en la prevención y control de la enfermedad; primero porque la educación para la salud debe facilitar el protagonismo de la comunidad, de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales; esto permitirá neutralizar con gran efectividad la influencia de muchas de las actitudes negativas que existen hacia determinadas prácticas de

² M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín, **Epidemiología de la tuberculosis** Volumen 30, Suplemento 2, 2007

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup2/suple2a.html>

³ PRENSA LIBRE Guatemala, viernes 13 de abril de 2007

www.prensalibre.com/pl/2007/abril/13/168139.html

salud. Y en segundo lugar porque esta estrategia contribuye a la adopción de comportamientos saludables, las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo; por esto la información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos.

En la elaboración de la estrategia de información, educación y comunicación en salud hay que tener claros los distintos aspectos que rodean el problema de la tuberculosis (causas, consecuencias, actores involucrados, los intentos anteriores de solución, etc.); por lo que hay que partir del diagnóstico de la situación; también es importante tener claros los conceptos y enfoques temáticos que orientarán la estrategia, ya que de ellos depende la sustancia de la misma.

Tomando en cuenta este marco referencial de la tuberculosis y de la importancia de la estrategia de información, educación y comunicación; en la presente investigación se recopiló y analizó información de los años 2006 y 2007 por ser los años más próximos y con mayor confiabilidad de datos disponibles; además porque se consideró que era más factible contactar a los pacientes que estuvieron en tratamiento durante estos años para entrevistarlos.

Con los resultados de la investigación se elaboró el perfil del proyecto titulado “La estrategia de información, educación y comunicación en la detección de personas sintomáticas respiratorias en la zona 6 de la ciudad capital”.

Para dar a conocer los resultados de la investigación y el perfil del proyecto propuesto, el informe se presenta dividido en 2 partes con un total de 11 capítulos, cada uno de ellos con el siguiente contenido:

Primera Parte:

Capítulo I, este capítulo incluye el planteamiento del problema, el cual se realizó a través del análisis, síntesis y su delimitación, así como los objetivos de la investigación e hipótesis.

Capítulo II, en este capítulo se encuentra desarrollado el marco teórico que le da el sustento a la investigación, se aborda la temática relacionada a Salud-enfermedad, modelos de atención de la salud, salud pública, promoción de la salud; estrategias de información, educación y comunicación en tuberculosis y condicionantes sociales de la enfermedad.

Capítulo III, este capítulo incluye el método, técnica, instrumentos y procedimientos que se utilizaron para realizar la investigación.

Capítulo IV, en este capítulo se presentan los resultados de la investigación, así como la discusión de los mismos; se incluyen cuadros y gráficos que facilitan interpretar la información recopilada en la investigación de campo; finalizando con las alternativas de solución.

Segunda Parte

Capítulo V: Este capítulo incluye la identificación del proyecto, el cual se elaboró en base al Método del Marco Lógico, en éste, se analiza la situación sin proyecto, la situación con proyecto, el análisis de involucrados, la matriz del marco lógico y el resumen de identificación del proyecto.

Capítulo VI: Este se refiere al estudio del mercado, se incluye la descripción del servicio, el análisis de la demanda, el análisis de la oferta, la demanda potencial insatisfecha, el precio, la comercialización y el resumen del estudio de mercado.

Capítulo VII: Estudio técnico, en este estudio se analizó la capacidad del proyecto, la localización, tecnología, flujo de procesos, equipo y material a utilizar y el resumen del estudio técnico.

Capítulo VIII: En este capítulo se realizó un análisis de las principales leyes de Guatemala que sustentan el proyecto, así como las políticas y normas de atención en salud. También incluye los convenios internacionales que sustentan el proyecto. Finalmente se elaboró el resumen del análisis legal.

Capítulo IX: Estudio Administrativo, en este capítulo se incluye el organigrama funcional del proyecto, diagramas de contexto, la descripción de funciones del personal que participara en el proyecto y el resumen de este estudio.

Capítulo X: En el estudio financiero, se considero las fuentes de financiamiento, la estimación de costos, la inversión, el presupuesto del proyecto y el análisis costo eficiencia.

Capítulo XI: Evaluación y monitoreo; en este capítulo se incluyo el análisis de los componentes de la evaluación y la relación con la matriz del marco lógico, así mismo los 3 momentos de la evaluación: ex ante, de término medio y ex post; finalmente se presenta la propuesta para el monitoreo del proyecto.

Al final de los 11 capítulos se presentan las conclusiones, recomendaciones bibliografía utilizada y anexos.

PRIMERA PARTE

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DISCUSIÓN DEL PROBLEMA

La salud es definida desde diferentes puntos de vista, la Organización Mundial de la Salud, la define como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Así mismo la salud ha sido definida como salud holística en donde incluye las mismas variables pero las concibe de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea.

Sin embargo, la salud, también está determinada por la estructura socioeconómica, su dinámica, grado de desarrollo de las fuerzas productivas, tipos de relaciones sociales, organización del Estado, así como la geografía y los recursos disponibles; pero el objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo; esto lo apoya la OPS al definir que la salud pública también constituye el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurarla en las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

Pero la salud pública no siempre se dirige a cumplir este propósito, debido a que ésta puede dirigirse a la prevención y/o a la curación de enfermedades. Así se pueden diferenciar básicamente el modelo de atención curativo y el modelo de atención preventivo. El modelo curativo se basa en una concepción patologista, es reduccionista, asistencialista, objetivo, separa la mente del cuerpo, se basa en diagnósticos biologista, establece barreras disciplinarias, los tratamientos son externos al paciente, y la salud y la enfermedad son un continuo; además su orientación es curativa, a -histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una

relación médico- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente. Mientras que el modelo preventivo, se caracteriza por ser un diagnóstico contextualizado, la relación humana es relevante, la atención es integral, estimula la participación, estimula el trabajo en equipo y se preocupa del individuo y su entorno familiar y social. En Guatemala, el modelo predominante de la salud es el curativo, se le da el énfasis a curar la enfermedad, en demostrar con números los tratamientos brindados, dando poca importancia a la prevención de las enfermedades; y al concepto de salud integral.

Para la salud pública la tuberculosis constituye un problema de urgencia sanitaria, por el número de muertes que ocasiona a nivel mundial y aunque se han realizado acciones para controlarla los esfuerzos no han sido del todo satisfactorios; la tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica que, se creía desterrada desde la aparición de la estreptomocina en 1944 y de la isoniacida en 1952. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud reportó que en 1995 ocurrieron 3 millones de muertes a nivel mundial y 30 millones más para la década de los 90.

En septiembre del año 2000, en la ciudad de Nueva York, en la Cumbre del Milenio, 189 Estados recordaban los compromisos adquiridos en los noventa y firmaron la Declaración del Milenio. En esta Declaración se recogen ocho objetivos los cuales deben alcanzarse para el año 2015.

El VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, enfermedades a las que se refiere el objetivo 6, no han recibido tanta atención de los medios de información y están minando solapadamente la vitalidad y esperanza de los habitantes del mundo en desarrollo. No es sorprendente que estas tres enfermedades se concentren en los países más pobres; cabe señalar que podrían combatirse en gran medida mediante actividades de educación y prevención y, cuando aparecen brotes de ellas, mediante tratamiento y atención.

En el año 2008 la ONU, realizó una evaluación del cumplimiento de los objetivos de la Declaración del Milenio, “en la cual se estimó que en el año 2006 había alrededor de 1,7 millones de muertes por tuberculosis y 14,4 millones de personas infectadas con la enfermedad, incluidos aproximadamente 9,2 millones de nuevos casos. Se trata de un aumento con respecto a 2005 y se atribuye principalmente al crecimiento demográfico.

En las regiones en desarrollo, la cantidad de nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 habitantes (tasa de incidencia) alcanzó su máximo nivel en el año 2004 y luego se redujo un 0,7% entre los años 2005 y 2006. Si estas tendencias se mantienen mundialmente, la incidencia de tuberculosis debería detenerse y revertirse antes de 2015.”⁴

Los resultados positivos en la erradicación de la tuberculosis dependen de la detección precoz y el tratamiento eficaz. Pero entre 2005 y 2006 el avance en la detección se hizo más lento el ritmo de detección aumentó sólo marginalmente al 61%, por debajo de la referencia del 65% fijada por el Plan Mundial para detener la tuberculosis al 2006 y de la meta final del 70%.

En Guatemala el Ministerio de Salud, en su agenda transformativa del año 2008 concluye en reconocer que la salud no es sólo responsabilidad del sector salud, la salud es responsabilidad de todos y todas y debe involucrarse la sociedad en general. Uno de los desafíos institucionales que presenta la agenda transformativa es; reducir la incidencia de enfermedades infecciosas prevalentes, emergentes y reemergentes. Para lo cual propone: el fortalecimiento de los programas técnicos médicos, entre ellos considerado principalmente la tuberculosis.

⁴ Objetivos de desarrollo del Milenio, informe de la ONU 2008.
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf

Para alcanzar lo anterior propone como lineamientos estratégicos:⁵

- Reorientar el modelo de atención hacia la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la prestación de servicios efectivos y satisfactorios para la recuperación y rehabilitación de la salud.
- Desarrollar el recurso humano en salud para que responda, en disponibilidad, competencias e identidad cultural, a las necesidades de salud y su distribución territorial, a las orientaciones del modelo de atención y a las regulaciones e incentivos del sistema de salud.
- Fundamentar la planificación, la ejecución y la evaluación de las intervenciones para promover y proteger la salud en espacios y mecanismos de participación y auditoría social.

En estos lineamientos estratégicos se promueve reorientar el modelo de atención, que aunque no se menciona, es cambiar el enfoque curativo por un enfoque más preventivo, mejorando la capacidad de respuesta de los establecimientos públicos, con participación de la población en implementar estilos de vida más saludables.

En correspondencia al plan de gobierno, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través del Programa Nacional de Tuberculosis, como respuesta al desafío epidemiológico que la tuberculosis representa en Guatemala y comprometidos ante los Objetivos de Desarrollo del Milenio, establece el “Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis en Guatemala”.

“Este plan tiene como objetivo prevenir y controlar la Tuberculosis en Guatemala, aplicando la estrategia “Alto a la Tuberculosis”, con la finalidad de reducir la transmisión de la Tuberculosis infecciosa.....c) Desarrollar estrategias de abogacía, comunicación y movilización social para el control de la tuberculosis y lograr la reducción del estigma y la discriminación; d) Desarrollar actividades colaborativas para disminuir la incidencia de la coinfección TB/VIH e implementar

⁵ Se toman sólo los lineamientos estratégicos que se relacionan con el tema de investigación.

un sistema de vigilancia epidemiológica para este fin y e) Desarrollar actividades para prevenir y controlar la tuberculosis multidrogo resistente. “⁶

Además de lo anterior el Ministerio de Salud Pública cuenta con un Departamento de Promoción y Educación en Salud PROEDUSA, el cual tiene como misión; lograr el empoderamiento de las personas para mejorar su propia salud, la de sus familias y sus comunidades, mediante la entrega de conocimientos e instrumentos culturalmente adaptados y la facilitación de procesos de participación.

PROEDUSA, trabaja con 5 estrategias, una de ellas es el apoyo a programas de atención a las personas y al medio ambiente, dentro de los programas a trabajar se encuentra el de tuberculosis. El plan de tuberculosis diseñado en uno de sus objetivos generales plantea; Fortalecer la estrategia de promoción y prevención de la tuberculosis.

Como se observa, la promoción y educación de la salud juega un papel importante, el Ministerio de Salud lo reconoce y lo plasma en el plan estratégico del Programa Nacional de Tuberculosis y PROEDUSA; pero aunque en estos documentos se encuentren considerados, en la práctica ocupan un lugar no prioritario, debido a que el modelo de atención curativo lo relega a un segundo plano.

Para la zona 6, que es el espacio geográfico en donde se realizó la investigación, la problemática es similar a la descrita anteriormente, por ejemplificar, para el año 2007 el personal del Centro de Salud de la zona 6 tenía como meta identificar y curar a 34 personas con tuberculosis, pero solamente detectó a 9 personas que equivale al 26.47%. En relación a la detección a las personas sospechosas de padecer la enfermedad, se tenía como meta detectar a 1,122 y solamente se detectaron 162, lo cual equivale a 14.43%. Si ha sido difícil identificar a las

⁶ Plan Estratégico Nacional de Control de la Tuberculosis en Guatemala 2008-2015

personas para curarlas, más difícil ha resultado realizar actividades para prevenir la enfermedad.

Es indudable que con los datos que nos brinda el contexto internacional, nacional y de la zona 6; el personal institucional y Facilitadoras Comunitarias del Centro de Salud de la zona 6, esté afrontando obstáculos para implementar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis para prevenir y controlar la tuberculosis en las comunidades de alto riesgo. Lo anterior se afirma, debido a que el modelo de atención no favorece la prevención, se inclina a tratar la enfermedad y la población actúa sólo como receptor – beneficiario y no como la protagonista de la solución de sus problemas. Es innegable que el personal tiene debilidades y amenazas en relación a esta problemática, pero también posee fortalezas y oportunidades que al combinarse entre sí, pueden brindar estrategias para optimizar los recursos existentes.

1. 2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación se realizó en los meses de marzo, abril, mayo, octubre 2008; y en los meses de septiembre y octubre 2009; la temporalidad fue de enero a diciembre de los años 2006, 2007, se tomaron estos años, ya que durante éstos ha habido una mayor confiabilidad de los datos estadísticos y registros de los pacientes atendidos por tuberculosis en el Centro de Salud; además existe mayor probabilidad de contactarlos por ser de reciente tratamiento.

El contexto geográfico que se tomó en cuenta es la zona 6 de la ciudad capital, focalizando la investigación en las comunidades donde se presentaron personas con tratamiento de tuberculosis durante los años 2006 y 2007; son estas: Barrio San Antonio, San Juan de Dios, la Reinita, Quintanal, Martinico, Casco Urbano, Jesús de la Buena Esperanza, Proyecto 4-4, Proyecto 4-10 y Cipresales; las cuales son comunidades vulnerables debido a sus condiciones socioeconómicas precarias y factores de riesgo como: VIH/SIDA, migración interna, desconocimiento de prácticas favorables para la salud y falta de acceso a la salud.

En cuanto al contenido se profundizó en los siguientes aspectos: Salud-enfermedad, modelos de atención, salud pública, promoción de la salud; estrategias de información, educación y comunicación en Tuberculosis y condicionantes sociales de la enfermedad; los cuales se abordan en el marco teórico el cual sustenta los resultados de la investigación de campo.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivos Generales

- Desarrollar un análisis contextual de la situación de la tuberculosis en la zona 6 de la ciudad capital.
- Identificar las estrategias de información, educación y comunicación en la prevención y control de la tuberculosis realizada por el personal del Centro de Salud de la zona 6.
- Identificar las limitaciones para la implementación de la estrategia de información, educación y comunicación en la prevención y control de la tuberculosis en la zona 6.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Comparar las estrategias de información, educación y comunicación en tuberculosis que se han realizado durante los años 2006, 2007 en relación a las normas de atención del Ministerio de Salud.
- Establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación.
- Analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6.
- Conocer la opinión de las Facilitadoras Comunitarias en relación a las limitaciones para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis.

- Definir alternativas de solución a la problemática que se identifique en la investigación de campo.
- Elaborar un perfil socioeconómico de las personas con tuberculosis de la zona 6.

1.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La tuberculosis es un problema de salud pública, que cada día se agudiza más por problemas asociados al VIH/SIDA, a los problemas de hacinamiento, mala alimentación, falta de saneamiento básico, estigma y discriminación entre otros. Los servicios de salud realizan acciones encaminadas a identificar a las personas sintomáticas respiratorias⁷, con la finalidad de controlar la enfermedad y brindar tratamiento a las personas que resulten positivas.

En la actualidad ha sido difícil cumplir con esta finalidad, debido a que el modelo de atención dominante es el curativo, se basa en una concepción patologista, individualista, se centra en el individuo dejando fuera a la familia y comunidad; por lo que no se aborda el problema de la tuberculosis de manera integral tomando en cuenta el contexto cultural y educativo de la población afectada.

Por ser un modelo curativo los recursos se invierten en actividades para curar o controlar la enfermedad, pero no para prevenirla. Uno de los elementos importantes para prevenir la enfermedad, es la estrategia de información, educación y comunicación que permita cambios de conducta que favorezcan practicar estilos de vida saludable.

Las actividades de información, educación y comunicación que realizan los servicios de salud se ejecutan de manera aislada y se intensifican cuando existen los recursos para implementar actividades puntuales, lo cual no permite que la población posea la información adecuada para tomar decisiones que puedan

⁷ Un sintomático respiratorio es una persona mayor de 10 con más de 15 días con tos. (Es un sospechoso de padecer tuberculosis).

salvar su vida. Además como los recursos son limitados las actividades se centran en grupos específicos, tales como: las personas con tuberculosis y sus familias, grupos de consultantes en el Centro de Salud, personal voluntario, grupos de escolares, grupo de adulto mayor, entre otros.

Específicamente el Centro de Salud de la zona 6, planifica anualmente un plan de promoción y educación, pero no ha logrado llegar a toda la población susceptible de enfermarse, ni siquiera ha logrado identificar a las personas sintomáticas respiratorias para cumplir con las metas establecidas por las normas nacionales e internacionales en la búsqueda de casos positivos; por ejemplo, para el año 2007 se tenía como meta detectar y curar a 34 personas con tuberculosis, pero solamente se detectó a 9 personas lo que equivale al 26.47%.

Los datos indican que esta prioridad de salud ha tenido serios obstáculos para cumplir con las metas establecidas para cada año; pero fuera de no alcanzar estas metas, lo más alarmante es que no se está llegando a las personas que están padeciendo la enfermedad; lo cual fuera posible si se diseñara, ejecutara y evaluará una estrategia de información, educación y comunicación que contribuyera a prevenir y controlar la tuberculosis de la zona 6.

Por las razones expuestas, el problema principal a investigar es identificar los factores que limitan el acceso de la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis a la población vulnerable de la zona 6.

Para abordar la problemática se tomaron 4 unidades de análisis: Personal del Centro de Salud; personas con tuberculosis; estrategias de información, educación y comunicación; y modelo de atención en salud.

En la unidad de análisis personal del Centro de Salud, se tomaron las variables: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6. En esta

unidad también se tomó a las Facilitadoras Comunitarias, por se parte del personal voluntario con las siguientes variables: experiencias en la identificación de personas sintomáticas respiratorias en la comunidad y las opiniones en el acceso a las actividades de información, educación y comunicación.

En la unidad de análisis: personas con tuberculosis se tomaron las siguientes variables: la opinión de las personas con tuberculosis en relación a las actividades de Información, Educación y Comunicación impulsadas por el Centro de Salud de la zona 6. Así mismo establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación.

En la unidad de análisis: estrategias de promoción y educación se tomaron las siguiente variables: actividades de información, educación y comunicación realizadas por el centro de salud en relación a la tuberculosis, durante los años 2006 y 2007. Comparándolas con las normas de atención en salud del Ministerio de Salud.

En la unidad de análisis: modelo de atención en salud se tomó en cuenta las actividades de prevención realizadas, así como aquellas que se orientan a la curación de la enfermedad.

1.5. HIPOTESIS

El personal del Centro de Salud se ve limitado en la prevención y control de la tuberculosis de la zona 6, debido al enfoque curativo del modelo de atención en la salud pública, lo que trae como consecuencia que la estrategia de Información, Educación y Comunicación tenga una cobertura restringida a grupos específicos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. SALUD

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1946, define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁸

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total. La salud también está determinada por la estructura socioeconómica, su dinámica, grado de desarrollo de las fuerzas productivas, tipo de relaciones sociales, organización del Estado, así como por la geografía y los recursos naturales disponibles.

Otra forma de concebir la salud surge con el término de salud holística. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea.

El concepto holístico de la salud es importante, porque le otorga importancia a los otros aspectos de la salud que han sido excluidos de la definición anterior, como lo son el componente emocional y espiritual de la salud. “Por consiguiente, en mi opinión, la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente. El concepto bienestar se refiera a la adecuada adaptación e integración de las dimensiones físicas, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad.”⁹ Esto implica que se puede experimentar bienestar, ya sea

⁸<http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm>

⁹ <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

que la persona se encuentre enferma o saludable. La salud no es perfecta, pero se encuentra dentro de una escala que clasifica a la salud en niveles.

Existen otras definiciones relacionadas con la salud. Hasta ahora se ha enfocado la discusión de la salud desde un punto de vista personal/individual. Pero hablar sobre la salud a nivel colectivo o social es importante, puesto que en última instancia los ciudadanos determinan en gran medida la salud del pueblo.

El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina, sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo, la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan las necesidades de alimentación, vivienda, trabajo y, en definitiva, sus problemas económicos, mientras que, en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tráfico, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.

Existen modelos para abordar la salud enfermedad de una población, entre ellos el modelo curativo y el modelo preventivo.

El modelo curativo, “se basa en una concepción patologista, es reduccionista, objetivo, separa la mente del cuerpo, se basa en diagnósticos biológico, establece barreras disciplinarias, los tratamientos son externos al paciente y la salud y la enfermedad son un continuo; además su es de orientación curativa, a -histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación médico- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente. Esta concepción se identifica además con la racionalidad científica, la escisión entre teoría y práctica, la medicalización de los problemas y la comprensión de la salud enfermedad como una mercancía.”¹⁰

¹⁰ Conceptos Generales de Salud Pública.
<http://www.slideshare.net/NutPatty/conceptos-generales-de-salud-pblica-presentation>

El modelo preventivo, se caracteriza por ser un diagnóstico contextualizado, la relación humana es relevante, la atención es integral, estimula la participación, estimula el trabajo en equipo y se preocupa del individuo y su entorno familiar y social.

Desde esta nueva perspectiva, el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado.

“Desde esta conceptualización, el enfermar no resulta de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos, el cual exige repensar los marcos de referencia y abordaje en función de la constitución de distintos niveles de análisis que permitan comprender la complejidad contextual en que se sitúa el proceso salud enfermedad.”¹¹

2.2. SALUD PÚBLICA

Al hablar de salud pública nos referimos “a la ciencia y el arte de organizar y dirigir los esfuerzos colectivos destinados a proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes de una comunidad.”¹²

La OPS, también define la salud pública como el esfuerzo organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo.

¹¹ Ciuffolini María Beatriz y Humberto Jure: Aportes desde la perspectiva de vivienda saludable, Número 3 Nov. 2006, pág. 4

¹² <http://www.slideshare.net/NutPatty/conceptos-generales-de-salud-pblica-presentation>; salud pública, conceptos básicos, Patricia Gálvez E. 8 de agosto 2008.

Entre los actores de la salud pública, se pueden considerar a la sociedad, Estado, lo público no estatal, organizaciones privadas y profesionales.

“Las funciones esenciales de la salud públicas son:

- Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud
- Vigilancia y control de brotes epidemiológicos
- Promoción de la salud
- Participación de los ciudadanos en la salud
- Desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación en materia de salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización
- Evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios.
- Desarrollo de recurso humano y capacitación en salud pública.
- Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos
- Investigación
- Reducción de emergencias y desastres”¹³

La salud pública requiere un esfuerzo mayor por parte del ciudadano y el gobierno. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar las expectativas de vida. Esto requiere esfuerzos sociales/gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico/hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud de la población.

¹³ IBID

2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud es la “Estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de la población. Acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud. Promueve estilos de vida saludables y acciones comunitarias a favor de la salud. Brinda oportunidades para que la gente ejerza sus derechos y responsabilidades, y participe en la creación de ambientes, sistemas y políticas favorables al bienestar. Promover la salud supone instrumentar acciones no sólo para modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino también para desarrollar un proceso que permita controlar más los determinantes de salud.”¹⁴

En la carta de Ottawa la definen la promoción de la salud “en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario.”¹⁵

En 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS) la concibe cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

¹⁴ México, Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud: **Modelo Operativo de Promoción de la Salud**, Pág. 102

¹⁵ Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, año 1986

Las 3 definiciones tienen aspectos comunes: dirigir acciones para proteger y mejorar la salud y ejercer un mejor control sobre la misma; también es la unión de esfuerzos de todos los actores sociales y productivos para promover estilos de vida saludable con participación de la comunidad.

La promoción de la salud se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, alcanzando mayor bienestar con equidad social. Combina métodos o planteamientos diversos pero complementarios, incluyendo comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario.

La epidemiología y la promoción de la salud son disciplinas básicas de la Salud Pública. La primera se aboca a reconocer los determinantes de la salud y la segunda a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos.

“La epidemiología -que caracteriza a las poblaciones según las variables tiempo, lugar y persona- identifica los factores que aumentan o reducen las probabilidades de sufrir un daño en la salud. La promoción de la salud parte de esta caracterización y trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.”¹⁶

Aunque la promoción de la salud es básicamente una actividad del ámbito de la salud y del ámbito social, y no un servicio médico, los profesionales sanitarios, especialmente los de atención primaria, desempeñan un papel importante en apoyar y facilitar la promoción de la salud; entendiendo la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y

¹⁶ México, Secretaría de Salud, Op. Cit. Pág. 23

familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad; “constituye el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal”.¹⁷

2.3.1. Funciones de la Promoción de la Salud

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco funciones básicas necesarias para producir salud.

- **Desarrolla aptitudes personales para la salud**

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

- **Desarrolla entornos favorables**

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vidas gratificantes, higiénicas, seguras y estimulantes. Además procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

¹⁷ Dr. Gustavo Malagón Londoño; atención primaria en salud, una estrategia para mejorar la cobertura y la calidad. Editorial revista médica.

- **Refuerza la acción comunitaria**

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

- **Reorienta los servicios de salud**

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica. También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria. Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

- **Impulsa políticas públicas saludables**

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población. Formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud.

Según el informe anual del Director de OPS, año 2001. Cada vez más países de la Región reconocen la importancia de la promoción de la salud como una poderosa estrategia de salud pública y han incorporado muchas de estas funciones básicas en sus planes y programas nacionales de salud.

2.4. ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN –IEC-

“La estrategia de IEC, se elabora cuando los gestores sociales, al haber identificado problemas sociales delicados, diseñan programas proyectos de intervención o cuando es necesario movilizar a uno o varios actores sociales de un contexto determinado. “¹⁸

¿Para qué es necesaria la estrategia de información, educación y comunicación?

- Para aportar a la solución de problemas sentidos por las comunidades o para prevenir otros de potencial desarrollo.
- Una estrategia de comunicación convenientemente diseñada y aplicada, aumenta las posibilidades de éxito de un determinado programa o proyecto de desarrollo, en comparación con otro que no aproveche adecuadamente la comunicación.
- Para fomentar estilos de vida saludables, es decir, la promoción de cambios culturales, actitudinales y de comportamiento.
- Para que se desarrolle la capacidad ciudadana de participar en y controlar los servicios de salud.
- Para transformar entornos culturales de manera que desarrollen factores protectores.

En la elaboración de la estrategia de IEC en salud hay que partir de tener claros los distintos aspectos que rodean el problema que se quiere atender o prevenir (causas, consecuencias, actores involucrados, los intentos anteriores de solución, etc.). Se trata de realizar y/o analizar lo que se conoce como el diagnóstico. También es importante tener claros los conceptos y enfoques temáticos que orientarán la estrategia, ya que de ellos depende la sustancia de la misma.

¹⁸ <http://www.slideshare.net/josgasan/cmo-hacer-estrategias-iec>

Dentro de los factores más importantes para que una estrategia sea exitosa se encuentra el conocimiento de las poblaciones que se quieren afectar. Hay que conocer sus hábitos de vida y de consumo de medios. No existe público en general.

De la calidad de los productos y procesos depende en buena parte el impacto sobre la realidad. A través de los siguientes pasos:

- Planeación
- Selección de canales y materiales
- Elaboración de materiales y pruebas preliminares
- Ejecución
- Movilización
- Evaluación
- Retroalimentación

2.4.1. Aspectos importantes a considerar en la elaboración de una estrategia de IEC en salud.

- **Selección de canales y materiales**

Con gran criterio habrá que definir uno o varios de los siguientes canales de transmisión de los mensajes:

Cara a cara: familiares, amigos, vecinos.

Transmisión

Medios Masivos de comunicación (radio, televisión, periódicos, revistas, etc.).

Medios electrónicos: páginas internet, correo electrónico, audio conferencias.

Populares: Altavoces, Teatro, periódicos murales

Organizaciones comunitarias: Grupos juveniles, deportivos, religiosas, comunales, ONG's, etc.

- **Elaboración de materiales y pilotos**

Por piloto se entiende un material o producto comunicativo preliminar, que se pone a prueba frente a uno o varios grupos del público seleccionado, con el fin de evaluar su efectividad comunicativa.

Si los pilotos se aprueban se podrá proceder a multiplicar o preparar la edición final de los productos, de lo contrario, será mejor ajustarlos cuanto sea necesario, hay que tratar de hacer llegar a los públicos definidos los productos realizados.

Es necesario hacer seguimiento y acompañamiento para controlar aciertos y dificultades:

Si está llegando a la audiencia esperada

Si las acciones van de acuerdo a lo previsto

Si algunos canales o tácticas funcionan más que otras o no. Si esto estaba previsto.

Si se requiere aumentar o reducir la intensidad o frecuencia de las emisiones.

- **Ejecución de la estrategia**

Se refiere a los cambios que se deben producir en las poblaciones beneficiarias. Es decir, la movilización para asumir comportamientos saludables, hacia participar y controlar los servicios de salud, y/o hacia transformar el entorno social. El impacto de las estrategias se mide, sobre todo, por la calidad de la movilización

Estas estrategias contribuyen a la adopción de comportamientos saludables tiene que tener en cuenta que las personas necesitan tener la información sobre qué hacer y cómo hacerlo. La información científica hace falta para fomentar la aparición de nuevas creencias que la incluyan, así como para mezclarse con las tradiciones culturales de los grupos humanos.

Las actitudes, comportamientos y valores, transmitidos a través de la televisión, radio, prensa escrita, etc. y reafirmados por los agentes sanitarios influyen en el valor que la salud tiene para los individuos, en los comportamientos saludables que éstos exhiben, en el incremento de su motivación hacia el auto cuidado y en su autorresponsabilidad con respecto a la salud.”¹⁹

2.4.2. Información

Una nueva educación para la salud debe considerar que la información es una condición necesaria, pero de ninguna manera es suficiente para evitar que los individuos cesen de actuar de un modo peligroso para ellos y su comunidad.

Para hacer más efectiva la transmisión de información se debe adoptar una concepción de salud comunitaria y conocer las nuevas aportaciones teórico-prácticas sobre el proceso de comunicación, y la metodología para hacerlo eficaz a nivel individual, grupal y comunitario, a través de diferentes estrategias.

“El objetivo de informar es identificar problemas individuales y colectivos con la comunidad, propiciar elementos para el análisis de la situación y apoyar la búsqueda de posibles alternativas de solución.”²⁰

2.4.3. Educación

La educación en salud es la dinámica transversal y democrática de participación en la que se tiene el derecho y deber de informar, socializar y reflexionar alrededor en diferentes temas de salud, como ejemplo la tuberculosis.

“Los procesos de formación son concebidos como una permanente interacción de la red social de apoyo. Conlleva siempre un ejercicio de auto reflexión y análisis dirigido a plantear soluciones para las diversas situaciones. Se trata de

¹⁹ Revista Cubana de Medicina General Integral, ISSN 0864-2125 versión on-line, marzo – abril 1999

²⁰ <http://www.slideshare.net/josgasan/estrategia-iec>

transformar las ideas, prejuicios, informaciones, negaciones, miedos o prácticas recurrentes que impiden aceptar nuevas realidades y comprender formas novedosas, solidarias y éticas de convivencia. ²¹

“La educación para la salud en este contexto debe facilitar el protagonismo de la comunidad, de modo que se promueva el intercambio entre los actores sociales, a través de coloquios, discusiones, talleres, etc. Esto permitirá neutralizar con gran efectividad la influencia de muchas de las actitudes negativas que existen hacia determinadas prácticas de salud, así como la excesiva colonización de los técnicos educadores que con mucha frecuencia se resisten a aprender del saber existente en la comunidad.”²²

2.4.4. Comunicación

La comunicación es un proceso de interacción social que se produce como parte de la actividad humana y puede ser definida así: Es una negociación entre dos personas, un acto creativo. No se mide por el hecho de que el otro entienda exactamente lo que uno dice, sino porque él también contribuya con su parte, ambos cambien con la acción. Y cuando se comunican realmente, lo que forman es un sistema de interacción y reacción bien integrado.

Proceso de interacción a través del cual se transmite e intercambia información, ideas, signos, sentimientos de una persona a otra. La comunicación tiene 3 concepciones; son ellas:

- **Concepción transmisora (Énfasis en Contenidos) Mensaje**
 - Concepción vertical
 - Transmisión de información
 - El emisor es el protagonista
 - EL receptor se le considera un objeto, recipiente

²¹ IBID

²² Revista Cubana Op. Cit.

- No estimula la capacidad de raciocinio
- Fomenta el individualismo
- Genera dependencia

- **Concepción dirigista (énfasis en los efectos)**
 - El emisor es el protagonista
 - La realimentación es el mecanismo de control para verificar efectos
 - Conduce a la manipulación
 - Estimula el interés individual

- **Concepción dialógica (énfasis en el proceso)**
 - Modelo horizontal o bidireccional
 - Comparte información en busca del diálogo (interlocución)
 - Preocupación por desencadenar procesos de análisis y reflexión
 - Estimula el raciocinio y el desarrollo de conciencia crítica
 - Busca que el individuo se transforme a sí mismo y su realidad
 - Todo lo humano significa y por lo tanto emite constantemente, cualquier espacio social consiste en un complejo conjunto de emisiones de toda índole: palabras, gestos, miradas, objetos, sonidos, colores, etc.

Esta última concepción de comunicación, “nos permite reconocer que toda institución tiene múltiples formas de emitir y que estamos ante situaciones de comunicación tan ricas como la vida, las personas no reciben, perciben; se hace desde su historia particular, desde su contexto, desde su cultura. Hay tantas posibles lecturas como grupos, historias y experiencias que conforman una comunidad. Este reconocimiento es el primer paso para reconocer la diversidad, abre el camino hacia el respeto por la diferencia, las múltiples lecturas hacen que un mismo material sea leído de muchas maneras.”²³

²³ <http://www.slideshare.net/josgasan/estrategia-iec>

2.5. TUBERCULOSIS

“La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, provocada en la mayor parte de casos por un bacilo denominado *Mycobacterium Tuberculosis*. Este bacilo,²⁴ habitualmente, ingresa al organismo por la inhalación a través de los pulmones. Se propaga desde su localización inicial en los pulmones a otras partes del organismo mediante el flujo sanguíneo, el sistema linfático, mediante las vías aéreas o por extensión directa a otros órganos.”²⁵

La tuberculosis sigue siendo, en el inicio de este nuevo milenio, la infección humana más importante que existe en el mundo, a pesar de los esfuerzos que se han invertido para su control. Las pésimas cifras actuales de infectados, enfermos y muertos por esta vieja endemia obligan a realizar una profunda reflexión de lo que realmente está fallando en el control de una enfermedad de la que se conocen tratamientos con capacidad de curar a todos los enfermos hace más de 50 años y de la que también se conocen las bases científicas para su prevención y control en la comunidad desde hace más de 40 años.

“En la actualidad se estima que una tercera parte de la población mundial, cerca de 2.000 millones de personas, están infectadas. Este importante número de personas sanas infectadas ocasiona que, cada año, enfermen de TB entre 8 y 10 millones de personas. La prevalencia aproximada es de 16 millones de enfermos. El 95% de estos se encuentran en los países del tercer mundo. Estos datos son aún más alarmantes si se tiene en cuenta que cada año la mortalidad se cifra entre 2 y 3 millones de personas. La TB, junto con el SIDA son las dos enfermedades infecciosas con mayor mortalidad a nivel mundial, ocupando la TB el lugar preponderante, siete de cada 100 fallecidos en el mundo se deben a esta

²⁴ Los bacilos son bacterias que tienen forma de bastón, cuando se observan al microscopio.

²⁵ Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. **Manejo de la tuberculosis**; (2000) Pág. 3

enfermedad. El 99% de las muertes por esta causa se encuentran en los países subdesarrollados.”²⁶

En reconocimiento de que la tuberculosis era uno de los problemas de salud más desatendidos y que la epidemia estaba fuera de control en muchas partes del mundo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la declaró -en abril de 1993- una urgencia mundial, considerándola una enfermedad reemergente o de aparición reciente en algunos países desarrollados e incrementándose en los en vías de desarrollo.

“A 13 años de la declaración de la OMS, ese cuadro no ha mejorado, la situación no puede ser más deplorable y amenazadora. La historia reciente de la tuberculosis es la de un fracaso científico y político. Esta enfermedad ha sido llamada “la perfecta expresión de una civilización imperfecta” ²⁷

2.5.1. Factores de riesgo que favorecen la transmisión de la enfermedad

- “Calidad deficiente de servicios de atención y del Programa contra la tuberculosis, mala detección, diagnóstico y tratamiento e insuficiente cobertura de vacunación del BCG
- Existencia de fuentes de contagio, que mantienen capacidad infectante por largo tiempo.
- Hacinamiento doméstico, institucional o laboral
- Desnutrición
- Edad
- Estrés
- Patología asociadas: alcoholismo, cirrosis, gastrectomía, diabetes, linfoma, leucemias, patología que requieren terapia corticoesteroidal, infección con

²⁶ LA TUBERCULOSIS UN PROBLEMA SOCIAL
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyIFyukEAgcvXFOyn.php>

²⁷ IBID

virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida

- Drogadicción²⁸

Dentro de las causas principales de esta enfermedad están:

- **Las migraciones masivas** que se dan, internamente, dentro de los países pobres o con recursos medios se han incrementado notablemente en las últimas décadas, motivadas por causas como sequías, hambrunas, guerras, inseguridad, guerrillas, etc. Esto ha condicionado que la gran mayoría de estos países con recursos limitados estén cambiando, de forma demasiado rápida, las características de su población, pasando de ser eminentemente rural a predominantemente urbana. Cuando estas migraciones internas masivas se producen, llegan a la gran urbe para formar asentamientos, sin las mínimas condiciones de salubridad y con un grado de hacinamiento y pobreza que vuelve a beneficiar la transmisión de la tuberculosis.
- **El crecimiento demográfico** de la población es un factor que está condicionando un incremento del número absoluto de casos en las zonas más pobres del planeta. Este crecimiento demográfico en los países más pobres condiciona, de nuevo, mayores situaciones de hacinamiento y pobreza, lo que facilita la transmisión y el aumento de casos. “Se estima que la población mundial se duplicará en los próximos 30 años, siempre a expensas, fundamentalmente, de los países más pobres. Además, este factor adquiere aún más importancia si se observa como una de las características que tienen en común los 23 países que soportan el 80% de la carga de casos en tuberculosis a nivel mundial es la de ser países muy poblados y la gran mayoría de ellos con escasos recursos económicos”.²⁹

²⁸ Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: **Guía de enfermería para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES** (2007) Pág. 31
www.who.int/tb/publications/2007/guide.pdf

²⁹ IBID

- **Coste social elevado, entre lo que supone la baja de productividad de los enfermos y los costes de su tratamiento:** Se estima que un 75 por ciento de las personas con tuberculosis tiene entre 15 y 44 años de edad, circunstancia que produce un fuerte efecto negativo sobre el desarrollo socioeconómico.

La enfermedad mata a más mujeres en edad fecunda que cualquier otra causa única de mortalidad materna, e incide directamente en el desarrollo de las familias, las comunidades y las economías nacionales. Las familias tienen que afrontar gastos considerables en concepto de diagnóstico, tratamiento y transporte, los afectados que sostienen a sus familias se arriesga a perder temporal o definitivamente el empleo, los niños tienen que faltar a la escuela, y los empleadores ven disminuir el rendimiento de sus trabajadores.

En los países pobres, un solo caso puede entrañar la pérdida de entre tres a cuatro meses de tiempo laboral, como promedio, como resultado de afectaciones provocadas por la TB. Esto da lugar a un promedio de ingresos potenciales perdidos de 20 a un 30% de los ingresos domésticos anuales. Para las familias de aquellos que mueren de la enfermedad, la pérdida adicional se cuantifica cerca de 15 años de ingresos por la muerte prematura del enfermo con tuberculosis.

La lucha contra la tuberculosis requiere algo más que la provisión de medicamentos a los pacientes. Requiere una intervención de salud pública integral. Esa intervención debe abarcar educación, detección temprana de la enfermedad mediante vigilancia cuidadosa, análisis bacteriológicos, apoyo social a los pacientes y sus familias, asesoramiento y, por último, seguridad de que los enfermos completarán el tratamiento prescrito.

En relación al apoyo social, este debe brindarse a las personas tomando en cuenta sus necesidades, problemas, así como sus posibilidades y recursos para resolverlos; en términos generales debe brindárseles educación en salud,

referencia y seguimiento a otras instituciones afines a su problemática no resuelta, integrarlos a grupos de autoayuda o grupos sociales, consejería y orientación para la toma de decisiones.

Si bien la tuberculosis es una enfermedad que puede afectar a la población de cualquier sector social, también es cierto que incide mayormente en los sectores socioeconómicos más deprimidos. La población percibe la tuberculosis como una enfermedad de pobres. Y esta percepción convive con el temor a ser detectado, es decir, señalado como tuberculoso. Estas percepciones y temores, que retardan la localización de enfermos y la detección oportuna, hacen que los riesgos de contagio, sean realmente para todos.

En este contexto, se hacen oportunas y pertinentes estrategias de comunicación, educación y comunicación hacia la población, articuladas a los servicios de diagnóstico y tratamiento. Estas estrategias sirven, de igual manera, a promocionar la imagen de los establecimientos de salud y mejorar la articulación de su personal con la comunidad organizada y la población afectada por el problema.

2.5.2. Medidas de prevención

La tuberculosis es una enfermedad asociada con la pobreza, y el 95% de las muertes se producen en países en desarrollo. Sin embargo, todas las clases sociales están expuestas y todos los países se ven afectados por la tuberculosis.

En este contexto se puede decir que la tuberculosis se asocia a inadecuados programas de control, que no garantizan la curación de las personas enfermas como producto de los bajos recursos económicos dedicados a combatir el problema. La actual estrategia de la OPS/OMS dirigida al control de la tuberculosis, conocida como tratamiento acortado directamente observado (DOTS/TAES) contempla los siguientes elementos:

- Compromiso político del gobierno de garantizar los recursos necesarios para el control de la tuberculosis, a través del suministro regular de medicamentos e insumos de laboratorio, en todos los servicios o unidades de salud.
- Organización de la detección, diagnóstico y tratamiento de casos.
- Diagnóstico mediante el examen de esputo en los pacientes con síntomas respiratorios (tos y expectoración) que acuden a los servicios de salud.
- Tratamiento acortado con observación directa de la toma de medicamentos.
- Sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación.
- Capacitación, supervisión y evaluación.

“La estrategia DOTS/TAES garantiza la curación de la enorme mayoría de los pacientes, y la reducción del riesgo de enfermar para la comunidad. Si el programa se mantiene por varias décadas de forma eficiente en el control de la enfermedad, la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública se convierte en realidad.”³⁰

La prevención tiene como finalidad evitar la infección por tuberculosis, y en caso de que se produzca tomar medidas para evitar el paso de infección a enfermedad, las medidas preventivas están dirigidas a evitar la diseminación del bacilo de Koch.

³⁰ IBID Pág. 31

CAPITULO III

3.1. METODOS

Para realizar la investigación se utilizaron 3 métodos: el analítico, el comprensivo y el crítico³¹. En primer lugar, el método analítico se eligió porque permite descomponer la totalidad en las partes que lo constituyen para poder describirlas. Con este método se analizó las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud de la zona 6. Se describe las actividades de información, educación y comunicación realizadas durante los años 2006 y 2007. Así mismo se cuantificó las personas que estuvieron en tratamiento durante los años 2006 y 2007. Este método también se empleó para analizar datos estadísticos de cobertura y metas del programa de tuberculosis.

El segundo método fue el método comprensivo, ya que parte de que la realidad social no es objetiva, sino subjetiva; estudia lo evidente, lo que no se observa de manera directa, sino que se manifiesta indirectamente a través de las expresiones o manifestaciones de las personas. Este método permitió establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación. Asimismo analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6; y por último conocer la opinión de las Facilitadoras Comunitarias en relación a las limitaciones que presentan para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis. (inductivo-deductivo).

El tercer método utilizado fue el método crítico, debido a que a través de éste se generan conocimientos, acciones, comportamientos, es decir, a partir de conflictos. Cuando las acciones se enfrentan se crean nuevas acciones, nuevos conocimientos. Parte de generalidades para explicar particularidades, su objetividad se busca en el devenir histórico, no en la inmediatez. Este método no

³¹ PAPPASANTOS, Obdulio: **Metodología de Investigación: aproximaciones al estudio de lo social**, (2007), Págs. 22-25

excluye a los dos anteriores, porque combina lo cuantitativo y cualitativo, pero entorno a una visión de totalidad y sus partes en constante interrelación y contradicción aplicando la triangulación metodológica. (Deductivo- inductivo). Este método permitió conocer la situación de la tuberculosis y específicamente la estrategia de información, educación y comunicación del contexto global al local y explicar la problemática no sólo por sus manifestaciones inmediatas, sino en su relación histórica. Este método también fue de gran utilidad para abordar la problemática como totalidad con los datos cualitativos y cuantitativos que generaran los diferentes momentos de la investigación para dar una nueva explicación al conflicto estudiado; lo cual se expresa en la discusión de resultados y en la propuesta de intervención

3.2. TECNICAS

En la investigación documental se utilizó como técnica la elaboración de fichas bibliográficas, esta técnica se realiza con el fin de evitar redactar el trabajo directamente de las fuentes bibliográficas y documentales obtenidas, sino que se debe proceder a recoger o registrar el material procedente de las fuentes consultadas, o sea, se debe registrar lo que se relaciona con el tema implicado en lo que se conoce como fichas bibliográficas. Expresado de otra forma, se procedió al registro y organización del material de referencia que fundamentó la investigación. La ficha bibliográfica cumplió dos funciones principales: primero, facilitó la pronta localización y acceso a las fuentes; y, segunda, facilitó la redacción de citas bibliográficas a pie de página y la bibliografía final.

Para la investigación de campo se utilizó las técnicas de: análisis de contenido, grupos focales y entrevista estructurada.

El análisis de contenido: Se denomina análisis de contenido al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos, discursos, agendas, diarios, cartas, cuestionarios, encuestas, test proyectivos, libros, anuncios, entrevistas, radio, televisión) que proceden de procesos

singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías), consiste en la revisión de material escrito que reproducen las manifestaciones del fenómeno o proceso, tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

“Esta técnica, sitúa al investigador respecto de la realidad en una triple perspectiva:

- Los datos tal y como se comunican al analista.
- El contexto de los datos.
- La forma en que el conocimiento del analista obliga a dividir la realidad.

El “Análisis de Contenido” se configura, como una técnica objetiva, sistemática, cualitativa y cuantitativa que trabaja con materiales representativos, marcada por la exhaustividad y con posibilidades de generalización.”³²

Grupo focal: El grupo focal de discusión se denomina así, porque focaliza su atención e interés en un tema específico de estudio e investigación que le es propio, por estar cercano a su pensar y sentir; y es de “discusión” porque realiza su principal trabajo de búsqueda por medio de la interacción discursiva y la contrastación de las opiniones de sus miembros. El grupo focal es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto.

³² Dr. Luis Porta – Universidad Nacional de Mar del Plata. Mag. Miriam Silva – Universidad nacional de la Patagonia Austral: La investigación cualitativa: El análisis del contenido en la investigación educativa.
<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

Los temas que más sintonizan con la técnica de los grupos focales son aquellos que, por su naturaleza, tienen muchas caras, perspectivas o puntos de vista, y, por ello, requieren el concurso de diferentes enfoques o abordajes, aspectos que sólo nos los pueden ofrecer diferentes personas con variadas experiencias, intereses y valores.

“El objetivo fundamental del grupo focal es alcanzar o lograr el descubrimiento de una estructura de sentido compartida, si es posible consensualmente, o, en todo caso, bien fundamentada por los aportes de los miembros del grupo.”³³

Los grupos focales se utilizan para:

- “Conocer conductas y actitudes sociales, lo que ayuda a relevar información sobre una temática.
- Obtener mayor cantidad y variedad de respuestas que pueden enriquecer la información respecto de un tema.
- Enfocar mejor una investigación o ubicar más fácilmente un producto.
- Obtener ideas para desarrollar estudios ulteriores.”³⁴

Entrevista estructurada: Esta técnica consiste en recopilar información a través de un proceso de comunicación, en el transcurso del cual el entrevistado responde a preguntas, previamente diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador.

La entrevista estructurada tiene la ventaja de impedir los sesgos del entrevistador; en los casos donde sea necesario una mayor libertad se puede usar una entrevista semi-estructurada, donde el orden de las preguntas puede ser variado,

³³<http://investigacionparalacreacion.espacioblog.com/post/2007/03/30/la-tecnica-grupos-focales-aen-consiste-como-se-aplica->

³⁴<http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/profesoras.htm>

así como la forma de preguntar, ateniéndose a un guión base que responde a los objetivos de la investigación y a la información que se pretende conseguir.

En toda entrevista es fundamental que el entrevistado se sienta a gusto y tenga una buena impresión del entrevistado. Para ello, el entrevistador debe contar con una buena disposición y conocer el guión de preguntas que aplicará, de modo tal de no provocar la impresión de improvisación.

La encuesta debe realizarse de modo fluida, sin interrupciones, atendiendo el encuestador más a la persona que a la encuesta y evitando dar la impresión de un interrogatorio. El entrevistador no debe dar su opinión y no se deben realizar discusiones ni justificaciones.

Es recomendable tomar notas en el mismo momento de la entrevista, de modo tal de registrar lo más fielmente la respuesta del entrevistado.

Al finalizar la entrevista, esta debe terminar en un clima de cordialidad tal que impida la aparición de sentimientos de desconfianza e irritabilidad por el desarrollo de la entrevista.

3.3. PROCEDIMIENTOS

- **Investigación bibliográfica y documental** para construir el marco teórico.
Instrumento a utilizar: fichas bibliográficas, fichas textuales.
- **Análisis de contenidos:** se revisó las normas de atención de tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y A.S. en relación a las funciones de los proveedores de salud en las actividades de información, educación y comunicación; con esta técnica también se revisó la memoria de labores de los años 2006, 2007 para compararlas con las actividades de información, educación y comunicación realizadas por el personal de salud.

Instrumento a utilizar: Cuadros de trabajo

- **Grupo focal** con las facilitadoras comunitarias de extensión de cobertura, para conocer sus experiencias, en relación a las limitaciones que presentar para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis. Se tomó al grupo de facilitadoras comunitarias en salud, ya que ellas son parte del personal voluntario del Centro de Salud y también son parte de la comunidad, conocen a la población y son el enlace entre comunidad y Centro de Salud.
Instrumento a utilizar: la guía de preguntas, cuaderno de notas y grabación
- **Grupo focal**, con esta técnica se conoció las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que han tenido los proveedores de salud para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6. También fue de utilidad para complementar las actividades realizadas de información, educación y comunicación realizadas por el Centro de Salud en los años 2006 – 2007. Participaron 5 médicos de consulta externa, 1 enfermera profesional, 6 auxiliares de enfermería, 2 técnicas de laboratorio clínico, 1 médica ambulatoria y 1 facilitadora institucional; porque se consideró que de acuerdo a las normas de atención de salud, son los proveedores de salud que tienen la responsabilidad de llevar a cabo la pesquisa bacilosκόpica.
Instrumento a utilizar: la guía de preguntas, cuaderno de notas y papelógrafo.
- **Entrevista estructurada a pacientes que estuvieron en tratamiento en los años 2006- 2007**, para establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación.
Instrumento a utilizar: formulario.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta la investigación de campo realizada en los meses de abril, mayo y octubre del año 2008. Este capítulo se divide en 6 partes, en cada una de ellas se dan a conocer los resultados y se realiza la discusión de los mismos tomando como base el marco teórico, así como los objetivos e hipótesis formulada.

La primera parte presenta las ideas centrales de la norma de atención de tuberculosis del Ministerio de Salud en relación a las estrategias de información, educación y comunicación, comparándolas con lo realizado por el personal del Centro de Salud según las memorias de labores de los años 2006 – 2007; se complementa la información con los aportes brindados por el personal del Centro de Salud zona 6 en el grupo focal. La segunda parte presenta la opinión de las personas con tuberculosis que estuvieron en tratamiento en el Centro de Salud de la zona 6, durante los años 2006 – 2007; en relación al acceso a las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis. En la tercera parte se presenta las limitaciones que afrontan las Facilitadoras Comunitarias de la jurisdicción de extensión de cobertura para realizar las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis; en las comunidades. En la cuarta parte se analizan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6. En la quinta parte se presentan los factores que limitan al personal del Centro de Salud en la implementación de la estrategia de IEC en tuberculosis; y en la sexta parte se definen las alternativas de solución a la problemática encontrada.

4.1. LAS ESTRATEGIAS DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS REALIZADAS EN LOS AÑOS 2006 - 2007

Para comparar las estrategias de información, educación y comunicación en tuberculosis que se han realizado durante los años 2006, 2007 en relación a las

normas de atención del Ministerio de Salud, se realizó la lectura de estas normas en donde se seleccionó lo relacionado a las funciones del personal de salud en las actividades que se deben realizar para realizar las estrategias de información, educación y comunicación. Así mismo se seleccionó en las memorias de labores e informes trimestrales del Centro de Salud de los años 2006 y 2007 los mismos aspectos, para realizar un análisis comparativo entre lo normado y lo realizado por el personal del Centro de Salud.

CUADRO Nº 1

Cuadro comparativo entre la norma de atención en tuberculosis y lo realizado por el personal del Centro de Salud, en relación a las actividades de IEC

| Aspectos a leer y a analizar | Copia textual de la norma de atención en tuberculosis ³⁵ | Datos de memoria de labores e informes trimestrales de los años 2006 y 2007 | Análisis comparativo entre lo normado por el Ministerio de Salud y lo realizado por el personal del Centro de Salud de la zona 6 |
|--|---|--|---|
| Estrategia de información, educación y comunicación (IEC) | Orientar a los grupos de población sobre prevención de la tuberculosis. | <p>Año 2006: se orientó a 16 grupos de pacientes en la consulta externa en prevención de la tuberculosis.</p> <p>A nivel escolar se trabajo con 5 escuelas de educación primaria se orientó a los alumnos de 4to. 5to. y 6to sobre la prevención de la tuberculosis, quienes a su vez multiplicaron la información con sus compañeros de las aulas.</p> | <p>En relación a la estrategia de IEC las normas del Ministerio de Salud no la presenta cuantificada, por lo que es difícil decir si se cumple o no.</p> <p>Según los datos de memoria de labores se tiene registro de la atención a grupos de consultantes en el Centro de Salud, pero pueden existir otros grupos de población a los que se puede orientar en el tema. Estos datos indican que se atendieron a 16 y 23 grupos en los años 2006 y 2007 respectivamente (grupos</p> |

³⁵ Se tomó las normas de atención del período 1996-2000 del Ministerio de Salud, debido a que en éstas definen los programas de salud por niveles de atención y proveedor de salud; en las normas actualizadas del año 2006 no se encuentra este tipo de información. Estas normas fueron elaboradas por el Ministerio de Salud como parte de la reforma del sector salud.

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | <p>Año 2007: se orientó a 23 grupos de pacientes en la consulta externa en prevención de la tuberculosis.</p> <p>A nivel escolar se trabajo con 5 escuelas de educación primaria se orientó a los alumnos de 4to. 5to. y 6to sobre la prevención de la tuberculosis; quienes a su vez multiplicaron la información con sus compañeros de las aulas.</p> | <p>integrados por los pacientes que asisten diariamente al centro de salud), si se relaciona que son aproximadamente 115 días hábiles de atención, el porcentaje es mínimo; además esta orientación aparece en el mes de marzo debido a que en este mes se intensifican acciones porque el 24 de marzo es el día mundial de la lucha contra la tuberculosis, el resto de meses las actividades disminuyen.</p> <p>A nivel escolar se trabajo sólo en 5 escuelas primarias de las 25 escuelas que tiene la zona 6, lo que representa al 20%.</p> |
|--|--|--|---|

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <p>Identificar necesidades de capacitación y capacitar al equipo del distrito sobre prevención y control de la tuberculosis.</p> <p>Identificar necesidades de capacitación y capacitar a personal comunitario sobre prevención y control de la tuberculosis.</p> | <p>En los años 2006 y 2007 se capacitó al personal del Centro de Salud en prevención y control de la tuberculosis.</p> <p>En los años 2006 y 2007 se capacitó a los siguientes grupos de personal voluntario; 1 grupo de voluntarias de salud, 2 grupos de promotoras de Salud de 2 mercados y al grupo de facilitadoras comunitarias de extensión de cobertura.</p> | <p>En cuanto a la capacitación del personal del Centro de Salud se observa que fueron capacitados en los dos años a nivel local; además el personal médico y de enfermería fue capacitado en el año 2006 por el Ministerio de Salud en la actualización de normas de atención y una de ellas fue la de tuberculosis.</p> <p>La capacitación a personal voluntario se realizó en los 2 años al 100% de los grupos organizados en la zona 6.</p> |
|--|---|--|--|

| | | | |
|--|---------------------------------|--|---|
| | Realizar visitas domiciliarias. | Durante los años 2006 y 2007 se realizaron visitas domiciliarias a pacientes en tratamiento de tuberculosis, principalmente por abandono de tratamiento, por estudio de contactos o por brindar plan educacional a las familias. | Las visitas domiciliarias principalmente fueron realizadas para motivar la continuación del tratamiento a los pacientes que habían abandonado el tratamiento, por estudio de contactos del paciente recién detectado, brindar plan educacional a las familias en el cuidado del paciente y prevención de la enfermedad. |
|--|---------------------------------|--|---|

Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008

Como se muestra en el cuadro anterior, la norma de atención en tuberculosis del Ministerio de Salud, indica sólo 4 aspectos dentro de la estrategia de información, educación y comunicación, según datos de memoria de labores y de la información recopilada del grupo focal realizado con el personal del Centro de Salud, durante estos dos años se han realizado otras actividades dentro esta estrategias además de las sugeridas por las normas de atención; las más relevantes a nivel individual son: 26 visitas domiciliarias a los pacientes y su familia, y 19 consejerías para pruebas voluntarias de VIH. A nivel grupal capacitación a 15 grupos de escolares, 1 grupo de voluntarios de salud, 1 grupo de adulto mayor, 39 grupos de pacientes de consulta externa, 1 grupo de voluntarias de salud, 2 grupos de promotoras de Salud, 1 grupo de Facilitadoras Comunitarias. A nivel comunitario elaboración de murales, desfile, distribución de material impreso, concurso de dibujo.

Si se analiza estas actividades a la luz del marco teórico se puede concluir que la estrategia actual de IEC en tuberculosis, no responden a fomentar estilos de vida saludable, es decir, no se promueven cambios culturales, actitudinales de comportamiento y no tiene consistencia debido a que las actividades cuantificadas se realizan una vez al año. Los contenidos que se abordan en las actividades giran en torno a los siguientes contenidos: qué es la enfermedad, los síntomas, diagnóstico, tratamiento y medidas de prevención; si bien es cierto que los contenidos se transmiten de forma clara y sencilla, las personas no siempre logran comprender todo los mensajes, debido a varios factores tales como: el nivel educativo de las personas, la edad, las deficiencias de local y mobiliario, las interferencias ambientales, las técnicas que se utilizan para transmitir la información y el tipo de material audiovisual que se utiliza. Por escases de material audio visual muchas de las actividades educativas se concretan a dar una charla sin ningún tipo de material auxiliar.

La poca consistencia de las actividades se ha comprobado, cuando los mismos integrantes han participado en dos actividades de la misma índole, cuando se

les pregunta sobre aspectos abordados en la anterior capacitación las personas no se acuerdan de la información o la recuerdan de forma parcial o incorrecta.

En cuanto a la participación de las actividades, éstas se concentran en grupos específicos que se encuentran formados en las comunidades o que el centro de salud ha organizado; en las actividades que se han realizado la comunicación activa no es de doble vía, lo cual no contribuye a aumentar las posibilidades de éxito del programa de tuberculosis.

En cuanto al aspecto curativo de las 19 personas con tuberculosis identificadas en los 2 años, las actividades primordiales giran en torno a su curación, en asegurar que los pacientes concluyan el tratamiento e identificar a sus contactos para descartar que se encuentren libres de la enfermedad. Las visitas domiciliarias se realizan cuando los pacientes se ausentan del centro de salud para recibir tratamiento, algunas veces las visitas se posponen y no se realizan en forma oportuna debido a la distancia, a la poca disponibilidad del personal para realizar trabajo fuera de la institución, a la recarga de actividades múltiples, o debido a que las áreas a visitar son peligrosas por la alta incidencia de violencia en esas comunidades.

También es importante destacar que en las normas de atención en salud, elaboradas por el Ministerio de Salud en años recientes, no definen en forma específica las estrategias de información, educación y comunicación que se deben realizar, esto sugiere que la prevención no se visibiliza como un componente importante en el abordaje del control de la tuberculosis; lo cual es congruente al modelo curativo que en la práctica se operativiza, la enfermedad se conceptualiza sólo en la medicación del paciente y deja fuera el contexto socio cultural de las personas, su subjetividad y una relación más simétrica entre médico y paciente.

4.2. LAS PERSONAS CON TUBERCULOSIS Y EL ACCESO A LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION.

Para establecer las opiniones de las personas con tuberculosis acerca del acceso a las estrategias de información, educación y comunicación, se entrevistó a 18³⁶ personas que estuvieron en tratamiento de tuberculosis durante los años 2006 y 2007.

Las personas entrevistadas si bien es cierto pertenecen a comunidades diferentes y con algunas variaciones en su nivel socioeconómico, comparten algunas características comunes; entre ellas: viven en colonias populares o asentamientos humanos lo cual está vinculado estrechamente a la problemática de la vivienda; lo cual es sin duda, una clara manifestación de la necesidad de un techo para vivir y la carencia de atención por parte del Estado.

Las áreas en donde viven son inseguras, insalubres, poniendo al paciente y sus familias en un alto grado de vulnerabilidad y susceptibilidad a enfermarse o a morir por las pésimas condiciones de vida. La mayoría de asentamientos humanos en la zona 6 se encuentran ubicados en las laderas del río las vacas, por la topografía del terreno el acceso es difícil, las condiciones sanitarias pésimas, ninguna de ellas cuenta con el servicio de extracción de basura, por lo cual optan por tirar al río todos los desechos que generan las actividades diarias de las familias.

Sumando a lo anterior, estas áreas son las que presentan las mayores actividades de violencia común y organizada, lo cual afecta la vida social de las familias, o inclusive algunas de ellas pertenecen a estos grupos.

Más del 50% de las personas entrevistadas no son originarias de la ciudad capital, sino, son provenientes de algún departamento, al migrar a la ciudad no previeron que las oportunidades de trabajo son escasas y que por la complejidad de los

³⁶ Las personas que con tuberculosis que recibieron tratamiento en los años 2006 y 2007 fueron 19, a una de ellas no se le localizó por cambio de domicilio.

trabajos disponibles se necesita cierto nivel educativo o de capacitación especializadas de la cual ellos carecen. En este sentido se ven obligados a realizar cualquier actividad para sobrevivir devengando salarios muy bajos, y algunos de ellos se encuentran desempleados debido a la gravedad de su enfermedad.

Los factores que han permitido la aparición de la tuberculosis en las familias son las condiciones de la vivienda, la cual es pequeña en relación al número de integrantes de la familia, no tiene la iluminación y ventilación adecuada, carecen de servicios básicos, viven en hacinamiento, la ingesta de alimentos no es la necesaria para realizar las actividades diarias.

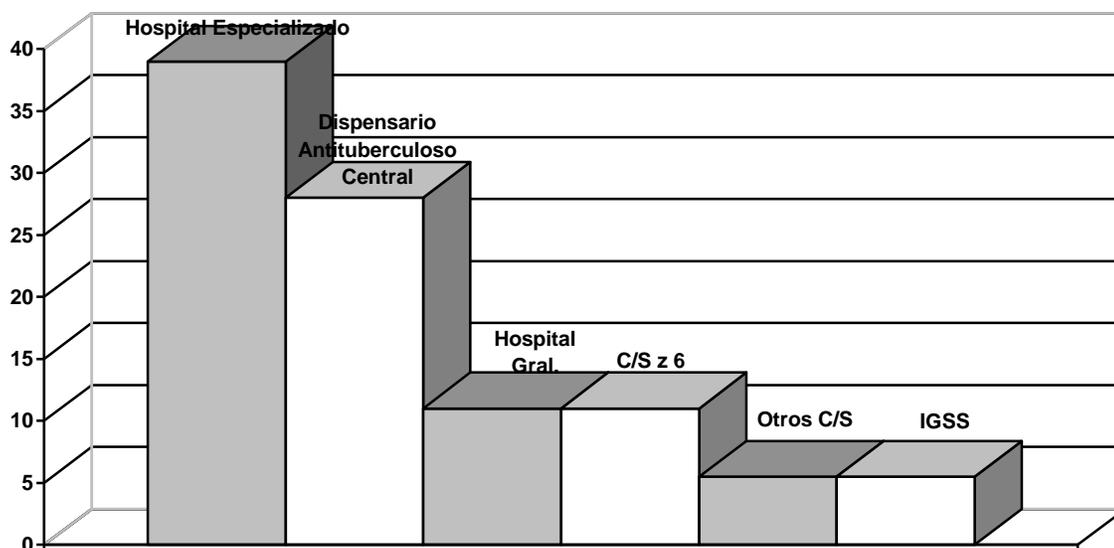
Las familias por ser numerosas, más de 5 miembros por familia y con escasos recursos económicos les es difícil satisfacer algunas necesidades, tales como la educación, recreación, salud y un trabajo digno, entre otros. Por su nivel socio cultural y el arraigo de creencias propias de los lugares de donde provienen hace que la educación en salud que se les brinda no la pongan en práctica para prevenir o controlar la enfermedad, o porque las condiciones antes descritas no se los permite, por ejemplo; dormir en habitaciones separadas, cocinar en un ambiente separado, no cocinar con leña, no fumar dentro de la vivienda, no cocinar en el suelo, mantener ventilada e iluminada las habitaciones, consumir una dieta balanceada, mantener en control la salud de los niños y niñas menores de 5 años y mujeres embarazadas, mejorar la higiene personal, de la vivienda y la comunidad, y, no aislar al enfermo de las actividades cotidianas de la familia.

En relación al diagnóstico de la enfermedad, las personas entrevistadas por tener escasos o nulos conocimientos sobre la prevención y control de la tuberculosis, no asistieron oportunamente a un servicio de salud, asistieron cuando ya tenían manifestaciones severas de la enfermedad. En la investigación se estableció que las personas en tratamiento no buscaron asistencia en el Centro de Salud de la zona 6, que es el servicio más cercano a sus comunidades, sino asistieron a un

hospital o servicio especializado; con esta información se demuestra la baja proyección que el Centro de Salud tiene en la atención de la enfermedad, debido a la escasa promoción de los servicios en las comunidades dentro de su jurisdicción. La siguiente gráfica muestra visualmente a dónde asistieron las personas para que les diagnosticaran la enfermedad.

GRAFICA Nº 1

Procedencia del diagnóstico en los pacientes tratados en los años 2006-2007



Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008

Los datos de la gráfica muestran que sólo el 11% de las personas atendidas en los dos años (que corresponde a 2 personas), fueron diagnosticadas en el Centro de Salud de la zona 6. El otro 89% (que corresponde a 16 personas) fueron detectadas, diagnosticadas y referidas por otro centro asistencial, principalmente los servicios de salud especializados (Hospital de infectología, Hospital San Vicente y el Dispensario Antituberculoso Central –DAC-)

Como ya se hizo mención, el Centro de Salud no tiene la cobertura de atención en pacientes de tuberculosis, las actividades de diagnóstico lo demuestran por el número de personas con tuberculosis que se esperan detectar en un año (36), es

evidente que existen muchas personas que siguen enfermas en sus comunidades, aproximadamente 55 no se identificaron sólo en estos dos años que se tomaron de muestra, sin tomar los rezagos de años anteriores.

Lo grave de la situación, es que por las condiciones socio económicas en las que viven las personas con tuberculosis el contagio se hace mucho más fácil, el Ministerio de Salud considera que por cada persona que no reciba tratamiento, ésta puede contagiar a 10 personas más en un año.

Las personas por su condición de pobreza en la que vive, no le dan importancia a su salud, para ellos lo más importante es el suministro de alimentación del día, luchar por conseguir el dinero para mantener a su familia, cuando aparecen algunos síntomas y signos de la enfermedad se los tratan con recetas caseras que sólo alivian o compran algún medicamento en las farmacias; sólo cuando se sienten muy enfermos buscan ayuda. A esto se suma el temor de asistir a un centro asistencial para saber qué enfermedad tiene, el trato que tendrán por parte del personal de salud, los procedimientos burocráticos para ser atendidos; y las consecuencias de perder un día de trabajo e invertir en el pasaje y alimentación.

Otro aspecto que se observa en el cuadro, es que el porcentaje de personas que tienen acceso al seguro social es mínimo, situación que coloca a las personas en desventaja, pues indica que se dedican a actividades informales de trabajo o se encuentran desempleados.

Cuando las personas entrevistadas, se decidieron asistir a un centro asistencial para establecer que enfermedad presentaban, no asistieron al Centro de Salud que les correspondía, sino asistieron a otro fuera de la zona 6.

Tomando los datos de la gráfica N° 1, se establece que las 16 personas que no asistieron al Centro de Salud de la zona 6 para diagnóstico, refieren varias

razones por las cuales no asistieron a este servicio de salud, como se presenta a continuación en el cuadro N° 2

CUADRO N° 2

Razones presentadas por los pacientes para asistir a otro servicio de salud

| Razones | F | % |
|---|-----------|------------|
| Los hospitales cuentan con personal y equipo especializado | 4 | 25 |
| Desconocían que el Centro de Salud de la zona 6 brinda el servicio de diagnóstico y tratamiento de tuberculosis | 3 | 18.75 |
| No conocían el Centro de Salud | 3 | 18.75 |
| Internado en el hospital por el estado de gravedad | 3 | 18.75 |
| Por referencia de un servicio privado | 2 | 12.50 |
| Tenía derecho al IGSS | 1 | 6.25 |
| TOTAL | 16 | 100 |

Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008.

Si se suman las tres primeras razones, se obtiene que 10 personas no asistieron al Centro de Salud de la zona 6 por causas atribuibles al desconocimiento de los servicios que este centro asistencial brinda a las personas en el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, existe la creencia que sólo los hospitales cuentan con el personal y el equipo especializado para tal fin.

Así mismo, las 18 personas entrevistadas refirieron que al momento de asistir al servicio de salud para consultar sobre los síntomas que presentaban, nunca sospecharon que podían padecer de tuberculosis; consideraban que tenían un resfriado, una infección, bronquitis, neumonía, gripe, menos tuberculosis.

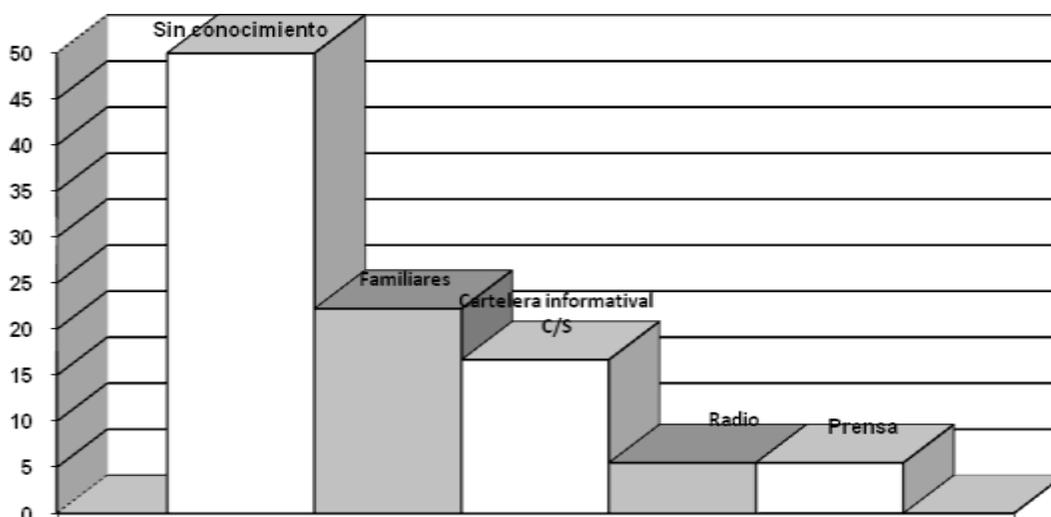
Lo anterior confirma el desconocimiento que existe entre la población de aspectos importantes de salud, en este caso de la tuberculosis. Si las personas tuvieran conocimientos de la enfermedad, cuando se le presentaran los síntomas oportunamente asistirían al servicio de salud que les corresponde, sin tener que asistir a un hospital, ya que parte de la estrategia de IEC también es dar a conocer los servicios que se brinda el Centro de Salud a la comunidad. Si las personas no conocen los servicios que se brindan en el Centro de Salud, tampoco han tenido acceso a actividades de IEC, ya que muchas de las actividades que se han realizado son dentro de las instalaciones de la institución, como se indicó en el cuadro N° 1.

4.2.1. Conocimientos de los pacientes sobre tuberculosis, antes del diagnóstico.

Del 100% de personas entrevistadas, el 50% de ellas manifestaron que no tenían ningún conocimiento antes de ser diagnosticados con tuberculosis, el otro 50% si habían escuchado algo sobre la enfermedad.

GRAFICA N° 2

Conocimientos de tuberculosis de las personas tratadas durante los años 2006 – 2007



Fuente: investigación de campo realizada en abril 2008.

El 50% de la población que si había escuchado, leído o visto algo de información de la tuberculosis antes de conocer su diagnóstico, aún así, no sospecharon tener la enfermedad; no relacionaron los conocimientos que tenían de la enfermedad con los signos y síntomas que presentaban, ya que sólo estuvieron informados, sin tener la oportunidad de obtener conocimientos en una relación dialógica, un espacio para compartir información a través de diferentes lenguajes y asimilar estos contenidos para ponerlos en práctica.

Del 100% de las personas, sólo el 16.6% de las personas refieren haber adquirido alguna información de la cartelera del Centro de Salud, lo cual reafirma la débil consistencia de la estrategia de IEC en tuberculosis que se ha mantenido en el Centro de Salud.

Aunque el 50% de las personas entrevistadas refirieron que tenían algún conocimiento sobre la enfermedad, éste no es significativo, por lo cual se puede considerar en términos generales que el 100% de las personas no tienen conocimientos sólidos sobre el tema. Esto se debe a varios factores; el Ministerio de Salud no promueve actividades o campañas informativas a través de diferentes medios temas relacionados con la prevención de la enfermedad, ya que el énfasis está en las actividades curativas.

Otro factor que interviene en el poseer conocimientos sobre la enfermedad se relaciona con la situación socio económica y cultural de las personas, ya que mientras más alto sea este nivel, más capacidad se tiene para acceder a la información y mayores habilidades para comprenderla; y también se poseen los recursos para prevenir la enfermedad o acceder al tratamiento de forma oportuna. Lamentablemente esta no es la situación de las personas con tuberculosis en la zona 6.

Por la precaria situación social, económica y cultural de las personas, las condiciona a no poseer factores protectores que les permitan practicar hábitos para un estilo de vida saludable, entendida ésta, como al “conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que puede ser pertinente para el mantenimiento de su salud, o que lo coloca en una situación de riesgo para la enfermedad.”³⁷ Entre los comportamientos saludables tenemos la autorrealización, responsabilidad con la salud, ejercicios físicos, nutrición, soporte interpersonal y el manejo de estrés. Estos comportamientos difícilmente los podrían poner en práctica las personas con tuberculosis de la zona 6, dada la situación social y económica analizada con anterioridad.

Complementariamente, a las personas que estuvieron en tratamiento de tuberculosis, también se les cuestionó para que aportaran recomendaciones para el personal del Centro de Salud, mejorara la estrategia de IEC en tuberculosis, las respuestas más significativas fueron:

- Brindar educación permanente a grupos de padres y madres de familia en las comunidades de la zona 6.
- Realizar actividades que involucre a la población en actividades de prevención, como: desfiles, ferias de salud, concursos, caminatas, elaboración de carrozas, murales.
- Incorporar el tema de tuberculosis en todas las escuelas de la zona 6.
- Distribuir material impreso de fácil lectura y comprensión en lugares de mucha afluencia de personas.
- Involucrar a otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales de la zona 6 en actividades de información y educación a la población.
- Involucrar a los medios de comunicación masiva en transmitir mensajes útiles para el cuidado de la salud.

³⁷ <http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologia-307-1-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-act.html>

Con la finalidad de ejemplificar la situación social, económica y cultural de las personas que padecen tuberculosis, a continuación se presenta uno de los casos que se atiende en el Centro de Salud de la zona 6.

Estudio de caso

Doña Soledad, es una persona de 63 años de edad, su esposo la abandonó cuando sus hijos e hijas estaban pequeños. Ella tuvo que salir de su pueblo hacia la capital en busca de mejores condiciones de vida.

Ella se dedicaba a actividades informales para ganarse el sustento para su familia, lavaba y planchaba ropa en casas particulares, vendía en forma ambulatoria o prestaba sus servicios domésticos a algunas familias, debido a que no podía optar a otro trabajo porque no sabe leer ni escribir.

Hace unos 2 años, su hijo de 26 años de edad falleció por tuberculosis, estuvo internado en el Hospital San Vicente, la enfermedad se agravó porque estaba infectado con el virus del SIDA; a partir de esa fecha la salud de doña soledad se empezó a deteriorar, ya no pudo trabajar y se fue a vivir a la casa de su hija mayor.

Su hija vive en un asentamiento humano ubicado en una de las laderas del río las vacas, para llegar a ella se debe bajar aproximadamente 150 gradas; la vivienda esta construida de diversos materiales: cartón, nylon, madera, block, lámina; la vivienda cuenta con algunos servicios básicos. En la época de invierno el riesgo que corre la vivienda es grave, ya que el agua se entra a la vivienda y con el peligro de que un deslave la sepulte.

La vivienda consta de 2 ambientes, en uno de ellos duerme su hija, su yerno y sus 3 nietas; en el otro ambiente esta ubicada la cocina y ahí le ubicaron una pequeña cama para que durmiera.

Como doña Soledad continuaba con su salud cada día más deteriorada, fue a un hospital para que la atendieran, el diagnóstico fue tuberculosis y posteriormente le detectaron diabetes. Las consecuencias fueron fatales, bajo significativamente de peso, no tenía apetito, se fatigaba al subir las gradas, estaba deprimida y sin deseos de hacer nada.

Del hospital en donde recibió la primera atención, fue referida al Centro de Salud de la zona 6 para iniciar su tratamiento para la tuberculosis, al realizar la investigación de contactos se identificó que las nietas de doña Soledad ya habían adquirido la enfermedad, situación que creo malestar con el yerno de la paciente, ya que la culpaba constantemente por el padecimiento de sus hijas.

La situación se agravó debido a la renuencia de doña Soledad para continuar su tratamiento, a pesar que ella llevaba más de dos meses de tratamiento ella continuaba siendo positiva, al realizar pruebas de laboratorio más específicas se estableció que la paciente era resistente a los medicamentos que se le estaban administrando.

El yerno de doña Soledad la amenazaba constantemente, diciéndole que si no continuaba su tratamiento la iba a sacar de su casa, ya que no era justo que sus hijas si estuvieran cumpliendo con el tratamiento y ella las fuera a reinfectar.

Al realizar las visitas domiciliarias a la vivienda de doña Soledad, se constató que ella no seguía las indicaciones para mejorar su salud, no comía lo poco que le podía brindar su hija, tosía por todos lados sin ninguna precaución, se mantenía sólo durmiendo y dejando el producto de la expectoración diseminados por el piso, su higiene personal no era la adecuada, aún cuando ya le había dado el personal de salud indicaciones para mejorar esas situaciones.

Otro de los aspectos observados en la visita domiciliaria, son las manifestaciones de rechazo que algunos miembros de la familia le tienen a doña Soledad, situación que hace que la paciente no se sienta bien emocionalmente, algunas veces ella prefiere salirse a la calle y permanecer largos períodos para evitar problemas con su hija y su yerno.

Además de los riesgos anteriores, la vivienda es un lugar ideal para mantener activo el bacilo de la tuberculosis; ya que la vivienda tiene poca ventilación e iluminación, poca higiene, esta ubicada en un lugar húmedo y oscuro ya que los rayos solares no entran por el paredón y la vegetación circunvecina; adicionalmente la familia no cuenta con los suficientes ingresos que les permita obtener una adecuada ingesta de alimentos que contribuya a superar la enfermedad de doña Soledad y la de sus nietas.

Actualmente doña Soledad inició un nuevo tratamiento, en espera que reaccione

(Para mantener la confidencialidad de la paciente, algunos datos fueron omitidos o modificados.)

4.3. LIMITACIONES PARA DESARROLLAR A NIVEL COMUNITARIO LAS ACTIVIDADES DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS

Se consideró importante conocer la opinión de las Facilitadoras Comunitarias de extensión de cobertura de la zona 6, para establecer las limitaciones que presentan para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis.

Las Facilitadoras Comunitarias son mujeres líderes que viven en 11 asentamientos humanos que integran la jurisdicción de extensión de cobertura de la zona 6, se han capacitado para cumplir con las funciones de atención primaria en salud en sus comunidades. A nivel comunitario una de sus funciones es detectar a las personas sintomáticas respiratorias y referirlas al Centro de Salud para su diagnóstico y tratamiento; así mismo realizar actividades de IEC de las prioridades de salud, entre ellas, la de tuberculosis. Cuando una persona de su comunidad es positiva y de común acuerdo deciden, ellas se responsabilizan en brindar el tratamiento estrictamente supervisado para evitar que el paciente se traslade al Centro de Salud.

Para conocer la opinión de las 11 facilitadoras comunitarias, se realizó la técnica del grupo focal, los resultados son los siguientes:

4.3.1. Obstáculos que pueden presentar las personas sospechosas de padecer tuberculosis para asistir al Centro de Salud

- Falta de información de los servicios que el Centro de Salud brinda a la población
- Temor a ser discriminado
- Piensan que la tos que tienen no es grave
- Cuando tienen tos se auto medican
- Tienen miedo a saber que presentan la enfermedad

- Falta de tiempo para asistir al Centro de Salud, principalmente los hombres por su horario de trabajo
- Poco interés por su salud
- Las personas no conocen los síntomas de la enfermedad

Al analizar las respuestas de las facilitadoras comunitarias, la mayoría de respuestas se derivan de la poca información, educación y comunicación relacionada con la tuberculosis, ya que si las personas tuvieran conocimiento de los aspectos importantes de la enfermedad como síntomas, formas de transmisión, diagnóstico, tratamiento y formas de prevención de la enfermedad; las personas asistirían oportunamente a los servicios de salud para un diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento respectivo; esto contribuiría a controlar y a prevenir la tuberculosis.

Complementariamente, la población también desconoce los servicios que el Centro de Salud brinda a la población, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis.

Si se relaciona la información recopilada de las actividades de IEC, realizadas por el Centro de Salud de la zona 6, durante los años 2006 – 2007, (cuadro N° 1), se puede establecer que hay una variedad de actividades, pero es evidente que éstas no han llegado a toda la población, especialmente a las de mayor riesgo de padecer la enfermedad; esto es un indicador que la estrategia IEC no ha sido eficiente, en tanto que no ha contribuido identificar a todas las personas sospechosas de padecer tuberculosis.

Para cada obstáculo que se presenta, existe la posibilidad de alternativas de solución, al concluir la investigación se presenta un proyecto de intervención en el cual se toma en cuenta esta problemática.

4.3.2. Limitaciones para desarrollar a nivel comunitario las actividades de información, educación y comunicación en tuberculosis

Como resultado de la discusión en el grupo focal, realizado con las Facilitadoras Comunitarias, las principales limitaciones que indicaron las participantes son:

- Poca difusión de mensajes informativos y educativos en las comunidades.
- Las charlas educativas se concentran en el Centro de Salud o en grupos específicos.
- No se cuenta con material impreso (afiches, trifoliales, mantas, volantes), para apoyar actividades educativas.
- Las personas de las comunidades desconocen qué es la tuberculosis, cómo se puede prevenir y controlar.
- No todas las personas de las comunidades saben leer y escribir; aunque se les brinde material escrito no comprenden los mensajes que se desean transmitir.
- Poco interés de las personas en participar en actividades educativas, piensan que no son susceptibles de padecer la enfermedad.
- La tuberculosis por estar asociada al VIH/SIDA tiene una carga de estigma y discriminación, por lo que muchas personas no les agrada participar en actividades educativas.
- Las personas de la comunidad no confían plenamente en las Facilitadoras Comunitarias porque son personal voluntario que viven en esas mismas comunidades. Consideran que los conocimientos que transmiten no son confiables.
- No todo el personal del Centro de Salud se involucra en actividades comunitarias, prefieren realizar las actividades dentro de la institución.
- En el análisis de la situación de salud no se involucra a otros actores sociales de la zona 6, este análisis sólo lo realiza el personal del Centro de Salud.
- Los medios de comunicación masivo no se involucra en la difusión de mensajes de salud importantes que contribuyan a la prevención y control de la tuberculosis.

4.3.3. Recomendaciones de las facilitadoras comunitarias para mejorar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6.

- Mayor publicidad en las comunidades
- Dar charlas educativas en las comunidades
- Involucrar a los líderes comunitarios en la prevención y control de la enfermedad
- Informar a las personas sobre la enfermedad
- Distribución de material impreso
- Charlas educativas para las personas que asisten a la consulta del Centro de Salud y Centros Comunitarios³⁸
- Capacitación a grupos organizados de las comunidades
- Realizar sala situacionales con participación de grupos, instituciones y autoridades locales.
- Publicidad a través de medios masivos como radio, prensa escrita y televisión.
- Participación de instituciones y líderes en el análisis de la situación de salud que realiza el Centro de Salud, para involucrarlos en la solución de la problemática que se analice.

La discusión con las Facilitadoras Comunitarias indican que ellas son un fuerte potencial humano en sus comunidades, tienen la fortaleza de haber adquirido conocimientos a través de las capacitaciones que el Centro de Salud les ha brindado y tienen el sentido de pertenencia a sus comunidades, las cuales son las más vulnerables a padecer la enfermedad; por lo tanto ellas son actores claves en el fortalecimiento de las funciones de la promoción de la salud.

Al analizar las recomendaciones brindadas por las Facilitadoras Comunitarias, vemos que estas se dirigen a actividades comunitarias, grupales, individuales y

³⁸ Los Centros Comunitarios son espacios físicos que brinda la comunidad para que la Médica Ambulatoria y Facilitadora Institucional brinden atención médica y actividades de prevención de enfermedades comunes. En la zona 6 existen 8 Centros Comunitarios.

otras encaminadas al involucramiento institucional. Actividades que al considerarse en un proyecto de intervención constituirían la base para el éxito de la estrategia IEC, ya que son actividades sencillas, factibles de realizar y con el involucramiento de grupos e instituciones a nivel local.

Estas actividades junto con las sugeridas por las personas que estuvieron en tratamiento, constituyen un valioso aporte, importante de considerar para fortalecer la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis, debido a que parten de las mismas personas que padecen la enfermedad y de las personas que tienen un contacto directo con ellas.

Muchos de los aportes que brindan las Facilitadoras Comunitarias coinciden con la concepción de Atención Primaria en salud, porque involucra a la comunidad que debe formar parte activa del proceso en acciones preventivas y de autocuidado, los comunitarios deben concebirse como sujetos activos en la atención de salud, y no sólo como simples receptores pasivos en espera de ayuda. Desde luego que la comunidad no puede improvisar su participación sino que requiere de información adecuada, de la preparación necesaria para hacer efectivo su papel. En estas condiciones la Atención Primaria llega a ser una función de salud esencial, con participación plena de todos los habitantes.

4.4. EL FODA DE LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN TUBERCULOSIS

Para analizar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del personal del Centro de Salud de la zona 6 para realizar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis en la zona 6, se realizó con 2 grupos focales con la participación de 4 médicos de consulta externa, 1 enfermera profesional, 5 auxiliares de enfermería, 1 técnicas de laboratorio clínico, 1 médica ambulatoria y 1 facilitadora institucional.

El FODA realizado se presenta en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 3

Matriz FODA de la estrategia de información, educación y comunicación

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación constante al personal del Centro de Salud en las normas de atención en tuberculosis. • Capacitación constante al personal voluntario de salud (Promotoras, comadronas y facilitadoras comunitarias). • Contar con grupos de voluntarias de salud que pueden contribuir en las actividades de IEC. • Todo el personal del Centro de Salud está en capacidad de realizar actividades de IEC. • Contar con personal de extensión de cobertura que trabaja en comunidades de alto riesgo. | <ul style="list-style-type: none"> • Recarga de trabajo de las demás prioridades de salud, el personal no trabaja sólo tuberculosis. • Falta de un plan estratégico para el control y prevención de la tuberculosis. • Poca disponibilidad de la mayoría del personal del Centro de Salud de realizar trabajo comunitario. • No se realiza análisis de la información de tuberculosis con todo el personal, para conocer la situación en la zona 6 y tomar decisiones. • Los mensajes sobre la prevención y control de tuberculosis se realizan en forma eventual. • Las actividades de IEC, se realiza sólo con grupos seleccionados. • No todo el personal se involucra en actividades de IEC. |
| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
| <ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento y disponibilidad | <ul style="list-style-type: none"> • Poco material impreso (afiches, |

| | |
|--|---|
| <p>de normas de atención en tuberculosis del Ministerio de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales con las que se puede realizar alianzas para la salud. • Presentación semestral de la cohorte de tuberculosis con participación del Área de Salud, Fundación Damián y otros Centros de Salud, lo cual permite una autoevaluación del Centro de Salud y conocer cómo los otros servicios están trabajando esta prioridad de salud, especialmente el componente de IEC. • Contar con recursos proporcionados por el Área de Salud y Fundación Damián en el mes de marzo (porque se celebra el día mundial de la tuberculosis), para realizar actividades de información, educación y comunicación. | <p>trifoliales, rotafolio, volantes, etc.), para realizar actividades de IEC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes a la población en general sobre la prevención y detección de la tuberculosis. • Para la provisión de recursos el Centro de Salud depende del Área de Salud, no posee fondos propios para decidir en qué invertir. • Desconocimiento de la mayoría de la población acerca de la enfermedad. • Desconocimiento de la mayoría de la población de los servicios que presta el Centro de Salud. • Poco interés de las personas en su auto cuidado • Asocian la tuberculosis con el VIH por lo que se niegan a realizarse el examen por miedo a la discriminación de su familia y sociedad. • Los servicios médicos privados no se les involucra en actividades de IEC. • No existen otras organizaciones |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | que apoyen la prevención y el control de la tuberculosis en Guatemala. |
|--|--|

Fuente: investigación de campo realizada en abril y octubre 2008.

Al revisar las diferentes opciones dentro de la matriz FODA, permite determinar los principales elementos de fortalezas, oportunidades, amenazas y debilidades que tiene el personal del centro de salud de la zona 6 en la elaboración e implementación de la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis.

Al analizar las diferentes variables del FODA, son situaciones que se presentan no sólo en el Centro de Salud de la zona 6, sino de alguna manera son circunstancias generalizadas para los servicios de salud. Entre los aspectos relevantes de las debilidades y amenazas como factor que influye, es el presupuesto con el que cuenta el Ministerio de Salud, “el anteproyecto de presupuesto 2009 que presentó el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) alcanza un total de QTZ 4,758.4 millones. El Ministerio de Finanzas Públicas (MFP) le asignó un techo de QTZ 3,419.4 millones. La diferencia de QTZ 1,339.0 millones representa una reducción de la capacidad real del MSPAS para atender la demanda proyectada de servicios de salud. Como consecuencia, se disminuirá el acceso de la población a servicios de prevención, atención de emergencias, hospitalización y control de epidemias, entre otros”³⁹

Otro aspecto dentro del presupuesto es que no existe la distribución equitativa en los 3 niveles de atención en salud, el tercer nivel tiene asignado el 50% del presupuesto, lo cual significa que la atención se centra en los servicios hospitalarios, los cuales se dedican a las actividades de curación y rehabilitación de la salud, y para los otros dos niveles de atención que cubre una mayor

³⁹ Ministerio de Salud Pública y A.S. Por qué es prioritario fortalecer el presupuesto del Ministerio de Salud. Guatemala, septiembre 2008

cobertura de población y tiene actividades de prevención, curación y rehabilitación de la salud tiene menos asignación presupuestaria.

De no incrementarse el presupuesto para 2009, cada día se quedarán sin atender, por falta de recursos, “mil emergencias hospitalarias y dos mil consultas externas; se quedará sin atender una de cada tres personas que necesiten hospitalización, es decir, 146 mil personas en el año. Un millón de habitantes no se beneficiará de la extensión de cobertura de atención primaria de salud, por el recorte de QTZ 62 millones.”⁴⁰

La salud puede ser una inversión social con retornos considerables bajo la forma de ahorros en atenciones curativas, medicamentos y servicios de emergencia, si se invierte en prevención de enfermedades, regulación y protección de la salud, creación de espacios seguros para el estudio, el trabajo, la diversión y el tránsito. La salud puede tener rentabilidad social bajo la forma de menos días de trabajo perdidos por enfermedad, en la escuela y en el trabajo, si se invierte en mejorar la promoción de la salud; menos años potenciales de vida perdidos por muerte prematura; menores gastos obstétricos y neonatales debido a una tasa de fecundidad adecuada a una menor mortalidad infantil, si se invierte en fortalecer la atención preconcepcional, los servicios materno infantiles y de urgencias.

La prestación de servicios a la población que carece de seguro social puede contribuir a evitar la trampa de la pobreza como resultado de la pérdida de ingresos y el gasto en servicios curativos. Por otra parte, las transferencias condicionadas en efectivo incentivan la utilización de servicios, y ello implica una necesidad adicional de recursos para atender la nueva demanda de servicios que contribuyen a la formación de capital humano.

Invertir en la salud tiene impacto en el resultado que puedan alcanzar otras políticas públicas, ya disfrutar de buena salud permite a las personas poner en

⁴⁰ IBID

juego sus capacidades y desarrollar su potencial, en tanto que su pérdida interfiere con el estudio, el trabajo, la recreación y la interacción social. Aunque las familias más pobres tienen dificultades de acceso a satisfactores para sus necesidades humanas básicas, que incluyen la salud y la nutrición. Al mismo tiempo, una salud deficiente de los adultos puede limitar sus ingresos y aumentar sus gastos de salud, e impactar en el acceso a educación, salud y nutrición de los niños.

Pero en los gastos de la salud, no sólo el Ministerio de Salud invierte en los servicios que ofrece, “en Guatemala, el 56% del gasto nacional de salud proviene de pagos directos que hacen los hogares por compra de bienes y servicios de salud. Aunque la seguridad social capta un 20% del gasto, cubre un 11% de la población. Sin embargo, casi la mitad de los habitantes depende de los servicios públicos del MSPAS para sus necesidades básicas, intermedias y especializadas de atención, aunque el MSPAS recibe apenas un 15% del gasto nacional en salud. Las formas en que el gasto en salud perpetúa o profundiza la pobreza son varias pero existen dos que se combinan de manera predominante: a) la disminución de ingresos del trabajador informal cuando deja de trabajar por razones de salud propias o de algún miembro de la familia; b) los gastos de transporte, medicamentos, consultas médicas, exámenes, aparatos o internación hospitalaria.”⁴¹

Otro aspecto importante, que refleja las debilidades y amenazas analizadas del FODA, es el papel rector que el Ministerio de Salud debe jugar en el sector salud, la Constitución de la República y el Código de Salud, le imponen el mandato explícito de ejercer dicha rectoría, En la práctica dicho mandato es bastante incompleto, y se asegura que las limitaciones en el ejercicio de dicha rectoría están en la base de muchos de los problemas que enfrenta el Estado guatemalteco para resolver las necesidades de salud de la población.

⁴¹ IBID

La OMS En lo que respecta a rectoría del Ministerio de Salud, se “identifican 3 tareas principales: a) proveer de visión y dirección al sistema de salud, b) recolectar y utilizar inteligencia, y c) influir hacia la consecución de las metas del sistema de salud por medio de la regulación y otros medios.”⁴²

El hecho que en la práctica se tengan problemas para mantener la rectoría se refleja desde lo nacional a lo local, las instituciones de salud sean públicas, privadas no mantienen una adecuada coordinación, muchas veces se duplican actividades, con la consecuencia de no utilizar adecuadamente los recursos disponibles y desatender otras prioridades de salud; o bien por la lucha del liderazgo se pierden los objetivos para los cuales fueron creadas.

En la zona 6 existen instituciones privadas, ONG’s y el Seguro Social, pero cada una se dedica a sus actividades, sin ninguna coordinación y rectoría local; lo cual hace que los esfuerzos se realicen en forma aislada.

A continuación se presentan 4 estrategias alternativas que permiten disminuir las debilidades, incrementar las fortalezas, considerar el impacto de las amenazas y aprovechar las oportunidades al máximo.

En la práctica, algunas de las estrategias se traslapan o pueden ser llevadas a cabo de manera concurrente y de manera concertada. Pero para propósitos de discusión, el enfoque estará sobre las interacciones de los cuatro conjuntos de variables.

⁴² USAID: Diálogo para la Inversión Social en Guatemala. http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADQ539.pdf

4.4.1. Estrategias para maximizar tanto las fortalezas como las oportunidades

- Diseñar un programa de capacitación permanente para el personal del Centro de Salud y personal voluntario, tomando en cuenta los contenidos de las normas de atención de tuberculosis.
- Involucrar a representantes de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en el programa de capacitación permanente de tuberculosis, para sensibilizar y proporcionar conocimientos que permitan orientar a las personas con las cuales trabajan.
- Aprovechar los recursos que el Área de Salud y la Fundación Damián proporcionan en el mes de marzo, para programar actividades de capacitación que fortalezcan los conocimientos de los posibles actores involucrados en las actividades de IEC. Así mismo en planificar y ejecutar actividades de IEC dirigidos a la población de mayor vulnerabilidad.
- Realizar actividades de IEC en forma sistemática en las escuelas de educación primaria de la zona 6, como parte del plan de escuelas saludables, ya que se ha demostrado que los alumnos y alumnas son sujetos educadores dentro de sus familias.

4.4.2. Estrategias para minimizar las debilidades y maximizar las oportunidades

- Dar a conocer al Área de Salud Guatemala Central, en la presentación de la cohorte de tuberculosis la necesidad de elaborar un plan estratégico para el control y prevención de tuberculosis, comprometiendo en su elaboración a los servicios de salud bajo su jurisdicción.

- Aprovechar la coordinación con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para la difusión de mensajes sobre la prevención y control de la tuberculosis.
- Realizar mensualmente el análisis de situación de la tuberculosis en la zona 6 invitando no sólo al personal del Centro de Salud, sino a diferentes actores con la finalidad de sensibilizarlos en la problemática e involucrarlos en actividades para la prevención y control de la tuberculosis

4.4.3. Estrategias para maximizar las fortalezas y minimizar las amenazas.

Involucrar al personal voluntario capacitado para realizar actividades de información, educación y comunicación en las comunidades sobre la prevención y control de la tuberculosis, así como la promoción de los servicios de salud.

- Motivar y comprometer al personal del centro de salud en educar a la población que asiste al servicio para promover el auto cuidado de la salud. También abordar las diferencias y relación que existen entre tuberculosis y VIH para evitar actitudes de discriminación dentro y fuera de las familias.
- Involucrar al personal de extensión de cobertura para dar a conocer los servicios que brinda el Centro de Salud y realizar actividades de prevención y control de la tuberculosis.
- Aprovechar la disponibilidad y conocimiento del personal del Centro de Salud, promoviendo estímulos laborales a los proveedores de salud que realicen el mayor número de actividades de IEC.

4.4.4. Estrategias para minimizar tanto las amenazas como las debilidades

- Elaborar el plan estratégico para el control y prevención de la tuberculosis donde se incluya el componente de Información, Educación y

Comunicación, lo cual contribuirá a que la población obtenga los conocimientos necesarios para participar en el auto cuidado de su salud.

- En el análisis mensual de la situación de tuberculosis involucrar a profesionales de los servicios médicos privados y al IGSS para involucrarlos en la formulación y ejecución de la estrategia de IEC en tuberculosis.
- Debido a que el Centro de Salud no cuenta con recurso propios en la ejecución presupuestaria de acuerdo a sus necesidades, es necesario incluir en el POA recursos para realizar actividades de información, educación y comunicación, velando porque ese presupuesto se ejecute.

4.5. FACTORES QUE LIMITAN IMPLEMENTAR LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACIÓN Y COMUNICACION EN TUBERCULOSIS.

Al analizar las opiniones de los 3 grupos de expertos que participaron en la investigación (personal del Centro de Salud, Facilitadoras Comunitarias y personas que estuvieron en tratamiento en los años 2006 – 2007), se identificaron varias limitaciones para que el personal del Centro de Salud implemente la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis, para el análisis se toma sólo aquellas que tuvieron coincidencia entre 2 ó los 3 grupos mencionados.

4.5.1. Pocas actividades de información, educación y comunicación - IEC-

Dentro de la memoria de labores, informes trimestrales y opiniones del personal del Centro de Salud, se identificó que se han realizado actividades con grupos organizados, a nivel de escuelas, con grupos de pacientes que asisten al Centro de Salud, desfiles, concursos, murales, entre otros. También otro aspecto que se identificó es que muchas de estas actividades se intensifican en el mes de marzo y el resto del año, son actividades eventuales.

Este factor se relaciona con la falta de recursos para realizar actividades de información, educación y comunicación, debido a que se cuenta con escaso material impreso y audiovisual. Adicionalmente el Centro de Salud no cuenta con un presupuesto para disponer e invertir en este tipo de actividades.

4.5.2. Desconocimiento de las personas acerca de la enfermedad

Este factor fue mencionado por los 3 grupos que participaron en la investigación y como se mencionó, de las 18 personas que estuvieron en tratamiento en los años 2006 - 2007, el 100% de ellos nunca se imaginaron que su diagnóstica sería tuberculosis; aunque el 50% de ellos tenían algún conocimiento sobre la enfermedad (ver gráfica N° 2).

Este factor está íntimamente relacionado con el anterior, ya que si existiera un plan consistente y continuo de IEC, un porcentaje alto de la población tuviera conocimientos sobre la enfermedad y consecuentemente existiera el auto cuidado de la salud.

4.5.3. Desconocimiento de los servicios que presta el Centro de Salud

Este factor también se relaciona con el primero, ya que dentro de la información que se debe transmitir a la población, es dar a conocer los servicios que el Centro de Salud brinda a la población.

El resultado de la investigación indica que las personas asisten a los hospitales de referencia general o especializada, porque consideran que sólo en ellos les pueden realizar el diagnóstico de tuberculosis y su respectivo tratamiento. Lo que las personas ignoran es que los hospitales al diagnosticar a los pacientes con tuberculosis los refieren al Centro de Salud más cercano a su residencia para que reciban el tratamiento, por las razones siguientes:

Primero, porque el tratamiento es estrictamente supervisado, lo cual significa que las personas con tuberculosis tienen que asistir al Centro de Salud todos los días

a tomarse el tratamiento con la presencia del personal de enfermería, lo cual por accesibilidad es más cómodo para el paciente⁴³. Además con esta estrategia invierte menos tiempo y gastos para la movilización diaria. El Centro de Salud también coordina con las Facilitadoras Comunitarias para que ellas administren los medicamentos diariamente si el paciente es de una de las comunidades de extensión de cobertura.

Segundo, a un paciente con tuberculosis se le realiza la investigación de contactos a través de visitas domiciliarias, esto significa establecer si en la vivienda existen otras personas adultas que presenten los síntomas o signos de la tuberculosis para referirlos al Centro de Salud para su diagnóstico y tratamiento. Adicionalmente si existen niños y niñas deben referirse al Hospital de Infectología para el diagnóstico e iniciar tratamiento si son positivos, y si son negativos iniciar quimioprofilaxis para prevenir la enfermedad; estas actividades de visitas a las familias, de referencia y seguimiento la realiza el Centro de Salud, los Hospitales no tienen el personal que realice estas actividades, porque corresponde al nivel primario de atención realizarlas.

Tercero, porque el personal del Centro de Salud mientras dure el tratamiento del paciente mantiene una estrecha relación con la problemática de la persona y tiene accesibilidad para visitarlo periódicamente, brindando educación en salud a él y a su familia hasta que el paciente se declare totalmente curado a los 6 meses. Durante estos 6 meses el paciente además de asistir a recibir su tratamiento, debe presentar al laboratorio una muestra para el control de baciloscopías en forma mensual y la accesibilidad al servicio es pronta y oportuna, debido a que son pacientes privilegiados en la atención.

⁴³ Si la persona por su gravedad necesita hospitalización, el tratamiento se lo brindan mientras permanece en él. Al egresar es referido al Centro de Salud cercano a su comunidad para concluir tratamiento.

Las 3 razones presentadas, que al final de cuentas son servicios que brinda el Centro de Salud, la población generalmente los desconoce; por lo que optan por asistir a otros centros asistenciales especializados.

4.5.4. El Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y detección de la tuberculosis

El Ministerio de Salud aunque incluye la tuberculosis dentro de las prioridades de salud, no realiza campañas a nivel de los medios de comunicación masiva que permita informar y educar a la población con mensajes que contribuyan a la prevención y control de la enfermedad.

El Ministerio de Salud no realiza campañas educativas a nivel masivo, lo que promueve son estrategias a nivel local, con actividades de IEC, pero como ya se mencionó no se cuenta con los recursos necesarios para cubrir a toda la población, por lo que focaliza a grupos de riesgo, o a grupos comunitarios que puedan difundir los mensajes a nivel local. Si existieran campañas publicitarias a nivel masivo, por el impacto que tienen en cobertura geográfica contribuiría a hacer más efectivas las actividades que se realizan a nivel local, porque se estaría reforzando en forma permanente los mensajes educativos dentro de las actividades cotidianas de la familia (radio y televisión); debido a que participar en una actividad aislada no garantiza que las personas asimilen los contenidos para ponerlos en práctica.

Esta situación es comprensible cuando se analiza que Guatemala tiene en la práctica un modelo de atención curativo, el cual se centra más en la atención biomédica y asistencialista, en donde se trata más los efectos y no las causas de la problemática de la salud, situaciones que hace privilegiar la atención hospitalaria y los recursos se destinan a la curación de las enfermedades y no a la prevención de las mismas.

4.5.5. Poco interés de las personas en su auto cuidado

Como manifestaron las propias personas que han estado en tratamiento, ellas buscaron atención médica hasta que realmente se sintieron mal, algunas de ellas hasta ameritaron quedarse hospitalizadas por estado de gravedad en la que se encontraban.

Así mismo las facilitadoras comunitarias manifestaron que cuando han encontrado en las comunidades a personas que entran en la descripción de sintomáticos respiratorios y las orientan para que asistan al Centro de Salud, éstas se muestran renuentes, desconfiadas o incrédulas, llegando a veces a insultar a quienes sólo tienen interés de ayudar a su comunidad.

Aunque parezca repetitivo este factor también está asociado a las pocas actividades de IEC, ya que si existiera un programa consistente y continuo se puede sensibilizar a las personas para su cambio de conducta.

4.5.6. Temor de las personas a ser discriminadas

Este factor no fue mencionado por las personas que han estado en tratamiento, sino por el personal del Centro de Salud y el personal comunitario, esto puede indicar que las personas no se han sentido discriminadas, al menos no por el personal que les ha brindado la atención. Lo que ha sucedido es que las personas cuando tienen tuberculosis no les gustan que otros se enteren de su enfermedad, principalmente sus vecinos; de pronto creen que van a ser rechazadas o señaladas.

4.5.7. Asociación de la tuberculosis con el VIH

Epidemiológicamente la tuberculosis se asocia con el VIH positivo, debido a que la tuberculosis es una enfermedad oportunista que aparece frecuentemente en las personas VIH positivo o que viven con SIDA; aunque no necesariamente las personas que tienen tuberculosis son VIH positivo.

Esto se debe a que un alto porcentaje de la población tiene alojado el bacilo de la tuberculosis en los pulmones, pero no llegan a desarrollar la enfermedad; pero un factor de riesgo puede activar la evolución de la tuberculosis, y un factor de riesgo es el VIH, debido a que éste disminuye considerablemente el sistema inmunológico y permite la entrada y desarrollo de cualquier enfermedad.

Cabe también mencionar que este factor no fue mencionado por las personas que han estado en tratamiento, aunque por norma de atención a todos se les realiza la prueba de VIH con consentimiento informado.

4.5.8. Poca participación de otros actores sociales en el análisis de la situación de salud de la zona 6

En el análisis de la situación que realiza el Centro de Salud en forma mensual, participa sólo el personal y eventualmente las Facilitadoras Comunitarias, en este espacio se analizan de la salud en la zona 6, con indicadores y estadísticas de las actividades realizadas. Como parte de la metodología se establecen prioridades y se plantean soluciones, a las cuales se les dan seguimiento, muchas de las veces es difícil cumplir con las metas trazadas, debido a la escasez de recursos y la recarga de trabajo por ser numerosas las prioridades de salud que se deben ejecutar a nivel local.

4.5.9 Poca disponibilidad del personal del Centro de Salud a realizar actividades de IEC a nivel comunitario.

No todo el personal del Centro de Salud se involucra en las actividades comunitarias de IEC que se planifican, generalmente es el equipo técnico el que planifica y ejecuta las actividades, ocasionalmente participa el resto del personal en algunas actividades que se organizan. Las justificaciones que plantean es la recarga de trabajo, los riesgos de trabajar en la comunidad, la poca experiencia en este tipo de actividades y que no son actividades de su competencia. Ante esta situación el equipo técnico tiene que estar motivando la participación de todo el personal en las actividades de IEC, aunque el personal por estar trabajando en un

Centro de Salud tiene la responsabilidad de realizar trabajo comunitario por ser el nivel preventivo el que prioritariamente se debe abordar.

4.5.10. Las actividades de IEC, se realiza sólo con grupos específicos.

Las actividades de IEC, se realizan sólo con grupos seleccionados, tales como: grupo de voluntarias de salud, grupo de Facilitadoras Comunitarias, grupos de escolares, grupos de pacientes que asisten a consulta al Centro de Salud, grupo de adulto mayor y grupo de comadronas. Las razones por las cuales se trabaja sólo con ellos es por la falta de recursos para atender a mayor población, adicionalmente el personal del Centro de Salud se involucra poco en las actividades comunitarias y no sólo el programa de tuberculosis se trabaja, sino existen más de 14 prioridades de salud que deben trabajarse casi simultáneamente.

CUADRO N° 4

Resumen de factores que limitan al personal del centro de salud de la zona 6 detectar a las personas sintomáticas respiratorias

| FACTORES | Personal Centro de Salud | Personal Comunitario | Personas en tratamiento |
|---|--------------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| Pocas actividades de información, educación y comunicación | | | |
| Desconocimiento de las personas acerca de la enfermedad | | | |
| Desconocimiento de las personas de los servicios que presta el Centro de Salud | | | |
| Poca disponibilidad del personal del Centro de Salud a realizar actividades de IEC a nivel comunitario | | | |
| Poca participación de otros actores sociales en el análisis de la situación de salud de la zona 6 | | | |
| El Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y detección de la tuberculosis | | | |
| Poco interés de las personas en su auto cuidado | | | |
| Temor de las personas a ser discriminadas | | | |
| Asociación de la tuberculosis con el VIH | | | |
| Las actividades de IEC, se realiza sólo con grupos específicos. | | | |

Fuente: investigación de campo realizada en abril y octubre del año 2008

4.6. ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN

Así como se mencionaron los factores que limitan al personal del Centro de Salud, implementar la estrategia de IEC en tuberculosis; también dentro de los 3 grupos que se tomaron en la muestra, plantearon algunas alternativas para solucionar la problemática objeto de la investigación. A continuación se plantean estas alternativas tomando en cuenta sólo aquellas que fueron mencionados por 2 ó 3 de los grupos participantes en la investigación. Al igual que los factores, las alternativas se planten en un cuadro señalando el grupo que las propuso.

CUADRO Nº 5
Alternativas de Solución

| ALTERNATIVAS | Personal Centro de Salud | Personal comunitario | Personas que han estado en tratamiento |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---|
| Realizar actividades de información, educación y comunicación durante todo el año | | | |
| Realizar campañas de comunicación a través de medios masivos | | | |
| Informar a la población sobre los servicios que brinda el Centro de Salud | | | |
| Realizar periódicamente sala situacional con participación de actores locales | | | |
| Capacitación constante a personal del Centro de Salud y personal comunitario | | | |
| Involucrar en las actividades de IEC a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. | | | |

Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008

CONCLUSIONES

1. La hipótesis planteada al inicio de la investigación se comprobó por las siguientes razones:

- El modelo de atención que en la práctica se operativiza es el curativo; porque se centra en detectar y curar a los enfermos de tuberculosis, relegando a segundo término la prevención de la enfermedad; lo anterior se afirma debido a la escasez de recursos que existen para implementar la estrategia de información, educación y comunicación.
- Las actividades de prevención, tanto a nivel individual, grupal y comunitario no son consistentes por lo cual no contribuye a fomentar estilos de vida saludable.
- En el año 2007 el personal del Centro de Salud sólo identificó al 26.47% del total de personas que presentan tuberculosis en la zona 6; lo cual indica que no se está alcanzado la cobertura necesaria para prevenir y controlar la enfermedad
- El personal del Centro de Salud no se involucra en actividades comunitarias, prefiere realizar actividades de curación dentro de las instalaciones de la institución, dada la sobrecarga de trabajo que tienen con los programas prioritarios de salud que deben atender.
- En las normas de atención del Ministerio de Salud vigentes, no se visibiliza el componente de promoción y educación en salud; y en las normas de atención en salud del período 1996-2000 sólo se sugieren actividades pero sin indicadores que permitan evaluar su cumplimiento.
- Al complementar la información brindada por los diferentes actores involucrados en la investigación, se establece que estrategia de

información, educación y comunicación en tuberculosis, no tiene la cobertura poblacional necesaria para prevenir y controlar la tuberculosis, debido a que ésta se centra en atención a grupos específicos tales como: Facilitadoras Comunitarias, Voluntarias de Salud, grupos escolares, grupo del adulto mayor, grupo de comadronas y los grupos de los pacientes de la consulta externa.

- La investigación permitió identificar que los factores que limitan al personal de salud en la implementación de la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis son; desconocimiento de las personas acerca de la gravedad de la tuberculosis, desconocimiento de las personas de los servicios que presta el Centro de Salud; el Ministerio de Salud no promueve a nivel de medios de comunicación masivo mensajes sobre la prevención y control de la enfermedad; poca disponibilidad del personal del Centro de Salud para realizar actividades de IEC a nivel comunitario; escasa participación de otros actores sociales en el análisis de la situación de salud de la zona 6; poco interés de las personas en su auto cuidado; temor de las personas a ser discriminadas y la asociación de la tuberculosis al VIH.

2. La tuberculosis es una enfermedad multicausal, asociada al VIH/SIDA, a la pobreza, a la mala alimentación, desnutrición, a la migración masiva, al crecimiento demográfico, hacinamiento, stress, y a la falta de educación en salud.

3. La tuberculosis es una enfermedad que puede afectar a la población de cualquier sector social, pero que incide mayormente en los sectores socioeconómicos en condiciones de pobreza. La población percibe la tuberculosis como una enfermedad de pobres y esta percepción convive con el temor a ser detectado, es decir, señalado como tuberculoso. Estas

percepciones y temores retardan la localización de enfermos y la detección oportuna, por lo que el riesgo de contagio, es realmente para todos.

4. Las actividades de información, educación y comunicación sugeridas en la norma de atención del Ministerio de Salud no presenta indicadores, por lo que es difícil establecer si se cumplieron o no en los años 2006 -2007.
5. Las opiniones de las personas que estuvieron en tratamiento en los años 2006 y 2007, en relación al acceso a las estrategias de información, educación y comunicación es casi nula, debido a que sólo el 50% de ellos tenían algunos conocimientos de la enfermedad y no todos fueron adquiridos por alguna actividad del Centro de Salud. De las personas que tenían algún conocimiento de tuberculosis, nunca asociaron ese conocimiento con el diagnóstico de su enfermedad.

RECOMENDACIONES

1. La tuberculosis por ser una enfermedad multicausal requiere algo más que la provisión de medicamentos a los pacientes; requiere una intervención de salud pública integral, la cual debe abarcar educación, detección temprana de la enfermedad mediante vigilancia cuidadosa, apoyo social a los pacientes y sus familias, asesoramiento y, seguridad de que los enfermos completarán el tratamiento prescrito.
2. El personal del Centro de Salud de la zona 6 debe diseñar una propuesta para fortalecer la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis, lo cual permitirá prevenir y controlar la enfermedad en las comunidades de mayor riesgo.
3. Como parte de la estrategia de información, educación y comunicación debe integrarse un componente que permita dar a conocer los servicios que el Centro de Salud está en capacidad de brindar a la población, especialmente en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, ya que contribuirá a la prevención y control de la enfermedad.
4. Al diseñar la estrategia de información, educación y comunicación en tuberculosis, deben tomarse en cuenta las alternativas de solución sugeridas por los grupos participantes en la investigación.
5. Socializar con las autoridades del Área de Salud Guatemala Central, las estrategias derivadas del FODA realizado por el personal del Centro de Salud de la zona 6, para establecer la viabilidad de su ejecución.
6. Que el Programa Nacional de Tuberculosis considere dentro de su presupuesto, los recursos necesarios para actividades permanentes de información, educación y comunicación que planifiquen los servicios de salud; fortaleciéndolas con campañas de promoción a nivel de los medios masivos de comunicación.

SEGUNDA PARTE

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD DEL PROYECTO LA ESTRATEGIA DE INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACIÓN EN LA DETECCIÓN DE PERSONAS SINTOMATICAS RESPIRATORIAS EN LA ZONA 6 DE LA CIUDAD CAPITAL

JUSTIFICACIÓN

Los resultados de la investigación titulada *Tuberculosis en la zona 6 de Guatemala: “un análisis del acceso a la información, educación y comunicación en la población vulnerable”*, arrojó múltiples resultados, entre ellos destaca la falta de una estrategia de información, educación y comunicación continua y consistente, dirigida a la población que se encuentra en riesgo de contraer la enfermedad; ya que actualmente esta estrategia se concentra en grupos específicos y las actividades se realizan generalmente una vez al año.

Al realizar el proceso para identificar el proyecto, se concluyó que el proyecto más viable de realizar es el encaminado a fortalecer las actividades de información, educación y comunicación dirigido a la identificación de las personas sintomáticas respiratorias, ya que si se logra identificarlas contribuye al control y prevención de la tuberculosis.

Con estas actividades se puede identificar precozmente a las personas que contagian o transmiten la tuberculosis; las personas con síntomas respiratorios, son:

- Las personas contactos de la persona con tuberculosis, por ser un grupo en riesgo de enfermar ya que son las personas que conviven con un enfermo de tuberculosis.
- Poblaciones cerradas: prisiones, casas de apoyo para personas que viven con el VIH/SIDA, asilos de ancianos, hospitales psiquiátricos, centros de rehabilitación para farmacodependientes, debido a que son lugares con

mayor riesgo de transmisión (en caso de que exista un enfermo con tuberculosis no tratado).

- Poblaciones con alto riesgo de enfermar por tuberculosis, que se encuentran en áreas de alta incidencia, las cuales son comunidades que epidemiológicamente han presentado en un período de tiempo casos nuevos de tuberculosis. Para ello puede incluirse dentro de las actividades de los agentes comunitarios la búsqueda de casos.

Para obtener éxito en la detección, es indispensable garantizar en el establecimiento de salud una adecuada calidad de atención y proyectar una buena imagen institucional en la comunidad, ofreciéndoles: horario de atención regular, información adecuada, buen trato, respeto a la intimidad del paciente, entre otros.

Si se realiza la estrategia de IEC en tuberculosis, dirigido a las personas sintomáticas respiratorias se lograría:

- Identificar precozmente a las personas enfermas con tuberculosis.
- Cortar la cadena de transmisión del bacilo de la tuberculosis en la comunidad.
- Aliviar el sufrimiento humano, prevenir la invalidez y defunción por tuberculosis.

Lo anterior se fundamenta al establecer que el Centro de Salud de la zona 6, para los años 2006 y 2007 sólo logró identificar al 34.75% y 14.61% respectivamente; de las personas sospechosas de padecer la enfermedad; por consiguiente no se ha tenido la cobertura necesaria que permita prevenir y controlar la tuberculosis.

Aunque las personas sintomáticas respiratorias son un grupo específico para el proyecto, estas personas se les pueden localizar en cualquier colonia de la zona 6, no está concentrada en una sola área geográfica; por lo cual las actividades que se pretenden realizar no sólo contribuirán a identificarlas, sino también a prevenir y a controlar la enfermedad en la zona 6.

CAPITULO V

IDENTIFICACION DEL PROYECTO

El proceso para llevar a cabo la identificación del proyecto, implicó considerar el resultado de la investigación *Tuberculosis en la zona 6 de Guatemala: “un análisis del acceso a la información, educación y comunicación en la población vulnerable”*; realizada en los meses de abril, mayo y octubre del año 2008, con la problemática identificada en esta investigación, se procedió a elaborar el árbol de problemas, árbol de objetivos, análisis de involucrados, análisis de alternativas y la matriz del marco lógico.

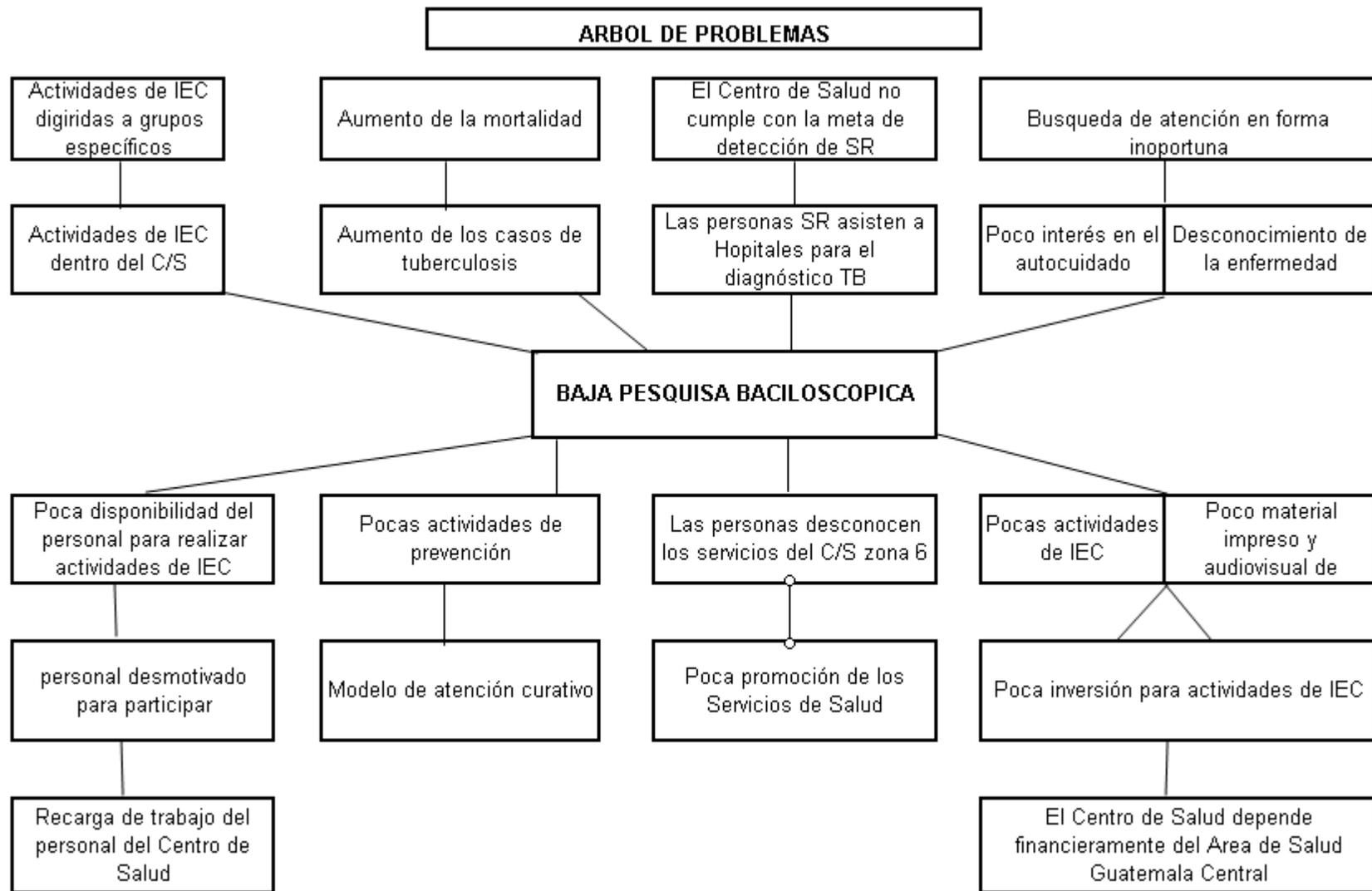
5.1. SITUACION SIN PROYECTO.

El árbol de problemas muestra la situación de la baja identificación de personas sintomáticas respiratorias⁴⁴, o baja pesquisa bacilos cópica que actualmente existe, en él se visualiza las causas y las consecuencias del problema central. Dentro de las causas principales aparece la recarga de trabajo que el personal del Centro de Salud tiene, ya que el programa de tuberculosis es sólo una de las 14 prioridades del Ministerio de Salud, ante esta situación el personal se encuentra desmotivado y manifiesta poca disponibilidad para realizar actividades de IEC. Otra de las causas es que el Ministerio de Salud tiene un modelo de atención prioritariamente curativo, lo cual le resta importancia a las actividades preventivas. También aparecen como causas que la población de la zona 6, desconocen los servicios que el Centro de Salud brinda en el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, lo cual trae como consecuencia que no busquen atención médica o asistan a otros servicios de salud; y por último el Centro de Salud depende financieramente del Área de Salud Guatemala Central, esta centralización limita que las actividades de IEC se realicen con eficiencia; no se cuenta con el material educativo y promocional y otros recursos necesarios que permitan implementar esta estrategia.

⁴⁴ En Salud Pública a la identificación de personas sintomáticas respiratorias también se le llama **pesquisa bacilos cópica**, que por analogía se compara a pescar a las personas para que se realicen el examen de Baciloscopia.

Las consecuencias principales de la baja pesquisa baciloscópica es el aumento de casos de tuberculosis en la población, lo que trae como consecuencia el aumento de la mortalidad por esta enfermedad. Otra de las consecuencias es que el personal realiza sólo actividades dentro de las instalaciones del Centro de Salud razón por la cual sólo algunos grupos se benefician con éstas actividades.

Adicionalmente las personas no asisten al Centro de Salud para el diagnóstico de la enfermedad porque desconocen que se brinda este servicio. Esto repercute que este servicio de salud no cumpla con las metas de identificación de sintomáticos respiratorios normadas por el Ministerio de Salud; finalmente otra de las consecuencias es que las personas buscan en forma inoportuna la atención, debido a que tienen poco interés en su auto cuidado y desconocen aspectos importantes de la tuberculosis.



5.2. SITUACION CON PROYECTO

De acuerdo a la metodología del marco lógico, una vez realizado el árbol de problemas se procedió a realizar el árbol de objetivos, convirtiendo cada causa en un medio de abordar el problema de desarrollo, formulando cada condición negativa del árbol de problemas como una condición positiva, es decir, objetivos que son deseados y factibles en la realidad.

El árbol de objetivos sirvió de base para graficar el análisis de viabilidad, en donde aparecen agrupados los objetivos que tienen vinculación o relación entre sí, por lo que aparecen 3 recuadros con 3 posibles alternativas para elaborar un proyecto.

Se eligió el grupo de objetivos que constituye la alternativa N° 3 para diseñar el proyecto, ya que se considera que es la más viable de realizar después de haber efectuado la evaluación de las 3 alternativas; ⁴⁵ considerando los recursos disponibles, la viabilidad política, los intereses de los beneficiarios, los beneficios de la institución ejecutora y las fuentes de financiamiento.

Al tomar la decisión de tomar la alternativa N° 3, se considera que en forma indirecta se abarcará los objetivos de las otras 2 alternativas.

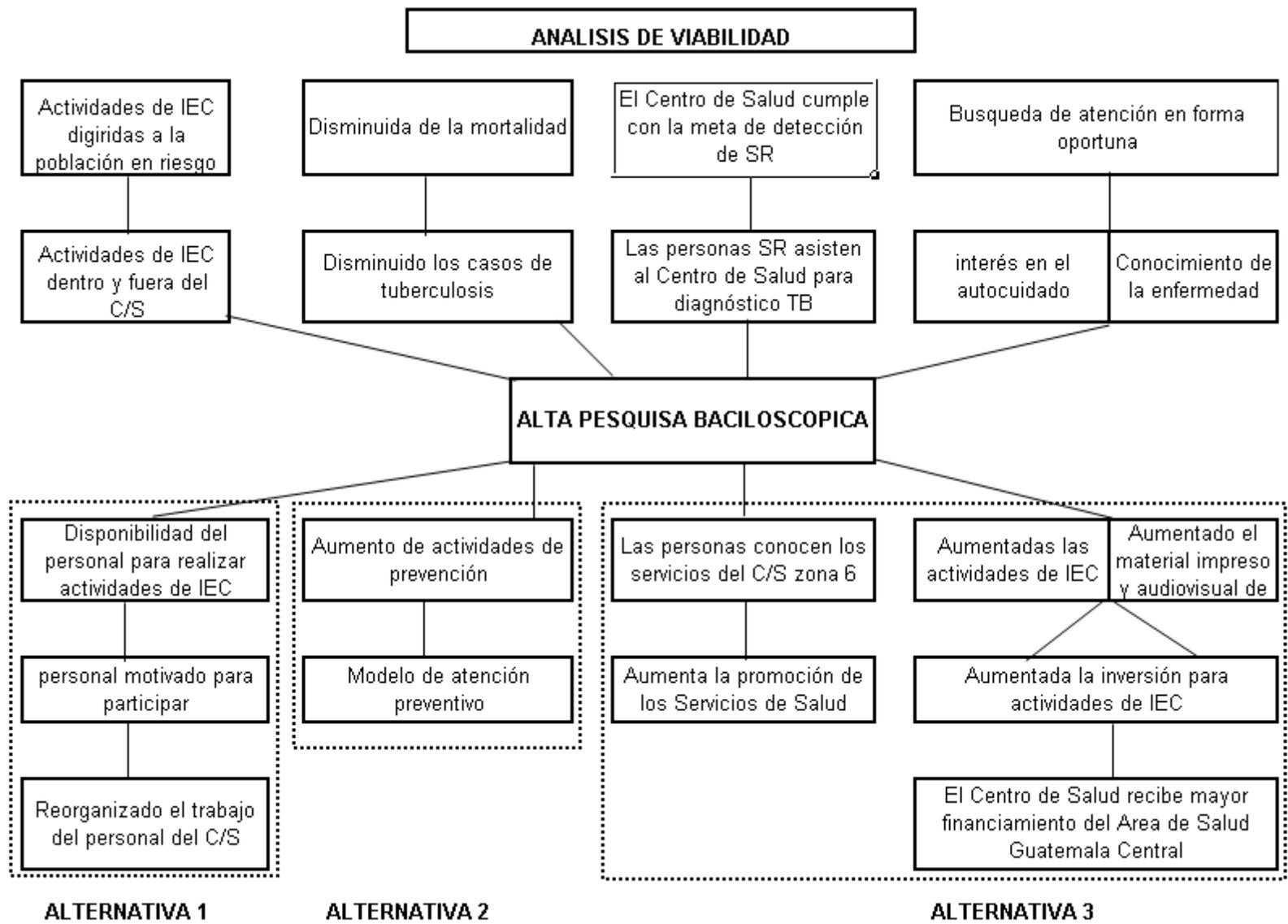
Como parte de la identificación del proyecto, también se consideró analizar el análisis de involucrados para definir que actores pueden favorecer la implementación del proyecto; así como aquellos que pudieran ser opositores al mismo o permanecer indiferentes.⁴⁶

Una vez definido el proyecto *“la estrategia de información, educación y comunicación en la detección de personas sintomáticas respiratorias en la zona 6 de la ciudad capital”*, se procedió a realizar la matriz del marco lógico.

⁴⁵ Ver análisis de priorización de proyectos en anexos.

⁴⁶ Ver en forma detallada el análisis de cada involucrado directo o indirecto al proyecto en anexos.





5.3. ANALISIS DE INVOLUCRADOS

| |
|---------------------------|
| ANALISIS DE PARTICIPACION |
|---------------------------|

| | BENEFICIARIOS DIRECTOS BENEFICIARIOS INDIRECTOS | OPOSITORES, AFECTADOS O EXCLUIDOS | EJECUTORES | DECISORES | FINANCIADOR |
|------------|--|---|---|--------------------------------------|--------------------------------------|
| ORGANIZADO | Personal voluntario en salud: Promotoras de Salud, Facilitadoras comunitarias, Comadronas | Medios de comunicación masivos | Equipo Técnico del Centro de Saúd de la zona 6 | Area de Salud Guatemala Central | Area de Salud Guatemala Central |
| | Grupos comunitarios organizados | | | Programa Nacional de Tuberculosis | Programa Nacional de Tuberculosis |
| | Escuelas de educación primaria | | | | Industria y comercio |
| | Organizaciones no gubernamentales dedicadas a la salud | | | | |
| INDIVIDUAL | Población de las comunidades de la zona 6 | Algunos integrantes del personal del Centro de Salud | | | |
| | Personas sintomáticas respiratorias | Consultorios médicos privados | | | |
| | Personas con tuberculosis | | | | |

5.4. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Indicadores objetivamente verificables | Fuentes de verificación | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|--|--|--|--|---|
| OBJETIVO GENERAL (FIN) | Prevenida y controlada la tuberculosis en el año 2011, en la zona 6 de la ciudad capital. | Detectar al menos al 70% de personas sospechosas de padecer tuberculosis. | Sala situacional y cohorte de tuberculosis del Centro de Salud de la zona 6 de diciembre 2011. Libro de baciloscopias del laboratorio clínico del año 2011 del Centro de Salud de la zona 6. Informes mensuales del año 2011 del Centro de Salud de la zona 6. | El personal del Centro de Salud, grupos comunitarios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales participa en la estrategia de IEC para aumentar la identificación de las personas sintomáticas respiratorias. |
| OBJETIVO ESPECIFICO (PROPOSITO) | Implementada la estrategia de Información, educación e comunicación en tuberculosis en la zona 6 de la Ciudad Capital, durante los años 2010 y 2011. | Incrementar para diciembre del 2010 del 14.61 % de pesquisa baciloscópica al 45%, en las personas mayores de 10 años de la zona 6 de la Ciudad Capital. Incrementar para el año 2011 la detección de pesquisa baciloscópica al 70% en las personas mayores de 10 años de la zona 6 de la ciudad capital | Informe trimestral de actividades, SIGSA ⁴⁷ 6A del Centro de Salud zona 6, del año 2010 y 2011 | El equipo técnico del Centro de Salud se involucra en la planificación, ejecución, coordinación, monitoreo y evaluación de las actividades de IEC |

⁴⁷ SIGSA: Sistema de Información Gerencial en Salud, el cual consta de instrumentos donde se registra la información cuantitativa generada en los servicios de salud.

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Indicadores objetivamente verificables | Fuentes de verificación | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|-------------------|---|---|--|---|
| Resultados | 1. Elaborado e implementado un modelo de información comunitaria | Reproducir 3 mensajes informativos de tuberculosis durante el año 2010 – 2011. Reproducir 3 mensajes informativos de los servicios que el Centro de Salud brinda a la población de la zona 6, durante el año 2010 - 2011 Distribuir los 6 mensajes con la participación de los grupos organizados y la red de organizaciones, en las 14 comunidades prioritarias de la zona 6, durante los años 2010 – 2011 | La copia de los 6 mensajes elaborados para informar a las 14 comunidades prioritarias. Informe del monitoreo trimestral de la distribución de mensajes realizado por el equipo técnico del Centro de Salud a las 14 comunidades de la zona 6, durante el año 2010 – 2011. Libro de baciloscopias del Laboratorio Clínico del Centro de Salud del año 2010- 2011 | La población de las comunidades involucradas reconoce a un sintomático respiratorio y lo refieren al Centro de Salud para su diagnóstico. |
| | 2. 12 Grupos comunitarios capacitados y participando en actividades de control y prevención de la tuberculosis. | 12 grupos comunitarios de la zona 6, con conocimientos sobre control y prevención de tuberculosis. 2 reuniones de capacitación sobre tuberculosis dirigidas a 12 grupos comunitarios, realizadas en el año 2010. Al menos 1 vez al mes del año 2010 – 2011, los grupos comunitarios realizan una actividad educativa en la zona 6 sobre el control y/o prevención de la tuberculosis. | Nóminas de asistencia de las 2 capacitaciones realizadas en el año 2010 - 2011 a grupos comunitarios organizados. Resultados de los pre test y post test de las 2 capacitaciones realizadas con los grupos comunitarios organizados. Informes mensuales del año 2010 – 2011, enviados al Centro de Salud de la zona 6 por los grupos comunitarios organizados. | Los grupos organizados participan en la educación sobre tuberculosis en las comunidades de la zona 6. |
| | 3. Diseñada e implementada una campaña de comunicación permanente a nivel local | Realizar al menos una actividad mensual de comunicación alternativa con mensajes educativos para prevenir y controlar la tuberculosis en la zona 6, durante el año 2010-2011 | Informe trimestral de actividades, SIGSA 6A del Centro de Salud zona 6, del año 2010. Sala situacional ilustrada con fotografías de las actividades de la campaña de | La campaña de comunicación con medios alternativos, para la prevención y control de la tuberculosis se difunde a la población de las 14 |

| | | | | |
|-------------------|---|---|---|--|
| Resultados | | | comunicación, realizadas durante el año 2010. | comunidades prioritarias de la zona 6. |
| | 4. Organizada una red de 10 ONG`s y OG`s de la zona 6 que participa en la identificación y referencia de personas sintomáticas respiratorias. | Al menos 1 vez al mes de los años 2010 – 2011 la red de organizaciones de la zona 6, identifican y refieren 20 personas sintomáticas respiratorias al Centro de Salud de la zona 6. | Hojas de referencia de la red al Centro de Salud de la zona 6, libro de baciloscopias de laboratorio clínico del Centro de Salud de la zona 6 del año 2010. | La red mantiene la referencia de las personas sintomáticas respiratorias al Centro de Salud para su diagnóstico. |

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Recursos | Costos | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|------------------------------------|--|---|---------------|--|
| Actividades del resultado 1 | 1.1. Presentar la sala situacional de tuberculosis a personal voluntario, representantes de grupos organizados, representantes de OG`s y ONG`s | Equipo técnico de Salud, actores claves de zona 6, equipo audiovisual, material y equipo de oficina, financiamiento del Área de Salud Guatemala Central. | Q.50.00 | Existe interés y asistencia de los actores claves de la zona 6, en participar en el análisis de la sala situacional de tuberculosis. |
| | 1.2. Establecer el modelo de información con los actores claves de las comunidades. | Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves de zona 6, equipo audiovisual, material y equipo de oficina, financiamiento del Área de Salud Guatemala Central. | Q.150.00 | Los actores claves de la zona 6, promueven el modelo de información comunitaria. |
| | 1.3. Diseñar mensajes. | Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves de la zona 6, equipo audiovisual, material y equipo de oficina, material educativo de tuberculosis. Financiamiento del Área de Salud Guatemala Central y del Programa Nacional de Tuberculosis | Q.300.00 | Los actores claves de la zona 6 aportan conocimientos de acuerdo al contexto para elaborar los mensajes |

| | | | | |
|--|--|--|-----------|--|
| | 1.4. Reproducir mensajes para la red de información. | Financiamiento del Área de Salud Guatemala Central, Programa Nacional de Tuberculosis, Empresas privadas | Q.1500.00 | La reproducción de mensajes se realiza en forma oportuna. |
| | 1.5. Difundir de los mensajes informativos a grupos y comunidades. | Integrantes de la red, actores claves, mensajes informativos de tuberculosis, mensajes informativos de los servicios del Centro de Salud, financiamiento del Área de Salud Guatemala, Programa Nacional de Tuberculosis y empresa privada. | Q.500.00 | La población meta de la zona 6, es receptiva a los mensajes de educación |

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Recursos | Costos | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|------------------------------------|---|--|-------------|--|
| Actividades del resultado 2 | 2.1. Identificar a 12 grupos organizados de la comunidad | Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves zona 6, transporte, invitaciones, teléfono, material de oficina. | Q.175.00 | Actores claves se involucran activamente en identificar y motivar la participación de los grupos comunitarios. |
| | 2.2. Planificar y ejecutar de 2 actividades de capacitación para los 12 grupos identificados. | Equipo técnico del Centro de Salud, equipo audiovisual, material didáctico, marcadores, papel, maskin tape, cartulinas, carpetas, fotocopias de contenidos educativos. | Q.2, 000.00 | Recursos disponibles oportunamente para realizar las actividades de capacitación planificadas. |
| | 2.3. Monitorear de actividades de educación en tuberculosis realizadas por los grupos comunitarios capacitados. | Equipo técnico del Centro de Salud, vehiculo, formatos de monitoreo, formato de informe mensual, equipo de oficina. | Q.600.00 | Integrantes de los 12 grupos, sujetos que multiplican los conocimientos en las comunidades. |

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Recursos | Costos | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|------------------------------------|--|---|------------|--|
| Actividades del resultado 3 | 3.1. Definir los medios de comunicación alternativos a utilizar | Equipo técnico del Centro de Salud, equipo y material de oficina. | Q.30.00 | Definición creativa de los de medios de comunicación alternos afines a la campaña de tuberculosis |
| | 3.2. Diseñar mensajes de comunicación. | Técnicos especialistas en diseños de mensajes de comunicación, Financiamiento del Programa Nacional de Tuberculosis | Q.1000.00 | Técnicos diseñan material y contenidos, tomando como referencia contexto z. 6 |
| | 3.3. Reproducir piezas de comunicación. | 1000 afiches, 10,000 trifoliales, 5 mensajes para audiovisuales, 7 mantas, 8000 volantes, 150 playera, 150 gorras, 1 cámara digital. Financiamiento del Programa Nacional de Tuberculosis, empresa privada. | Q.5,450.00 | La reproducción de las piezas de comunicación se realiza en forma oportuna. |
| | 3.4. Calendarizar y organizar los medios alternativos y las piezas de comunicación que se divulgaran en forma mensual. | Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves | Q.225.00 | Los integrantes de la red asumen con responsabilidad la organización y el cumplimiento de las actividades de comunicación. |
| | 3.5. Realizar en forma mensual, una actividad de comunicación | Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves, medios de comunicación, piezas de comunicación | Q.2,400.00 | La población de la zona 6, recibe los mensajes de comunicación |

| Resumen narrativo | Lógica de intervención | Recursos | Costos | Supuestos / hipótesis Factores externos |
|------------------------------------|---|--|----------|---|
| Actividades del resultado 4 | 4.1. Convocar a las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para organizar la red | Equipo técnico del Centro de Salud, equipo de oficina, teléfono, vehículo, invitaciones. | Q.150.00 | Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales interesados en integrar la red. |
| | 4.2. Realizar 2 talleres de capacitación al año. | Equipo técnico del Centro de Salud, equipo audiovisual, material didáctico, marcadores, papel, maskin tape, cartulinas, carpetas, fotocopias de contenidos educativos, financiamiento del Área de Salud Guatemala Central y del Programa Nacional de Tuberculosis. | Q.450.00 | Recursos disponibles oportunamente para realizar las actividades de capacitación planificadas. |
| | 4.3. Realizar reuniones trimestrales de coordinación | Equipo técnico del Centro de salud, equipo audiovisual, material equipo de oficina, libro de conocimientos. | Q.400.00 | Organizaciones gubernamentales y no gubernamentales motivadas a participar en las coordinaciones de trabajo en forma trimestral. |
| | 4.4. Monitorear las actividades realizadas por la red | Equipo técnico del Centro de Salud, vehículo, formatos de monitoreo, formato de informe mensual, equipo de oficina. | Q.500.00 | Los mensajes para la prevención y control de la tuberculosis llegan a la población de las comunidades prioritarias de la zona 6. |
| | | | | Condiciones Previas El Área de Salud Guatemala Central y el Programa Nacional de Tuberculosis; incluyen dentro del Presupuesto para los años 2010 y 2011 la inversión para implementar el proyecto. |

5.5. RESUMEN DE LA IDENTIFICACION DEL PROYECTO

Para identificar el proyecto se realizó el análisis de la situación actual de la baja pesquisa bacilosκόpica a través del árbol de problemas; como segundo paso se realizó el árbol de objetivos, el cual plantea la situación con el proyecto.

Para complementar los elementos que permitieron identificar el proyecto, se presentaron varias alternativas, que a través de la priorización se eligió una de las 3 propuestas.

Con la propuesta del proyecto se realizó la matriz del marco lógico, en la cual se plantea el fin del proyecto, el propósito y los 4 resultados, lo cuales son:

- Elaborar un modelo de información comunitaria.
- Capacitar a 12 grupos comunitarios para que participen en actividades de control y prevención de la tuberculosis.
- Diseñar e implementar una campaña de comunicación permanente a nivel local.
- Organizar una red de ONG's y OG's para que participen en detección y referencia de personas sintomáticas respiratorias.

Cada resultado tiene definidas sus actividades, los recursos y el costo; el costo total asciende a Q. 15.880.00

CAPITULO VI

ESTUDIO DE MERCADO

A continuación se presenta el análisis de mercado, en éste se incluye: el servicio que se brinda a las personas sintomáticas respiratorias, análisis de la demanda, análisis de la oferta, análisis de la demanda potencialmente insatisfecha, precio, comercialización y el resumen del estudio del mercado.

La presente propuesta de proyecto es de contenido estrictamente social y con fundamentos de la salud pública, por lo cual hace inherente el acceso a la salud como universal y gratuita; se consideró importante incluir el estudio de mercado por razones técnicas y como requisito en la formulación del mismo, con la finalidad de analizar el acceso que la población tiene al Centro de Salud, la capacidad de respuesta de la institución, la calidad del servicio que brinda, la oportunidad y la eficiencia para atender a las personas con tuberculosis.

6. 1. SERVICIO

Para implementar el proyecto de la estrategia de información, educación y comunicación para aumentar la detección de personas sintomáticas respiratorias, la zona 6 de la ciudad capital, se estará promocionando los servicios de atención para las personas sintomáticas respiratorias.

Al detectar a una persona sintomática respiratoria, el Centro de Salud está en capacidad de realizar 3 baciloscopias⁴⁸ a cada persona en el laboratorio clínico del servicio. Para este servicio la persona puede asistir en el horario de atención a dejar sus muestras, sin necesidad de esperar turno para ser atendido.

Una vez completado sus 3 muestras de baciloscopias, si la persona resulta negativa, se le informa inmediatamente; pero si es positiva pasa el mismo día a consulta para que el personal médico le prescriba el tratamiento.

⁴⁸ Baciloscopía: examen de laboratorio para identificar el bacilo de la tuberculosis.

La persona positiva con tuberculosis es referida a enfermería, quien es la responsable de administrarle sus medicamentos. Durante 2 meses el paciente asiste diariamente al Centro de Salud para recibir el tratamiento directamente supervisado por el personal de enfermería. Pasado los 2 meses, si el paciente en la baciloscopia de control resulta negativo, continúa su tratamiento sólo dos veces por semana por 4 meses más, los días martes y jueves a recibir su tratamiento para hacer un total de 6 meses.

Mientras dure el tratamiento (6 meses), el paciente en forma mensual es examinado por un médico de la consulta externa y debe dar una muestra para hacerle una baciloscopia de control, para determinar en qué mes negativiza.

Por otro lado, al momento de establecer el diagnóstico inicial positivo, el personal de enfermería investiga a todos los posibles contactos, principalmente el núcleo familiar. Las personas mayores de 15 años son examinadas en el Centro de Salud para determinar si presentan la enfermedad. Si son menores de 15 años se refieren al hospital de infectología para que sean examinados por especialistas; si los niños son detectados con la enfermedad regresan al Centro de Salud para su tratamiento, pero si son negativos inician tratamiento profiláctico.

El personal de enfermería lleva un control estricto de la asistencia diaria de los pacientes que están en tratamiento, si alguno de ellos no asiste, lo llaman por teléfono para investigar su ausencia, si no asiste por dos o tres días, le realizan visita domiciliaria donde establecen los motivos de su inasistencia.

En las visitas domiciliarias brindan apoyo emocional a las familias, plan educacional y de existir alguna problemática de mayor complejidad, el caso es referido a Trabajo Social y/o Psicología para abordar con la familia la situación encontrada.

Dentro del servicio a los pacientes en tratamiento se les oferta la prueba de VIH, para lo cual se le brinda consejería antes de la prueba y al momento de entregarle el resultado. Si es positivo a la prueba de VIH se refiere al Hospital General para que inicie tratamiento específico. A estas personas Trabajo Social, Enfermería y/o Psicología dan seguimiento para brindar apoyo emocional, plan educacional y verificar la adherencia a los medicamentos.

Para los pacientes que presentan algún margen de duda en las baciloscopias se coordina con otras instancias del Ministerio de Salud para realizarle pruebas específicas para descartar la enfermedad. Igualmente para pacientes resistentes a los medicamentos se coordina para brindarle un tratamiento diferente de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud.

6.2. ANALISIS DE LA DEMANDA

6.2.1. Situación actual de la demanda

La zona 6 de la ciudad capital, tiene una extensión territorial de aproximadamente 6.4 Km. cuadrados, está dividida en 36 comunidades, con una población de 85,274 habitantes para el año 2008.

El porcentaje de cobertura de pesquisa baciloscópica para el año 2006 fue de 34.75% y para el año 2007 de 14.61%. En relación al porcentaje de personas en tratamiento de tuberculosis para los años 2006 y 2007 fue de un promedio de 26%.

6.2.2. Segmentación del mercado

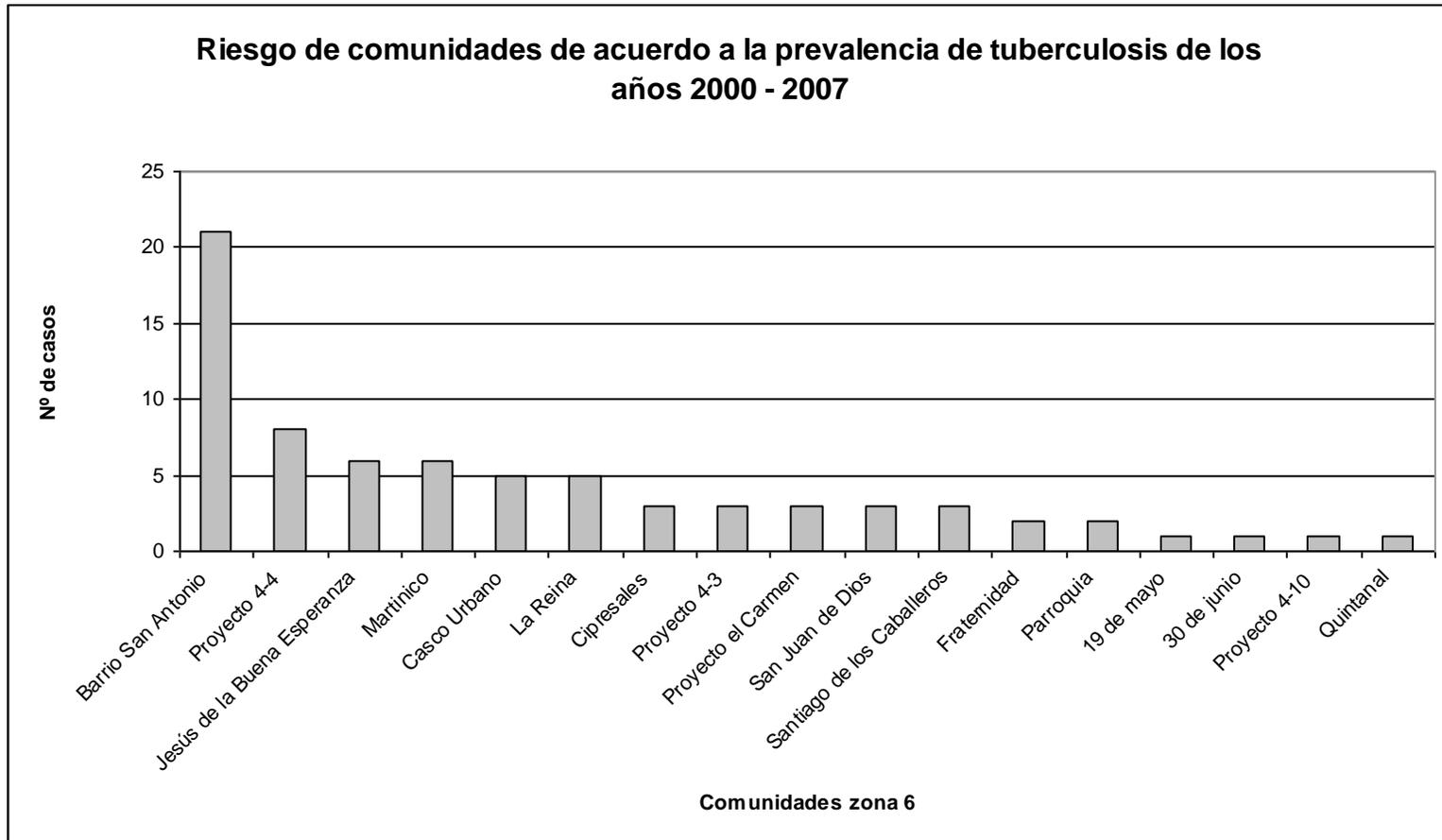
Las 36 comunidades de la zona 6, están divididas en comunidades de alto, mediano y bajo riesgo, de acuerdo al número de casos que se han presentado en los últimos 8 años.

CUADRO Nº 6

| Comunidades estratificadas de acuerdo a la prevalencia de tuberculosis de los años 2000 - 2007 | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|------------------------|
| Casos de tuberculosis pulmonar adultos | | | | | | | | | | |
| Comunidades | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | Total | Estratificación |
| Barrio San Antonio | 1 | 3 | 2 | 5 | 2 | 1 | 2 | 5 | 21 | Alto riesgo |
| Proyecto 4-4 | 1 | | | 1 | 3 | | 3 | | 8 | Alto riesgo |
| Jesús de la Buena Esperanza | | | | 3 | 1 | | | 2 | 6 | Alto riesgo |
| Martinico | | 1 | 2 | | | 2 | 1 | | 6 | Alto riesgo |
| Casco Urbano | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 5 | Mediano riesgo |
| La Reina | | 1 | | 1 | 1 | | | 2 | 5 | Mediano riesgo |
| Cipresales | | | 1 | 1 | | 1 | | | 3 | Mediano riesgo |
| Proyecto 4-3 | | 2 | | | | 1 | | | 3 | Mediano riesgo |
| Proyecto el Carmen | | | | | 2 | | 1 | | 3 | Mediano riesgo |
| San Juan de Dios | | 1 | | | | 1 | | 1 | 3 | Mediano riesgo |
| Santiago de los Caballeros | 1 | | | | 1 | 1 | | | 3 | Mediano riesgo |
| Fraternidad | | 1 | | | | | 1 | | 2 | Bajo riesgo |
| Parroquia | 1 | | | | 1 | | | | 2 | Bajo riesgo |
| 19 de mayo | | | | 1 | | | | | 1 | Bajo riesgo |
| 30 de junio | | | | | 1 | | | | 1 | Bajo riesgo |
| Proyecto 4-10 | | | | | | | | 1 | 1 | Bajo riesgo |
| Quintanal | | | | | | | 1 | | 1 | Bajo riesgo |
| Total | 4 | 10 | 6 | 13 | 12 | 7 | 10 | 12 | 74 | |

Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007

GRAFICA N° 3



Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007

De acuerdo al cuadro y gráfico, 17 de las 34 comunidades de la zona 6 se encuentran en alto, mediano y bajo riesgo, de acuerdo a la prevalencia de casos de tuberculosis que han presentado en los últimos 8 años, por lo cual son las comunidades prioritarias para ser tomadas en cuenta para realizar las acciones de IEC que plantea el presente proyecto; aún cuando las comunidades de bajo riesgo han presentado 1 ó 2 casos, es necesario incluirlas en el proyecto porque es un indicio de presencia de tuberculosis y necesita vigilancia más activa para identificar más personas con la enfermedad.

6.2.3. Situación futura de la demanda

Como se menciona en los objetivos del estudio de mercado, el Centro de Salud de la zona 6 es responsable de atender a toda la población de la zona 6; pero para el programa de tuberculosis, las actividades de Información, educación y comunicación deben dirigirse prioritariamente a las comunidades de alto y mediano riesgo.

En relación a la población que puede demandar el servicio, se espera que por cada 10,000 habitantes existan 4 personas con tuberculosis y para detectar a 1 persona con tuberculosis se deben detectar a 33 personas sintomáticas respiratorias. De acuerdo a la proyección de la población, tomando como año base el 2008, para el año 2011 fecha de finalización del proyecto el incremento es relativamente poco, como se puede observar en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 7

Proyección de personas con tuberculosis y sintomáticas respiratorias en relación al incremento de la población total de la zona 6

| Año | Población | Nº de pacientes con TB esperados | Nº de personas SR esperadas |
|------|-----------|----------------------------------|-----------------------------|
| 2008 | 85,274 | 34 | 1122 |
| 2009 | 87,150 | 34 | 1122 |
| 2010 | 89,067 | 35 | 1155 |
| 2011 | 91,026 | 36 | 1188 |

Fuente: Datos proyectados en base al año 2008 y de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud.

El cuadro N° 7 indica el número de casos esperados de acuerdo a la población; pero si se compara con los datos del cuadro N° 8, donde aparece la proyección de la demanda (realizada tomando como base la demanda cubierta del año 2000 al 2007), para el año 2011 se espera tener una cobertura de 14 casos de los 36 esperados, lo que equivale al 39%. Los casos de los años 2008 al 2011 son los esperados sin la ejecución del proyecto.

CUADRO N° 8

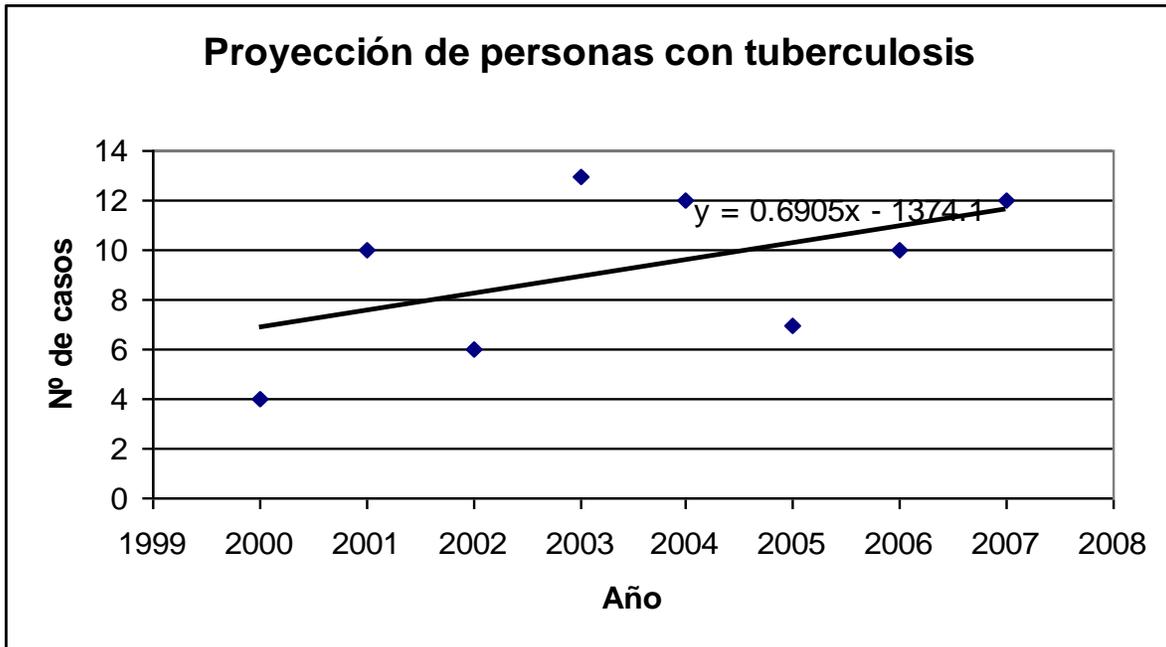
Proyección de personas con tuberculosis que se esperan para el año 2011

| Año | Personas con BK+ |
|------|------------------|
| 2000 | 4 |
| 2001 | 10 |
| 2002 | 6 |
| 2003 | 13 |
| 2004 | 12 |
| 2005 | 7 |
| 2006 | 10 |
| 2007 | 12 |
| 2008 | 12 |
| 2009 | 13 |
| 2010 | 14 |
| 2011 | 14 |

Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007

En el gráfico N° 4, aunque se observa que la línea de tendencia es ascendente, al operar la fórmula, el resultado es que para el año 2011, son 14 casos los que se esperan atender de seguir realizando las mismas actividades.

GRAFICA N° 4



Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007.

Al igual que los datos de las personas con tuberculosis, se encuentra la proyección de datos de las personas sintomáticas respiratorias.

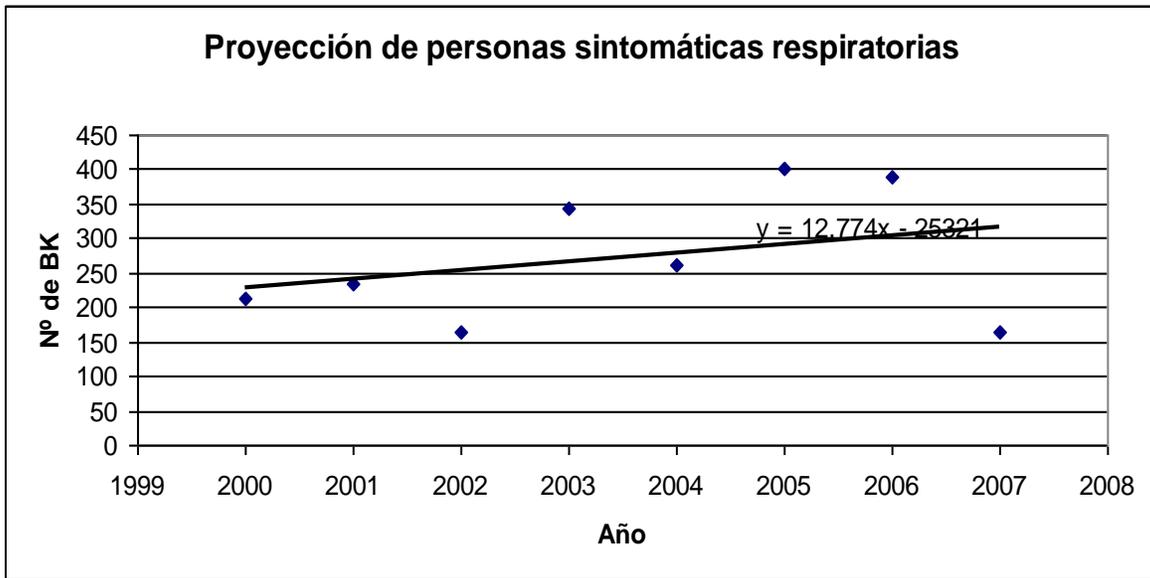
CUADRO N° 9

Proyección de personas sintomáticas respiratorias para el año 2011

| AÑO | SR |
|------|-----|
| 2000 | 212 |
| 2001 | 233 |
| 2002 | 165 |
| 2003 | 345 |
| 2004 | 261 |
| 2005 | 401 |
| 2006 | 390 |
| 2007 | 164 |
| 2008 | 329 |
| 2009 | 342 |
| 2010 | 355 |
| 2011 | 368 |

Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007

GRAFICA N° 5



Fuente: Libros de control de pacientes en tratamiento de tuberculosis del Centro de Salud zona 6 de los años 2000-2007

El gráfico N° 5, muestra una línea de proyección ascendente para el año 2011, de continuar realizando las mismas actividades se estaría detectando 368 personas sintomáticas respiratorias, lo cual equivale al 31% del total que se deberían de atender.

6.2.4. El usuario

Para el programa de tuberculosis, las personas principales son los sintomáticos respiratorios y las personas con tuberculosis. El sintomático respiratorio es toda persona mayor de 10 años, con más de 15 días de tos y el paciente con tuberculosis es la persona que resulta positiva al haberse realizado las pruebas diagnósticas. Al realizarse la investigación de campo en el mes de abril 2008, a los pacientes que estuvieron en tratamiento en los años 2006 y 2007, se estableció que un alto porcentaje no fue identificado y diagnosticado en el Centro de Salud, ellos expresaron las siguientes razones:

CUADRO N° 10

Razones por las cuales los pacientes asistieron a otros servicios para el diagnóstico de tuberculosis

| Razones | F | % |
|--|-----------|------------|
| Los hospitales cuentan con personal y equipo especializado | 4 | 25 |
| No sabían que el Centro de Salud de la zona 6 cuenta con este servicio | 3 | 18.75 |
| Internado en el hospital por el estado de gravedad | 3 | 18.75 |
| No conocían el Centro de Salud | 3 | 18.75 |
| Por referencia de un servicio privado | 2 | 12.50 |
| Tenía derecho al IGSS | 1 | 6.25 |
| TOTAL | 16 | 100 |

Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008.

Las 16 personas que no asistieron al Centro de Salud para el diagnóstico, refieren varias razones por las cuales no asistieron a este servicio de salud, se puede establecer que 10 de ellas es por causas atribuibles a que desconocen los servicios que el Centro de Salud presta, especialmente en la atención a la tuberculosis, tienen la idea que sólo los hospitales cuentan con personal, equipo y medicamentos especiales para esta enfermedad.

Por otro lado, las 18 personas entrevistadas refirieron que al momento de asistir al servicio de salud para el diagnóstico de tuberculosis, nunca sospecharon que podían padecer esta enfermedad; creían que tenían resfriado, una infección, bronquitis, neumonía, gripe, cualquier enfermedad menos tuberculosis. Lo anterior demuestra el desconocimiento que existe entre la población de aspectos importantes de salud, en este caso de la tuberculosis.

Para confirmar los datos del cuadro anterior, los resultados de la investigación indican, las razones por las cuales los sintomáticos respiratorios no asisten al Centro de Salud para recibir atención.

CUADRO N° 11

Razones por las cuales los sintomáticos respiratorios no asisten al centro de salud para recibir atención

| Razones | F | % |
|--|-----------|------------|
| No saben que el centro de salud diagnostica tuberculosis | 6 | 33.3 |
| No saben que el centro de salud proporciona tratamiento para tuberculosis | 4 | 22.2 |
| Piensan que sólo los hospitales especializados pueden brindar atención a personas con tuberculosis | 4 | 22.2 |
| Por el horario de atención | 4 | 22.2 |
| Falta de información | 1 | 5.5 |
| TOTAL | 18 | 100 |

Fuente: investigación de campo realizada en abril 2008.

La información de este cuadro sólo complementa la información del cuadro N° 3, reafirma que las personas consideran que los hospitales especializados cuentan con los recursos necesarios para brindar un diagnóstico y tratamiento para tuberculosis.

Algo importante de este cuadro es la opinión de los hombres ya que consideran que el horario de trabajo no coincide con el horario de atención del Centro de Salud, optan por asistir a otro servicio cercano a su trabajo o no ir, pues piensan que no van a tener una atención rápida.

El paciente sintomático respiratorio y con tuberculosis tiene la opción de asistir al Centro de Salud de la zona 6, o a otro servicio del Ministerio de Salud; pero si es diagnosticado con tuberculosis el paciente lo refieren al Centro de Salud de la zona 6 para su tratamiento, ya que el tratamiento se realiza estrictamente supervisado. En otras palabras aunque lo diagnostiquen en otro servicio, el tratamiento lo tiene que recibir en la zona 6.

El usuario que tiene derecho al IGSS, tiene la opción de asistir a este servicio; pero igualmente si asiste al Centro de Salud es atendido sin discriminación alguna; es más, algunas personas prefieren asistir al Centro de Salud, ya que el tratamiento se les brinda los 6 meses en forma ininterrumpida y con las 4 drogas que indica la norma de atención. Lo anterior se aclara, ya que el IGSS no realiza tratamiento estrictamente supervisado, lo cual no garantiza la adherencia al tratamiento y en algunas ocasiones no cuenta con las 4 drogas en los tiempos oportunos, lo que repercute desfavorablemente en las personas, porque pueden crear resistencia a los medicamentos.

6.3. ANALISIS DE LA OFERTA

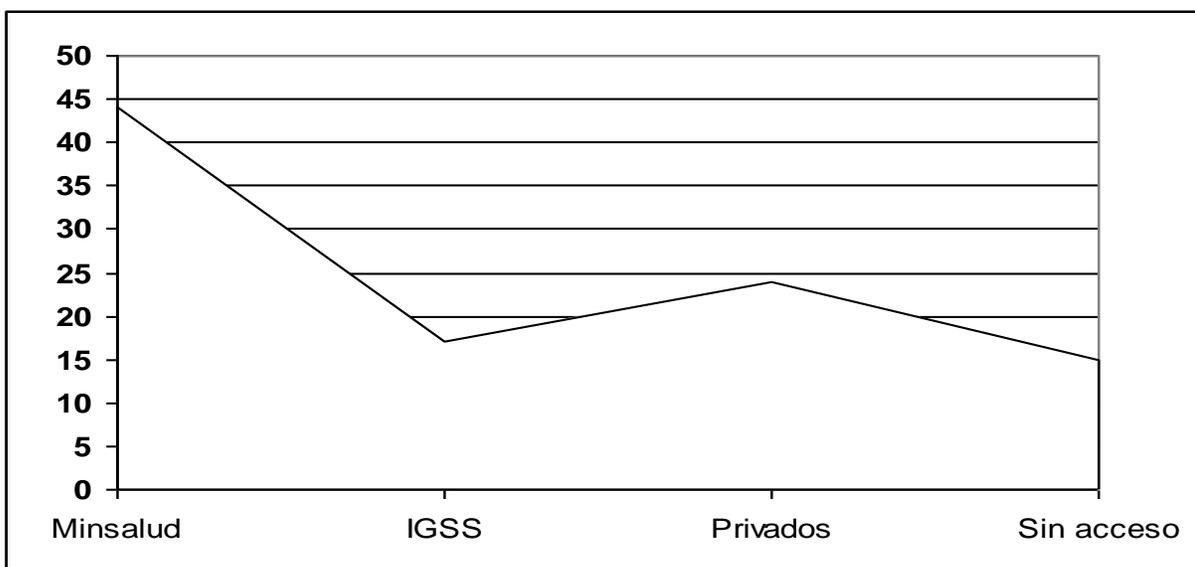
6.3.1. Situación actual de la oferta

En la zona 6 de la ciudad capital, sólo el Centro de Salud es la institución del Ministerio de Salud que brinda servicios de salud en forma gratuita, en esta zona también se encuentra el Hospital Juan José Arévalo del IGSS, pero a éste asiste sólo las personas que tienen derecho al seguro social.

También existen 5 clínicas que brindan servicios con precios sociales (ONGs y clínicas parroquiales), 4 hospitales privados, 2 clínicas de atención especializada (APROFAM y el Patronato del paciente diabético) y aproximadamente 22 clínicas privadas.

GRAFICA N° 6

Situación actual de la oferta de servicios de salud en la zona 6



Fuente; Centro Nacional de Epidemiología, Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

Como se observa los servicios de salud del Ministerio de Salud, es el que cubre el mayor porcentaje de personas, aunque estos datos son a nivel de departamento, datos muy similares son para la zona 6.

En cuanto al servicio del programa de tuberculosis, sólo el Centro de Salud y el IGSS tienen los recursos para diagnosticar y brindar tratamiento. Los demás servicios que tiene la zona 6, no cuentan con recursos y capacidad instalada para diagnóstico de tuberculosis.

Como ya se mencionó anteriormente, el Centro de Salud atiende personas aun cuando tengan derecho al IGSS, pero el IGSS no atiende personas que no tienen derecho a estos servicios. Por la experiencia de la atención de personas en tratamiento de tuberculosis, algunas personas han iniciado tratamiento en el IGSS y lo han finalizado en el Centro de Salud porque el seguro social no tiene disponible las 4 drogas del tratamiento o si la tienen no por el tiempo que debe durar el tratamiento.

6.2.2. Situación futura de la oferta

CUADRO N° 12

Situación de la oferta de los servicios de salud del año 1996 al año 2007

| Servicio | Año 1996 | Año 2006 | Año 2007 |
|---------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Ministerio de Salud | 28 | 40.78 | 44 |
| IGSS | 12 | 15.91 | 17 |
| Privados | 14 | 22.80 | 24 |
| Sin servicio | 46 | 20.51 | 15 |
| TOTALES | 100% | 100% | 100% |

Fuente; Centro Nacional de Epidemiología, Departamento de Vigilancia Epidemiológica del Ministerio de Salud.

Como se observa, la tendencia es que la cobertura de los servicios de salud tiende a crecer, mientras que el número de personas que no tienen acceso a algún servicio de salud tiende a decrecer. Una de las fortalezas del Ministerio de Salud que contribuyó a incrementar su cobertura, fue que a partir del año 1996 se implementó extensión de cobertura, para llevar los servicios de salud a las comunidades de mayor postergación, cambiando para el primer nivel de atención en salud el modelo de atención.

Afortunadamente la zona 6, cuenta a partir de 1999 una jurisdicción de extensión de cobertura que atiende a 11 comunidades, donde viven personas en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

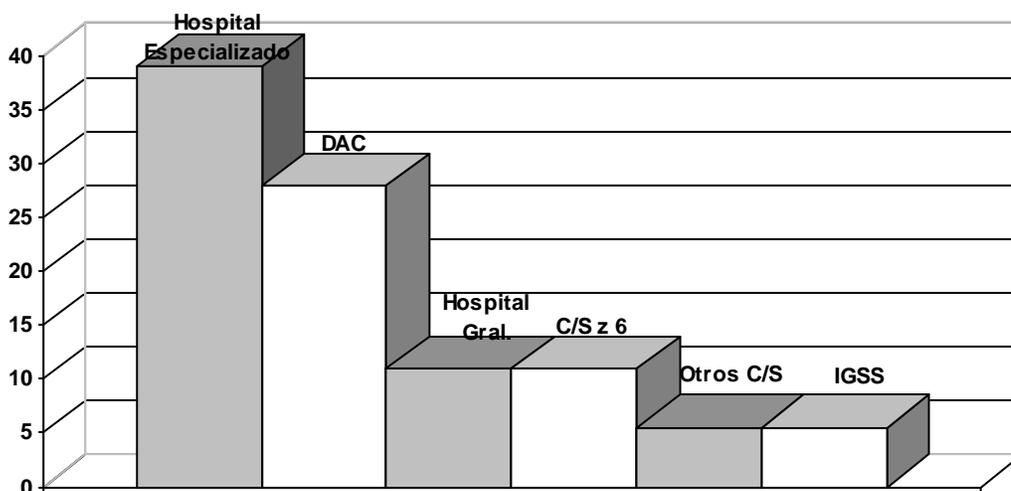
6.3.3. Servicios similares

El IGSS al igual que el Centro de Salud tienen definida su población, inclusive para la atención específica de los casos esperados de personas con tuberculosis, el Centro de Salud de la zona 6 tiene la capacidad de diagnosticar y dar tratamiento a todos.

Los servicios similares para la identificación de personas sintomáticas respiratorias y con tuberculosis es el tercer nivel de atención; los hospitales de referencia nacional y los hospitales especializados.

GRAFICA N° 7

Servicio de salud donde fueron diagnosticados los pacientes con tuberculosis durante los años 2006 – 2007



Fuente: Investigación de campo realizada en abril 2008

Los datos de la gráfica muestran que sólo el 11% de las personas atendidas en los dos años, fueron diagnosticadas en el Centro de Salud de la zona 6; el otro 89% fueron detectadas, diagnosticadas y referidas por otro centro asistencial, principalmente los servicios de salud especializados (Hospital de infectología, Hospital San Vicente y el Dispensario Antituberculoso Central –DAC-).

Anteriormente, cuando se analizó al usuario en los cuadros N° 10 y 11 se señalan las causas por las cuales las personas asisten a otros servicios de salud del Ministerio y no al Centro de Salud de la zona 6.

A continuación se presenta un cuadro donde se compara las debilidades y fortalezas de los servicios especializados y el Centro de Salud de la zona 6

CUADRO N° 13

Comparación de las fortalezas y debilidades de los servicios especializados y el Centro de Salud de la zona 6

| | Centro de Salud zona 6 | Servicios especializados |
|-------------------|---|---|
| FORTALEZAS | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitación constante al personal del Centro de Salud en las normas de atención en tuberculosis • Capacitación constante al personal voluntario de salud (Promotoras, comadronas y facilitadoras comunitarias.) • Contar con un laboratorio para realizar el diagnóstico con baciloscopía • Contar con personal voluntario de salud que pueden contribuir a la detección de personas sintomáticas respiratorias. • Disponibilidad del personal del Centro de Salud para atender a las personas sintomáticas respiratorias a cualquier hora. • Todo el personal del Centro de Salud está capacitado para realizar pesquisa baciloscópica. • Contar con personal de extensión de cobertura que trabaja en comunidades de alto riesgo. • Se cuenta con los insumos | <ul style="list-style-type: none"> • Personal especializado • 24 horas de atención • Capacitación constante • Cuentan con diferentes medios para diagnosticar la tuberculosis • La imagen de <i>servicio especializado</i> a la población en general. • No necesitan publicidad para que las personas asistan. • Los hospitales no están sujetos a las normas internacionales del número de personas BK positivas y de sintomáticos respiratorios por 10,000 habitantes. |

| | | |
|--------------------|--|---|
| | necesarios para realizar la pesquisa bacilosκόpica. | |
| DEBILIDADES | <ul style="list-style-type: none"> • Recarga de trabajo de las demás prioridades de salud, el personal no trabaja sólo tuberculosis. • El personal olvida realizar pesquisa bacilosκόpica diariamente entre las personas consultantes en el Centro de Salud. (no hay compromiso) • Falta de un plan estratégico para el control y prevención de la tuberculosis. • Poca disponibilidad de la mayoría del personal del Centro de Salud de realizar trabajo comunitario. • No se realiza análisis de la información de tuberculosis con todo el personal, para conocer la situación en la zona 6 y tomar decisiones. • Los mensajes sobre la prevención y control de tuberculosis se realizan en forma eventual. • No se realiza el estudio de todos los posibles contactos por cada persona con tuberculosis que se detecta. • No todo el personal se | <ul style="list-style-type: none"> • Recarga de pacientes que debieran ser atendidos en un Centro de Salud, dada que la morbilidad que presenta no es compleja. • Débil coordinación del sistema de referencia y respuesta con el segundo nivel de atención. • No siempre realizan el diagnóstico y tratamiento de tuberculosis, de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud |

| | | |
|--|---|--|
| | <p>involucra en actividades de IEC.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las normas internacionales del número de personas BK positivas y de sintomáticos respiratorios por 10,000 habitantes no son adecuadas para Guatemala. | |
|--|---|--|

Fuente: elaborado con datos de la investigación de campo realizada en abril 2008.

Los hospitales atienden a las personas por demanda, no están obligados directamente a ser evaluados por cumplimiento de metas en la identificación de sintomáticos respiratorios, contrariamente a lo que sucede con los Centros de Salud. Aunque el Centro de Salud tiene mayores fortalezas, las pocas que tienen los hospitales son suficientes para que las personas prefieran asistir a estos servicios, aunque el grado de la enfermedad sea leve y no amerite asistir a un centro hospitalario.

6.4. DEMANDA POTENCIAL INSATISFECHA

De acuerdo a los informes anuales y las presentaciones de la cohortes de tuberculosis de los años 2006 – 2007, existe una baja pesquisa baciloscópica lo que da por resultado en forma proporcional, la poca atención a las personas con tuberculosis.

Según el informe de la sala situacional y de la cohorte de tuberculosis, realizada el 22 de mayo del año 2008, la tendencia entre la oferta y la demanda se mantiene sin mayores cambios a los presentados en el siguiente cuadro.

CUADRO Nº 14

Demanda sin cobertura de personas sintomáticas respiratorias y de personas con tuberculosis, en la zona 6 de la ciudad capital

| | Año 2006 | | Año 2007 | |
|-------------------------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|
| | SR | Personas tuberculosis | SR | Personas tuberculosis |
| Demanda real | 1122 | 34 | 1122 | 34 |
| Demanda satisfecha | 390 | 9 | 164 | 10 |
| Demanda sin cobertura | 732 | 25 | 958 | 24 |
| Porcentaje de demanda sin cobertura | 65.25 | 75.53 | 85.39 | 70.59 |

FUENTE: Elaborado con los datos de los informes anuales de tuberculosis y las presentaciones de las cohortes de los años 2006 – 2007

El cuadro demuestra que existe un alto porcentaje de demanda sin cobertura; en el dato de demanda satisfecha están incluidas las personas que fueron detectadas en los hospitales de referencia nacional y los hospitales especializados, porque como ya se mencionó con anterioridad aunque los hospitales detecten a las personas, ellos refieren al Centro de Salud de acuerdo a la zona donde vive el paciente. Sólo que para las metas de detección del Centro de Salud ellos no se pueden incluir.

El porcentaje de la demanda sin cobertura, en relación a las personas sintomáticas respiratorias (SR), en lugar de disminuir entre un año y el otro, este aumentó; para las personas detectas con tuberculosis el porcentaje disminuyó en una baja proporción. Si las estrategias de IEC no se fortalecen las condiciones difícilmente cambiarán, porque del año 2000 al 2008 no ha habido cambios significativos, según indicó la representante de la Fundación Damián, en cohorte de tuberculosis realizada el 22 de mayo 2008. Esta opinión se confirma con los datos presentados en los cuadros 8 y 9 de este proyecto.

6.5. PRECIO

Los servicios que brinda el Centro de Salud son totalmente gratuitos, si un paciente tuviera que pagar un tratamiento completo en un servicio privado tiene un valor de Q.7, 215.00, como se desglosa en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 15
Costo de tratamiento de tuberculosis por persona

| 7 consultas medicas | 3 baciloscopías de diagnóstico | Tratamiento | 5 baciloscopías de control | TOTAL |
|----------------------------|---------------------------------------|--------------------|-----------------------------------|--------------|
| Q.175.00 | Q.45.00 | Q.7,000.00 | Q.25.00 | Q.7245.00 |

Fuente: precios tomados de los servicios de salud privados.

Aún cuando los servicios de salud son gratuitos; las personas tienen un costo que asumir a cambio, entre ellos los sociales, materiales, en especie, físicos, psicológicos e inclusive los financieros.

- Madrugar para obtener un turno para ser atendido.
- Para la prueba diagnóstica tiene que asistir por lo menos dos veces al servicio de salud.
- La poca privacidad que hay para dar las muestras para las baciloscopías.
- Si es paciente confirmado de tuberculosis, debe asistir diariamente por dos meses al Centro de Salud para tomarse el tratamiento.
- Si negativiza al segundo mes, debe asistir 4 meses más, dos veces a la semana para el tratamiento.
- Los dos puntos anteriores implica inversión de tiempo y/o gasto en transporte.
- El sentimiento del estigma de ser tuberculoso ante las miradas de los demás pacientes.
- Aceptar voluntariamente realizarse la prueba de VIH, lo cual está cargada de angustia, stress e incertidumbre.

- El proceso de acompañamiento de la familia, que muchas veces es negativo, de rechazo/discriminación.

6.6. COMERCIALIZACION

Una de las debilidades de la estrategia de IEC en tuberculosis ha sido el mercadeo social, si se considera que éste es una modalidad importante para la distribución y uso de servicios de salud a las personas de bajos recursos económicos y propiciar cambios de comportamientos saludables.

El mercadeo social debe combinar la educación sobre comportamientos saludables con el suministro de productos y servicios por medio de diferentes canales de distribución.

Este servicio ha sido distribuido, principalmente por el Centro de Salud de la zona 6, y fue fortalecido a partir del año 1999 por 10 Centros Comunitarios de Extensión de Cobertura.

Ocasionalmente ha contribuido con las actividades de IEC en tuberculosis, aunque no en forma continua y consistente, las Escuelas de Educación Primaria, el Comité del Mercado San Martín, Comité del Mercado la Parroquia y algunas clínicas de proyección social.

6.6.1. Promoción

Aunque se han realizado actividades de Información, Educación y Comunicación, no se ha llegado a la población meta para interesarla en los servicios que se brindan. Así mismo no se ha podido medir constantemente si los mensajes han llegado a la población, si éstos son aceptados y si se mantienen en la comunidad.

Para hacer llegar el servicio a la población meta, el presente proyecto se ha propuesto 4 resultados, los cuales se presentan a continuación y con el costo que cada uno requiere para su ejecución:

- Un modelo de información comunitaria
- 12 grupos comunitarios capacitados y participando en actividades de control y prevención de la tuberculosis.
- Diseñar e implementar una campaña de comunicación permanente a nivel local.
- Organizar una red de ONG`s y OG´s de la zona 6 que participe en la referencia de personas sintomáticas respiratorias.

CUADRO N° 16

Costos generales por resultados

| Producto | Costo |
|--|--------------------|
| Modelo de información comunitaria | Q.2,500.00 |
| 12 grupos comunitarios capacitados | Q.2,775.00 |
| Diseño e implementación de una campaña de comunicación a nivel local | Q.9,105.00 |
| Organización, capacitación y seguimiento de la red de ONG´s y OG´s | Q.1,500.00 |
| Total | Q.15,880.00 |

Fuente: elaboración propia de costos estimados por producto

6.7. RESUMEN DEL ESTUDIO DE MERCADO

De acuerdo al análisis de la oferta y la demanda, se pudo establecer que existe un alto porcentaje de demanda insatisfecha a pesar que los servicios de salud prestan de forma gratuita el diagnóstico y tratamiento para tuberculosis.

Los servicios de salud privados no cuentan con la capacidad para realizar el diagnóstico de la enfermedad y en el mercado no existen los 4 medicamentos para tratar la tuberculosis.

La única institución privada que vende medicamentos es la Liga Nacional contra la Tuberculosis⁴⁹, que además de tener un costo elevado no se rige por las normas de atención en salud, lo cual lejos de favorecer a los pacientes, puede provocarles resistencia a los medicamentos.

El IGSS que es el otro servicio que brinda este servicio, no siempre cuenta con todos los medicamentos para curar la enfermedad y la diferencia entre esta institución y el Centro de Salud, es que éste último realiza el tratamiento en forma estrictamente supervisada.

Por lo anterior, se establece que la mayor deficiencia para llegar a la población meta es la promoción de los servicios que el Centro de Salud brinda a las personas sintomáticas respiratorias y con tuberculosis; las personas no cuentan con la información necesaria y oportuna; en lugar de asistir al Centro de Salud de su zona, asisten a hospitales de referencia nacional o los hospitales especializados.

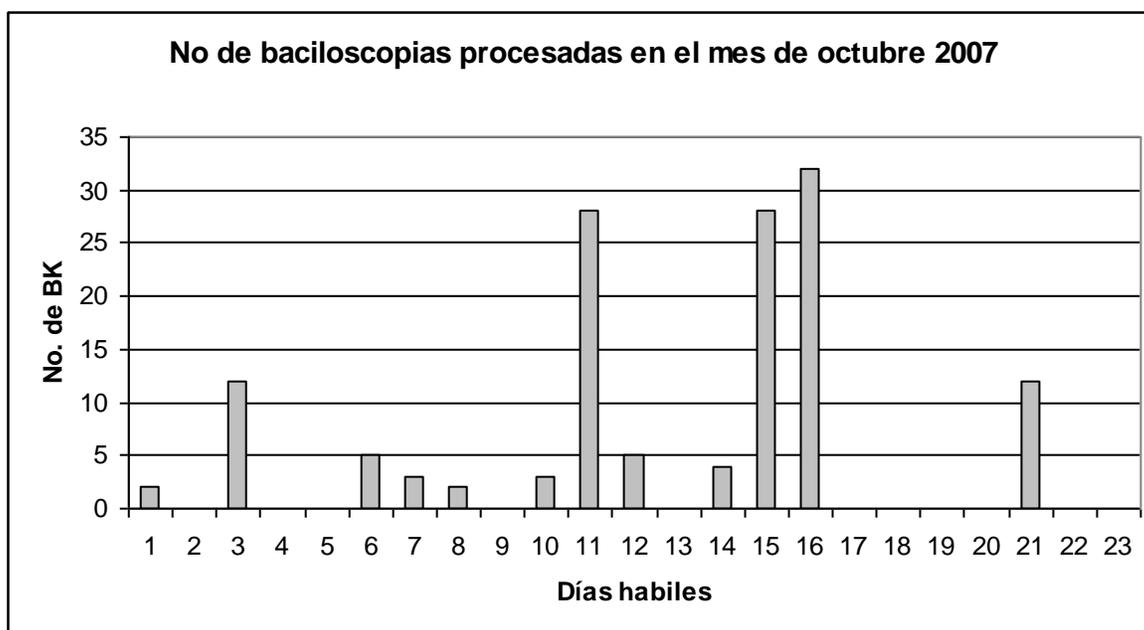
⁴⁹ Esta institución se encuentra en la zona 1 de la Ciudad Capital, pero tiene amplia cobertura geográfica.

CAPITULO VII ESTUDIO TECNICO

7.1. CAPACIDAD DEL PROYECTO

Tomando en cuenta el análisis del estudio de mercado, anualmente el Centro de Salud de la zona 6 de acuerdo a la población, debería de identificar y atender a 1122 personas sintomáticas respiratorias al año, lo que indica que mensualmente se deben atender 93 personas y diariamente 5 personas. Al identificar a una persona sintomática respiratoria se le deben solicitar 3 muestras, lo que significa que diariamente se deben procesar 15 muestras o sea 15 baciloscopías.

GRAFICA Nº 8



Fuente: libro de registro diario del laboratorio clínico del Centro de Salud zona 6, año 2007

Para apoyar que si existe la capacidad instalada para atender 5 personas diarias, se tomó al azar el mes de octubre del año 2007; en este mes hubieron 3 días donde se procesaron más de 15 muestras, lo que significa que si existe tal capacidad, los otros días se atendieron menos de 15 muestras pero no por rechazar a pacientes, sino porque no hubo demanda del servicio.

El Centro de Salud actualmente cuenta con un laboratorio clínico con el equipo y los insumos necesarios para realizar baciloscopías; es atendido por 2 técnicas de laboratorio, una de ellas especializada en este diagnóstico⁵⁰. Al realizar la división del total de personas a atender se calcula que para el año 2008 se deben atender 5 personas y para el 2011 se mantiene la misma cantidad de personas, debido a que el aumento de población no es significativo.

Al comparar estas cifras, se calcula que actualmente se atienden a un promedio de 13 personas al mes (ni siquiera una persona al día); lo cual significaría un aumento considerable si se llegara a atender a 5 personas diarias, pero más que un aumento de números en el laboratorio sería un indicador de cumplimiento con las metas de detección de personas sintomáticas respiratorias y por consiguiente la atención de personas con tuberculosis.

Al realizarse el diagnóstico se espera que en un año, se detecten a 34 personas con tuberculosis, si se distribuyera equitativamente en un año, en un mes deberían de iniciar tratamiento de 2 a 3 personas.

Para iniciar y dar seguimiento a los pacientes se cuenta con 1 auxiliar de enfermería, responsable de iniciar y monitorear el tratamiento, así mismo una enfermera profesional, responsable de los aspectos administrativos del programa y supervisar el trabajo de la auxiliar de enfermería. También dentro del personal hay 4 médicos, que dependiendo del horario en que se presente el paciente, cualquiera de ellos debe estar en la disponibilidad de atenderlo; si bien es cierto que tienen otro tipo de pacientes que atender, el paciente con tuberculosis es una prioridad.

⁵⁰ En el laboratorio clínico no sólo se procesan muestras para identificar tuberculosis, sino también se realizan diferentes exámenes que contribuyen al diagnóstico de otras enfermedades.

Adicionalmente el Centro de Salud tiene la fortaleza de contar con el equipo básico de salud de extensión de cobertura (1 médica ambulatoria, 1 facilitadora institucional y 11 facilitadoras comunitarias), el cual cubre 11 comunidades de alto riesgo y con 10 centros comunitarios; en cada centro comunitario el equipo básico de salud, cuenta con el mobiliario mínimo para dar consulta a los pacientes, medicamentos e insumos, entre ellos cuenta con vasitos plásticos para recibir las muestras baciloscópicas, las cuales son trasladadas al Centro de Salud para ser examinadas.

Por lo anterior se establece que el Centro de Salud, tiene la capacidad instalada para atender al 100% de los pacientes con tuberculosis; otro aspecto que favorece la capacidad del proyecto, es que la norma de atención del Ministerio de Salud indica que por lo menos se debe detectar al 70% de casos BK positivos esperados y curar al 85% de las personas que estén recibiendo tratamiento.

El problema principal no es la capacidad instalada del Centro de Salud para atender a las personas sintomáticas respiratorias, sino la promoción través de la estrategia de información, educación y comunicación; tanto para dar a conocer los servicios que brinda el Centro de Salud, sino también para educar a la población acerca de la problemática de la tuberculosis.

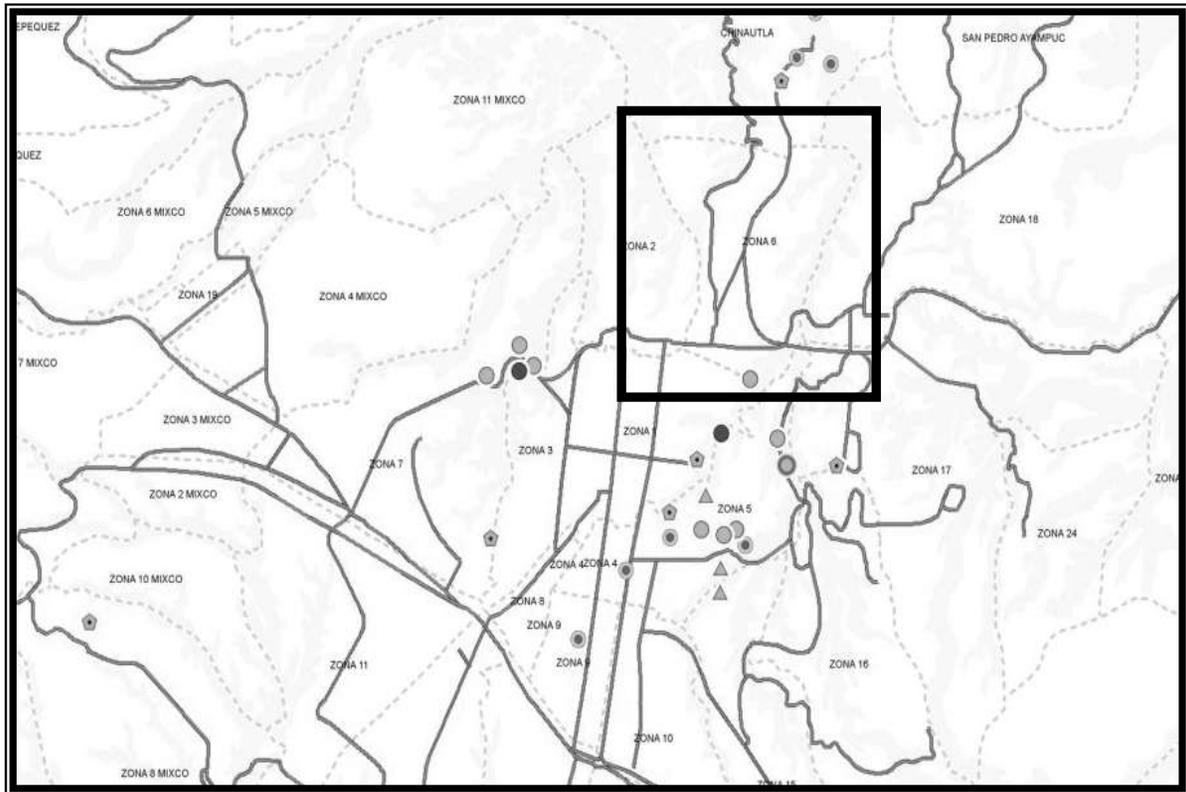
7.2. LOCALIZACION

El proyecto se realizará en la zona 6, ya que el Centro de Salud tiene como cobertura sólo esta zona.

7.2.1. Macro localización

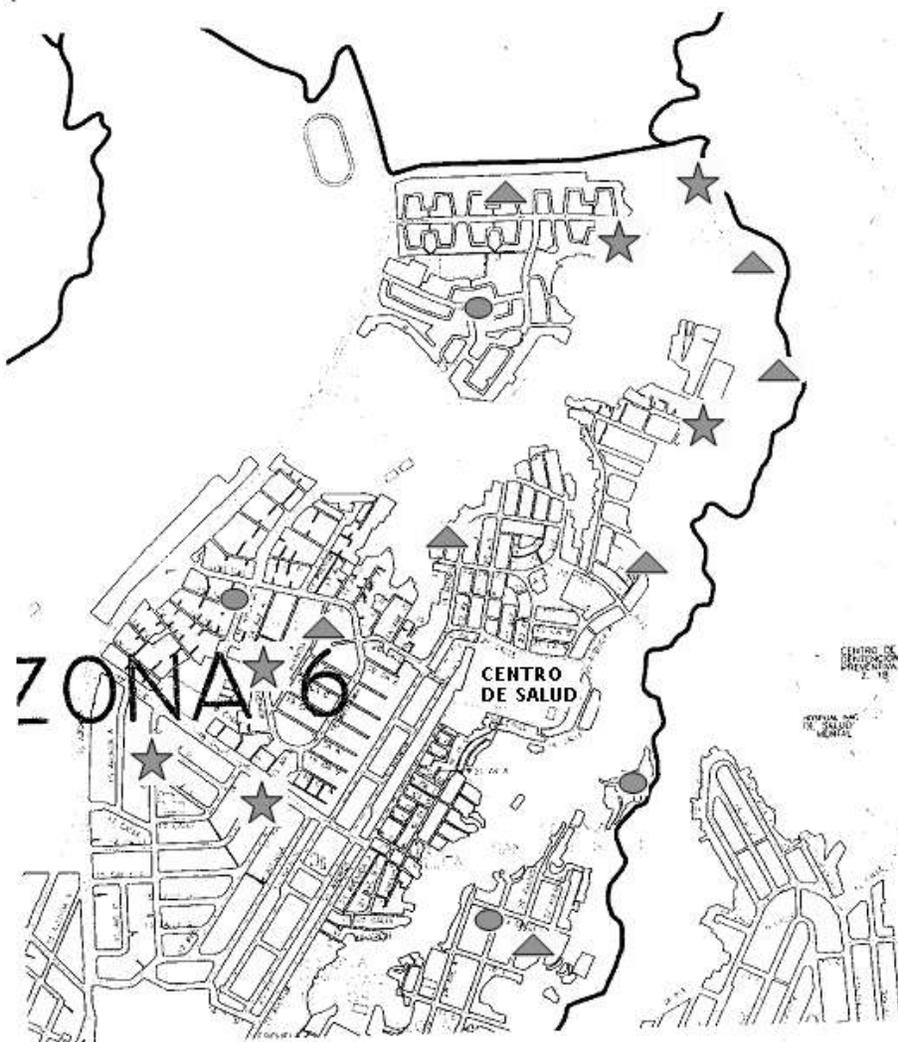
La zona 6 es una de las 25 zonas del municipio de Guatemala, se encuentra situada al nororiente del municipio, a una altura de 1500 metros sobre el nivel del mar, su extensión territorial es de aproximadamente 6.4 Km. cuadrados y está dividida en 34 comunidades. La zona 6 limita al norte con el municipio de Chinautla, al sur con la zona 1 de la ciudad capital, al este con las zonas 17 y 18, y al oeste con la zona 2.

En el siguiente mapa se muestra en el recuadro la localización de la zona 6, en relación a las zonas aldeñas de la ciudad capital.



7.2.2. Micro localización

En el siguiente mapa, correspondiente a la zona 6 se señala la ubicación del Centro de Salud, al analizar su posición dentro de la zona, se observa que no es accesible para todas las comunidades. Aparentemente se encuentra al centro de la zona 6, pero ubicado muy al este. Así mismo se señalan las comunidades de alto, mediano y bajo riesgo de acuerdo a la prevalencia de casos de tuberculosis atendidos en el Centro de Salud, de los años 2000 al 2007, lo cual se puede apreciar en el cuadro N° 1.



- Comunidades de alto riesgo
- ▲ Comunidades de mediano riesgo
- ★ Comunidades de bajo riesgo

Para llegar al servicio de salud los usuarios deben tomar 1 bus del transporte urbano, pero algunas comunidades no tiene acceso por bus, por lo que deben caminar; por ejemplo las personas que viven en las comunidades: Luz de la Mañana, Martinico, proyecto 4-4, el proyecto 4-3, Quintanal, El Carmen, Jesús de la Buena Esperanza

La zona 6 en la parte del este, está bordeada por barranco así como una parte del oeste, por donde corren ríos de aguas negras, en sus laderas están asentadas comunidades de condiciones socioeconómicas precarias, a las cuales todavía se les dificulta más el acceso a los servicios de salud. Afortunadamente 11 de esas 15 comunidades son cubiertas por el equipo básico de extensión de cobertura.

Igualmente el personal del Centro de Salud tiene dificultades para llegar a algunas comunidades para realizar actividades de IEC en tuberculosis, por la topografía del terreno y por las condiciones de violencia de algunas comunidades.

En el mapa se señalan las comunidades de alto, mediano y bajo riesgo de acuerdo a la prevalencia de casos de tuberculosis atendidos en el Centro de Salud, de los años 2000 al 2007, lo cual se puede apreciar en el cuadro N° 1.

7.3. TECNOLOGIA

El Centro de Salud para realizar actividades de Información, Educación y Comunicación no cuenta con salón apropiado para dar educación a grupos organizados de la comunidad, las carteleras informativas se tienen que elaborar aprovechando los espacios de las paredes. Para trabajar con grupos es necesario programar actividades en horario de la tarde, porque la afluencia de pacientes disminuye y se cuenta con más ambientes físicos y mobiliario para atender grupos.

Entre el equipo que se cuenta para las actividades de IEC está: 2 televisores, una DVD, 1 grabadora, 2 proyectores de acetatos, 5 megáfonos, 2 pizarrones y disponibilidad de vehículo 1 vez a la semana. El material impreso relacionado al tema de tuberculosis, usualmente está más disponible en el mes de marzo, ya que en este mes se celebra el día mundial de la tuberculosis, época en la que aumenta las actividades de información, educación y comunicación.

CUADRO N° 17

Costo para el funcionamiento del equipo a utilizar en el proyecto

| Equipo | Insumo para uso | Horas a utilizar en un mes | Costo |
|----------------------|-------------------|----------------------------|-----------------|
| Televisor | Energía eléctrica | 5 horas | Q. 14.25 |
| DVD | Energía eléctrica | 5 horas | Q. 14.25 |
| Grabadora | Energía eléctrica | 6 horas | Q. 17.10 |
| Proyector de acetato | Energía eléctrica | 8 horas | Q. 22.80 |
| Megáfono | Baterías | 4 horas | Q. 30.00 |
| Pizarrón | Marcadores | 6 horas | Q. 12.00 |
| Vehículo | Combustible | 12 horas | Q.210.00 |
| TOTAL..... | | | Q.320.40 |

Fuente: Estimación de costos en base al consumo mensual de mayo 2008.

7.3.1. Requerimiento de Recurso Humano

- Coordinadora de Promoción y Educación
- Integrantes del Equipo Técnico del Centro de Salud: Médico Director, Trabajadora Social, Psicóloga, Enfermera Profesional e Inspector de Saneamiento Ambiental.
- Integrantes del Equipo Básico de Salud: Médica Ambulatorio, Facilitadora Institucional, Facilitadoras Comunitarias.
- Técnica de laboratorio clínico
- Auxiliar de enfermería responsable del programa de tuberculosis
- Estadígrafo
- Personal voluntario de Salud

El costo de salarios para el personal del Centro de Salud que va a participar en el proyecto, para un mes es de Q1, 999.57, por las horas que van a emplear en las actividades del proyecto.⁵¹

⁵¹ Ver detalles en el estudio administrativo, cuadro N° 13.

7.3.2. Proceso de productos.

El proyecto de información, educación y comunicación en tuberculosis tiene 4 resultados concretos a realizar, detallados en la matriz del marco lógico. A continuación se detalla cada uno de ellos.

7.3.2.1. Elaborar e implementar un modelo de información comunitaria

- Presentar la sala situacional de tuberculosis a personal voluntario, representantes de grupos organizados, representantes de OG`s y ONGs de la zona 6, para que conozcan la magnitud del problema y sensibilizarlos en el tema.
- Organizar con los actores claves un modelo de información para las comunidades de la zona 6.
- Sectorizar geográficamente las comunidades de la zona 6, para facilitar la transmisión de mensajes
- Organizar un directorio de actores claves involucrados en el modelo de información comunitaria
- Formar una red de comunicación
- Diseñar mensajes de comunicación
- Reproducir mensajes para cada sector
- Difundir los mensajes informativos a grupos y comunidades

7.3.2.2. Capacitar a 12 Grupos comunitarios para que participen en actividades de control y prevención de la tuberculosis.

- Identificar a 12 grupos organizados de la comunidad
- Planificar la capacitación para los 12 grupos comunitarios
- Ejecutar de 2 actividades de capacitación para los 12 grupos identificados
- Planificar las actividades educativas que realizaran los grupos capacitados en sus comunidades.
- Monitoreo de actividades de educación en tuberculosis realizadas por los grupos comunitarios capacitados

7.3.2.3. Diseñar e implementar una campaña de comunicación permanente a nivel local

- Definir los medios de comunicación alternativos a utilizar, se sugiere: distribución de material impreso, mensajes a nivel local a través de difusión de CD/DVD, carteleras informativas, desfile, actos recreativos y culturales, concursos.
- Definir e involucrar a los grupos e instituciones que participaran mensualmente en las actividades de comunicación
- Diseñar mensajes de comunicación
- Reproducción piezas de comunicación.
- Calendarizar una actividad en forma mensual
- Organizar los medios alternativos y las piezas de comunicación que se divulgaran en forma mensual.
- Realizar en forma mensual, una actividad de comunicación
- Monitoreo de actividades de comunicación

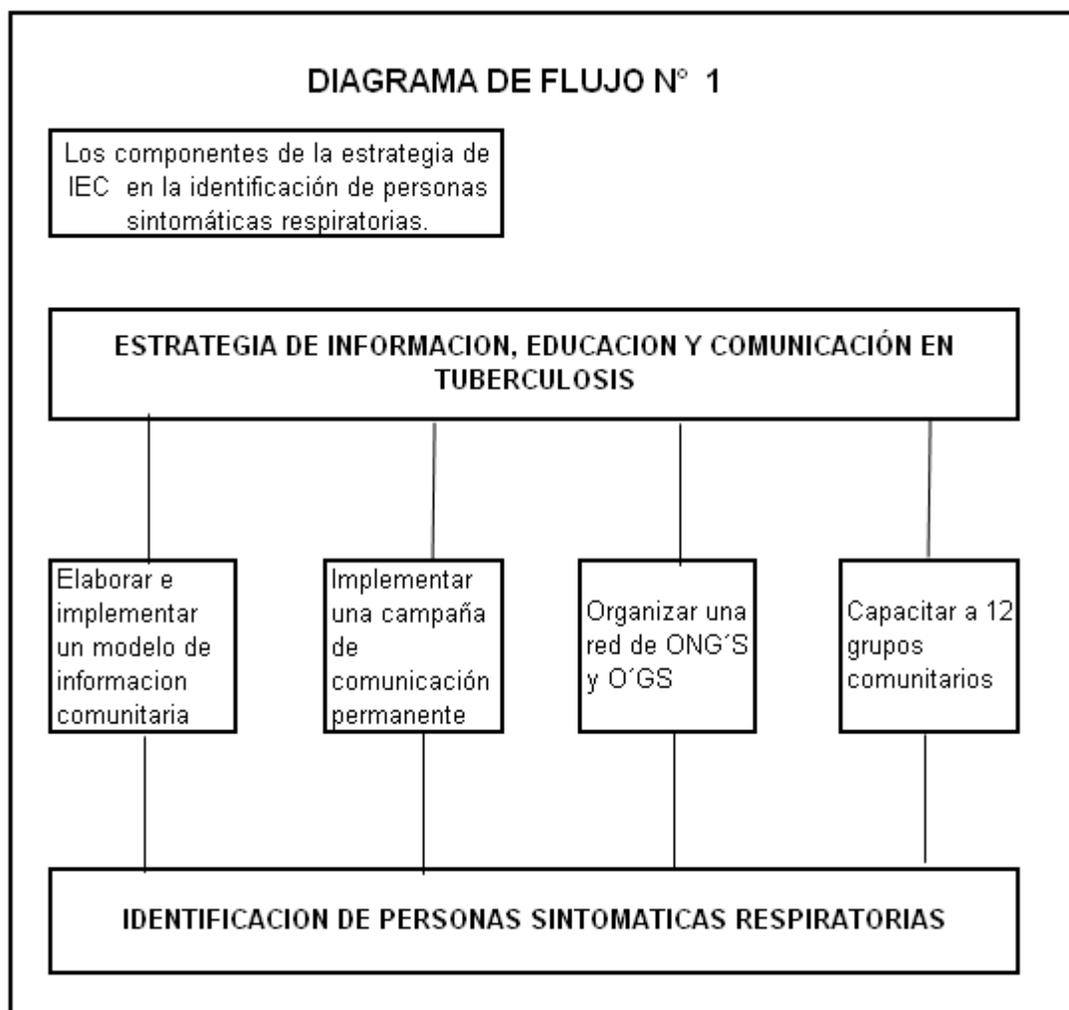
7.3.2.4. Organizar una red de 10 ONG`s y OG`s de la zona 6 que participa en la referencia de personas sintomáticas respiratorias

- Convocar a organizaciones gubernamentales y no gubernamentales para organizar la red
- Realizar 2 talleres de capacitación al año
- Reuniones trimestrales de coordinación
- Las organizaciones de la red, identifican a los sintomáticos respiratorios y los refieren al Centro de Salud.
- Las organizaciones de la red, participan en actividades de información y comunicación
- Monitoreo de actividades realizadas por la red

7.4. FLUJO DE PROCESOS

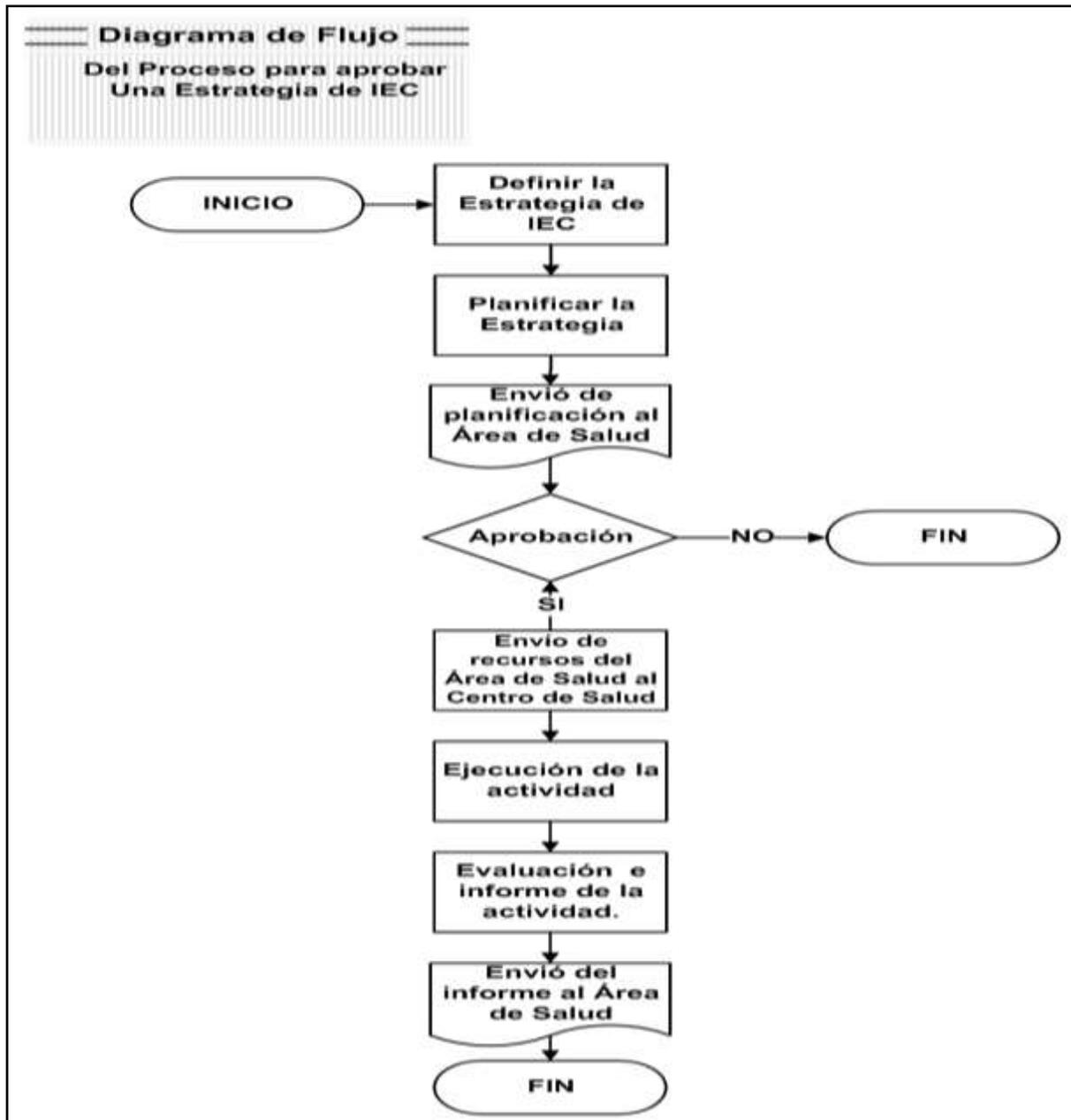
En los siguientes diagramas de flujo, se pueden apreciar gráficamente los procesos para realizar determinadas serie de actividades que tienen relación con el proyecto a realizar.

- Los componentes de la estrategia de IEC para la identificación de personas sintomáticas respiratorias
- Diagrama de flujo para aprobar una estrategia de IEC
- Diagrama de las metas del programa de tuberculosis
- Diagrama del proceso para identificar a una persona sintomática respiratoria



El diagrama N° 1 muestra en forma gráfica que para poder identificar a las personas sintomáticas respiratorias es necesario implementar una estrategia de IEC con los 4 componentes propuestos, lo cual tendrá como resultado no sólo la identificación del grupo meta, sino también contribuirá a la prevención y control de la tuberculosis en la zona 6.

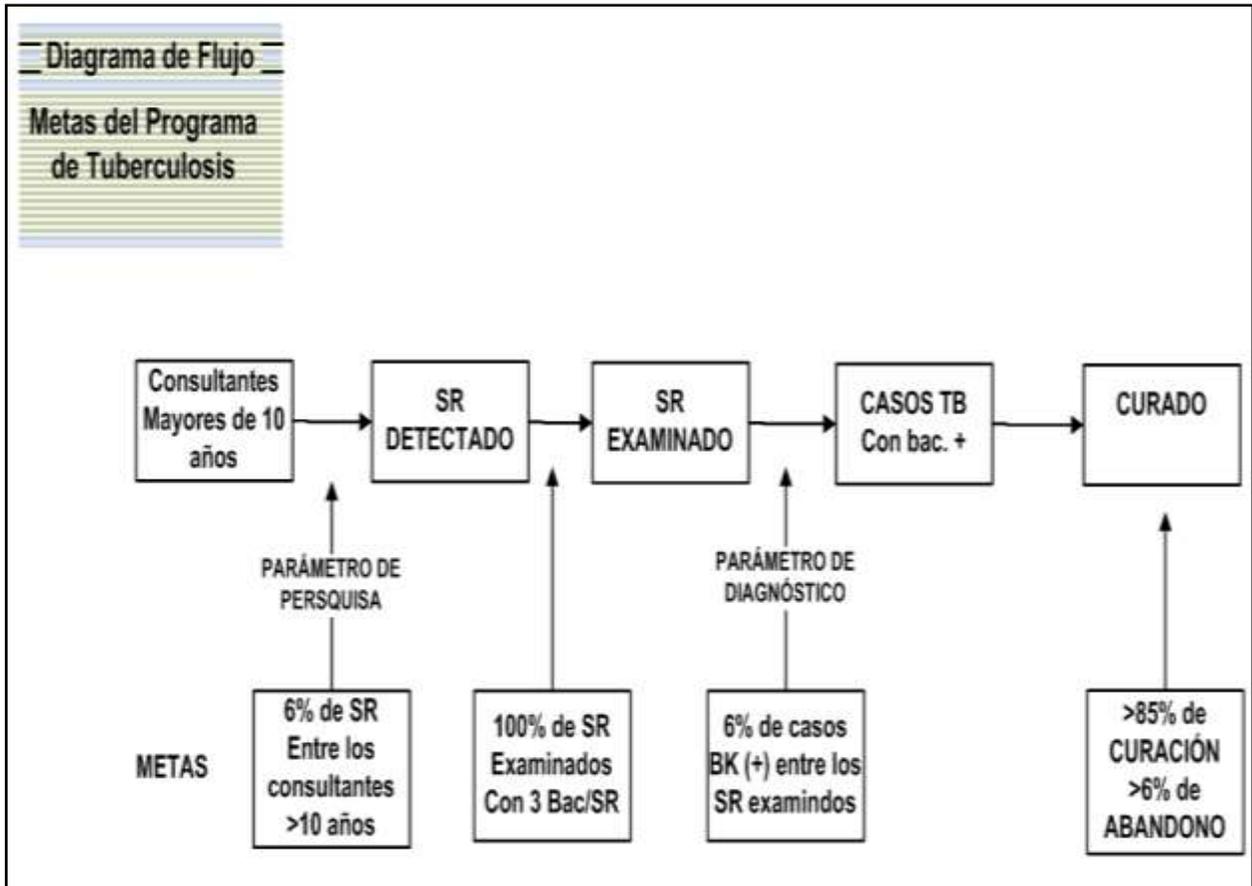
Diagrama de flujo Nº 2



Fuente: elaborado en base a procesos actualizados 2008

Este diagrama señala el proceso a seguir para que el Área de Salud apruebe una estrategia de IEC en tuberculosis, si bien es cierto que el Centro de Salud tiene libertad para proponer y ejecutar acciones de acuerdo a su contexto, es necesario contar con los recursos necesarios para ejecutar las actividades, los cuales son autorizados y enviados del Área de Salud Guatemala Central.

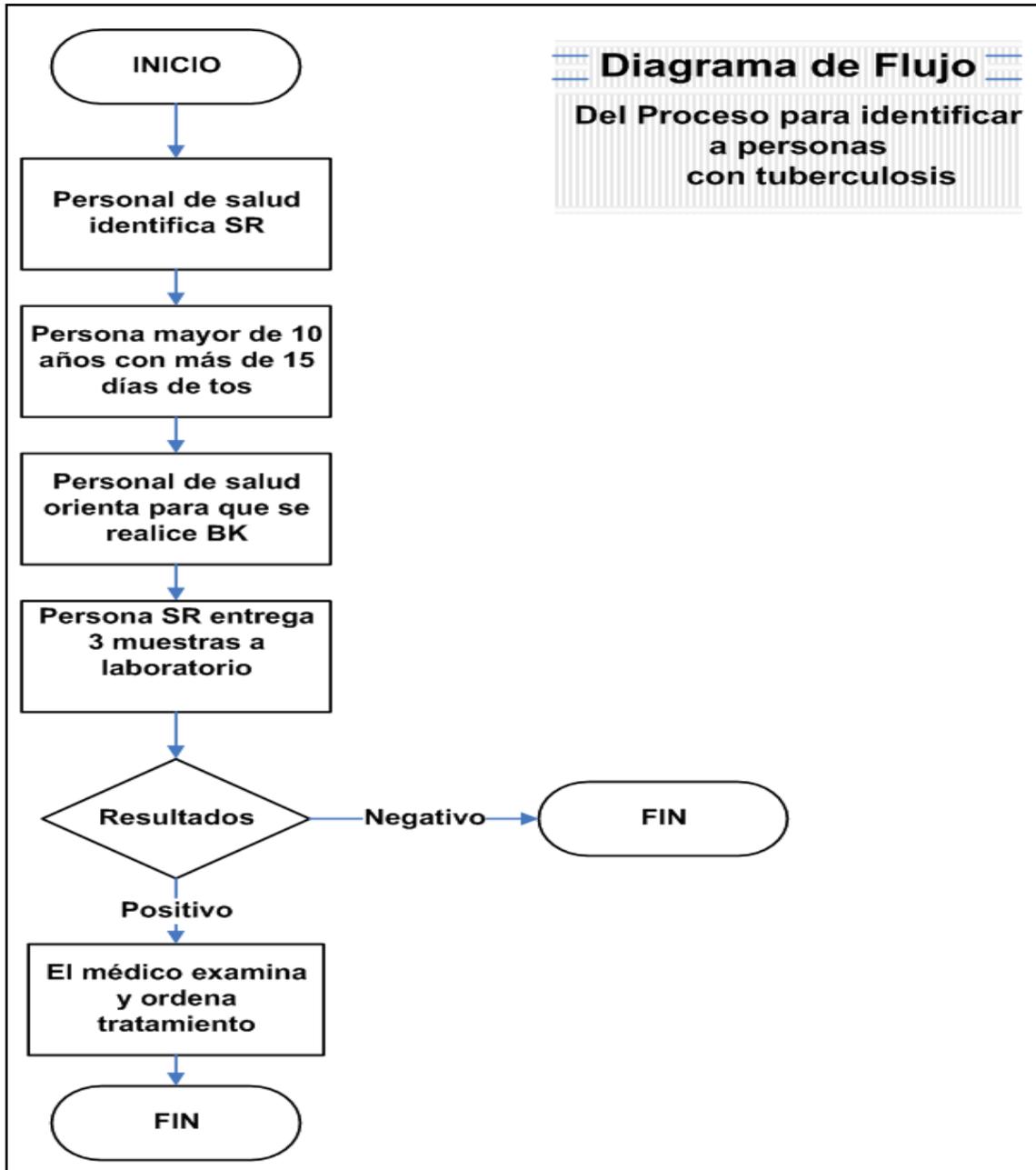
Diagrama de flujo Nº 3



Fuente: Elaborado en base a normas de atención en salud de tuberculosis

Este diagrama muestra las diferentes metas que se deben alcanzar de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud, en el programa de tuberculosis. Se presenta estas metas, pues la finalidad del proyecto de IEC es que éstas se cumplan en porcentaje útil.

Diagrama de flujo N° 4



Fuente: Elaborado en base a normas de atención en salud de tuberculosis.

Este diagrama de flujo es uno de los más importantes, debido a que encierra varios mensajes claves que formaran parte de los contenidos de las actividades de Información, educación y comunicación del proyecto.

7.5. Equipo y material a utilizar en el proyecto

Para implementar la estrategia de IEC, es necesario aumentar el equipo y los materiales tanto para el personal del Centro de Salud como para el equipo básico de extensión de cobertura.

7.5.1. Especificaciones del equipo y materiales a utilizar

- **1 amplificador de sonido:** Amplificador de sonido con 2 bocinas y 2 micrófonos el cual se pueda utilizar con batería de vehículo o con electricidad. Debe tener incorporado reproductor de CD/DVD
- **2 grabadoras:** Grabadoras portátiles con reproductor de CD/DVD
- **1 cámara digital:** Cámara digital de 8.1 Mp y de 1gb. de memoria y con una resolución máxima 4000x3000
- **2 megáfonos:** Megáfono de 25 W de potencia con un alcance de 400 metros de distancia, con micrófono externo de cable extensible de 1.50 mts. y con sirena.
- **4 trípodes con pizarrón:** Pizarrón de formica blanca, de 980 x 780 mm, montando en base de madera, con 3 alturas ajustables, con una altura máxima de 1.80 mts,
- **15 rotafolios:** Rotafolio de 50x40 cms. Con pasta impermeable, 10 hojas internas de cartón, lomo de espiral plástico. En las 10 hojas deberá aparecer desarrollada con texto y dibujos adecuados al contexto de la zona 6, información sobre la tuberculosis que permita educar a familias y grupos pequeños sobre este tema.

- **CD/DVD con spot informativos:** En los CD/DVD se grabará spot con información de los servicios que el Centro de Salud brinda, especialmente en relación al diagnóstico y tratamiento de tuberculosis.
- **CD/DVD educativos:** En los CD/DVD se grabará spot con contenidos educativos que oriente a las personas sobre la prevención y control de la tuberculosis.
- **7 mantas promocionales:** Mantas de vinil en fondo blanco, de 1.50 x 2.50 mts promocionando el Centro de Salud y el servicio de diagnóstico y tratamiento que se brinda en forma gratuita.
- **10,000 trifoliales:** Se diseñará un trifoliar con papel de fondo blanco, dibujos a color, con mensajes sencillos y concretos; en él se deben incluir aspectos importantes de la tuberculosis y lugares donde se realiza el diagnóstico y tratamiento. El contenido debe ser validado por expertos del Área de salud Guatemala Central.
- **8000 volantes:** Los volantes se realizarán en papel periódico, blanco y negro, media carta. En ellos se plasmará quién es un sintomático respiratorio y a dónde pueden asistir para su diagnóstico y tratamiento.
- **600 cartillas:** Estas cartillas se realizan en tamaño media carta, papel de 80 gramos en dos colores, en donde aparezcan contenidos mediados pedagógicamente para capacitar a grupos comunitarios, con contenidos de tuberculosis.
- **1000 afiches:** Afiches en cartoncillo, de 75 x 50 cms, con información clave acerca de la tuberculosis.

- **150 playeras:** Playeras de algodón en tallas S-M-L en dos colores, combinando rojo y blanco. Las cuales utilizará el personal del Centro de Salud y personal voluntario para realizar actividades de IEC.
- **150 gorras:** de color rojo combinado con letras blancas, las cuales utilizará el personal del Centro de Salud y personal voluntario para realizar actividades de IEC
- **1 cartelera informativa:** Cartelera de 4x2 mts cuadrados de fondo blanco, café claro o beige, elaborada con material ligero y poroso que permita la introducción de alfileres, tachuelas y otros.
- **1 Vehículo:** vehículo del Área de Salud Guatemala Central, cual se requiere que se programe para el Centro de Salud zona 6, 2 veces por semana.

CUADRO Nº 18

Inversión inicial del proyecto en equipo y material

| Equipo y material | Unidad de medida | Cantidad | Costo por unidad de medida | Total |
|------------------------------|-------------------------|-----------------|-----------------------------------|--------------------|
| Amplificador de sonido | Unidad | 1 | Q.3600.00 | Q.3600.00 |
| Grabadoras | Unidad | 2 | Q. 450.00 | Q. 900.00 |
| Cámara digital | Unidad | 1 | Q.1200.00 | Q.1200.00 |
| Megáfonos | Unidad | 2 | Q. 380.00 | Q. 760.00 |
| Trípodes con pizarrón | Unidad | 4 | Q. 180.00 | Q. 720.00 |
| Rotafolios | Unidad | 15 | Q. 90.00 | Q.1350.00 |
| CD/DVD con spot informativos | Unidad | 3 | Q. 75.00 | Q. 225.00 |
| CD/DVD educativos | Unidad | 3 | Q. 75.00 | Q. 225.00 |
| Mantas promocionales | Unidad | 7 | Q. 200.00 | Q.1400.00 |
| Trifoliales | Millar | 10 | Q. 100.00 | Q.1000.00 |
| Volantes | Millar | 8 | Q. 25.00 | Q. 200.00 |
| Cartillas | Ciento | 6 | Q. 300.00 | Q.1800.00 |
| Afiches | Millar | 1 | Q. 300.00 | Q. 300.00 |
| playera | Ciento | 1.5 | Q.1000.00 | Q.1500.00 |
| Gorras | Ciento | 1.5 | Q. 500.00 | Q. 750.00 |
| Cartelera informativa | Unidad | 1 | Q. 400.00 | Q. 400.00 |
| T O T A L..... | | | | Q.16,330.00 |

Fuente: Realizado en base a aproximación de costos actuales.

7.5.2. Infraestructura del Centro de Salud zona 6

En siguiente plano, se puede observar la infraestructura del Centro de Salud, en el cual se observa que existen los diferentes servicios para brindar los servicios a las personas con diferentes morbilidades incluyendo a las personas sintomáticas respiratorias y con tuberculosis.

Para realizar actividades educativas a grupos, se observa que no se cuenta con un salón o espacio apropiado, sin embargo en la sala de espera se utiliza y se puede seguir utilizando en la jornada de la tarde.



7.6. RESUMEN DEL ESTUDIO TECNICO

De acuerdo al estudio técnico realizado se establece que el Centro de Salud si tiene capacidad instalada para dar respuesta a la demanda, si el proyecto de IEC brindará los resultados esperados; aunque uno de los factores que no favorecen el acceso al Centro de Salud es su ubicación como se señalan en la microlocalización, así mismo otro factor desfavorable es que las instalaciones no cuenta con un salón para llevar a cabo actividades educativas, aunque si se programan en horas en que disminuye la consulta de pacientes, si es posible llevarlas a cabo; este factor no es del todo una limitante, debido a que las actividades de IEC no se van a realizar sólo dentro del Centro de Salud, sino en otros espacios de las comunidades. También el estudio técnico revela que se cuenta con equipo y materiales para dar inicio al proyecto, aunque es necesario aumentarlo para cumplir con los productos definidos en la matriz del marco lógico.

CAPITULO VIII

ESTUDIO LEGAL

El presente proyecto para su planificación y ejecución se fundamenta dentro de un marco legal. En este marco legal está inicialmente la constitución política de la República de Guatemala y el Código de Salud; así mismo las políticas de salud y las normas de atención del Ministerio de Salud, finalmente el compromiso que asumió Guatemala en la cumbre del milenio del año 2000 con las metas del milenio.

8.1. CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

La constitución de Guatemala en la sección séptima, relativa a la salud, seguridad y asistencia social expresa en el artículo 93 Derecho a la salud. “El goce de la salud es derecho fundamental del ser humano, sin discriminación alguna.” Adicionalmente del artículo 94 al 98 indica la obligación del Estado sobre salud y asistencia social y el desarrollo a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social. En estos artículos también incluye que la salud es un bien público y que las comunidades deben participar en los programas de Salud.

8.2. DECRETO NÚMERO 90-97 CÓDIGO DE SALUD

El Código de Salud del año 1997 designa al Ministerio de Salud como el ente responsable de la regulación de los programas relacionados con la salud de la población. Dentro de la organización funcional del Ministerio, la Dirección de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud es responsable de dictar la normativa y velar su cumplimiento a través de acciones de monitoreo y supervisión, contando para ello con un marco legal que permite sanciones de acuerdo a la magnitud del hecho.

En este código del artículo 1 al 7 establece los principios fundamentales; donde explica que los habitantes tienen el derecho a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de su salud, sin discriminación alguna. Así mismo la obligación del Estado, la responsabilidad de los ciudadanos, la participación de la comunidad y la información sobre salud, y servicios que tienen derechos las personas.

En los artículos 37 y 38 define las acciones de promoción y prevención las cuales deberán estar dirigidas a interrumpir la cadena epidemiológica de las enfermedades tanto a nivel del ambiente como de la protección, diagnóstico y tratamientos precoces de la población susceptible. Otro artículo importante es el número 39 que se relaciona con los estilos de vida saludable a través de los programas de educación e información para la promoción de la salud.

Finalmente el artículo 55 se enfoca al acceso al diagnóstico y a la atención de la salud, en condiciones en que se respete la integridad personal y la confidencialidad del caso; y el artículo 56 se relaciona a la obligatoriedad del enfermo de acatar las disposiciones que el Ministerio de Salud emita para evitar la difusión y favorecer el control o la eliminación de las enfermedades transmisibles.

8.3. LAS POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD

Son definidas cada cuatrienio por el gobierno democráticamente electo, tomando en cuenta los procesos de desarrollo ya establecidos y la definición de programas prioritarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social reconoce dentro de los Lineamientos del Plan Nacional de Salud 2004-2008 la misión de conducción, regulación, promoción y garantía de la salud de la población, orientada a la salud preventiva y uso de los recursos con equidad, calidad, eficiencia y transparencia a corto, mediano y largo plazo; ejerciendo el liderazgo dentro del sector y la sociedad civil organizada, asegurando la participación dentro de los Consejos de Desarrollo Urbano y Rural. Dentro de las políticas de salud, la tuberculosis se encuentra en la segunda categoría de las prioridades de salud.

Para el actual gobierno social demócrata, en las políticas de salud en la parte relativa a Programas, Proyectos y Estrategias en desarrollo plantea el fortalecimiento de los programas técnico médico, principalmente salud reproductiva, ITS/VIH/SIDA y *tuberculosis*. Dentro de los desafíos institucionales incluye: Reducir la incidencia de enfermedades infecciosas (prevalentes, emergentes y reemergentes).

Así mismo en los lineamientos estratégicos, en el inciso A, relativo a la provisión de los servicios de salud, plantea 2 aspectos importantes; uno en relación a la respuesta de la red de servicios para mejorar el acceso de los servicios de salud, y otro, a un modelo de atención que promocióne estilos de vida saludables, a la prevención de las enfermedades y a la prestación de servicios efectivos.

8.4. NORMA DE ATENCIÓN EN SALUD

Como parte de los procesos de la reforma de salud, se elaboraron en el año 1998, todas las normas de atención de los programas prioritarios para los tres niveles de atención, constituyendo el primer esfuerzo de integración programática; durante ese año se identificaron las actividades programáticas presupuestarias de cada programa prioritario y se incluyeron en la planificación operativa anual. El Departamento de Regulación, Vigilancia y Control de Programas de Atención a las Personas actualizó las normas de atención en el año 2005, y fueron socializadas a través de un Diplomado dirigido a todo el personal responsable de la atención directa de personas en los servicios de salud del primero y segundo nivel institucional durante el año 2006.

Actualmente estas normas están vigentes, dentro de ellas se encuentra la norma de atención para tuberculosis en la cual explica las actividades que se deben realizar para identificar, diagnosticar y dar el tratamiento a las personas con tuberculosis.

8.5. CONVENIOS Y COMPROMISOS INTERNACIONALES

8.5.1. Metas del Milenio

La Cumbre del Milenio es la denominación que recibe el Encuentro de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizado en diciembre del año 2000 en Nueva York.

En este histórico evento, los gobernantes de todo el mundo se comprometieron a participar activamente en el cumplimiento de las nuevas metas de desarrollo definidas para las próximas décadas, resumidas en la Declaración del MILENIO.

Para que los objetivos de desarrollo del milenio se traduzcan en objetivos de desarrollo de los países, es indispensable que exista una apropiación de los mismos y una incorporación a las estrategias nacionales. Ello no puede ser logrado sin una participación comprometida de los distintos agentes: gobierno, sociedad civil, sector privado y organismos internacionales

En Guatemala la Vicepresidencia de la República es el ente coordinador del Gabinete Social, instancia de gobierno donde confluyen los Ministerios y Secretarías encargadas de las acciones dirigidas al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En el año 2004 se iniciaron procesos en las áreas de información, focalización, coordinación, seguimiento y evaluación de las acciones relacionadas con los Objetivos del Milenio y avances en la política social del país.

Dentro de las metas del milenio, expresa: Meta 8 del sexto objetivo:

“Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves”. Entre ésta últimas agrega:

- Reaparece la vieja amenaza de la tuberculosis
- Una nueva estrategia de tratamiento de la tuberculosis está teniendo éxito.

8.5.2. 60ª Asamblea Mundial de la Salud (22 de marzo de 2007)

En esta asamblea se instó a todos los Estados Miembros a que elaboren y apliquen planes a largo plazo para la prevención y el control de la tuberculosis acorde con la estrategia de la OMS Alto a la Tuberculosis. Las actividades que se contemplan en la resolución están encaminadas a acelerar los progresos, a fin de reducir las muertes por tuberculosis y la prevalencia de esa enfermedad para 2015, mediante una aplicación efectiva del Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2006–2015. Se pide a la OMS que refuerce la prestación de apoyo a los países afectados por la tuberculosis, en particular los muy afectados por la tuberculosis multirresistente y la tuberculosis extremadamente farmacorresistente (tuberculosis MD/XDR), así como la asociada al VIH.

La estrategia Alto a la Tuberculosis de la OMS, cuya meta se cifra en cumplir para 2015 los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente que guardan relación con la tuberculosis y figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. La elaboración de la estrategia vino precedida de un amplio proceso de consultas, cuyos resultados hizo suyos la Alianza Alto a la Tuberculosis, y culminó con su presentación el 17 de marzo de 2006.

8.5.3. Estrategia Alto a la tuberculosis

Esta estrategia es apoyada por la OMS y se fundamenta en las metas del milenio. Metas relacionadas con los Objetivos del Milenio y apoyadas por la alianza Alto a la Tuberculosis:

2005: detectar al menos el 70% de los casos de tuberculosis infecciosa y curar al menos el 85% de ellos

2015: reducir la prevalencia de tuberculosis y la mortalidad por esa causa en un 50% respecto al año 1990

2050: eliminar la tuberculosis como problema de salud pública

(1 caso por millón de habitantes)

8.6. RESUMEN DEL ESTUDIO LEGAL

De acuerdo a la investigación del marco legal realizado, no se encontró ninguna restricción que obstaculice la ejecución del proyecto. Contrariamente se encontró que existen leyes guatemaltecas que fundamentan las acciones de salud, como la Constitución Política de la República de Guatemala y el Código de Salud. Adicionalmente el Ministerio de Salud tiene contemplado dentro de sus políticas y las normas de atención, brindar servicios a las personas con tuberculosis para su diagnóstico, tratamiento y control.

Así mismo existen convenios internacionales a los cuales el Estado de Guatemala asumió compromisos en relación a la tuberculosis, entre ellos; las metas del milenio, la 60^a Asamblea Mundial de la Salud y la Estrategia Alto a la tuberculosis.

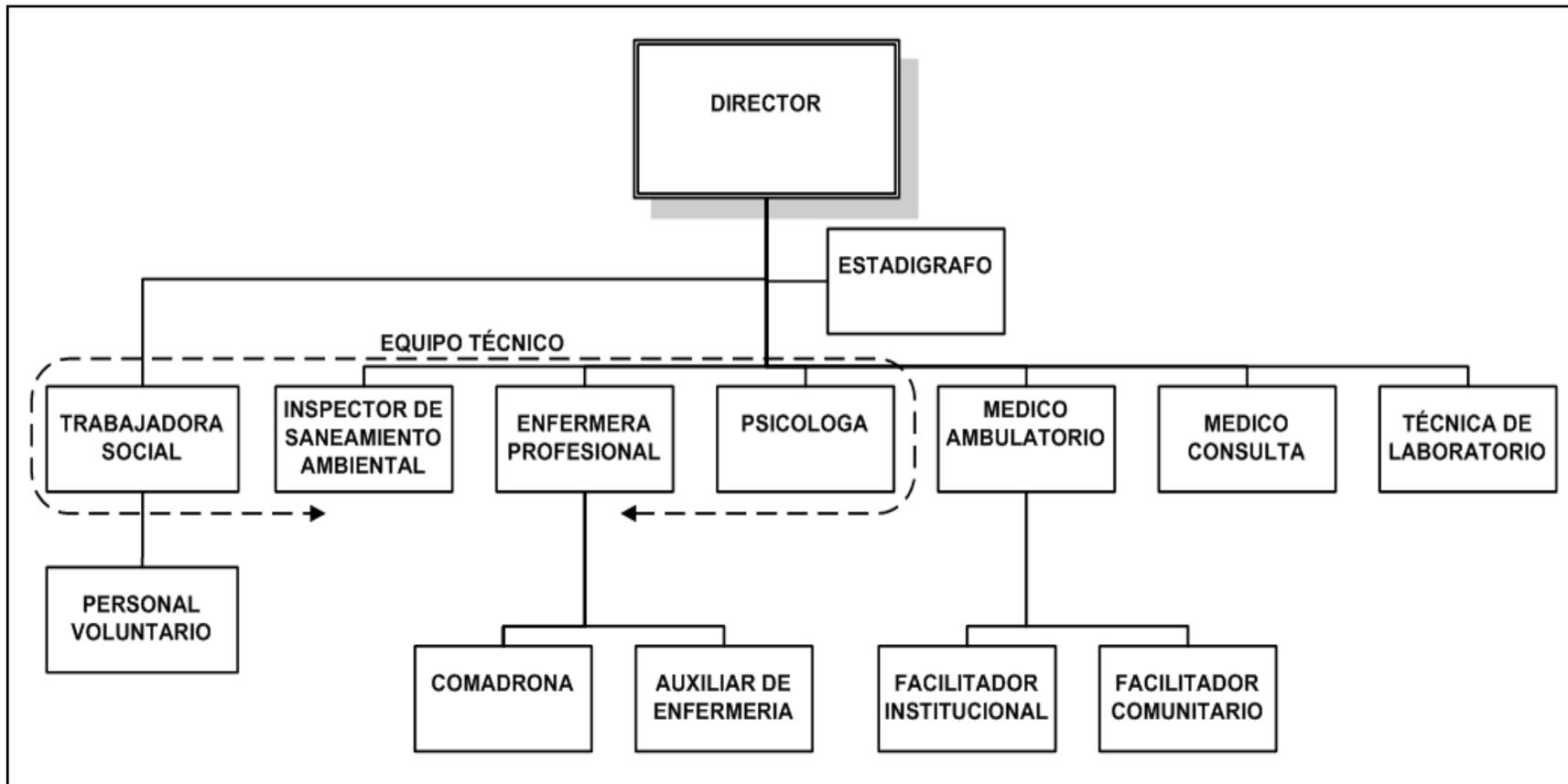
CAPITULO IX

ESTUDIO ADMINISTRATIVO

En el estudio administrativo se incluye el organigrama funcional del proyecto, el personal que en él aparece, es personal que está trabajando en las diferentes prioridades de salud, por lo que en el cuadro N° 13 aparece especificado el número de horas/mes que emplearan para el proyecto. También se incluyen 2 diagramas de contexto, donde se explica la coordinación intrainstitucional y extrainstitucional de promoción y educación, ya que en este ámbito es donde se desarrollará el proyecto.

9.1. ORGANIGRAMA FUNCIONAL DEL PROYECTO

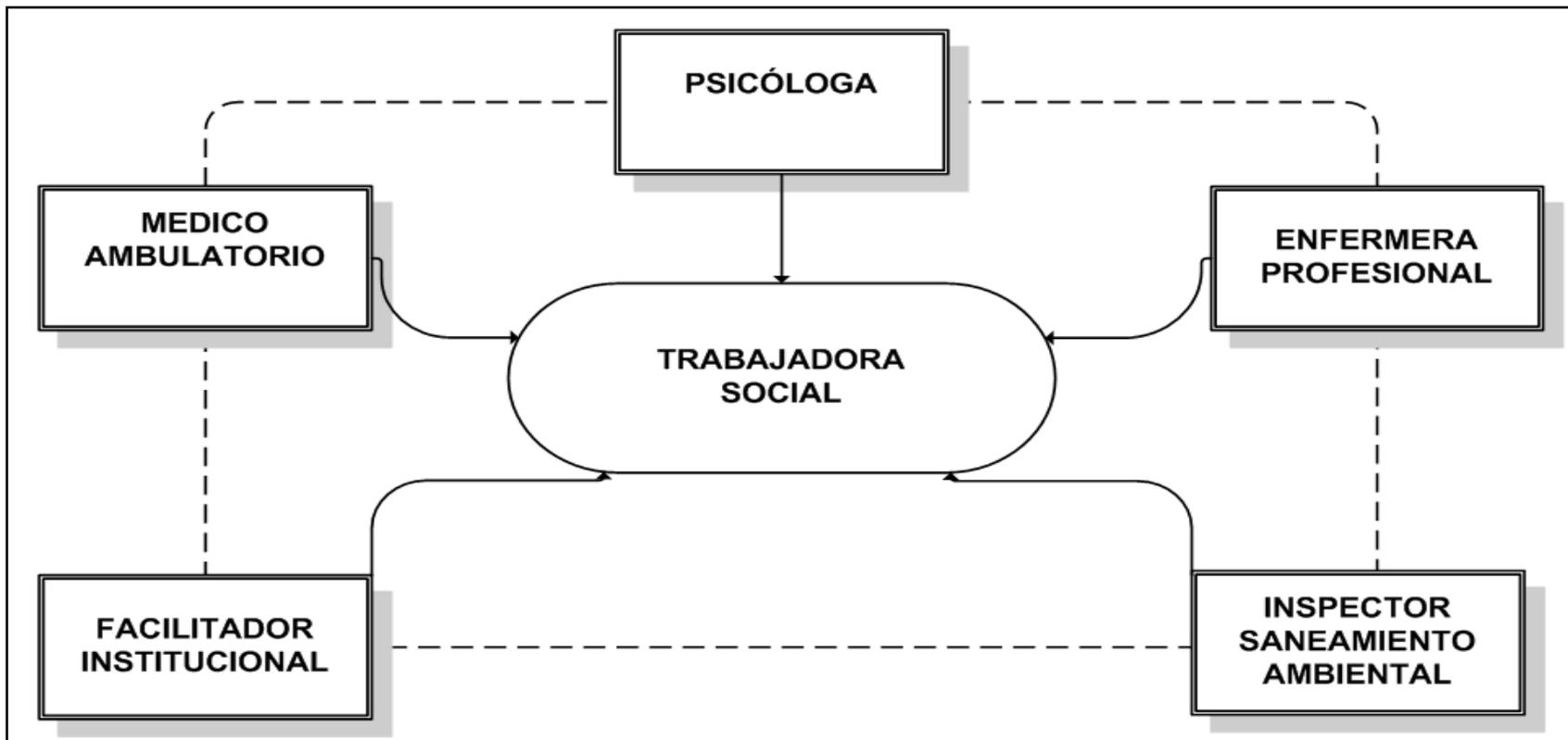
En el organigrama se ubica sólo al personal que participara en el proyecto, marcando con un recuadro punteado a los integrantes del equipo técnico quienes serán los responsables de la planificación, ejecución, evaluación y monitoreo del mismo. Las funciones de cada uno de ellos se describen a partir de la página 161.



9.2. DIAGRAMAS DE CONTEXTO

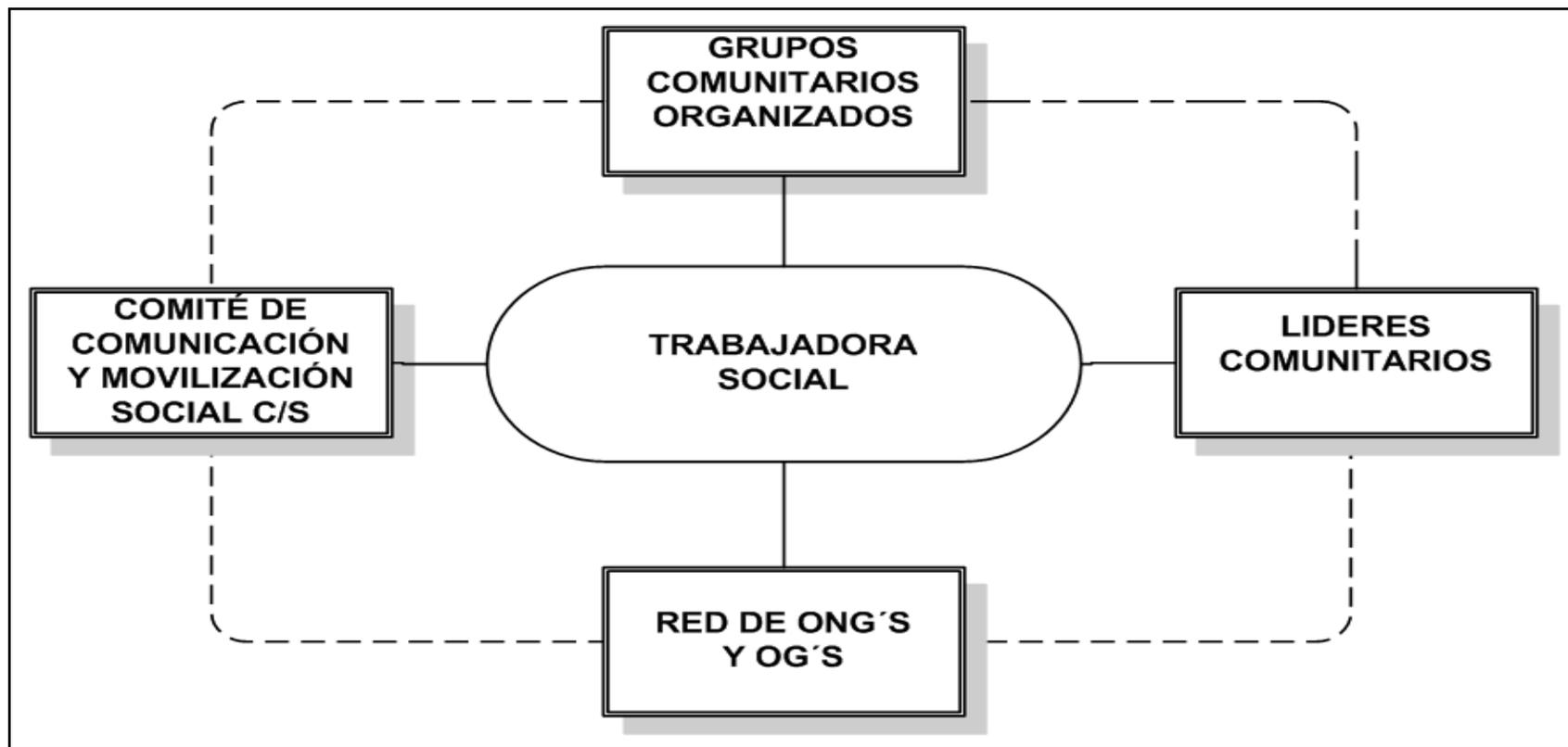
9.2.1. Coordinación intra institucional del Proyecto

Dentro de la estructura interna de los servicios salud del segundo nivel de atención, la profesional de Trabajo Social es responsable de conducir la planificación, organización, ejecución y evaluar las actividades de IEC, con la participación del equipo técnico del Centro de Salud y el equipo básico de extensión de cobertura.



9.2.2. Coordinación extra institucional del Proyecto

En los servicios de salud, del segundo nivel de atención, la Trabajadora Social es la profesional responsable de conducir la planificación, organización, ejecución y evaluar las actividades de IEC, actividades donde debe involucrar a la red social del Distrito de Salud.



9.3. DESCRIPCIÓN Y ESPECIFICACIÓN DE PUESTOS

| Director | |
|---|--|
| Identificación del puesto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del puesto: Director del Centro de Salud 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: técnico – administrativo |
| Relación de autoridad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe inmediato: Director del Área de Salud Guatemala Central 2. Subordinados: Equipo técnico, estadígrafo, médico, técnica de laboratorio, Médica Ambulatoria, Facilitadora Institucional |
| Propósito del puesto | Persona que dirija los aspectos técnicos y administrativos del proyecto |
| Funciones | <ol style="list-style-type: none"> 1. Supervisa con la coordinadora de promoción y educación el cumplimiento de las actividades programadas. 2. Gestiona al Área de Salud Guatemala Central el requerimiento de recursos para realizar las actividades. 3. Organiza sala situacional y cohorte trimestral de tuberculosis con el equipo técnico de salud. 4. Presenta sala situacional y cohorte trimestral de tuberculosis con el equipo técnico de salud. 5. Elabora informe de las actividades realizadas. |
| Horas empleadas al mes | 5 horas mensuales |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 251.61 |

| Trabajadora Social | |
|----------------------------------|--|
| Identificación del puesto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del puesto: Trabajadora Social 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: Social |
| Relación de autoridad | <ol style="list-style-type: none"> 1. Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6 2. Subordinados: Personal voluntario de Salud |
| Propósito del puesto | Profesional dirigido a coordinar actividades de promoción y educación en tuberculosis dentro del servicio y a nivel comunitario. |
| Funciones | <ol style="list-style-type: none"> 1. Gestiona a instituciones públicas y privadas recursos para apoyar el proyecto. 2. Conduce el proceso de planificación de actividades 3. Supervisa con el director del Centro de Salud el cumplimiento de las actividades programadas. 4. Monitorea con el equipo técnico del Centro de Salud las actividades programadas. 5. Participa en la presentación de sala situacional de tuberculosis. 6. Planifica y ejecuta con la enfermera profesional procesos de capacitación. 7. Conduce el seguimiento de las actividades de la red de ONG´s y OG´s. 8. Coordina actividades de abogacía a nivel comunitario e institucional. 9. Participa en la elaboración de informes. |
| Horas empleadas al mes | 12 horas |

| | |
|---|-----------|
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 567.27 |
|---|-----------|

| Psicóloga | |
|---|--|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Psicóloga 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 029 5. Ámbito de operación: Área de Psicología |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6 Subordinados: Ninguno |
| Propósito del puesto | Profesional dirigido a brindar apoyo emocional al paciente, grupo de pacientes y sus familias. |
| Funciones | 1. Atención al paciente y/o familia para terapia cognitiva conductual. 2. Atención a grupo de autoayuda de personas en tratamiento y sus familias. 3. Visitas domiciliarias a pacientes y familias para apoyo emocional. |
| Horas empleadas al mes | 9 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 237.78 |

| Enfermera Profesional | |
|----------------------------------|---|
| Identificación del puesto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del puesto: Enfermera Profesional 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 029 5. Ámbito de operación: Administrativo – operativo |
| Relación de autoridad | <p>Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6</p> <p>Subordinados: Auxiliares de Enfermería</p> |
| Propósito del puesto | <p>Persona que vincula el trabajo administrativo con actividades de educación y capacitación.</p> |
| Funciones | <ol style="list-style-type: none"> 1. Coordina las acciones para el control de la tuberculosis a nivel comunitario. 2. Da seguimiento a los procedimientos de diagnóstico, tratamiento de pacientes con tuberculosis. 3. Refiere al médico todo paciente con reacciones secundarias al tratamiento. 4. Orienta a paciente y familia sobre cumplimiento del tratamiento y protección a otros miembros. 5. Orienta a grupos de población sobre la prevención de tuberculosis. 6. Investiga contactos en pacientes con tuberculosis. 7. Realiza supervisiones y estudios de cohorte de casos de tuberculosis. 8. Identifica necesidades de capacitación a facilitador institucional y equipo de distrito sobre prevención y control de la tuberculosis. 9. Monitorea con el equipo técnico del Centro de Salud las actividades programadas. 10. Participa en la elaboración de informes. |

| | |
|---|-----------|
| Horas empleadas al mes | 10 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 207.58 |

| Inspector de Saneamiento Ambiental | |
|---|--|
| Identificación del puesto | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del puesto: Inspector de Saneamiento Ambiental 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: Saneamiento del medio |
| Relación de autoridad | <p>Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6</p> <p>Subordinados: Ninguno</p> |
| Propósito del puesto | Persona que integra a las actividades de saneamiento del medio, actividades de promoción de tuberculosis. |
| Funciones | <ol style="list-style-type: none"> 1. Participa en la gestión de recursos de instituciones públicas y privadas. 2. Participa en la presentación de la sala situacional. 3. Incorpora el tema de tuberculosis a la capacitación de grupos de manipuladores de alimentos. 4. Participa en el monitoreo de las actividades programadas. |
| Horas empleadas al mes | 3 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 52.84 |

| Médico | |
|---|---|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Médico 2. Número de puesto existente: 4 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: Área de atención médica institucional |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6 Subordinados: Ninguno |
| Propósito del puesto | Profesional responsable de atender y orientar al paciente y su familia en el Centro de Salud. |
| Funciones | 1. Atiende a la población mayor de 10 años con demanda espontánea del Centro de Salud en busca de casos tuberculosos. 2. Refiere a pacientes con enfermedades caquectizantes y con inmunosupresión a Hospital. 3. Coordina con otros niveles de atención para el control de los contactos de los pacientes. 4. Orienta a pacientes y familias del seguimiento del paciente y prevención de la diseminación a otros miembros. 5. Hace contrarreferencia de pacientes a nivel de procedencia. |
| Horas empleadas al mes | 4 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 201.29 |

| Médica Ambulatoria | |
|---|---|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Médica Ambulatoria 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 029 5. Ámbito de operación: Área de atención médica comunitaria y comunidades de extensión de cobertura |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6, Coordinadora de la Prestadora de Servicio de Salud. Subordinados: Facilitadora Institucional y Facilitadoras Comunitarias. |
| Propósito del puesto | Profesional responsable de atender y orientar al paciente y su familia en los Centros Comunitarios. |
| Funciones | 1. Atiende a personas referidas con sospecha de tuberculosis. 2. Refiere casos con complicaciones al hospital. 3. Hace contrarreferencia al facilitador comunitario para seguimiento de caso. 4. Orienta al paciente y familia sobre el seguimiento del tratamiento y la protección de otros miembros. 5. Identifica necesidades de capacitación y capacita a personal comunitario sobre prevención y control de la tuberculosis. |
| Horas empleadas al mes | 2 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 100.64 |

| Facilitadora Institucional | |
|---|---|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Médica Ambulatoria 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 y comunidades de extensión de cobertura 4. Renglón presupuestario: 029 5. Ámbito de operación: Administrativo Operativo |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6, Coordinadora de la Prestadora de Servicio de Salud Subordinados: Facilitadoras Comunitarias |
| Propósito del puesto | Persona responsable de atender y orientar al paciente y su familia en los Centros Comunitarios |
| Funciones | 1. Atiende a personas referidas con sospecha de tuberculosis. 2. Refiere casos con complicaciones al hospital. 3. Hace contrarreferencia al facilitador comunitario para seguimiento de caso. 4. Orienta al paciente y familia sobre el seguimiento del tratamiento y la protección de otros miembros. 5. Identifica necesidades de capacitación y capacita a personal comunitario sobre prevención y control de la tuberculosis. |
| Horas empleadas al mes | 4 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 88.06 |

| Técnica de Laboratorio | |
|---|---|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Técnica de laboratorio 2. Número de puesto existente: 2 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: Paramédico |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6 Subordinados: Ninguno |
| Propósito del puesto | Persona con conocimientos técnicos para recibir y procesar baciloscopias, así como orientar a los pacientes y sus familias. |
| Funciones | 1. Participa en la presentación de sala situacional y cohorte trimestral de tuberculosis. 2. Orienta al paciente sobre la forma correcta de tomar y entregar la muestra. 3. Orienta al paciente sobre la forma de transmisión y cuidados durante el tratamiento. 4. Apoya actividades de Información, Educación y Comunicación. 5. Registra resultados de baciloscopias en estadística diaria. 6. Recibe y procesa muestras. 7. Anota en el libro rojo de laboratorio los datos de cada paciente y el número correlativo correspondiente a cada baciloscopia; así como los resultados de cada prueba. |
| Horas empleadas al mes | 10 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 169.84 |

| Auxiliar de enfermería | |
|---|--|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Auxiliar de Enfermería 2. Número de puesto existente: 6 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 011 5. Ámbito de operación: Paramédico |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Enfermera Profesional del Centro de Salud de la zona 6 Subordinados: Ninguno |
| Propósito del puesto | Personal paramédico dedicado a la atención directa de los pacientes con tuberculosis y sus familias. |
| Funciones | 1. Administra tratamiento ambulatorio supervisado. 2. Orienta sobre tratamiento y recuperación del paciente con tuberculosis. 3. Realiza visitas domiciliarias. 4. Orienta a grupos de población sobre prevención de tuberculosis |
| Horas empleadas al mes | 5 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 84.92 |

| Estadígrafo | |
|----------------------------------|---|
| Identificación del puesto | 1. Nombre del puesto: Estadígrafo 2. Número de puesto existente: 1 3. Ubicación física y administrativa: Centro de Salud zona 6 4. Renglón presupuestario: 029 5. Ámbito de operación: Administrativo |

| | |
|---|--|
| | |
| Relación de autoridad | Jefe inmediato: Director del Centro de Salud de la zona 6 Subordinados: Ninguno |
| Propósito del puesto | Contar con una persona que registre sistemáticamente la información que genere el proyecto, la cual sea útil para tomar decisiones. |
| Funciones | 1. Elabora informe mensual de actividades. 2, Participa en la elaboración de la sala situacional y cohorte trimestral de tuberculosis. 3. Mantiene actualizado los datos de monitoreo de actividades del proyecto. |
| Horas empleadas al mes | 2 horas |
| Salario mensual de acuerdo a horas empleadas | Q. 37.74 |

Además del personal del Centro de Salud, también se involucrará personal voluntario, entre ellas las Facilitadoras Comunitarias, Promotoras de Salud y Comadronas.

A continuación se presenta en forma resumida un cuadro con el personal que participara en el proyecto y el salario por mes de cada uno de ellos.

CUADRO N° 19

Costo hora/mes del recurso humano necesario para el proyecto

| Recurso Humano | Hora/mes | Costo | Porcentaje por prestaciones ⁵² | Total |
|------------------------------------|----------|-------------------|---|-------------------|
| Director | 5 | 166.66 | 84.95 | 251.61 |
| Psicóloga | 9 | 157.50 | 80.28 | 237.78 |
| Enfermera Profesional | 10 | 137.50 | 70.08 | 207.58 |
| Trabajadora Social | 12 | 375.75 | 191.52 | 567.27 |
| Inspector de Saneamiento Ambiental | 3 | 35.00 | 17.84 | 52.84 |
| Medico de consulta | 4 | 133.33 | 67.96 | 201.29 |
| Medica ambulatoria | 2 | 66.66 | 33.98 | 100.64 |
| Facilitadora Institucional | 4 | 58.33 | 29.73 | 88.06 |
| Auxiliar de enfermería | 5 | 56.25 | 28.67 | 84.92 |
| Estadígrafo | 2 | 25.00 | 12.74 | 37.74 |
| Técnica de Laboratorio | 10 | 112.50 | 57.34 | 169.84 |
| TOTALES | | Q 1,324.48 | | Q 1,999.57 |

Fuente: estimación de horas y costo en base aproximaciones, mayo 2008.

9.4. RESUMEN DEL ESTUDIO ADMINISTRATIVO

Actualmente el Centro de Salud de la zona 6 cuenta con 30 trabajadores, para el presente proyecto participarán únicamente 11 personas, las cuales están vinculadas directamente al proyecto. El personal vinculado al proyecto, no tiene sólo participación en el programa de tuberculosis, sino participa al menos en otros 13 programas de salud, por lo que se tomó el número de horas efectivas que podría utilizar al mes para fines del presente proyecto lo cual tendrá un costo de Q.1, 999.57. En este estudio también se desarrolla la descripción de puestos para que cada uno asuma las funciones que le corresponden.

⁵² Bono 14, aguinaldo, vacaciones, indemnización, IGSS, bonificaciones decreto

CAPITULO X

ESTUDIO FINANCIERO

En este capítulo se realiza un análisis de las fuentes de financiamiento, la estimación de costos, la inversión y finalmente el análisis de costo eficiencia para comparar las alternativas que permiten tomar la decisión de ejecutar o no el proyecto.

10.1. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

El proyecto por responder a una de las prioridades del Ministerio de Salud Pública, será financiado por instituciones públicas, el total del proyecto asciende a Q.44, 164.84, distribuido de la siguiente manera.

CUADRO N° 20
Fuentes de financiamiento

| Institución | Aporte en quetzales | Porcentaje |
|-----------------------------------|----------------------------|-------------------|
| Ministerio de Salud Pública | 23,994.84 | 54.33 |
| Área de Salud Guatemala Central | 3,840.00 | 8.69 |
| Programa Nacional de Tuberculosis | 16,330.00 | 36.98 |
| TOTALES | 44.164.84 | 100.00 |

Fuente: elaboración propia

10.2. ESTIMACIÓN DE COSTOS

El costo total de un proyecto es igual al costo fijo más el costo variable. Para este proyecto, el costo variable es de Q. 16,330.00 y el costo fijo es de Q. 27, 834.84, al sumar los dos costos, da un total de Q.44, 164.84, que es igual al costo total del proyecto.

El cuadro N° 16 y la gráfica N° 7 muestra la distribución mensual de los costos fijos y variables del proyecto para un año de ejecución.

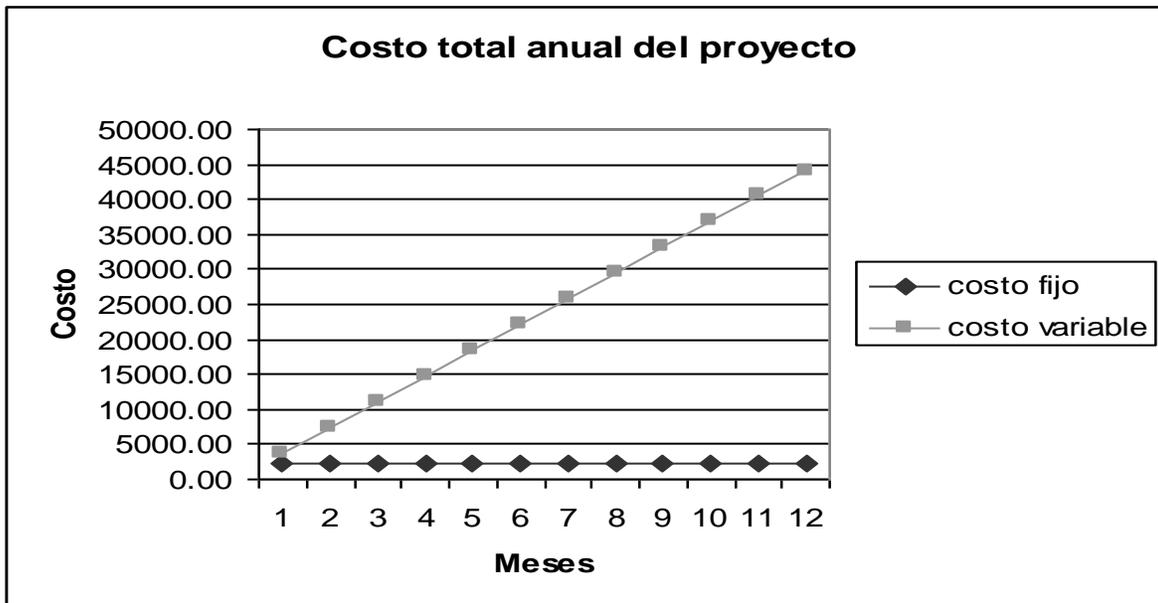
CUADRO Nº 21

Estimación de los costos mensuales fijos y variables del proyecto

| Mes | costos fijos | Costo variable |
|-----|--------------|----------------|
| 1 | 2319.97 | 1360.80 |
| 2 | 2319.97 | 2721.60 |
| 3 | 2319.97 | 4082.40 |
| 4 | 2319.97 | 5443.20 |
| 5 | 2319.97 | 6804.00 |
| 6 | 2319.97 | 8164.80 |
| 7 | 2319.97 | 9525.60 |
| 8 | 2319.97 | 10886.40 |
| 9 | 2319.97 | 12247.20 |
| 10 | 2319.97 | 13608.00 |
| 11 | 2319.97 | 14968.80 |
| 12 | 2319.97 | 16329.60 |

Fuente: elaboración propia

GRAFICO Nº 9



Fuente: elaboración propia

10.3. INVERSIONES

Las inversiones comprenden la adquisición de todos los activos fijos o tangibles y diferidos o intangibles necesarios para iniciar las operaciones del proyecto, con excepción del capital de trabajo. El proyecto presenta sólo activos fijos.

10.3.1. Activo fijo o tangible

CUADRO Nº 22
Inversión inicial en activos fijos

| Descripción | Monto en quetzales |
|--------------------------|--------------------|
| 1 amplificador de sonido | Q.3, 600.00 |
| 2 grabadoras | Q. 900.00 |
| 1 cámara digital | Q.1, 200.00 |
| 2 megáfonos | Q. 760.00 |
| 4 trípodes con pizarrón | Q. 720.00 |
| 15 rotafolios | Q.1, 350.00 |
| Sub total | Q.8, 630.00 |
| Imprevistos (5%) | Q. 431.50 |
| TOTAL | Q.9, 061.50 |

Fuente elaboración propia

10.4. PRESUPUESTO

CUADRO Nº 23
Presupuesto del Proyecto

| Rubro | Entidad financiadora | Total |
|------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| Salario | Ministerio de Salud Pública | Q.23, 994.83 |
| Gastos de administración | Área de Salud Guatemala Central | Q. 3, 840.00 |
| Inversión inicial en activos fijos | Programa Nacional de Tuberculosis | Q. 9, 061.50 |
| Gastos de promoción y educación | Programa Nacional de Tuberculosis | Q. 7,268.50 |
| TOTAL | | Q. 44, 164.84 |

Fuente: elaboración propia

10.5. COSTO EFICIENCIA

Es uno de los principales instrumentos para comparar el costo de una intervención en salud con los logros que se esperan de la misma. Para el caso de la tuberculosis debe contarse con recursos humanos, financieros y de otro tipo para mejorar la salud. El beneficio para la salud puede ser reducir el riesgo de que más personas padezcan la enfermedad y a las que se identifiquen se les pueda brindar tratamiento oportunamente para evitar su muerte.

A través de este proyecto, el cual tiene como componentes fundamentales la información, educación y comunicación; busca la detección de personas sintomáticas respiratorias y como consecuencia la identificación de personas con tuberculosis y sus contactos. Pero adicionalmente a través de las actividades de IEC también se fortalece a las familias de las 14 comunidades prioritarias en la prevención de la enfermedad.

Al analizar la inversión que las instituciones participantes tienen que hacer al proyecto, los costos fijos siempre se van a emplear se realice o no el proyecto; el principal costo fijo, es el rubro para salarios, el cual tiene el 54.33% del total de costos. Esto quiere decir que mientras más cobertura se alcance con el mismo personal y el mismo salario, cada persona que se identifique como sintomático respiratorio resultará más económica, hasta que el servicio se encuentre a la capacidad máxima.

La inversión total del proyecto es de Q.44, 164.84 y los beneficiarios directos son 1,156, lo que significa que para cada persona se invertirá Q.38.20.

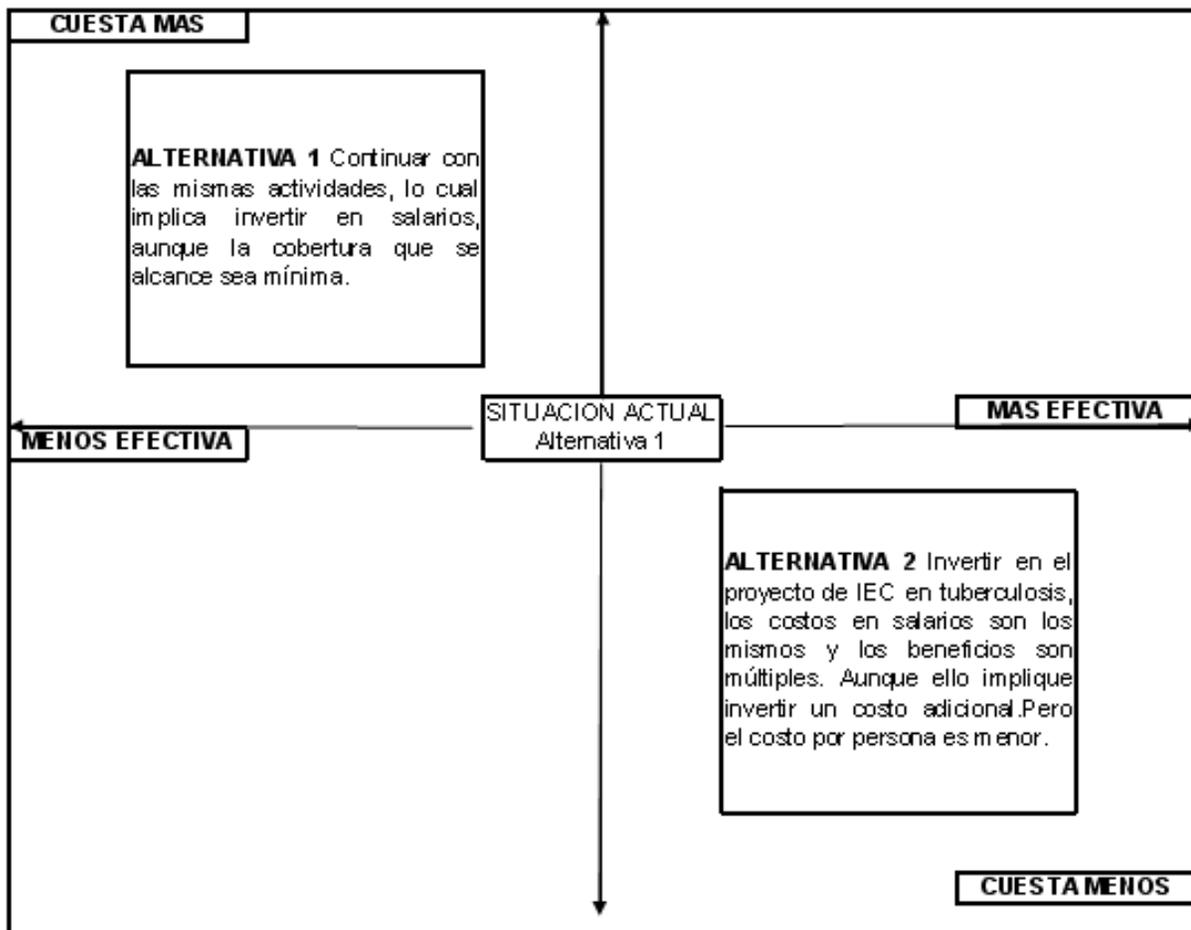
Si se realiza el análisis sólo por uno de los costos fijos –salario-, en el año 2006 se atendieron 399 personas, lo cual significo una inversión de Q.60.13 por cada una. Con el consecuente daño a la salud, ya que sólo se identificó a 9 personas con tuberculosis y 24 se quedaron sin tratamiento, con el agravante que cada una de ellas pudo haber contagiando a por lo menos 10 personas más en un año.

Ante estas dos alternativas, se establece que es mejor ejecutar el proyecto ya que se cubre a los beneficiarios directos e indirectos; tomando en cuenta que el salario del personal es un costo que se va a invertir se realice o no el proyecto.

En el siguiente gráfico se puede observar la comparación de las dos alternativas que se plantean, tomando costo-eficiencia.

GRAFICA N° 10

Comparación de alternativas para la intervención en tuberculosis



Fuente: Gráfico de alternativas tomando como base a: P. Musgrove y J. Fox-Rushby, 2006. "Cost-Effectiveness Analysis for Priority Setting,"

10.6. COSTO EFECTIVIDAD

La inversión total para ejecutar el proyecto durante los 2 años, asciende a la cantidad de Q. 88,329.68, cada año se van a desembolsar Q. 44,164.84, al aplicar la tasa social el costo disminuiría, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 24
Costo efectividad

| Valor | Porcentaje | Año | Valor por año |
|--------------|-------------------|------------|----------------------|
| Q.44,164.84 | 1.12 | 0 | Q 44,164.84 |
| Q. 44,164.84 | 1.12 | 1 | Q 39,432.89 |
| TOTAL | | | Q 83,597.73 |

Fuente: elaboración propia

Esto indica que si se invirtiera en este proyecto, hay una diferencia de Q.4, 731.95 en el total de la inversión por el costo efectividad; lo cual indica que el total del proyecto desciende a la cantidad de Q.78, 865.78.

10.7. RESUMEN DEL ESTUDIO FINANCIERO

El proyecto será financiado por 3 instancias gubernamentales, Ministerio de Salud Pública, Área de Salud Guatemala Central y el Programa Nacional de Tuberculosis, con un 54.33%, 8.69% y 36.98% respectivamente.

El costo total a invertir es de Q.44, 164.84, de los cuales los costos fijos constituyen el 63% y los variables 37%.

Finalmente se realiza el análisis costo eficiencia para comparar 2 alternativas; la situación con proyecto y la situación sin proyecto; el cual al analizar los beneficios económicos y de los impacto en la salud, se concluye que el proyecto es beneficioso realizarlo, aunque hay una inversión inicial que hacer, el costo por beneficiario es menor si se elabora el proyecto.

CAPITULO 11

EVALUACION Y MONITOREO DEL PROYECTO

La evaluación y monitoreo, constituye en la práctica un proceso de análisis crítico de todas las actividades y resultados de un proyecto. La evaluación describe los pasos, desde el levantamiento de la información, valoración, análisis y toma de decisiones del proyecto.

La evaluación comienza con la fase preparatoria de un proyecto; continúa durante la implementación del mismo y finaliza cuando éste termina. Está presente, por tanto, antes, durante y después de un proyecto con la finalidad de que este proceso sea completo se consideró tomar los siguientes aspectos para cada momento de evaluación: objetivos, contenidos, metodología de evaluación, tiempo para cada momento de evaluación, responsables, lugar de la evaluación y recursos.

La metodología que se propone para la evaluación del proyecto, se tomó de los métodos de evaluación y seguimiento del FIDA (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola); así como los utilizados en Salud Pública: sala situacional y estudio de cohorte.

El proyecto de evaluación y monitoreo, tiene como objetivos generales:

- Aportar información que permita perfeccionar el proceso de toma de decisiones y adquirir conocimientos para mejorar tanto las actividades que se están ejecutando, como para planificar las nuevas actividades.
- Presentar información generada por las evaluaciones al Área de Salud Guatemala Central y al Programa Nacional de tuberculosis para la gestión de proyectos similares.

Con fines de presentación, el proyecto se divide en 5 partes principales:

- Componentes de evaluación del proyecto
- Evaluación ex ante

- Evaluación de término medio
- Evaluación ex post
- Monitoreo

11.1. COMPONENTES DE EVALUACION DEL PROYECTO⁵³

Los componentes son los aspectos que se deben tomar en cuenta en la evaluación del proyecto, que dependiendo de su naturaleza unos tendrán mayor importancia que otros. Los componentes son:

11.1.1. Eficiencia: relaciona los medios dispuestos por el proyecto con los resultados que se alcanzan.

11.1.2. Eficacia: fija su atención en el logro del objetivo específico como consecuencia de unos resultados alcanzados.

11.1.3. Impacto: se sitúa en los niveles superiores de la intervención, analizando los efectos generales del proyecto.

11.1.4. Pertinencia: contempla los efectos del proyecto (al margen de las actividades o medios utilizados) preguntando por la oportunidad de la intervención y por las futuras líneas de trabajo a la vista de la situación alcanzada.

11.1.5. Viabilidad: analiza las posibilidades de que el proyecto se mantenga en el futura una vez cesa la ayuda.

En el siguiente cuadro se observan los 5 componentes de la evaluación y la relación que guardan con la columna de la lógica de intervención de la matriz de planificación del proyecto en el enfoque del marco lógico.

⁵³ Tomado del Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo de Michel Sabalza. dicc.hegoa.efaber.net/listar/mostrar/95

CUADRO Nº 25

Componentes de evaluación en la lógica de intervención del proyecto

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---|
| <p>Logica de Intervención</p> | | | <p>Impacto: Detectar al 70% de casos BK positivos y curar al 85% de las personas que reciben el tratamiento</p> | <p>Pertinencia: Al detectar a los SR se contribuye a controlar la tuberculosis. Con las Estrategias de IEC se contribuye a la prevención de la tuberculosis. Si el proyecto es funcional a la zona 6, puede funcionar en otras zonas.</p> | <p>Viabilidad: Aunque el Área de Salud Guatemala Central y el Programa Nacional de Tuberculosis disminuyan para después del año 2011 el apoyo financiero, en la zona 6 se quedan 12 grupos capacitados, 1 modelo de información comunitaria y una red de instituciones apoyando las actividades de tuberculosis; así mismo las beneficiarias son sujetos que van a mejorar la situación de sus familias y su entorno; todo lo anterior le da sustentabilidad a futuros proyectos similares.</p> |
| <p>Objetivo General: Controlada la tuberculosis en el año 2011, en la zona 6 de la ciudad capital</p> | | | <p>Eficacia: Al alcanzar los resultados definidos, se logrará el objetivo específico</p> | | |
| <p>Objetivo Específico: Implementada la estrategia de IEC en tuberculosis en la zona 6 de la Ciudad Capital, durante los años 2009, 2010, 2011</p> | | <p>Eficiencia: los recursos establecidos (humanos, financieros y materiales); son los necesarios para alcanzar los 4 resultados definidos. Relacionado a que con estos recursos se pueden salvar 1,166 vidas, adicionalmente la prevención de la enfermedad en familias de 14 comunidades de la zona 6</p> | | | |
| <p>Resultados: 1. Elaborado e implementado un modelo de información comunitaria. 2. 12 grupos comunitarios capacitados y participando en actividades de control y prevención de la tuberculosis. 3. Diseñada e implementada una campaña de comunicación permanente a nivel local. 4. Organizada una red de 10 ONG's y OG's de la Z. 6 que participa en la referencia de personas sintomáticas respiratorias.</p> | <p>Insumos: Equipo técnico del Centro de Salud, actores claves, integrantes de la red de comunicación e información, equipo de oficina, equipo audiovisual, material didáctico, vehículo, combustible, material para información, educación y comunicación.</p> <p>Financiamiento: Área de Salud Guatemala Central y del Programa Nacional de Tuberculosis. Costo total: Q.44,164.84</p> | | | | |
| <p>Actividades: Presentada la sala situacional de tuberculosis. Establecido el modelo de información con los actores claves de las comunidades. Diseño de mensajes. Reproducir mensajes. Difusión de los mensajes informativos a grupos y comunidades. Identificar y capacitar a 12 grupos organizados. Monitoreo de las actividades realizadas por los grupos. Definir los medios de comunicación alternativa. Realizar mensualmente una actividad de comunicación. Organizar la red de ONG's y OG's. Capacitación a la red, reuniones trimestrales con la red. Monitoreo de actividades realizadas por la red.</p> | | | | | |

Fuente: Realizado en base a la matriz del marco lógico y los componentes de evaluación de un proyecto

11.2. EVALUACION EX ANTE

11.2.1. Objetivo

- Determinar la pertinencia y factibilidad del proyecto para tomar la decisión de ejecución.

11.2.2. Contenido

- Investigación del análisis de IEC en tuberculosis en la zona 6
- Línea de base
- Marco Lógico

11.2.3. Metodología

11.2.3.1. Línea basal: Los resultados de la investigación constituye la línea base para la evaluación ex ante, arroja información valiosa en cuanto a los problemas encontrados y las posibles alternativas de solución. Para elaborar la línea basal del proyecto se tomó como fuentes primarias al personal del Centro de Salud, Facilitadoras Comunitarias y personas con tuberculosis que fueron atendidas en los años 2006 - 2007; como fuentes secundarias se tomó los informes de las cohortes trimestrales de tuberculosis, mapa de riesgo de casos de tuberculosis, la estratificación de comunidades por la prevalencia de tuberculosis de los años 2006 – 2007.

11.2.3.2. Marco lógico: El método por excelencia para elaborarlo es el árbol de problemas y el árbol de objetivos ya que ambos árboles proporcionan una visión global, pero simplificada de las relaciones causa y efecto, y brindó los elementos para elaborar la matriz del marco lógico.

11.2.3.3. Costo eficiencia: Se utilizará este método para evaluar el proyecto en cuanto a los costos efectividad, en los siguientes aspectos:
Cobertura, costos, beneficiarios directos y beneficiarios indirectos

CUADRO Nº 26
Contenidos de la evaluación ex ante

| Actividad | Participantes | Método | Responsable | Lugar | tiempo |
|-------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------|------------------------|
| Línea basal | Coordinadora de Promoción y educación | Investigación de la estrategia de IEC | Coordinadora de Promoción y educación | Centro de Salud zona 6 | Segundo trimestre 2008 |
| Marco lógico | Coordinadora de Promoción y educación | Árbol de problemas, árbol de objetivos | Coordinadora de Promoción y educación | Centro de Salud zona 6 | Segundo trimestre 2008 |
| Análisis de costo efectividad | Coordinadora de Promoción y educación | Costo efectividad | Coordinadora de Promoción y educación | Centro de Salud zona 6 | Segundo trimestre 2008 |

Fuente: elaboración propia

11.3. EVALUACION DE TÉRMINO MEDIO

11.3.1. Objetivo

- Evaluar el progreso logrado, a fin de obtener conclusiones preliminares en la gestión del proyecto.
- Formular recomendaciones para el resto del período de ejecución.
- Tomar decisiones en base a las recomendaciones formuladas.

11.3.2. Contenido

11.3.2.1. Resultados

- Elaborar e implementar un modelo de información comunitaria
- Capacitar a 12 Grupos comunitarios para que participen en actividades de control y prevención de la tuberculosis.
- Diseñar e implementar una campaña de comunicación permanente a nivel local
- Organizada una red de 10 ONG`s y OG`s de la zona 6 que participa en la referencia de personas sintomáticas respiratorias

11.3.2.2. Indicadores de término medio

- Reproducir 3 mensajes informativos de tuberculosis durante el año 2009.
- Reproducir 3 mensajes informativos de los servicios que el Centro de Salud brinda a la población de la zona 6, durante el año 2009.
- Distribuir los 6 mensajes con la participación de los grupos organizados y la red de organizaciones, en las 14 comunidades prioritarias de la zona 6.
- 12 grupos comunitarios de la zona 6, con conocimientos sobre control y prevención de tuberculosis.
- 2 reuniones de capacitación sobre tuberculosis dirigidas a 12 grupos comunitarios, realizadas en el año 2009.
- Al menos 1 vez al mes del año 2009, los grupos comunitarios realizan una actividad educativa en la zona 6 sobre el control y/o prevención de la tuberculosis.

- Realizar al menos una actividad mensual de comunicación alternativa con mensajes educativos para controlar y reducir la tuberculosis en la zona 6, durante el año 2009
- Realizar al menos una actividad mensual de comunicación alternativa con mensajes educativos para controlar y reducir la tuberculosis en la zona 6, durante el año 2009.
- Al menos cada mes del año 2009, la red de organizaciones de la zona 6, identifican y refieren 20 personas sintomáticas respiratorias al Centro de Salud de la zona 6

11.3.3. Metodología:

11.3.3.1. Sala Situacional: Para evaluar los indicadores de término medio se deben organizar salas situacionales trimestrales para verificar su cumplimiento, y establecer en qué medida están contribuyendo al logro del objetivo general y específico del proyecto.

La sala situacional es una instancia de trabajo que, dotada de recursos humanos, técnicos y de los datos e información básica de salud, desarrolla y fortalece una cultura de análisis para el uso constante de la información disponible para la toma de decisiones. Para facilitarla, se hacen visibles los datos e información seleccionados, en los espacios físicos disponibles. Con base a esto, se efectúa el análisis de la situación de salud, de los factores de riesgo, las medidas de prevención y las acciones de salud aplicadas.

Es importante la coordinación con otras instancias del sector salud y otros sectores involucrados, con el propósito de tomar decisiones en conjunto en períodos normales y particularmente en las situaciones de emergencia permitiendo que el análisis de Sala Situacional tenga mejores resultados. Los requisitos indispensables son: calidad del dato, presentación de la información, análisis de la información y la toma de decisiones.

Para el análisis de la situación de tuberculosis, los aspectos a considerar son:

- Tendencia de la morbilidad
- Parámetros de detección
- Metas de detección
- Cohorte de casos
- Priorización de comunidades
- FODA
- Indicadores de término medio
- Mapeo de la participación social
- Toma de decisiones
- Actividades de IEC realizadas

11.3.3.2. Curvas de tendencia: El resultado de la sala situacional de salud, junto con los corredores endémicos brindan insumos para elaborar curvas de tendencia de la situación actual y predecir a futuro del comportamiento de la enfermedad; así como del comportamiento de la oferta y la demanda del servicio. Esta curva de tendencia pueden presentarse en el análisis de la sala situacional para tomar decisiones.

11.3.3.4. Escalas relativas: Para complementar la sala situacional se sugiere utilizar las escalas relativas. Este método elige los indicadores o actividades que quiere expresar en forma de afirmaciones o preguntas. El ejercicio de seguimiento se hace una valoración de cómo los interesados piensan que se hallaban antes del comienzo de la intervención, anotar a la izquierda de la escala. A la derecha se anotará la que los interesados creen que es su situación actual como resultado del proyecto o actividad. Para este método se utilizará la siguiente matriz.

CUADRO Nº 27

Escalas relativas para evaluar las actividades principales de los resultados esperados del proyecto

| FECHA | | | | | | FECHA | | | | | |
|--|------------|---|---|---|---|--|------------|---|---|---|---|
| Situación inicial | Valoración | | | | | Situación actual | Valoración | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. ¿Se ha elaborado un modelo de información comunitaria? | | | | | | 1. ¿Se ha elaborado un modelo de información comunitaria? | | | | | |
| 2. ¿Se han realizado actividades de información en este trimestre? | | | | | | 2. ¿Se han realizado actividades de información en este trimestre? | | | | | |
| 3. ¿Los grupos comunitarios han sido capacitados en este trimestre? | | | | | | 3. ¿Los grupos comunitarios han sido capacitados en este trimestre? | | | | | |
| 4. ¿Los grupos comunitarios están realizando actividades de prevención y control en sus localidades? | | | | | | 4. ¿Los grupos comunitarios están realizando actividades de prevención y control en sus localidades? | | | | | |
| 5. ¿Se ha diseñado una campaña de comunicación a nivel local? | | | | | | 5. ¿Se ha diseñado una campaña de comunicación a nivel local? | | | | | |
| 6. ¿Se han realizado actividades de comunicación en el trimestre? | | | | | | 6. ¿Se han realizado actividades de comunicación en el trimestre? | | | | | |
| 7. ¿Se encuentra organizada la red de ONG`s y OG`s? | | | | | | 7. ¿Se encuentra organizada la red de ONG`s y OG`s? | | | | | |
| 8. ¿La red esta identificando y refiriendo SR al Centro de Salud? | | | | | | 8. ¿La red está identificando y refiriendo al SR al Centro de salud? | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base a los indicadores del marco lógico

CUADRO Nº 28
Contenidos de la Evaluación de Término Medio

| Actividad | Participantes | Método | Responsables |
|---|--|---|---|
| Análisis de la situación de salud | Actores sociales de la zona 6, representantes de los grupos organizados, equipo técnico del Centro de Salud, representantes del Área de Salud Guatemala Central. | Sala situacional | Equipo técnico del Centro de Salud de la zona 6 |
| Elaboración de curvas de tendencia | Equipo técnico del Centro de Salud | Tendencia histórica y serie cronológica | Estadígrafo |
| Evaluación de los indicadores de término medio y del grado de avance de los resultados. | Representantes de los actores sociales de la zona 6, representantes de los grupos organizados y representantes de la Red de ONG's y OG's | Escalas relativas | Equipo técnico del Centro de Salud de la zona 6 |

Fuente: elaboración propia

11.4. EVALUACION EX POST

11.4.1. Objetivo

- Estudiar en qué medida la intervención del proyecto cumplió el objetivo general.
- Establecer los aportes a la modificación del problema que dio origen al proyecto; comparando la planeación con el resultado de la ejecución.
- Definir los beneficios obtenidos por la población meta y su entorno.
- Establecer si las metas definidas en las normas de atención de tuberculosis, son aplicables a la población de la zona 6.
- Proporcionar información válida para alimentar un proceso de aprendizaje continuo, principalmente para intervenciones análogas en el futuro.

11.4.2. Contenido

| Objetivos | Indicador |
|---|---|
| Objetivo general: Controlada la tuberculosis en el año 2011, en la zona 6 de la ciudad capital. | Detectar al menos el 70% de casos BK positivos esperados y curar al 85% de las personas que estén recibiendo tratamiento |
| Objetivo Específico: Implementada la estrategia de Información, Educación e comunicación en tuberculosis en la zona 6 de la Ciudad Capital, de los años 2009 al 2010. | Incrementar para diciembre del 2009 del 14.61% de pesquisa baciloscópica al 45%, en las personas mayores de 10 años de la zona 6 de la ciudad capital. Incrementar para diciembre del 2009 del 26% de detección de personas con tuberculosis al 50%, en la zona 6 de la ciudad capital. Incrementar para el año 2010 la detección de pesquisa baciloscópica al 65% en las personas mayores de 10 años de la zona 6 de la ciudad |

| | |
|--|--|
| | <p>capital</p> <p>Incrementar para diciembre del año 2010 el 65% de detección de personas con tuberculosis pulmonar en la zona 6 de la ciudad capital.</p> |
|--|--|

11.4.3. Metodología

11.4.3.1. Sala situacional de Salud: se utilizará para comparar entre la situación inicial (primera sala situacional y cohorte de tuberculosis del año 2009), y la situación actual de la tuberculosis (última sala situacional y cohorte de tuberculosis del año 2011); para lo cual se analizarán los mismos aspectos mencionados en la evaluación de término medio.

11.4.3.2. Tendencia histórica y serie cronológica: este método también se utilizará para contar con parámetros de comparación, pero además para establecer las tendencias para los próximos años. Para lograr esta comparación se tomaran las tendencias historias realizadas en la evaluación de medio término.

11.4.3.3. Estudio de caso; el propósito de este método es la evaluación del proyecto, es examinar como las actividades del proyecto generaron efectos en los beneficiarios. El estudio de casos describirá y definirá a los beneficiarios del programa, examinan sus necesidades y determinan hasta que punto estas fueron satisfechas efectivamente por la intervención.

En el procedimiento, los evaluadores deberán conocer qué piensan los beneficiarios, y cuáles son sus percepciones acerca de sus necesidades y el impacto del proyecto. Con este propósito, el estudio de caso utilizará varias técnicas de recolección de información.

Para recopilar la información se utilizarán 2 instrumentos de recolección de la información: entrevistas y revisión de documentos.

- **Entrevistas de profundidad:** Las entrevistas de profundidad implicará hacer preguntas, escuchar y registrar las respuestas y posteriormente, hacer otras preguntas que aclaren o amplíen un tema en particular. Para elegir a los beneficiarios sujeto de entrevista se realizará a través de un procedimiento de muestreo probabilístico; y para la elección de actores sociales a entrevistar se realizará a través de un muestreo no probabilístico.
- **Revisión de documentos:** Consiste en la recopilación y análisis de material documental generado por el proyecto como: Salas situacionales y cohortes de tuberculosis, actividades del modelo de información comunitaria, mensajes de comunicación divulgados, sintomáticos respiratorios referidos al Centro de Salud por la red de ONG's y OG's. Medios de comunicación alternativos utilizados, grupos capacitados, actividades realizadas por los grupos, mensajes educativos distribuidos en la zona 6. Para esto la matriz debe contener aspectos cualitativos y cuantitativos. Se consultará informes de término medio y los medios de verificación definidos en la matriz del marco lógico.

11.4.4. Instrumentos

- **Entrevista de profundidad:** Se propone las siguientes guías de entrevista de profundidad, las cuales pueden ser modificadas por los responsables de esta actividad.

Guía de entrevista a beneficiarios del proyecto

Lugar y fecha: _____

Período en el cual fue beneficiario del proyecto _____

Dirección de domicilio _____

1. Lugar donde fue diagnosticada la tuberculosis.
2. Si no fue diagnosticada en el Centro de Salud, indagar las causas.
3. Qué aspectos de la tuberculosis conoce
4. Conoce medidas de prevención
5. A través de que medios recibió la información y relacionar si fue por algunos de los medios del proyecto.
6. Plan educacional que recibió el beneficiario y su familia.
7. Opinión de los servicios del Centro de Salud en los siguientes aspectos:
horario de atención, la calidad de atención que recibió
8. Problemas que afrontó en el diagnóstico y tratamiento
9. Recomendaciones

Guía de entrevista a actores sociales del proyecto

Lugar y fecha: _____

Período en el cual participó en el proyecto _____

Grupo o institución que representa: _____

1. Actividades en las que participó.
2. Se realizaron todas las actividades planificadas,
3. Las actividades respondieron a las necesidades de los beneficiarios del proyecto.
4. Otras actividades que pudieron haberse realizado a un menor o igual costo.
5. Existieron recursos oportunamente para realizar las actividades de proyecto.
6. Problemas que identificó en la ejecución del proyecto.
7. Recomendaciones

El estudio de casos describirá y definirá a los beneficiarios del programa, examinan sus necesidades y determinan hasta que punto éstas fueron satisfechas efectivamente por la intervención.

En el procedimiento, los evaluadores deberán conocer qué piensan los beneficiarios, y cuáles son sus percepciones acerca de sus necesidades y el impacto del proyecto. Con este propósito, el estudio de caso utilizará varias técnicas de recolección de información.

- Revisión de documentos

CUADRO Nº 29

Instrumento para la revisión de documentos en la evaluación ex post

| Nº | Documento | Número de actividades planificadas y ejecutadas | | | Comentario |
|----|--|---|------|------|------------|
| | | 2009 | 2010 | 2011 | |
| 1 | Nº de Salas situacionales y cohortes de tuberculosis realizadas | 3 | 3 | 3 | |
| 2 | Nº de actividades del modelo de información comunitaria | 3 | 3 | 3 | |
| 3 | Nº de mensajes de comunicación divulgados | 3 | 3 | 3 | |
| 4 | Nº de sintomáticos respiratorios referidos al Centro de Salud por la red de ONG's y OG's | 240 | 240 | 240 | |
| 5 | Nº de Medios de comunicación alternativos utilizados | 12 | 12 | 12 | |
| 6 | Número de grupos capacitados | 12 | 12 | 12 | |
| 7 | Número actividades realizadas por los grupos en sus comunidades | 12 | 12 | 12 | |
| 8 | Número de mensajes educativos distribuidos en la zona 6 | 6 | 6 | 6 | |
| 9 | TOTALES | 291 | 291 | 291 | |

Fuente: Elaboración propia de indicadores en base a contenidos de la matriz del marco lógico

CUADRO N° 30

Contenido de la evaluación Ex post

| Actividad | Participantes | Método | Responsable | Lugar | Tiempo |
|------------------------------------|---|---|---|------------------------|-----------------------|
| Análisis de la situación de salud | Actores sociales de la zona 6, representantes de los grupos organizados, equipo técnico del Centro de Salud, representantes del Área de Salud Guatemala Central, representantes del Programa Nacional de Tuberculosis | Sala Situacional | Equipo técnico de Salud | Centro de Salud zona 6 | Primer trimestre 2012 |
| Elaboración de curvas de tendencia | Equipo técnico del Centro de Salud | Tendencia histórica y serie cronológica | Equipo técnico de salud y estadística | Centro de Salud zona 6 | Primer trimestre 2012 |
| Evaluación de impacto | Beneficiarios del proyecto, actores sociales participantes en el proyecto | Estudio de caso | Equipo técnico del Centro de Salud, representante del Área de Salud Guatemala Central y del Programa Nacional de Tuberculosis | Zona 6 | Cuarto trimestre 2012 |

Fuente: elaboración propia

11.5. MONITOREO

11.5.1. Objetivo

Analizar el grado de avance y correspondencia entre lo ejecutado y lo planificado para la tomar decisiones oportunas.

11.5.2. Contenido

- Actividades
- Cronograma
- Cobertura
- BRES (balance de requisiciones, envíos y saldos de insumos)

11.5.3. Metodología

11.5.3.1. Costo beneficio: se utilizará este método para monitorear el proyecto en cuanto a los costos y los beneficios de algunos de los elementos del proyecto; principalmente en las siguientes actividades:

- La reproducción de mensajes de información
- La reproducción de mensajes para la red de comunicación.
- La difusión de los mensajes a través de la red de comunicación
- La capacitación a los 12 grupos comunitarios.
- La utilización de medios alternativos de comunicación utilizados.

Se considera este método porque proporciona un marco para la vinculación sistemática de los costos y los beneficios y ayudara a los interesados del proyecto a reflexionar sobre los detalles de éste (Centro de Salud de la zona 6, Área de Salud Guatemala Central y el Programa Nacional de Tuberculosis), y ofrecerá una clara visión clara general del funcionamiento del flujo de liquidez del proyecto.

11.5.3.2. Diagrama de Gantt: Se utilizara el gráfico de Gantt ya que contribuirá a programar, coordinar y realizar un seguimiento de determinadas tareas del proyecto. El diagrama se elaborará en papel, para que constituya una parte de la sala situacional física y sea visual para todo el equipo de salud; pero también se elaborará una versión automatizada, que sea útil para la elaboración de informes.

Con el diagrama de Gantt mostrará el tiempo previsto para las diferentes tareas o actividades a lo largo de la duración del proyecto; así como el tiempo real de ejecución, lo que permitirá monitorear las diferencias entre lo planificado y ejecutado; las diferencias que muestre serán objeto de análisis para tomar decisiones oportunas. Adicionalmente aunque el diagrama de Gantt no indica las relaciones existentes entre actividades, la posición de cada tarea a lo largo del tiempo hará que se puedan identificar dichas relaciones e interdependencias.

11.5.3.3. Diario: Para completar el monitoreo, en la parte cualitativa se hará uso del diario, ya que en él se dejará constancia de acontecimientos, hechos, reacciones u opiniones a lo largo del tiempo, tal y como lo vayan registrando la red de actores sociales de la zona 6.

Se considera necesario llevar el diario porque capta detalles que de lo contrario podrían perderse y que pueden explicar el contexto en el que se ha producido un cambio; el diario se enfocará al seguimiento de la cobertura y la calidad de las actividades realizadas.

Se sugiere que se tome en cuenta las siguientes interrogantes:

- ¿Responde el proyecto para quienes fue concebido?
- ¿Llega al grupo meta?
- ¿Es accesible?
- ¿Es aceptado?
- ¿Existen barreras?
- ¿cómo se pueden superar las barreras?

Las anotaciones pueden tomar la forma de documentos escritos, secuencias grabadas en vídeo, fotografías o grabaciones; detalles que el grupo decidirá de acuerdo a sus recursos de contexto.

CUADRO Nº 31
Contenido del Monitoreo del Proyecto

| Actividad | Participantes | Método | Responsable | Lugar | Tiempo |
|--|--|-------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|
| Análisis del costo beneficio | Equipo técnico del Centro de Salud y representante del Área de Salud Guatemala Central y del Programa Nacional de Tuberculosis | Costo beneficio | Equipo técnico de salud | Centro de Salud zona 6 | En el cuarto trimestre de los años 2009, 2010 y 2011 |
| Análisis de tarea / tiempo | Equipo técnico del Centro de Salud | Diagrama de Gantt | Equipo técnico de salud y estadígrafa | Centro de Salud zona 6 | En forma mensual, años: 2009, 2010, 2011 |
| Análisis de cobertura y calidad de las actividades | Red de actores sociales de la zona 6, representantes de los grupos organizados | Diario | Equipo técnico de Salud. | Alcaldía Auxiliar zona 6 | En forma trimestral; años 2009, 2010 y 2011 |

Fuente: elaboración propia

CONCLUSIONES

1. El modelo de atención en salud tiene un enfoque predominantemente curativo, relegando a un segundo plano la prevención de enfermedades, por lo cual la estrategia de información, educación y comunicación tiene una cobertura restringida a grupos específicos; razón por la cual es necesario implementar un proyecto que permita prevenir y controlar la tuberculosis en la zona 6 de la ciudad capital.
2. Al realizar el análisis de la oferta y la demanda del proyecto realizado, se pudo establecer que existe un alto porcentaje de demanda insatisfecha a pesar que los servicios de salud prestan de forma gratuita el diagnóstico y tratamiento para tuberculosis; por lo cual se establece que la mayor deficiencia para llegar a la población meta es la promoción de los servicios que el Centro de Salud brinda a las personas sintomáticas respiratorias y con tuberculosis.
3. En el estudio técnico realizado se establece que el Centro de Salud si tiene capacidad instalada para dar respuesta a la demanda si el proyecto de IEC brindará los resultados esperados, para dar inició al proyecto el Centro de Salud cuenta con equipo y materiales, aunque es necesario aumentar los recursos para cumplir con los productos definidos en la matriz del marco lógico.
4. En el marco legal, no se encontró ninguna restricción que obstaculice la ejecución del proyecto. Contrariamente se encontró que existen leyes guatemaltecas que fundamentan las acciones de salud, Así mismo existen convenios internacionales a los cuales el Estado de Guatemala asumió compromisos para el control de la tuberculosis.
5. En el análisis costo eficiencia del proyecto se compararon 2 alternativas; la situación con proyecto y la situación sin proyecto; el cual al analizar los beneficios económicos y de los impacto en la salud, se concluye que el

proyecto es beneficioso ejecutarlo, aunque hay una inversión inicial que realizar el costo por beneficiario es menor si se elabora el proyecto.

6. Al ejecutarse el proyecto, el impacto favorecerá a la población de la zona 6, ya que permitirá prevenir y controlar la tuberculosis; y como segunda beneficio se involucrara de forma sostenida a los actores sociales a nivel local en la solución de los problemas de salud.

RECOMENDACIONES

1. Implementar el proyecto de información, educación y comunicación diseñado para prevenir la tuberculosis en la población vulnerable de la zona 6 de la ciudad capital.
2. Involucrar en la ejecución del proyecto a las autoridades del Área de Salud Guatemala Central y al Programa Nacional de Tuberculosis; así como a los actores sociales de la zona 6 de la ciudad capital.
3. Implementar la evaluación y monitoreo propuesto en el proyecto, con la finalidad de perfeccionar el proceso de toma de decisiones, establecer los logros que se alcancen para fortalecer los factores positivos: así como modificar, complementar o eliminar los factores que obstaculicen los objetivos definidos

BIBLIOGRAFIA

Alianza Comunitaria Solución TB PCI E ISESALUD para el control de la tuberculosis

<http://www.soluciontb.org/principal/index.php>

Área de Salud Guatemala Central, Cohorte de tuberculosis del año 2007, Guatemala 2008.

Asociación Latinoamericana del Tórax: Guías Latinoamericanas de Diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis Farmacorresistente.

www.alatorax.org/archivos/guiasTBCfinales.pdf

Buendía, L., Colás, P. y Hernández, F. Métodos de Investigación en Psicopedagogía, editorial McGraw-Hill Madrid 1998.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud

www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf

DE SALVO, María Cristina: La tuberculosis en América Latina, www.ama-ed.org.ar/publicaciones_revistas3.asp

Dr. Luis Porta – Universidad Nacional de Mar del Plata. Mag. Miriam Silva – Universidad Nacional de la Patagonia Austral: La investigación cualitativa: El análisis del contenido en la investigación educativa.

<http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf>

Guía metodológica en IEC – tuberculosis para la formación de agentes comunitarios, Lima – Perú, hecho al deposito legal B.N.P. 1501012001-0119, enero, 2001. http://bvs.minsa.gob.pe/archivos/PSNB/67_guiametiec.pdf

Instituto Politécnico Nacional: Metodología para el análisis FODA, México, marzo 2002. http://www.uventas.com/ebooks/Analisis_Foda.pdf

LA TUBERCULOSIS UN PROBLEMA SOCIAL

<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEyIFyukEAgcvXFOyn.php>

MAZARIEGOS FRANCO, Carmen: Sistema de Atención Integral en Salud
<http://cmazariegos.files.wordpress.com/2008/05/sistema-integral-de-atencion-en-salud-clase-2007.ppt>

M. C. Bermejo, I. Clavera, F. J. Michel de la Rosa, B. Marín, Epidemiología de la tuberculosis Volumen 30, Suplemento 2, 2007
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol30/sup2/suple2a.html>

Ministerio de Salud: Campaña en los Hospitales, Centros y Puestos de Salud, Perú, año 2006.
<http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/2006/03tbc/Archivos/InstructivoTB>

Ministerio de Salud: Guía metodológica en IEC – tuberculosis para la formación de agentes comunitarios, s.n.t. Perú, enero 2001, 290 págs.

Ministerio de Salud Pública y A.S.; Manual de Referencia para la aplicación de las normas de atención del segundo nivel, s.n. Guatemala, noviembre 2004. s.p.

Ministerio de Salud Pública y A.S.: Manual de Técnicas y procedimientos de bacteriología de la tuberculosis, segunda edición, editor Carlos H. Paniagua, Guatemala, 2001, 63 págs.

Ministerio de Salud Pública y A.S. Metodología para la participación comunitaria en el Primer Nivel de Atención de los Servicios de Salud, s.n.t. Guatemala, 2002. 76 Págs.

Ministerio de Salud Pública y A.S.: Normas de Atención, s.n.t. diciembre, Guatemala, 1997

Ministerio de Salud Pública y A.S.: Por qué es prioritario fortalecer el Presupuesto del Ministerio de Salud, Guatemala, septiembre 2008.

Ministerio de Salud Pública y A.S.: Protocolos de vigilancia Epidemiológica, s.n.t. Guatemala, 2003.

Ministerio de Salud: Red interactiva de Servicios de Salud, Guatemala, 2007
http://www.mspas.gob.gt/menu/red_de_servicios/RISSvRM02.html

México, Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud: Modelo Operativo de Promoción de la Salud 2001-2006.

Objetivos de desarrollo del Milenio, informe de la ONU 2008.
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2008_SPANISH.pdf

Organización Mundial de la Salud: Glosario de Promoción de la Salud, 1998.
http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf

Organización Panamericana de la Salud: Manual para el Diagnóstico Bacteriológico de la Tuberculosis, 2008.
www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-labs-baciloscopia.pdf

Organización Panamericana de la Salud: Perfil de los sistemas de salud, Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma, Tercera Edición Febrero, 2007.

PAPPA SANTOS, Obdulio: Metodología de Investigación: aproximaciones al estudio de lo social, Guatemala, SERVITEC-OPS, 2007, 162 Págs.

Portales medicos.com/
<http://www.fundadesc.org/archivo/sesentaycuatro/debate.htm>

PRENSA LIBRE Guatemala, viernes 13 de abril de 2007
www.prensalibre.com/pl/2007/abril/13/168139.html

Revista Cubana de Medicina General Integral, ISSN 0864-2125 versión on-line, marzo – abril 1999

Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; Guía para la implementación y expansión de la estrategia DOTS/TAES, año 2007.
www.ariatd.org/pdf/guiaenfermeria_Final_2007.pdf

Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias: manejo de la tuberculosis, quinta edición, impreso en Francia, Edición J. Caminero, 2000, 97 págs.

<http://www.cheesehosting.com/saludinfantil/definicion+salud.htm>

<http://www.fhumyar.unr.edu.ar/escuelas/3/materiales%20de%20catedras/trabajo%20de%20campo/profesoras.htm>

<http://investigacionparalacreacion.espacioblog.com/post/2007/03/30/la-tecnica-grupos-focales-aen-consiste-como-se-aplica->

<http://www.mistareas.com.ve/Analisis-de-contenido.htm>

<http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html>

<http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/aids.shtml>

<http://www.slideshare.net/josgasan/estrategia-iec>

ANEXOS

| CUADRO PARA PRIORIZACION DEL PROYECTO | OP. 1* | | OP. 2** | | OP. 3*** | |
|---|--------|----|---------|----|----------|----|
| | SI | NO | SI | NO | SI | NO |
| ¿El proyecto se enmarca dentro de las políticas del Ministerio de Salud Pública? | | | | | | |
| ¿El proyecto puede tener la aprobación del Área de Salud Guatemala Central? | | | | | | |
| ¿Tendrá prioridad dentro de los proyectos del Programa Nacional de Tuberculosis? | | | | | | |
| ¿Se mantendrá el proyecto si hay cambios en las autoridades del Área de Salud Guatemala Central? | | | | | | |
| ¿Se mantendrá el proyecto si hay cambios en las autoridades del Programa Nacional de Tuberculosis? | | | | | | |
| ¿Cuenta el equipo técnico del Centro de Salud experiencia en la administración de recursos humanos y físicos? | | | | | | |
| ¿Cuenta con algunos recursos humanos, físicos y financieros propios para la ejecución de proyectos? | | | | | | |
| ¿Podrá el equipo técnico del Centro de Salud coordinar con otras organizaciones la ejecución del proyecto? | | | | | | |
| ¿Se incluyeron los insumos necesarios para la ejecución del proyecto? | | | | | | |
| ¿Las y los beneficiarios aceptan el proyecto? | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|----|---|----|---|
| ¿Está preparado el personal del Centro de Salud para el proyecto? | | | | | | |
| ¿El proyecto tiene una sustentación legal para llevarlo a cabo? | | | | | | |
| ¿El proyecto cuenta con un plan de sostenibilidad? | | | | | | |
| | 6 | 7 | 12 | 1 | 12 | 1 |

* **OPCION 1:** Proyecto de Reorganización del personal del Centro de Salud para participar en actividades de IEC.

** **OPCION 2:** Proyecto para implementar un modelo de atención para prevenir la tuberculosis.

*** **OPCION 3:** Proyecto para implementar la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Tuberculosis para identificar a personas sintomáticas respiratorias.

Como se observa las opciones 2 y 3 obtienen el mismo puntaje, pero se elige la opción 3, debido a que este proyecto está dirigido a la prevención y control de la tuberculosis; mientras que el proyecto de la opción 2 está dirigido únicamente a la prevención.

Si bien es cierto que es necesario contar con un modelo de salud con atención preventiva, éste debe estar acompañado de medidas de control mientras los daños a la salud persistan, hasta invertir el modelo curativo versus el preventivo.

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: PERSONAL VOLUNTARIO

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|--|---|--|
| Integrado por mujeres | Motivar para realizar diferentes roles | Comunicación con su familia y vecinos | Brindar plan educacional a su familia y vecinos |
| Trabajo voluntario en las comunidades | Dotar de insumos necesarios para realizar su trabajo | Trabajan sin recibir un salario | Participar en medios de comunicación alternativo para llevar a cabo mensajes de educación en salud |
| Participan en identificar a personas sintomáticas respiratorias | Capacitar sobre tuberculosis | Conocen a la población de sus comunidades | Educar a la población Identificar a las personas sintomáticas respiratorias |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: GRUPOS COMUNITARIOS ORGANIZADOS

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|--|--|--|--|
| No han participado en detección de personas sintomáticas respiratorias | Capacitar sobre el control y prevención de la tuberculosis | Trabajo directo en las comunidades | Identificar y referir al Centro de Salud a las personas sintomáticas respiratorias. |
| Se comunican con los pobladores de las comunidades | Capacitar sobre medios alternativos de comunicación | Personas reconocidas por las comunidades | Transmitir mensajes sobre el control y prevención de la tuberculosis a las comunidades |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|--|--|--|--|
| No se han involucrado en el programa de tuberculosis | Capacitar en el control y prevención de la tuberculosis | Personal especializado para detectar personas sintomáticas respiratorias | Identificar y referir al Centro de Salud a las personas sintomáticas respiratorias |
| Prestan servicios a población de la zona 6 | Incluir dentro de sus servicios actividades de IEC | Personal especializado para realizar actividades de IEC | Realizar actividades de IEC como parte de sus servicios |
| Organizaciones dedicadas a la salud | Capacitar sobre las normas de atención en tuberculosis | Ser organizaciones que participan en pesquisa baciloscópica | Instituciones receptoras de muestras para baciloscopias |
| No realizan trabajo en forma coordinada | Formar una red de instituciones para coordinar actividades de salud en la zona 6 | Convertirse en una red de organizaciones que aportan recursos para realizar actividades de IEC | Realizar en forma coordinada actividades de IEC a la población meta de sus programas |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: ESCUELAS DE EDUCACION PRIMARIA

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|---|--|
| Atiende a niños y niñas de la zona 6 | Conocer la vulnerabilidad de los niños y niñas de contraer la enfermedad por un adulto | Identificar a los niños y niñas que pueden ser sospechosos de conocer la enfermedad | Referir al Centro de Salud a los niños y niñas |
| Participan en el Programa de escuelas saludables | Capacitar a los alumnos y alumnas en el tema de tuberculosis | Los alumnos y alumnas son promotores de salud en su escuela y familia | Transmiten conocimientos sobre salud a su familia, en el control y prevención de la tuberculosis |
| Tienen contacto directo con padres y madres de familia | Informar a los padres y madres de familia sobre el control y prevención de la tuberculosis | Convertirse en centros de información de los cuidados de la salud | Transmitir por medios alternos mensajes que favorecen el autocuidado de la salud. |
| Los maestros y maestras tienen organizada la comisión de salud dentro de la escuela | Capacitar a los maestros y maestras en la red de organizaciones en el tema de tuberculosis, | Integrantes claves en la red de instituciones dedicadas a la salud en la zona 6 | Integrantes de la red que promueven dentro de la comunidad escolar actividades de prevención de la tuberculosis. |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: POBLACION DE LA ZONA 6

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|--|--|
| Desconocen los servicios que brinda el Centro de Salud | Informar acerca de los servicios que brinda el Centro de Salud | Capacidad de ser personas multiplicadoras de información de sus familias y vecinos | Asistir al Centro de Salud cuando identifiquen que pueden tener tuberculosis |
| No tienen interés en el autocuidado de su salud | Motivar en el autocuidado de su salud | Incentivar a la población a cuidar su salud | Practicar medidas de prevención para no enfermar de tuberculosis |
| Conocen poco acerca de la tuberculosis | Obtener conocimientos de tuberculosis | Ser educadores dentro de su entorno familiar | Transmitir conocimientos de salud a su familia |
| Personas en condiciones de pobreza o pobreza extrema en riesgo de contraer tuberculosis | Informa a la población sobre las medidas de prevención de la tuberculosis | Personas adoptan medidas para prevenir la tuberculosis | |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: PERSONAS SINTOMATICAS RESPIRATORIAS

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|--|---|--|
| Desconocen las características de un sintomático respiratorio | Información sobre las características de un sintomático respiratorio | Ser vigilante de la salud de su salud y la de su familia | Asistir al Centro de Salud a realizarse sus 3 pruebas de baciloscopia |
| No conocen los servicios que brinda el Centro de Salud | Información acerca de los servicios que brinda el Centro de Salud | Convertirse en un informante de los servicios que brinda el Centro de Salud | Asistir al Centro de Salud e informar a otras personas de los servicios que se brindan en el Centro de Salud |
| Desconocen que son sospechosos de padecer tuberculosis | Información sobre los riesgos de ser un sintomático respiratorio | Si son confirmados en su diagnóstico de tuberculosis, recibir el tratamiento. | Interrumpir la cadena de transmisión de la enfermedad |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: PERSONAS CON TUBERCULOSIS

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|--|--|---|
| No sospechan que padecen la enfermedad | Recibir educación en salud sobre los síntomas y signos de la tuberculosis, así como de las formas de transmisión | Identificar que su familia está en riesgo de contraer la enfermedad | Llevar a los integrantes de su familia al Centro de Salud para su diagnóstico y/o tratamiento |
| No conocen acerca de la tuberculosis | Recibir información sobre la tuberculosis | Convertirse en sujetos multiplicadores de conocimientos a su familia | Educar a su familia en aspectos relevantes de la enfermedad |
| Asisten a un hospital para el diagnóstico de tuberculosis | Conocer los servicios que brinda el Centro de Salud | Convertirse en informante clave de los servicios que brinda el Centro de Salud | Asistir al Centro de Salud para su diagnóstico y tratamiento |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

EQUIPO TECNICO DEL CENTRO DE SALUD

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|--|--|---|--|
| Conocen y aplican normas de atención de tuberculosis | Actualizar los conocimientos de las normas de atención de tuberculosis | Grupo de facilitadores en procesos de capacitación de tuberculosis | Capacitar a personal voluntario, grupos organizados de la comunidad y a la red de instituciones en el tema de tuberculosis |
| Disposición para planificar, ejecutar, monitorear y evaluar proyectos de salud | Actualizar conocimientos en el proceso de ejecución, monitoreo y evaluación de proyectos | Aporte de diferentes disciplinas a la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto de IEC en tuberculosis | Ejecutor del proyecto de IEC en tuberculosis. Coordinador de la red de organizaciones que participan en salud. |
| Experiencia en gestión de recursos a nivel local. | Organizar estrategias para obtener recursos que contribuyan al proyecto de IEC en tuberculosis | Grupo organizado para gestionar recursos para llevar a cabo el proyecto de IEC en tuberculosis | Grupo que facilita y administra los recursos para el proyecto de IEC en tuberculosis. |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: PERSONAL DEL CENTRO DE SALUD

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|--|--|--|---|
| Capacitado para identificar personas sintomáticas respiratorias | Actualizar conocimientos sobre las normas de atención en tuberculosis | Personas idóneas para realizar pesquisa baciloscópica | Identificar a las personas sintomáticas respiratorias |
| Personal con carga de trabajo por la cantidad de programas simultáneos a trabajar. | Organizar las actividades tomando en cuenta: número de programas, tiempo, recursos y número de personal disponible | Convertirse en personal competente para ejecutar los programas de salud, | |
| Personas desmotivadas. | Brindar incentivos al personal, | Personas que trabajan proactivamente. | |
| No les gusta involucrarse en actividades de IEC | Motivar y capacitar al personal sobre estrategias de IEC | Capacidad para ejecutar actividades de IEC dentro y fuera del Centro de Salud, | Participar en actividades del proyecto de IEC |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

CONSULTORIOS MEDICOS PRIVADOS

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|---|--|
| No coordinan actividades con el Centro de Salud. | Establecer coordinación con el Centro de Salud | Trabajo conjunto entre consultorios médicos privados y Centro de Salud | Ninguna |
| No cuentan con servicios para atender a las personas con tuberculosis | Establecer referencia de los consultorios médicos privados al Centro de Salud | Identificar y referir a personas sintomáticas respiratorias al Centro de Salud | Ninguna |
| No se rigen de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud | Capacitar sobre normas de atención en salud del Ministerio de Salud | Atender pacientes de acuerdo a las normas de atención del Ministerio de Salud | Ninguna |
| Los servicios que brindan no son gratuitos | Identificar a las personas sintomáticas respiratorias | Centros para identificar y referir al Centro de Salud a las personas sintomáticas respiratorias | Ninguna |

ANÁLISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: MEDIOS DE COMUNICACIÓN MASIVO

| CARACTERÍSTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|--|---|--|
| Servicios de costos elevados | Voluntad política de invertir en educación en salud a través de los medios de comunicación masiva. | Población con información continua y constante | Ninguna |
| Cobertura de servicio a nivel masivo | Brindar a la población mensajes de educación en salud | Influir positivamente en la población vulnerable a padecer tuberculosis | Ninguna |
| Diversidad de medios para transmitir mensajes | Voluntad política de invertir en educación en salud a través de los medios de comunicación masiva. | Recepción de mensajes a través de diferentes medios sensoriales | Ninguna |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: AREA DE SALUD GUATEMALA CENTRAL

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|--|--|
| Proveedor de insumos para realizar actividades de los programas y proyectos de salud. | Entrega de insumos en forma oportuna al Centro de Salud | Disposición de insumos para realizar proyecto | Proveedor |
| Nivel con funciones de monitoreo y evaluación de los programas de salud | Monitoreo y evaluación del proyecto de IEC | Procesos de monitoreo y evaluación retroalimentan proyecto de IEC | Monitoreo y evaluación de Proyecto |
| Intermediario entre el Programa Nacional de Tuberculosis y el Centro de Salud | Gestión financiera y administrativa para proyecto de IEC en la zona 6 | Ejecución presupuestaria en forma eficaz y eficiente | Mediador |
| Nivel con toma de decisiones para ejecutar proyectos a nivel local | Tomar en cuenta la propuesta del proyecto de IEC en tuberculosis | Identificarse con el proyecto, considerarlo como un proyecto piloto. | Aprobación del proyecto |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: PROGRAMA NACIONAL DE TUBERCULOSIS

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|--|--|
| Nivel normativo del Ministerio de Salud | Considerar que el proyecto responde a las normas nacionales de tuberculosis | Estrategia de IEC en tuberculosis promueve un modelo de atención preventivo | |
| Financiador de las actividades de tuberculosis | Incluir dentro del presupuesto 2009, la ejecución del proyecto de IEC en tuberculosis | El Programa Nacional de Tuberculosis cuenta con el apoyo del Fondo Global para fortalecer proyectos que favorezcan el control y la prevención de la tuberculosis | Financiar el Proyecto de IEC en tuberculosis |
| Nivel con toma de decisiones para ejecutar proyectos a nivel del Área de Salud. | El Área de Salud Guatemala Central propone y gestiona la aprobación del proyecto | Aprobar el proyecto para el año 2009 | Aprobación del proyecto |

ANALISIS DE PARTICIPANTES

PARTICIPANTE: INDUSTRIA Y COMERCIO

| CARACTERISTICAS | NECESIDADES | POTENCIALIDADES | FUNCIONES (En relación al proyecto) |
|---|---|--|---|
| Apoyo potencial a actividades del Centro de Salud. | Disponer de directorio de la industria y comercio que pueden apoyar el proyecto de IEC en tuberculosis. | Industria y comercio apoyando el proyecto de IEC | Cofinanciador del proyecto de IEC |
| Procedimientos para aprobación de recursos viables de realizar. | Definir los procesos de solicitud, trámite y aprobación de recursos de los potenciales patrocinadores. | El equipo técnico del Centro de Salud involucrado en las solicitudes, trámites y procedimientos para gestionar recursos. | Proveedor de insumos de forma oportuna. |