

CONSULTORÍA
Evaluación cualitativa de
las poblaciones clave,
barreras de género y el
contexto legal
relacionado a
Tuberculosis en 11 países
de Latinoamérica y el
Caribe, 2022.
PERÚ

Contenido

Contenido	2
Relación de cuadros	5
Relación de ilustraciones.....	6
Siglas y abreviaturas.....	7
1. ANTECEDENTES	9
2. INTRODUCCIÓN	10
3. SITUACIÓN DE LA TB EN EL PAÍS	11
3.1 Situación actual de la TB	11
3.2 Evolución de la TB en los últimos años	22
3.3 Poblaciones claves de TB.....	27
4. MARCO TEÓRICO.....	30
4.1 Bases teóricas.....	30
4.2 Definiciones conceptuales.....	32
4.2.1. Género.....	32
4.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB.....	32
4.2.3. Poblaciones clave y vulnerables.....	33
4.2.4. Acceso a la Salud Pública.....	33
4.2.5. Derecho a una atención integral de salud	33
5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	34
5.1 Objetivo general.....	34
5.2 Objetivos específicos.....	34
6. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE TRABAJO DE CAMPO	34
6.1 Tipo de investigación	34
6.2 Sujeto de estudio.....	34
6.3 Descripción de la técnica de recolección de datos.....	36
6.3.1. Entrevistas en profundidad a personas afectados por la TB:	36
6.3.2. Entrevista a profundidad con informante clave:	36
6.3.3. Grupos focales:.....	36
6.4 Taller de priorización de poblaciones clave más vulnerables y marginadas.....	36
6.5 Grupos focales de poblaciones clave de TB.	39
6.6 Grupos focales de barrera de género.....	40

6.7	Entrevistas a profundidad sobre barrera de género	41
6.8	Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB.	42
7.	RESULTADOS	43
7.1	Poblaciones clave en TB	43
7.1.1.	Poblaciones clave identificadas.	43
7.1.2.	Poblaciones clave priorizadas	46
7.1.3	Categorización de poblaciones clave priorizadas	47
7.1.3.1.	<i>Población clave: Personas viviendo con VIH</i>	47
7.1.3.2.	<i>Población clave: Migrantes</i>	60
7.1.3.3.	<i>Población clave: Personas privadas de la libertad (PPL)</i>	72
7.1.3.4.	<i>Población clave: Pobres Urbanos</i>	84
7.1.3.5.	<i>Población clave: Población indígena</i>	97
7.2	Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB.	110
7.2.1.	Entrevistas	110
7.2.1.1.	<i>Comprensión y experiencia de la TB</i>	110
7.2.1.2.	<i>Detalles sobre el último episodio de enfermedad.</i>	114
7.2.1.3.	<i>Descripción del estigma y sus influencias</i>	120
7.2.1.4.	<i>Barreras y facilitadores en el camino de la TB</i>	122
7.2.1.5.	<i>Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB</i>	134
7.2.1.6.	<i>Compromiso y participación significativos</i>	136
7.2.2.	Grupos focales.	137
7.2.2.1.	<i>Roles de hombres, mujeres y transgénero</i>	138
7.2.2.2.	<i>Barreras de Género</i>	141
7.2.2.3.	<i>Género y apoyo al Diagnóstico y tratamiento.</i>	143
7.3	Exploración e Identificación del contexto legal de TB	145
7.3.1.	Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables	145
7.3.1.1.	<i>Población clave 1: Personas que viven con VIH</i>	145
7.3.1.2.	<i>Población clave 2: Migrantes</i>	151
7.3.1.3.	<i>Población clave 3: Personas Privadas de la Libertad (PPL)</i>	153
7.3.1.4.	<i>Población clave 4: Pobres Urbanos</i>	159
7.3.1.5.	<i>Población clave 5: Población indígena</i>	163
7.3.2.	Entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB	166

7.3.2.1. Acceso a la justicia del ciudadano promedio	166
7.3.2.2. Leyes o políticas que protegen o discriminan a las personas afectadas por TB.....	167
7.3.2.3. Políticas o sistemas para rastrear o responder a las violaciones de los DDHH.....	170
7.3.2.4. Participación e inclusión de las personas afectadas de TB en la respuesta a la TB	171
7.3.2.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de las PAT.....	172
7.3.2.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos	173
7.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género.....	173
7.3.3.1. Leyes o políticas que impactan la igualdad de género.	173
7.3.3.2. Sistemas para gestionar casos de género.	174
7.3.3.3. Enfoque de género en las leyes o políticas relacionadas a TB. ..	175
7.3.3.4. Sistema o proceso para apoyar la equidad/igualdad de genero	175
8. CONCLUSIONES	176
8.1. Sobre poblaciones clave.....	176
8.2. Sobre Género	180
8.3. Sobre el Contexto Legal relacionado a la TB	181
9. RECOMENDACIONES	184
9.1. Sobre Poblaciones clave	184
9.2. Género.....	185
9.3. Sobre Contexto Legal relacionado a la TB.....	186
10. BIBLIOGRAFÍA	188
11. ANEXOS	189
Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio.....	190
Anexo 2: Resumen de normas legales relacionadas a TB.	191
Anexo 3: Programa del Taller de priorización de poblaciones clave en Tuberculosis.	196
Anexo 4: Matriz de calificación de poblaciones clave en Tuberculosis.	197

Relación de cuadros

CUADRO N° 1: PARTICIPANTES DEL TALLER DE PRIORIZACIÓN DE POBLACIONES CLAVE DE TB.	38
CUADRO N° 2: PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES DE POBLACIONES CLAVE - TB.	40
CUADRO N° 3: PARTICIPANTES EN GRUPOS FOCALES DE BARRERA DE GÉNERO - TB.	41
CUADRO N° 4: PARTICIPANTES EN ENTREVISTA SOBRE BARRERA DE GÉNERO - TB.	42
CUADRO N° 5: PARTICIPANTES EN ENTREVISTA SOBRE CONTEXTO LEGAL - TB.	43
CUADRO N° 6: POBLACIONES CLAVE IDENTIFICADAS.	44
CUADRO N° 7: POBLACIONES CLAVE PRIORIZADAS.	46
CUADRO N° 8: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE TB/VIH EN EL CAMINO DE LA TB.	54
CUADRO N° 9: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE TB/VIH.	59
CUADRO N° 10: DESAFÍOS QUE ENFRENTA DE LA POBLACIÓN CLAVE MIGRANTES EN EL CAMINO DE LA TB.	67
CUADRO N° 11: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE DE MIGRANTES.	70
CUADRO N° 12: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE PPL EN EL CAMINO DE LA TB.	78
CUADRO N° 13: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE PPL.	83
CUADRO N° 14: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN CLAVE POBRES URBANOS EN EL CAMINO DE LA TB.	91
CUADRO N° 15: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE POBRES URBANOS.	96
CUADRO N° 16: DESAFÍOS QUE ENFRENTA LA POBLACIÓN INDÍGENA EN EL CAMINO DE LA TB.	105
CUADRO N° 17: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN CLAVE INDÍGENA.	109
CUADRO N° 18: DESAFÍOS QUE ENFRENTA EN EL CAMINO DE LA TB.	128
CUADRO N° 19: APOYO EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD.	133

Relación de ilustraciones

ILUSTRACIÓN 1: INCIDENCIA DE CASOS DE TUBERCULOSIS POR DEPARTAMENTO. PERÚ 2021	13
ILUSTRACIÓN 2: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB POR GÉNERO. PERÚ. 2021	14
ILUSTRACIÓN 3: DISTRIBUCIÓN DE CASOS DE TB SEGÚN ETAPAS DE VIDA. PERÚ 2021	14
ILUSTRACIÓN 4: TASA DE MORBILIDAD, INCIDENCIA TB, INCIDENCIA FP TB – PERÚ 2020-2021	15
ILUSTRACIÓN 5: PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS PERÚ 2020-2021	16
ILUSTRACIÓN 6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE CASOS DE TB SEGÚN SUBSECTOR DE SALUD PERÚ 2021	16
ILUSTRACIÓN 7: TASA DE FALLECIDOS EN TRATAMIENTO TB POR REGIONES PERÚ 2021	17
ILUSTRACIÓN 8: TOTAL DE CASOS TB MDR+RR CONFIRMADOS POR DIRIS/DIRESA/GERESA. PERÚ 2021	17
ILUSTRACIÓN 9: COBERTURA DE TAMIZAJE DE VIH EN PAT Y PORCENTAJE DE PERSONAS CON TB/VIH. PERÚ 2020-2021	18
ILUSTRACIÓN 10: COBERTURA DE TAMIZAJE DE DM EN PAT Y PORCENTAJE DE PERSONAS CON TB/DM. PERÚ 2020-2021	19
ILUSTRACIÓN 11: NOTIFICACIÓN DE CASOS DE TB. INPE. 2020-2021	20
ILUSTRACIÓN 12: NÚMERO DE CASOS DE TUBERCULOSIS EN TRABAJADORES DE SALUD MINSA, NO MINSA. PERÚ 2020-2021	20
ILUSTRACIÓN 13: NÚMERO DE CASOS TB EN POBLACIÓN MIGRANTE. PERÚ 2015-2021	21
ILUSTRACIÓN 14: EVOLUCIÓN DE LOS PRINCIPALES INDICADORES DE TUBERCULOSIS. PERÚ 2006-2021	23
ILUSTRACIÓN 15: DISTRIBUCIÓN DE CASOS TB EN TODAS SUS FORMAS POR ETAPAS DE VIDA. PERÚ 2013 - 2021	23
ILUSTRACIÓN 16: DEFUNCIONES POR TUBERCULOSIS. PERÚ 2006-2020	24
ILUSTRACIÓN 17 : PORCENTAJE DE SR BK (+) PERÚ 2010-2021	25
ILUSTRACIÓN 18: PORCENTAJE DE CONTACTOS EXAMINADOS. PERÚ 2010-2021	26
ILUSTRACIÓN 19: NÚMERO Y COBERTURA DE DETECCIÓN DE CASOS DE TB MDR/RR. PERÚ 2015-2021	27

Siglas y abreviaturas

DIRIS	Direcciones Integradas de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DM	Diabetes Mellitus
DPCTB	Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis
DOTS	Tratamiento Acortado Directamente Supervisado
EESS	Establecimiento de salud
EsSalud	Seguro Social del Perú
FM	Fondo Mundial
GERESA	Gerencia Regional de salud
INPE	Instituto Nacional Penitenciario
LAC	América Latina y el Caribe
MCP	Mecanismo de Coordinación País
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MIDIS	Ministerio de Inclusión y Desarrollo Social
MINJUS	Ministerio de Justicia
MIMP	Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables
MINTRA	Ministerio de Trabajo
MINSA	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica de Salud
OAT	Organización de Afectados por TB
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones no gubernamentales.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAT	Persona afectadas de TB
PANTBC	Programa de Alimentación y Nutrición para el Paciente con Tuberculosis y Familia

PIH	Partners In Health
PPL	Población Privada de Libertad
PNP	Policía Nacional del Perú
PNT	Programas Nacionales de Tuberculosis
PpR	Presupuesto por Resultados
PVV	Persona viviendo con VIH
RM	Resolución Ministerial
SES	Socios en Salud
SIG TB	Sistema de Información Gerencial de Tuberculosis
SIS	Seguro Integral de Salud
TB	Tuberculosis
TB DR	Tuberculosis drogo resistente
TBP FP	Tuberculosis Pulmonar Frotis Positivo
TB XDR	Tuberculosis extremadamente resistente
TB/VIH	Personas con coinfección TB/VIH
TB/DB	Personas con coinfección TB/Diabetes
VIH/SIDA	Virus de inmunodeficiencia adquirida/ Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

1. ANTECEDENTES

El Fondo Mundial (FM) para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (The Global Fund en inglés) fue creado en el 2002. El FM se encarga de financiar proyectos que tienen como objetivo reducir el impacto de cualquiera de estas 3 enfermedades en países priorizados o elegibles para esta subvención.

Partners In Health en alianza con la Coalición de TB de las Américas y con el respaldo de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), Mecanismos de Coordinación País (MCPs), Ministerio de Salud a través de los Programas Nacionales de Tuberculosis (PNT), presentó una solicitud de financiamiento al FM el 03 de agosto del 2018. Partners In Health (PIH), ha sido designado por el Fondo Mundial como receptor principal de la subvención multipaís para la TB en la región de América Latina y el Caribe. El proyecto es denominado: “Promover e implementar el ENGAGE TB a través de la Sociedad Civil para reducir las barreras de acceso a los servicios de TB para poblaciones claves en países de la región de LAC” (OBSERVA TB).

El proyecto OBSERVA TB tiene como componentes principales de intervención, la consolidación del enfoque ENGAGE-TB en LAC para la integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las organizaciones de la sociedad civil (OSC), y la implementación y consolidación de los observatorios sociales de TB. En este marco, se han programado asistencias técnicas nacionales, en los 11 países de intervención del proyecto, con el fin de conocer y evaluar cualitativamente la situación de las poblaciones clave de TB, identificar las barreras de género y el impacto de género en el acceso a los servicios de salud de TB y analizar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos. Para ello, se ha preparado un protocolo estándar denominado; “Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021”.

En este estudio se espera contestar la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las poblaciones claves de la TB y las dimensiones subjetivas de las experiencias, significados, necesidades y expectativas de las personas afectadas por TB y de los actores clave en relación con poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal de TB en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2021?, siendo denominado el estudio; Evaluación cualitativa de las poblaciones clave, barreras de género y el contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de Latinoamérica y el Caribe, 2022. PERÚ.

2. INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, prevenible, curable y con un importante componente social. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹, la incidencia anual de la TB a nivel mundial está disminuyendo lentamente, alrededor de 1,5% desde el año 2000; sin embargo, el número absoluto de casos de TB se viene incrementando. Para el año 2020 la OMS estima que un total de 1,5 millones de personas murieron de tuberculosis (entre ellas 214 000 personas con VIH). En todo el mundo, la tuberculosis es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera por detrás de la COVID-19 (por encima del VIH/Sida); 9,9 millones de personas en todo el mundo: enfermaron de tuberculosis 5,5 millones de hombres, 3,3 millones de mujeres y 1,1 millones de niños. La tuberculosis está presente en todos los países y grupos de edad, enfermaron de tuberculosis 1,1 millones de niños en todo el mundo. A nivel mundial, la incidencia de la tuberculosis está disminuyendo en aproximadamente el 2% anual, y entre 2015 y 2020 la reducción acumulada fue del 11%. Esto supone más de la mitad del camino para lograr el objetivo intermedio de la Estrategia Fin a la Tuberculosis, consistente en alcanzar una reducción del 20% entre 2015 y 2020.

Es importante reconocer que los esfuerzos para terminar con la Tuberculosis en el mundo son aún insuficientes, por las propias características biológicas y sociales de la enfermedad y por la influencia de los determinantes de salud. Así mismo aún existe en el mundo una gran dificultad para la detección oportuna y un tercio de los casos de tuberculosis no son ni diagnosticados ni tratados o no son notificados. Incluso en los pacientes identificados, la tuberculosis a menudo es diagnosticada y tratada tarde. Para identificar y tratar estos casos y para intervenir en una etapa temprana de la enfermedad, es necesario movilizar a un espectro amplio de actores que participan ya en actividades comunitarias: ONG y otras organizaciones de la sociedad civil que actúan en el campo de la atención primaria de la salud, del VIH y de la salud materna y del niño, pero que todavía no han incluido la tuberculosis en sus actividades².

El estigma y la discriminación en la Tuberculosis son importantes componentes sociales que también influye en incrementar las dificultades para mejorar la respuesta social frente a la Tuberculosis, en especial para las poblaciones clave y vulnerables, en nuestro país y en muchos países de la región de las Américas. Las poblaciones clave, experimentan de manera más directa y en mayor dimensión el impacto de diversas enfermedades, por una serie de factores y determinantes sociales que se constituyen en grandes barreras para el acceso a los servicios de salud públicos, con una constante social como el estigma y discriminación, que atenta contra sus derechos humanos y amenaza

¹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

² OMS. ENGAGE-TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC. Recuperable de: <https://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/es/>.

su vida.

Esta evaluación se genera a partir del instrumento técnico de Alto a la Tuberculosis denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CRG) en TB a nivel de Perú, es una herramienta de investigación cualitativa que prioriza las experiencias y la participación de las comunidades afectadas por la TB, incluidas las poblaciones clave y vulnerables de la TB. Las poblaciones clave y vulnerables de TB son grupos con mayor riesgo de TB o que no tienen acceso a los servicios de salud debido a factores biológicos, conductuales, sociales o estructurales. En esta evaluación se destaca la importancia de los derechos humanos, las barreras de género y el marco normativo nacional en la respuesta a la tuberculosis.

En este documento se describe la situación actual y la evolución de la tuberculosis en los últimos años en nuestro país, tanto en población general como en las poblaciones clave. Se detallan los objetivos y la metodología del estudio, así como el trabajo de campo desarrollado, se mostrarán los resultados obtenidos en los talleres, grupos focales y entrevistas a profundidad; a partir del análisis de los resultados se presentará las conclusiones y finalmente las recomendaciones que lleven a fortalecer las políticas nacionales con el reconocimiento y mejora del acceso en el marco de los derechos, género y poblaciones clave en miras de poner fin a la TB.

Acabar con la tuberculosis, exige una respuesta concertada e integral de los actores gubernamentales y no gubernamentales, incluyendo a la sociedad civil y, sobre todo, de los directamente afectados por la TB.

3. SITUACIÓN DE LA TB EN EL PAÍS

3.1 Situación actual de la TB

La tuberculosis es aún un importante problema de salud pública en la Región de las Américas, se estima que el 87% de los casos de TB en las Américas se encuentran en 10 países: Brasil, Perú, México, Haití, Colombia, Venezuela, Argentina, Bolivia, Estados Unidos y Ecuador y más de la mitad de los casos se concentran solo entre Brasil, Perú y México³.

En el Perú, la Ley de Prevención y Control de la TB en el Perú (Ley 30287), declara de interés nacional la lucha contra la TB que afecta predominantemente a los estratos sociales más pobres de las grandes ciudades del país⁴. Según datos de la Dirección de Prevención y Control de la Tuberculosis (DPCTB)⁵, la

³ PAHO. Tuberculosis en las Américas. Informe regional 2019.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52815>

⁴ Ministerio de Salud. Impacto socioeconómico de la Tuberculosis en el Perú 2010: documento técnico [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2012.

⁵ La información del año 2020 se encuentra en:

<http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/DashboardDPCTB/PerfilTB.aspx>, los datos del 2021 son Tomados de la presentación oficial de la DPCTB el 18 de marzo del 2022 en el Taller de Priorización de las poblaciones clave en TB

morbilidad de TB en el 2020 es de 24,581 casos, al 2021 se incrementó a 26,437 casos, se han presentado 21,443 (2020) y 23,139 (2021) casos nuevos de TB, de los cuales 12,740 (2020) y 13,729 (2021) son casos nuevos con frotis positivo, han fallecidos durante el tratamiento 1,276; con respecto a los casos de TB-MDR se incrementó de 1,205 en el 2020 a 1,256 en el 2021, del mismo modo se han incrementado los casos de TB-XDR por PS (Prueba de sensibilidad) de 54 en el 2020 a 82 en el 2021⁶. Las ciudades de Lima y Callao representan el 57.5% del total nacional de casos de TB, el 78.5% de TB-MDR y el 83.0% de casos de TB-XD.

En el 2021 la tasa de incidencia de TB en nuestro país es de 70.1 por 100,000 habitantes, existen regiones que superan la tasa nacional como son: Ucayali 157.4, Madre de Dios 140.3, Loreto 217.0, Callao 117.6, Lima 107.2, Ica 92.2 y Tacna 87.5, en la Tabla N°1 se presentan los indicadores a nivel de regiones al 2020 y además la Tasa de incidencia de TB al 2021 (Tabla N°1, Ilustración N°1)

Tabla N°1: Tasa de Incidencia de Tuberculosis por Región. Perú 2021

Región	Población	Tasa Morbilidad	Tasa Incidencia FP	Casos MDR	Casos XDR	Tasa de Incidencia TB 2020	Tasa de Incidencia TB 2021
Amazonas	426,806	15	9.1	1	0	15	24.0
Ancash	1,180,638	28.9	16.2	9	0	26.1	41.1
Apurímac	430,736	10.4	4.6	0	0	10	16.0
Arequipa	1,497,438	29.5	14	5	1	26.9	42.3
Ayacucho	668,213	20.9	9.7	5	0	20.2	34.3
Cajamarca	1,453,711	9.6	3.9	0	0	8.9	13.0
Callao	1,010,315	75.5	39.3	1205	51	64.1	117.6
Cuzco	1,357,075	23.4	11.4	6	0	22	26.8
Huancavelica	365,317	15.6	5.8	0	0	15.6	17.0
Huánuco	760,267	39.7	20	12	0	35.6	51.6
Ica	975,182	60.8	35.6	19	2	52	92.2
Junín	1,361,467	33.1	19	18	0	30.5	41.5
La Libertad	2,016,771	34.8	22.3	26	1	31.5	54.3
Lambayeque	1,310,785	30.4	17.8	15	0	27.1	47.0
Lima Provincia	1,015,765	65.8	33.3	47	0	33.3	117.2
Lima Metropolitana	9,612,705	87.3	46.5	617	44	76.8	
Loreto	1,027,559	103.3	55.7	20	0	90.3	127.0
Madre de Dios	173,811	109.9	76.5	16	0	104.1	140.3
Moquegua	192,740	52.9	27	0	0	52.9	63.7
Pasco	271,904	17.6	10.3	0	0	16.6	20.0
Piura	2,047,954	15.5	7.2	12	0	14.1	25.2

⁶ Estos datos incluyen todos los sectores: MINSA, ESSALUD, INPE, Sanidad de la Policía, Sanidad Ejército, Sanidad, Sanidad Naval y Sanidad Fuerza Aérea

Región	Población	Tasa Morbilidad	Tasa Incidencia FP	Casos MDR	Casos XDR	Tasa de Incidencia TB 2020	Tasa de Incidencia TB 2021
Puno	1,237,997	20.1	12.1	3	0	18.9	31.3
San Martín	899,648	26.9	13.7	4	0	26.1	36.1
Tacna	370,974	88.7	53.1	10	0	88.7	87.5
Tumbes	251,521	34.2	17.9	2	0	25.8	33.5
Ucayali	589,110	118.5	66	23	0	102.2	157.4

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). 2020

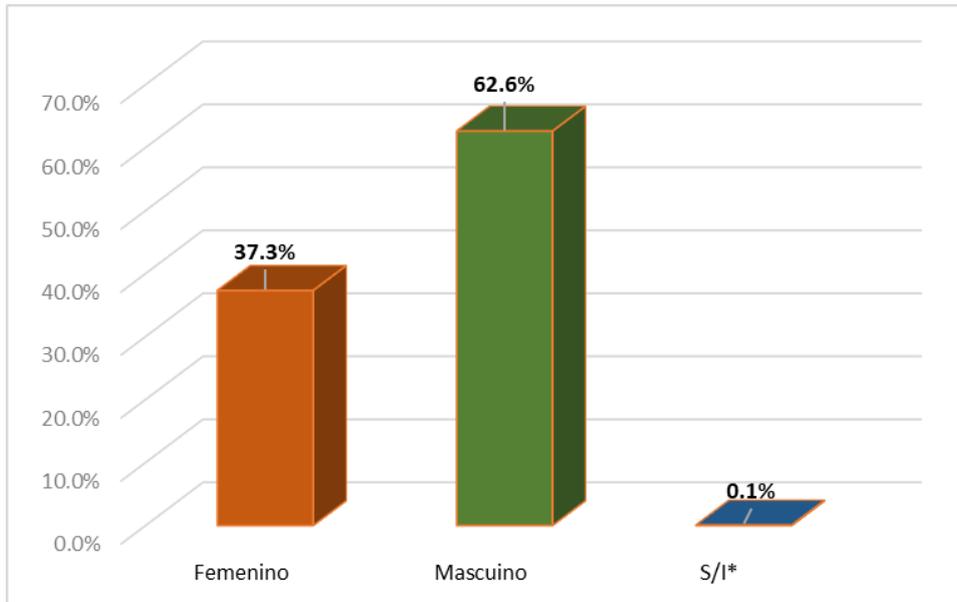
Ilustración 1: Incidencia de casos de Tuberculosis por Departamento. Perú 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

A nivel nacional de los 26437 casos detectados en el 2021, la mayor carga de TB se encuentra en la población masculina con el 62.6% (16556 casos) y la población femenina concentra el 37.3% (9865 casos), existe un 0.1% no identificado. Es importante destacar que existen regiones en las que la proporción de población femenina supera el promedio nacional llegando a más del 40%: Amazonas 46.3% femenino y 53.7% masculino, Pasco 42.6% femenino y 57.4% masculino, Arequipa 42.4% femenino y 57.6% masculino, La Libertad 41.4% femenino y 58.6% masculino, Cusco 40.7% femenino y 59.1% masculino y Apurímac 40.6% femenino y 59.4% masculino.

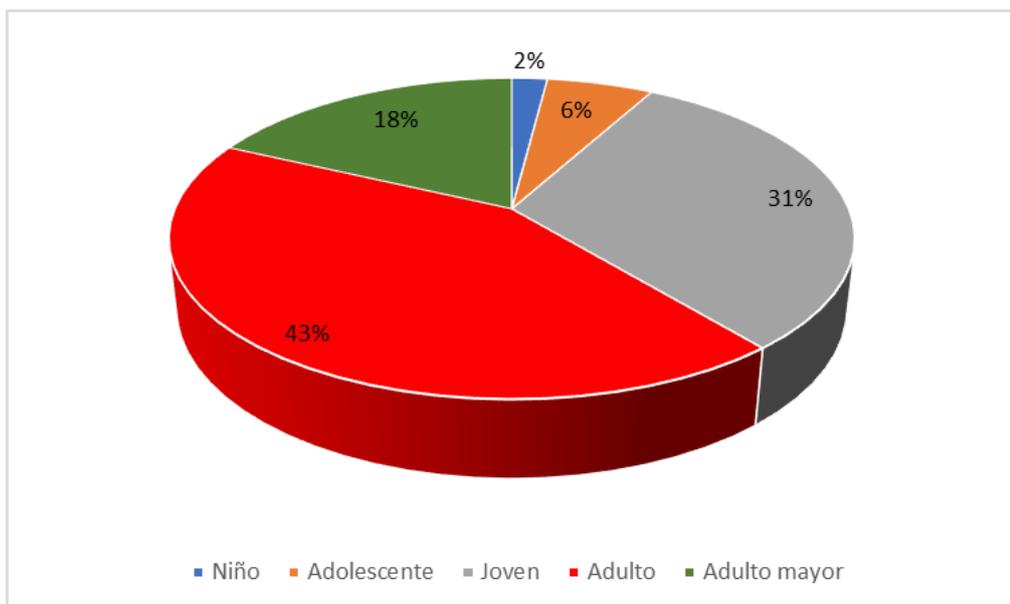
Ilustración 2: Distribución de casos de TB por Género. Perú. 2021



Fuente: MINSA/DGIESP/DPCTB/SIGTB. Año 2021

Teniendo en cuenta las etapas de vida, encontramos una concentración significativa en la población económicamente activa, en el 2021 el 31% de los casos fueron jóvenes y el 43% adultos; entre niños, niñas y adolescentes el 8% y adultos mayores 18% (Ilustración N°3).

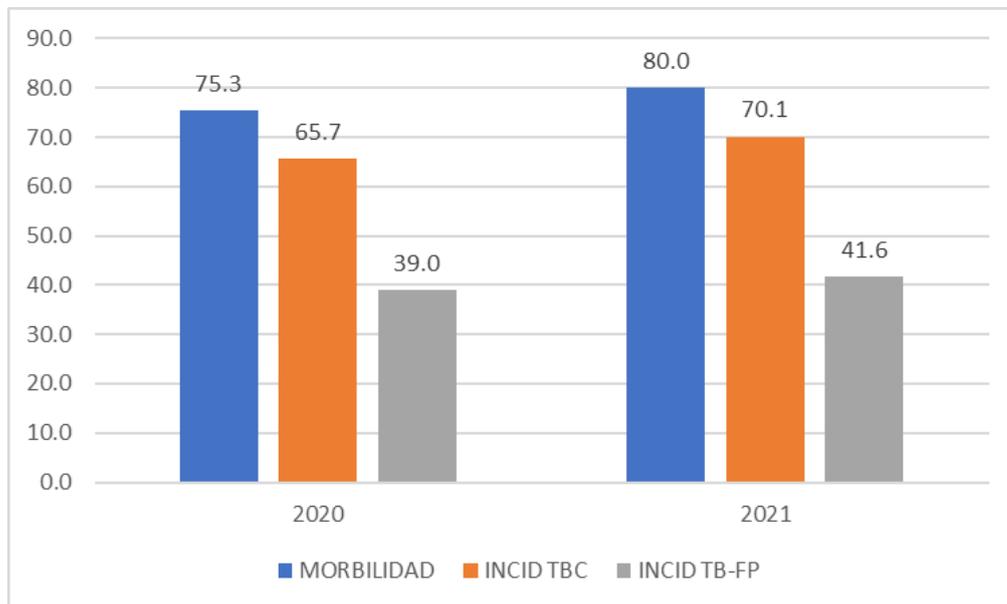
Ilustración 3: Distribución de casos de TB según etapas de vida. Perú 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Es importante señalar que debido a la pandemia por el COVID-19, en los años 2020 y 2021 hubo una disminución en la búsqueda de los sintomáticos respiratorios, en relación a los años anteriores; así en el año 2020 hubieron 784050 sintomático respiratorios, de los cuales se examinaron el 78.40% y en el año 2021 de 922842 sintomáticos respiratorios se examinaron el 97.51%, la Tasa de morbilidad en el 2020 fue de 75.3 y en el 2021 es de 80.0, la Tasa de incidencia pasó de 65.7 en el 2020 a 70.1 en el 2021, del mismo modo se incrementó la Incidencia de TB frotis positivo de 39.0 en el 2020 a 41.6 en el 2021 (Ilustración N°4).

Ilustración 4: Tasa de Morbilidad, Incidencia TB, Incidencia FP TB – Perú 2020-2021

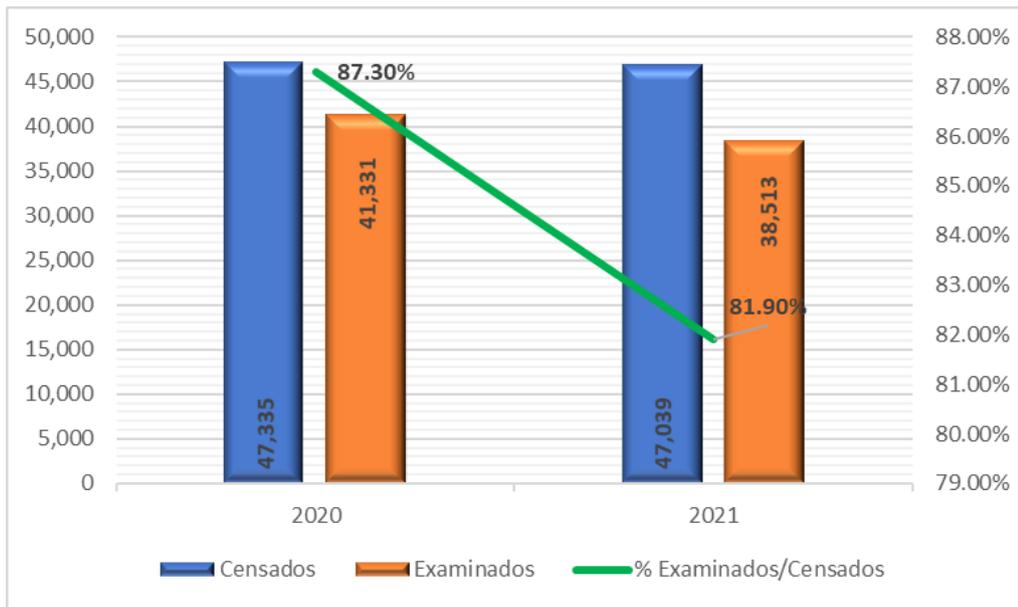


Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Entre las acciones para prevenir la transmisión de la TB es el examen a los contactos⁷, el impacto de la pandemia del COVID-19 también ha tenido sus repercusiones en estas acciones, en promedio se estuvieron censando alrededor de 70,000 contactos anualmente, en los años 2020 y 2021 debido a las múltiples restricciones aproximadamente 47,000 pudieron ser censados cada año y el porcentaje de contactos examinados disminuyó de 87.30% a 81.90% en el 2021. (Ilustración N°5)

⁷ **Contacto:** Persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico. Los contactos pueden ser: Personas que comparten o compartieron el mismo domicilio con el caso índice con TB. • Personas que no comparten el domicilio del caso índice, pero que frecuentaron el mismo espacio: vecinos, parejas, compañeros de estudio o trabajo, entre otros.

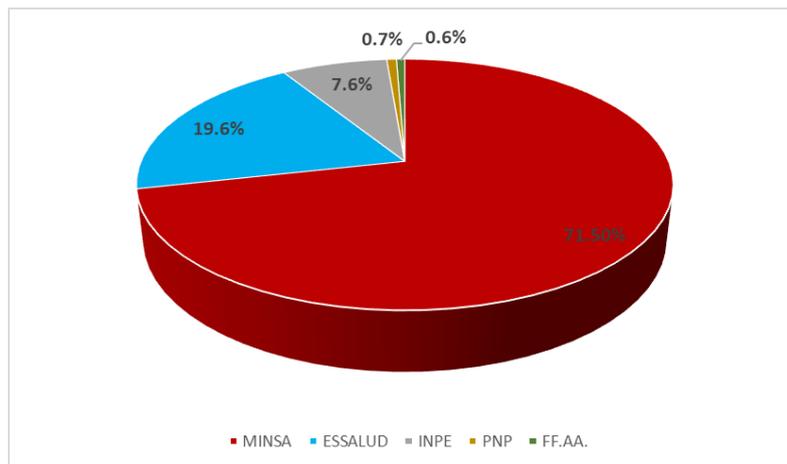
Ilustración 5: Porcentaje de contactos examinados Perú 2020-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

El sistema de salud peruano se caracteriza por una importante fragmentación y segmentación, en este sentido de los 26, 437 casos reportados en el 2021 la distribución porcentual de casos de TB según subsector de salud, la mayor carga se concentra en el MINSA con 18,892 (71.50%) casos, ESSALUD 5,174 (19.6%) casos, INPE 2,017 (7.6%) casos, Policía Nacional 190 (0.7%) casos y Fuerzas Armadas 164 (0.6%) casos (Ilustración N°6).

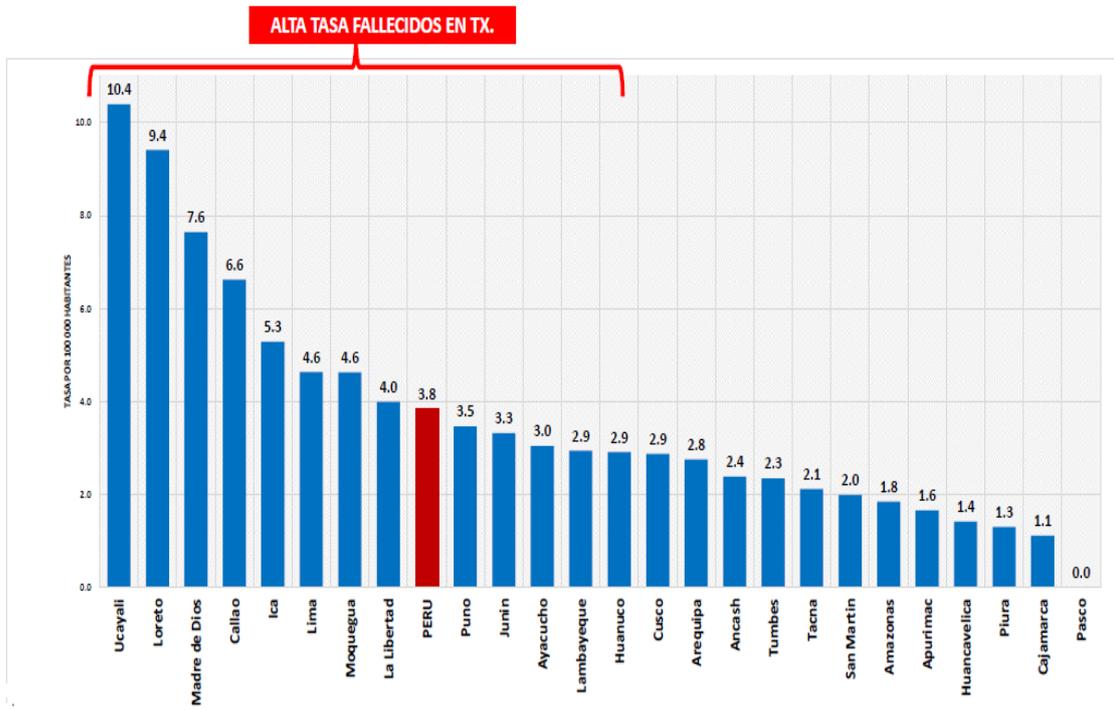
Ilustración 6: Distribución porcentual de casos de TB según Subsector de salud Perú 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Con respecto a la tasa de fallecidos de personas con TB durante el tratamiento a nivel nacional en el 2021 es de 3.8, existen regiones que superan largamente esta tasa: Ucayali 10.4, Loreto 9.4, Madre de Dios, 7.6, Callao 6.6, Ica 5.3, Lima y Moquegua 4.6 y La Libertad 4.0 (Ilustración N°7).

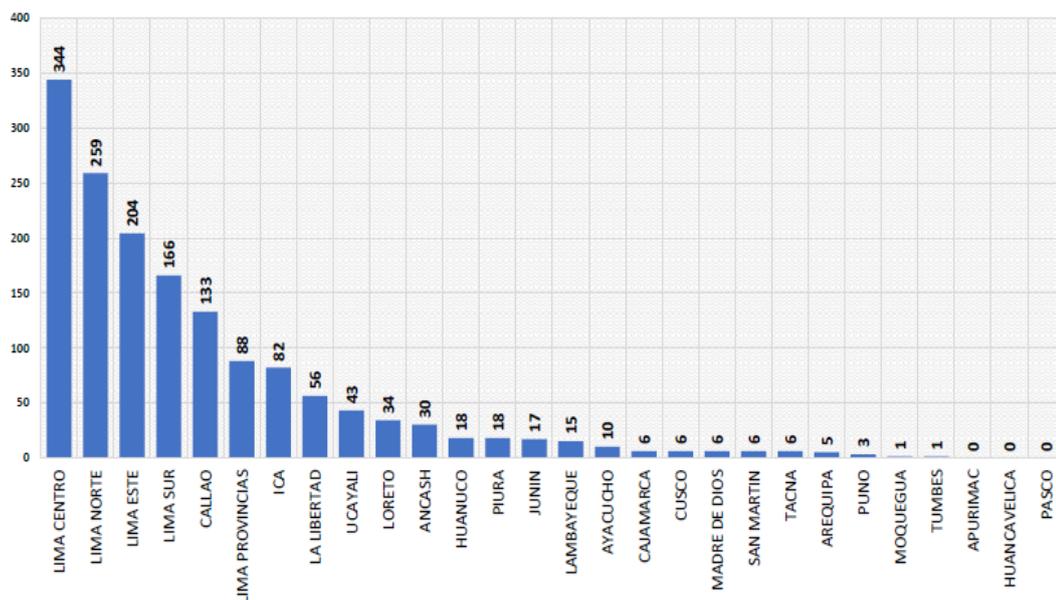
Ilustración 7: Tasa de fallecidos en tratamiento TB por regiones Perú 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

El total de casos confirmados de TB DR + RR por DIRIS/DIRESA/GERESA en el año 2021 son 1559; las DIRIS de Lima Metropolitana acumulan el 62.5% del total de casos confirmados a nivel nacional, seguido de Callao (8.5%), Lima Provincias (5.7%), Ica (5.3%), La Libertad (3.6%), Ucayali (2.8) y Loreto (2.2%) (Ilustración N°8).

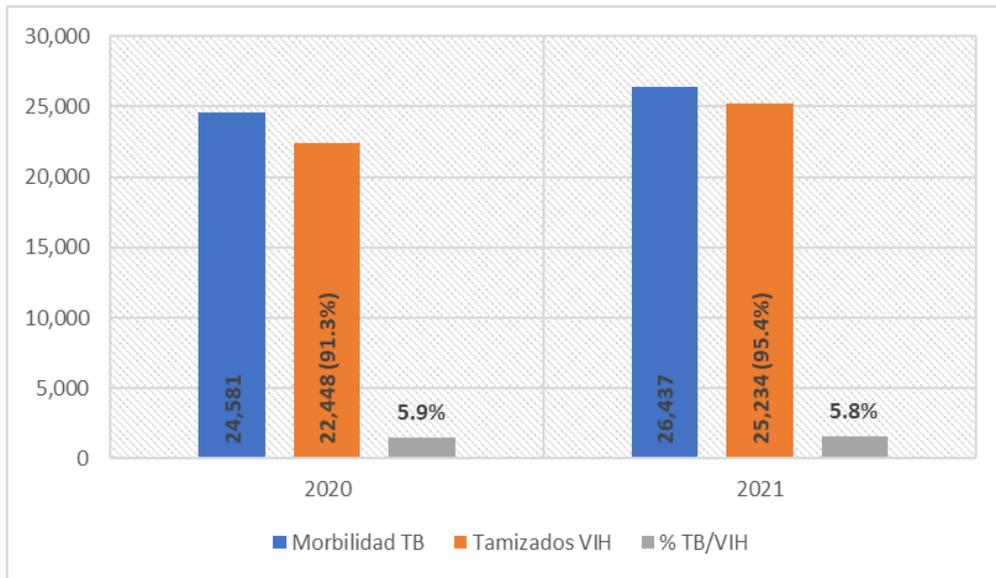
Ilustración 8: Total de casos TB MDR+RR confirmados por DIRIS/DIRESA/GERESA. Perú 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

La infección por VIH es uno de los factores de riesgo conocido para el desarrollo de la tuberculosis, la coinfección TB/VIH, manifestada ya sea como infección por TB latente o como enfermedad por TB activa, es un problema significativo de salud pública a nivel mundial. La cobertura del tamizaje de VIH en personas con TB en el 2020 fue 91.3% siendo la proporción de personas con TB/VIH de 5.9%; en el 2021 hubo una recuperación en el tamizaje llegando a 95.4%, a nivel nacional y la proporción de personas con TB/VIH es de 5.8% del total de casos de TB en el país. (Ilustración N°9).

Ilustración 9: Cobertura de Tamizaje de VIH en PAT y porcentaje de personas con TB/VIH. Perú 2020-2021

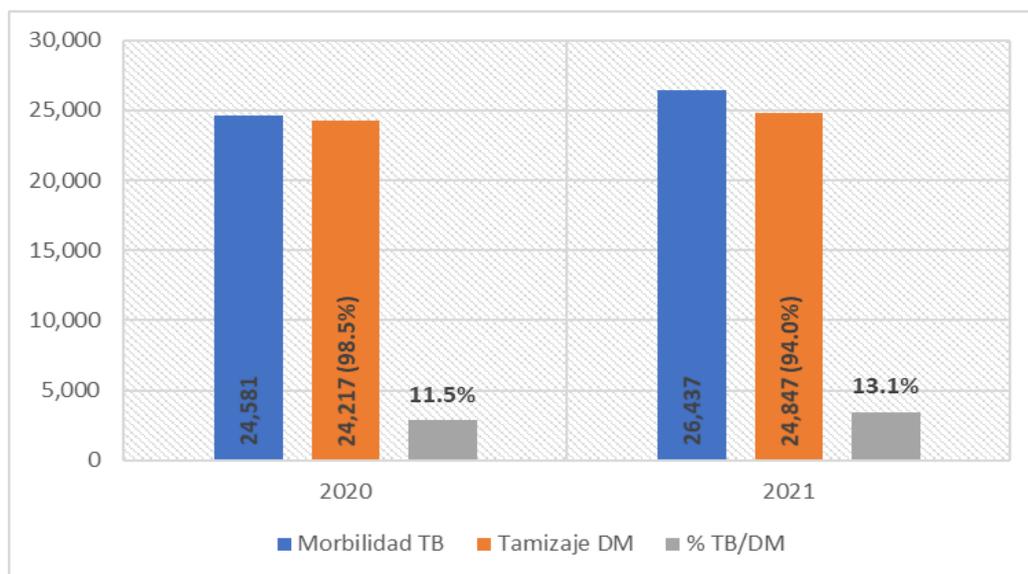


Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

En el 2021, las regiones con mayor porcentaje de tamizajes para VIH son Junín (99.2%), Puno (99%), Callao (98.6%), Ancash (97.3%), Apurímac (97.1%), cabe señalar que Lima acumula el mayor número de casos y llega al 95.5%, las regiones con menos tamizajes son San Martín (84.7%) y Huancavelica (78.1%).

La norma nacional dispone que toda persona con TB debe ser evaluada para descartar Diabetes Mellitus (DM), la cobertura de tamizaje de DM en pacientes con TB en el 2020 fue de 98.5% y en el 2021 disminuyó a 94.0%; la prevalencia de comorbilidad TB/DM a nivel nacional se ha incrementado de 11.5% en el 2020 a 13.1% en 2021 (Ilustración N°10).

Ilustración 10: Cobertura de Tamizaje de DM en PAT y porcentaje de personas con TB/DM. Perú 2020-2021

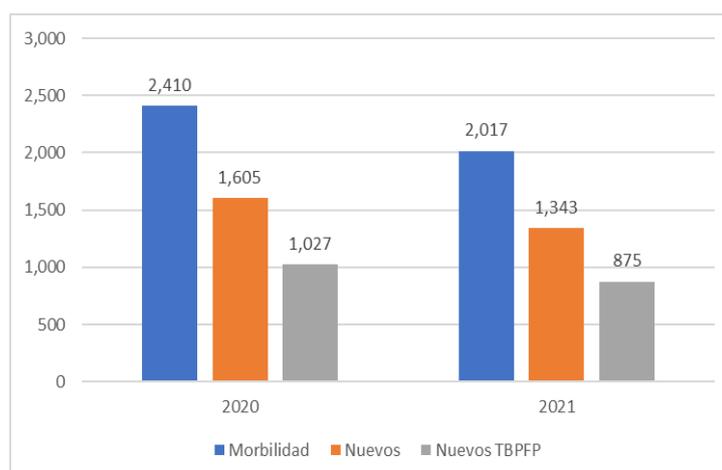


Fuente: MINSa DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Las regiones con mayor porcentaje de comorbilidad TB/DM son Madre de Dios (22.2%) y San Martín (21.7%) y las que reportan menor porcentaje son Huancavelica (7.8%) y Ayacucho (6.4%); Lima acumula el mayor número de casos de TB y la comorbilidad TB/DM es 11.5%.

El Instituto Nacional Penitenciario (INPE), realiza la notificación de casos de TB que se presentan en los establecimientos penitenciarios (EP) en el Sistema de Información Gerencial de TB (SIGTB). Es sabido que en los EP existe un alto hacinamiento y rotación de las personas privadas de su libertad (PPL), aun así, el personal de salud realiza grandes esfuerzos en la captación oportuna de los sintomáticos respiratorios a fin que accedan a diagnóstico y tratamiento oportuno; al no existir Red de laboratorios en el INPE, los laboratorios referenciales y/o hospitales de las jurisdicciones de los penales realizan el procesamiento de los BK, cultivos y PCR, el MINSa ha dotado de equipos Expert en EP donde se concentra la mayor cantidad de casos, estando en proceso la dotación de más equipos. La morbilidad en el 2020 fue de 2,410 casos, siendo 1,605 nuevos y 1,027 casos nuevos con FP; en el 2021 hay una disminución de casos notificados siendo 2,017, nuevos 1,343 y 875 casos nuevos con FP, esto también resultado de las restricciones de la pandemia de COVID-19. (Ilustración N°11).

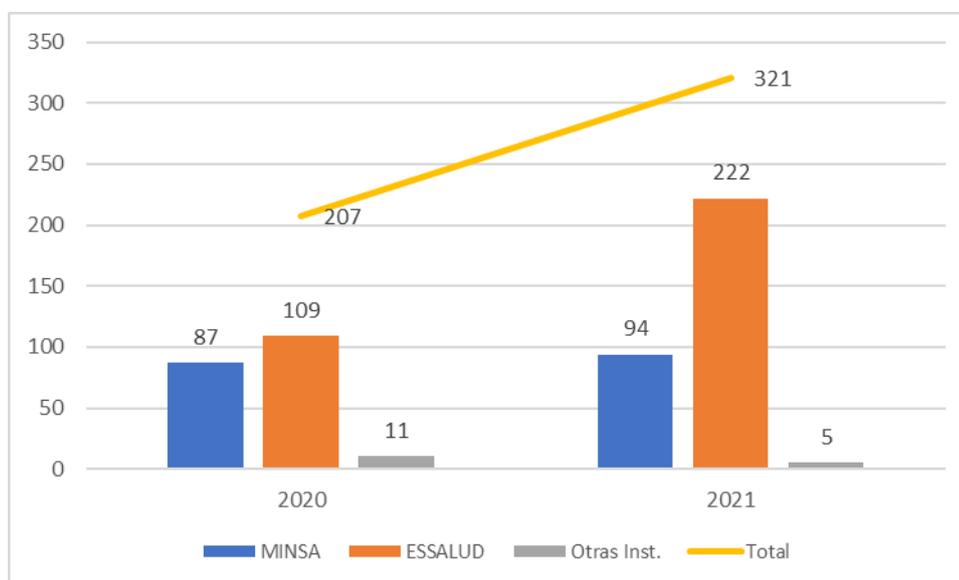
Ilustración 11: Notificación de casos de TB. INPE. 2020-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

La TB es una enfermedad ocupacional y de notificación obligatoria en el Perú⁸, en los dos últimos años se ha incrementado la incidencia de TB en los trabajadores de salud, de 207 casos en el 2020 a 321 en el 2021, siendo Lima la región que reporta el mayor número de casos (53). Del total de casos de TB en personal de salud notificados en el 2021, el 29.28% (94 casos), pertenecieron al MINSA, 69.16% (222 casos) a EsSalud y 1.56% (5 casos) a otras instituciones (Ilustración N°12).

Ilustración 12: Número de casos de Tuberculosis en Trabajadores de Salud MINSA, No MINSA. Perú 2020-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema De Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

A nivel nacional, se reportan casos de TB en población migrante en 20 de 25 regiones, estos casos provienen de diferentes países, es preciso destacar que desde el 2015 al 2021 hay un total de 926 casos de TB en esta población;

⁸ Mendoza-Ticona A. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2012;29(2):232-6.

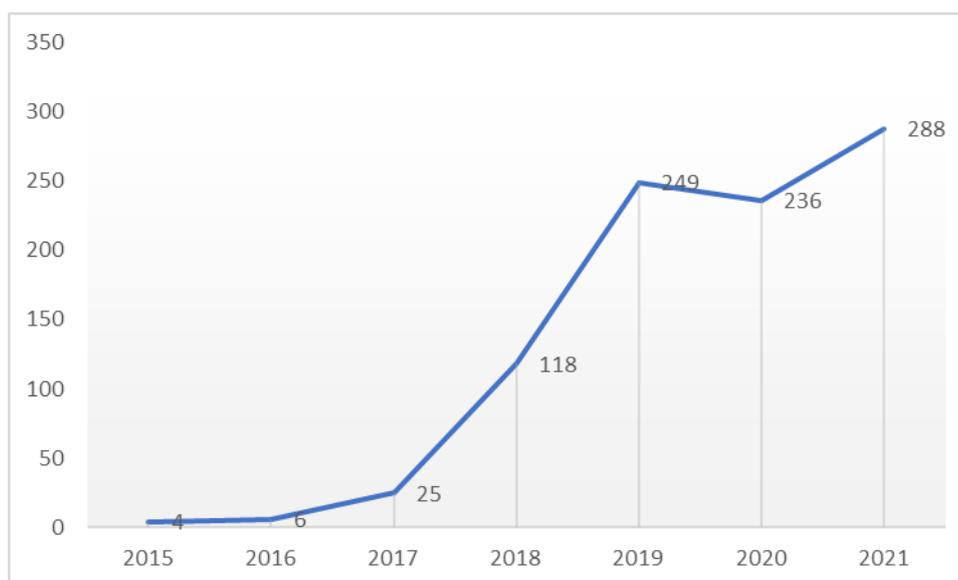
en el 2018 que se incrementó significativamente la migración venezolana, con ello los casos de TB en la población migrante se han incrementado notoriamente, pasando de 25 casos en el 2017 a 118 en el 2018; en el 2021 se reportaron 288 casos, siendo el 80% provenientes de Venezuela; un dato revelador es que más del 22% tienen coinfección TB/VIH, producto que un gran número de migrantes venezolanos llegaron al país en busca de tratamiento antirretroviral, que estaba restringido en su país de origen, llegando con un nivel de defensas muy bajas a un país endémico en TB (Tabla N°2 Ilustración N°13)

Tabla N°2 Casos TB en población migrante. Perú 2015-2021

Año	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
N° casos TB	4	6	25	118	249	236	288

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Ilustración 13: Número de casos TB en población migrante. Perú 2015-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

En base a la media de 14 indicadores (05 epidemiológicos y 09 operativos más la tendencia de la curva de incidencia), la DPCTB ha categorizado el nivel de riesgo en TB, de las cuales 12 regiones de salud están en riesgo Muy alto y Alto; es en estas regiones que se está potenciando diferentes estrategias para el control de TB.

Tendencia del riesgo por departamentos	MUY ALTO	ALTO	MODERADO	LEVE
	TACNA UCAYALI CALLAO MADRE DE DIOS LORETO TUMBES	CAJAMARCA LIMA CUZCO SAN MARTIN AMAZONAS LAMBAYEQUE	ICA ANCASH AYACUCHO APURIMAC HUANCAVELICA AREQUIPA PUNO	MOQUEGUA HUÁNUCO JUNÍN PIURA PASCO LA LIBERTAD

3.2 Evolución de la TB en los últimos años

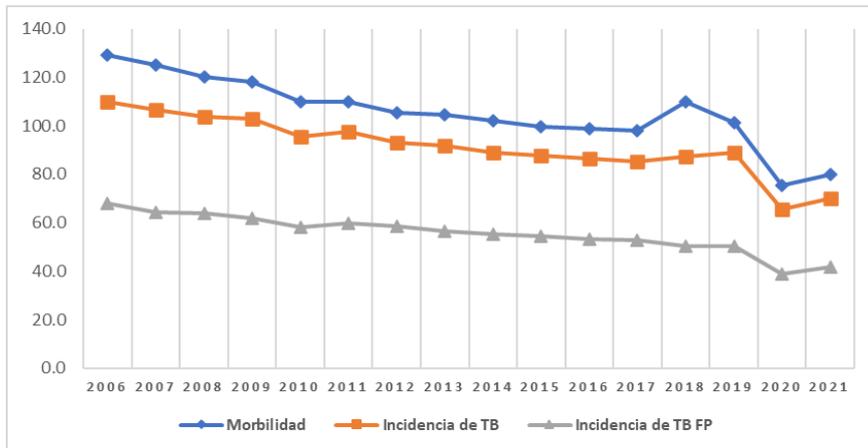
En la Tabla N°3, se muestra la tendencia de los principales indicadores epidemiológicos que son evaluados cada año por el MINSA en los últimos 15 años (2006 y 2021) en relación a tasa de morbilidad, tasa de incidencia y tasa de incidencia de TB pulmonar frotis positivo; al analizar estos indicadores encontramos una constante disminución de casos del 2006 al 2017; de manera significativa en el año 2017 se notificaron 31,120 casos de TB, y la tasa de incidencia fue la menor reportada en los últimos años, con 85.4 casos nuevos de TB por cada 100 mil habitantes. En el 2018 y 2019 se observa cierto incremento de los casos de morbilidad e incidencia que disminuye en el 2020 y 2021, en este caso la disminución está más asociada a las dificultades presentadas para el diagnóstico debido a la pandemia de Covid-19 por lo que no representa la situación real de la tuberculosis en nuestro país. (Tabla N°3, Ilustración N°14).

Tabla N°3 Evolución de los principales indicadores de Tuberculosis. Perú 2006-2021

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Casos TB					323945	327033	317055	318077	314611	30988	31079	31120	32642	31970	24581	26125
Morbilidad	129.3	125.1	120.2	118.1	109.9	109.7	105.2	104.4	102.1	99.5	98.7	97.8	110.0	101.4	75.3	80.0
Incidencia de TB	109.9	106.5	103.8	102.7	95.7	97.4	93.0	91.9	88.8	87.6	86.4	85.4	87.5	88.8	65.7	70.1
Incidencia de TB FP	67.9	64.5	63.9	61.9	58.3	59.7	58.6	56.7	55.5	54.3	53.2	53.0	50.6	50.6	39.0	41.6

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Ilustración 14: Evolución de los principales indicadores de Tuberculosis. Perú 2006-2021

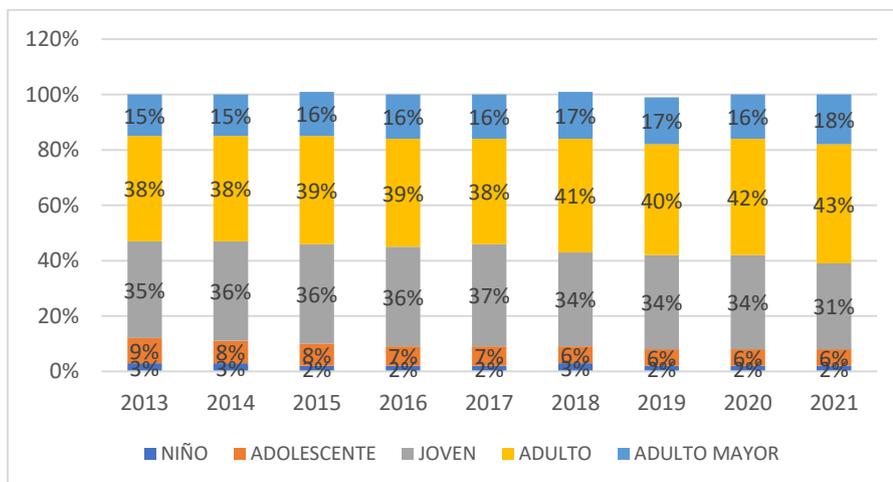


Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Con relación al número y porcentaje de pacientes con TB en tratamiento, se cuenta con información desde el 2018, con un 99.1% de casos tratados de los diagnosticados, disminuyendo en el 2019 a 95.9%, para el 2020 y 2021 se logró tratar a 98.9% y 96.8% respectivamente.

En nuestro país, la tuberculosis afecta principalmente a la población en sus años más productivos; sin embargo, todos los grupos de edad están en riesgo; a través de los años la TB concentra mayor porcentaje en la etapa adulta que va de 38% en el 2013 a 43% en el 2021; en la etapa joven en el 2018 presentó su pico más alto llegando a 37%, fue decreciendo hasta el 31% en el 2021. En los adultos mayores se incrementó del 15% al 18% en el 2021, en adolescentes decreció del 9% en el 2013 al 6% en el año 2021; en niños y niñas oscila entre 2% y 3% (Ilustración N°15)

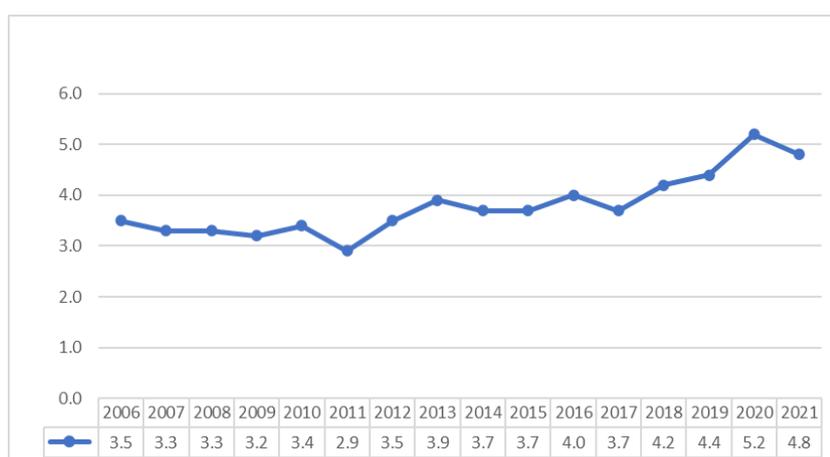
Ilustración 15: Distribución de casos TB en todas sus formas por etapas de vida. Perú 2013 - 2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

En relación con las defunciones durante el tratamiento (por cualquier causa), el MINSA reportó y se calcula como un sustituto de la tasa de mortalidad por cada 100 mil habitantes, la mortalidad por TB fue decreciendo desde el 2006 con 3.5 y llegó en el 2011 a 2.9, desde ese año se ha incrementado progresivamente hasta llegar a 5.2 en el 2020 y 4.8 en el 2021 en el contexto de la pandemia de COVID-19. (Ilustración N°16).

Ilustración 16: Defunciones por Tuberculosis. Perú 2006-2020



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

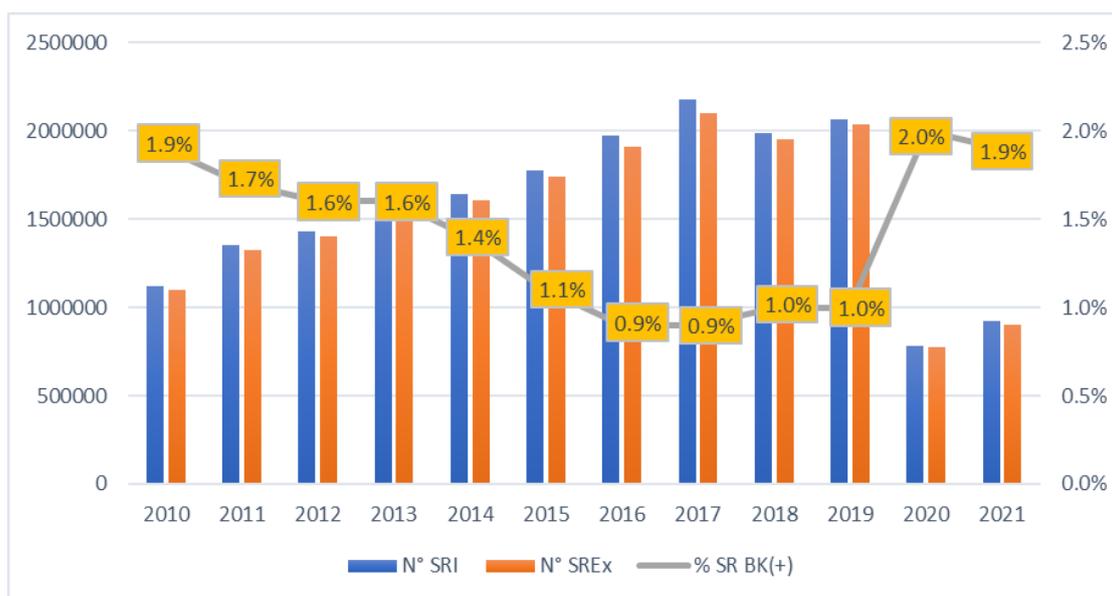
La identificación de sintomáticos respiratorios (SR), en números absolutos, se ha incrementado sostenidamente en los últimos 12 años, alcanzando su más alto nivel en el año 2019 (2064066); en los dos últimos años se descendió dramáticamente a causa del COVID-19 y el porcentaje de positivos se ha duplicado, lo cual muestra que la detección de casos se realizó tardíamente, debido a que los pacientes llegaban tarde al EESS. (Tabla N°4, Ilustración N°17).

Tabla N°4: Sintomático Respiratorios identificados, examinados y Porcentaje de SR BK (+) Perú 2010-2021

Año	N° SRI	N° SREx	% SR BK (+)
2010	1122046	1099808	1.9%
2011	1354408	1327771	1.7%
2012	1427492	1400083	1.6%
2013	1613638	1569109	1.6%
2014	1644984	1608422	1.4%
2015	1774472	1739843	1.1%
2016	1971475	1907085	0.9%
2017	2178709	2101036	0.9%
2018	1984865	1954995	1.0%
2019	2064066	2034021	1.0%
2020	784050	771622	2.0%
2021	922842	899919	1.9%

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Ilustración 17 : Porcentaje de SR BK (+) Perú 2010-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

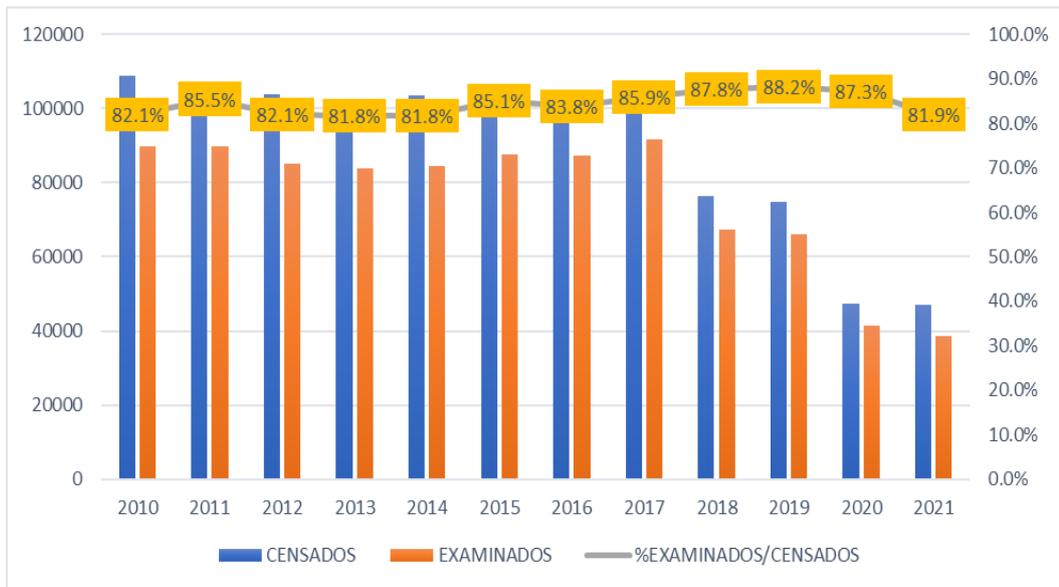
El tamizaje de contactos es importante como medida de prevención de la TB (contactos intradomiciliarios, así como compañeros de trabajo), en el 2010 se logró 82.7% incrementándose considerablemente a 88.2% en el 2019, nuevamente este tamizaje disminuye en el 2021 y 2021 teniendo en cuenta que el número de pacientes es menor que en años anteriores y, por ende, el número de contactos también decrece; se espera llegar a la meta > 90%. (Tabla N°5, Ilustración N°18).

Tabla N°5 Contactos Censados, examinados y %Examinados/Censados. Perú 2010-2021

Año	CENSADOS	EXAMINADOS	%EXAMINADOS/CENSADOS
2010	108712	89955	82.1%
2011	104937	89705	85.5%
2012	103898	85249	82.1%
2013	102414	83798	81.8%
2014	103411	84552	81.8%
2015	103177	87766	85.1%
2016	104284	87429	83.8%
2017	106550	91535	85.9%
2018	76515	67179	87.8%
2019	74778	65958	88.2%
2020	47335	41331	87.3%
2021	47039	38513	81.9%

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Ilustración 18: Porcentaje de contactos examinados. Perú 2010-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

El indicador de Número y % de abandonos a tratamiento TB sensible tiene como meta < 5%, en el 2015 fue de 9.5% logrando una disminución considerable de 3.6% en 2019 gracias al fortalecimiento de los equipos multidisciplinares en las regiones de mayor carga de TB en nuestro país permitió mejorar la atención, así como un mejor seguimiento de los pacientes. (Tabla N°6)

Tabla N°6: Número y % de abandonos a tratamiento TB sensible

Año	Nro.	%
2015	2463	9.5
2016	2467	9.2
2017	2128	7.9
2018	1763	6.1
2019	1034	3.6
2020	693	3.2
2021	509	2.2

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

Lo mismo ocurrió con el indicador de Número y % abandonos a TB Resistente (Meta < 10%) que en el 2015 fue mayor a 24% y en el 2019 se logró estar por debajo de la meta 6.9%. (Tabla N°7)

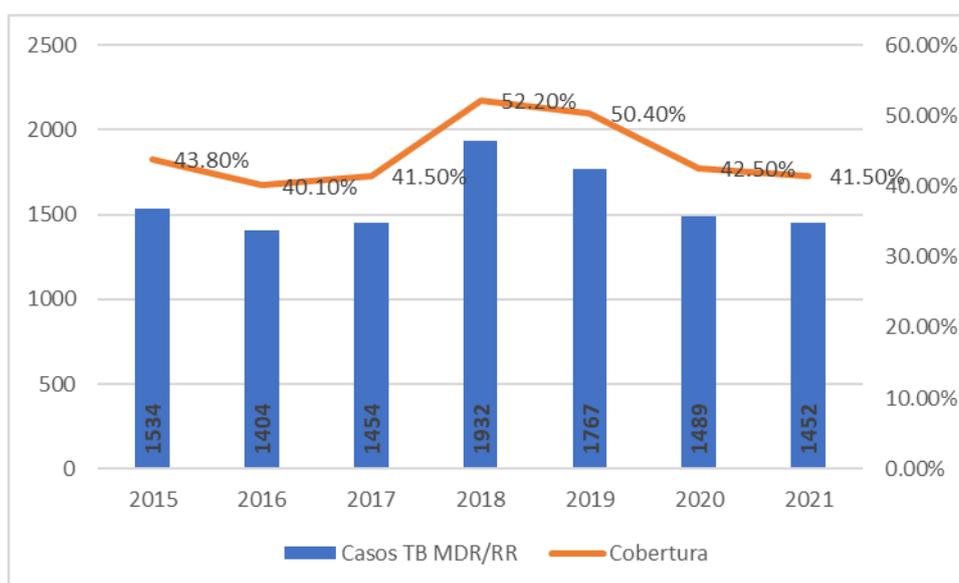
Tabla N°7: Número y % abandonos a TB Resistente

Año	Nro.	%
2015	592	24.3
2016	619	21.4
2017	521	17.1
2018	456	14.1
2019	237	6.9
2020	215	7.8
2021	129	4.8

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

En los últimos 7 años se observa que el número y la cobertura de detección de casos de TB MDR/RR, considerando 3500 casos existentes en cada año, en los años 2018 y 2019 fue superior al 50%, decayendo en los años posteriores.

Ilustración 19: Número y Cobertura de detección de casos de TB MDR/RR. Perú 2015-2021



Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2020

3.3 Poblaciones claves de TB

La TB es un marcador de desigualdad y afecta preponderantemente a las poblaciones más vulnerables; entre las poblaciones más afectadas se encuentran las personas con bajos recursos económicos, los niños, las minorías étnicas, los migrantes, las personas privadas de libertad (PPL), y personas con

ciertas condiciones de salud⁹

En términos generales, las poblaciones clave se definen como: aquellos grupos que sufren una mayor incidencia epidemiológica de alguna enfermedad, combinada con un menor acceso a los servicios, y también de subpoblaciones que son criminalizadas o marginadas

Con respecto a las poblaciones clave de TB en Perú, encontramos algunas que están claramente identificadas por el MINSA y se muestran en el SIGTB:

- En los últimos tres años la comorbilidad TB/DM aporta una carga superior al 10% llegando en el 2021 al 13.1%.
- El número de casos diagnosticados en las personas privadas de su libertad (PPL) va del 8.7% en el 2019, asciende a 9.8% en el 2020 y decrece al 7.6% en el 2021, es preciso indicar que las brechas en la prevención y control de la TB en los establecimientos penitenciarios (EP) responde a una serie de factores como el alto hacinamiento y rotación de los PPL limitando la continuidad del tratamiento, escasos recursos humanos asignados en los Programas de TB, en los últimos tres años se ha recortado el presupuesto para las actividades de prevención y control (PP016), el registro de información en la plataforma SIGTB tiene dificultades debido a la falta de Internet en los servicios de salud de los EP, así mismo hay un bajo estudio de contactos.
- Entre los diferentes factores de riesgo en las personas con TB se ha identificado personas que consumen drogas ilícitas en el 2019 llegaron al 10.2%, ese mismo año se registraron 8.7% de personas con alcoholismo y 7.1% personas con tabaquismo, estos porcentajes ha decrecido en los años siguientes en el contexto de la pandemia.
- Frente al creciente número de casos de personas con coinfección TB/VIH, la norma técnica establece que toda persona con diagnóstico de TB debe ser tamizada con una prueba rápida para VIH en el mismo lugar de atención, así mismo toda persona con diagnóstico de VIH mayor de 18 años se le debe realizar el descarte de TB, y a los menores de 18 años con VIH la detección de casos de TB se basa en el estudio de contactos del caso índice¹⁰. Así mismo, todas las personas con coinfección TB/VIH deben iniciar primero el tratamiento antituberculoso y posteriormente la terapia antirretroviral asegurando el seguimiento y la adherencia para ambos tratamientos. Estas acciones han llevado a detectar una carga nacional que asciende alrededor del 6.0% en los tres últimos años.
- Con respecto a la población indígena encontramos más de 30 pertenencias étnicas en nuestro país, de las cuales el 84% de casos de

⁹ Tuberculosis en las Américas 2018. Washington, D.C. : OPS, 2018 OPS/CDE/18-036

¹⁰ NTS N°143-2018/MINSA/DGIESP. Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la coinfección tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana en el Perú

TB se concentran en las etnias Quechua, Aymara, Shipibo-Konibo, Asháninka, y Awajun. Un dato importante que explica esta situación es que existe un movimiento entre las comunidades cercanas, pero además existe un desplazamiento y migración a las ciudades de la sierra como Huancayo, y de la costa como Lima y otras grandes ciudades¹¹ en busca de mejores posibilidades de vida se trasladan a las ciudades y no logran superar las condiciones de pobreza, hacinamiento, limitaciones en el empleo, entre otros que son determinantes sociales relevantes en la transmisión de la TB. En la población Adulta, la malaria es una de las enfermedades más frecuentes en esta población (117 comunidades), las autoridades comunales reportan la tuberculosis en 23 comunidades, cabe señalar que el restringido acceso a consejería e información adecuada atenta contra la prevención de las enfermedades, siendo estas carencias mayores en el grupo de mujeres debido a la brecha del idioma y a patrones culturales¹².

- La naturaleza transfronteriza de la TB es especialmente importante en lo que respecta a la migración. Los migrantes pueden quedar excluidos del acceso a la atención médica en los países de destino o enfrentar discriminación y estigma. Esto disminuye la probabilidad de un diagnóstico oportuno de TB o rastreo de contactos, y puede interrumpir el tratamiento continuo de las personas con TB. Ambos fenómenos pueden aumentar la incidencia de nuevas exposiciones y perjudicar los resultados del tratamiento, incluso fomentando la resistencia a los medicamentos. En los últimos años se ha incrementado la población migrante, los reportes de los últimos años ha ido incrementándose así en el 2019 (0.7%), 2020 (0.9%) y en el año 2021 (1.8%), de los 288 casos diagnosticados ese mismo año, 255 (89%) de procedencia de Venezuela.

Al respecto se presenta en la Tabla N°8 la carga de TB que aportan algunas de las poblaciones priorizadas entre el año 2019 al 2021

Tabla N°8: Carga de TB en las poblaciones priorizadas. Perú 2019-2020

	N° casos Perú	TB/DB	PPL	Consumo drogas	Alcoholismo	Tabaquismo	TB/VIH	Pobl. Indígena	Trab. Sector salud	Migrantes	Trab. Salud INPE
2019	32,970	10.1	8.7	10.2	8.7	7.1	6.0	1.0	0.6	0.7	0.0
2020	24,581	11.5	9.8	7.6	5.9	7.7	5.9	1.8	0.8	0.9	0.2
2021	26,487	13.1	7.6	8.0	6.6	5.0	5.8	1.9	1.2	1.8	0.0

Fuente: MINSA DPCTB. Sistema de Información Gerencial de la Tuberculosis (SIGTB). Año 2021

¹¹ Estudio de vulnerabilidades y factores de riesgo asociados a la tuberculosis en comunidades indígenas quechuas: Informe Final / PROYECTA LAB S.A.C. - Lima: Socios en Salud; MINSA 2011.

¹² Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de la Amazonía viviendo en el ámbito de las Cuatro Cuencas y el Río Chambira. MINSA 2020

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Bases teóricas

4.1.1. Derechos humanos

Al abordar la TB, es importante poner mayor atención en las determinantes sociales, identificando todo tipo de barreras relacionadas a las condiciones sociales, económicas y culturales, así como también de género, identidad, contexto legal, entre otros, que limitan el acceso a los sistemas de salud y vulneran los derechos de las personas.

En este sentido, en el 2018, en la Reunión Nacional de Alto Nivel de las Naciones Unidas (UNHLM) sobre TB, jefes de Estado y otros líderes mundiales respaldaron la Declaración Política, que incluye compromisos específicos que se centran en las comunidades afectadas por la TB, los derechos humanos y el género, que sirven como facilitadores para lograr sus objetivos.

En el 2019, el Stop TB Partnership¹³, en su informe de las comunidades sobre el progreso para una declaración política acerca de la lucha contra la tuberculosis, señala los principios clave que guían los enfoques de la TB basados en los derechos: Universalidad, invisibilidad, igualdad y no discriminación, rendición de cuentas, participación, en ese mismo informe se señala que todas las personas con tuberculosis o afectadas por ella deberían tener acceso a una prevención, diagnósticos, tratamientos y atención centrados en las personas, así como a un apoyo psicosocial, nutricional y socioeconómico.

La Ley de Prevención y Control de la tuberculosis en el Perú (Ley N.º 30287) establece en el Capítulo III Derechos de la persona afectada por tuberculosis, enfatizando el derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud brindada por el Estado, derecho a la no discriminación y canalización de denuncias, a gozar de los programas estatales de inclusión social con carácter prioritario, de los beneficios provistos por los programas estatales, a recibir información clara y oportuna, privacidad y respeto a su dignidad, creencia religiosa y cultural; así como todos los aspectos contemplados en el Reglamento de la Ley 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.

4.1.2. Enfoque de género

Tener en cuenta y responder a las formas en que el género afecta al riesgo de TB, el acceso a la atención y las necesidades y la calidad del tratamiento es un paso importante hacia el cumplimiento de los compromisos

¹³ Tomado del informe de las comunidades sobre el progreso para una declaración política de la ONU acerca de la lucha contra la tuberculosis y un llamamiento a la acción para acabar con las brechas en los objetivos relativos a la tuberculosis

de los países para poner fin a la tuberculosis. Sin embargo, a pesar de los compromisos y el impacto positivo que puede tener un abordaje con perspectiva de género en la detección de casos y los resultados del tratamiento, con frecuencia el género queda relegado a un segundo plano.

Stop TB Partnership (2020), en su informe de las comunidades sobre el progreso para una declaración política acerca de la lucha contra la tuberculosis¹⁴, Respecto a la igualdad de género, el mismo informe reitera la implementación del enfoque de género de manera transversal para reducir la vulnerabilidad y dificultad en el acceso a servicios de salud. El Fondo Mundial (2019) en su informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos resalta el caso de las mujeres frente a las diferentes barreras para acceder a los servicios de salud, por su género frente a la de los hombres.

Asegurar un abordaje coherente y con perspectiva de género requiere que el compromiso se solidifique con el desarrollo de una estrategia nacional sobre cuestiones de género y TB que esté acompañado por un plan de acción claro y presupuestado. El desarrollo de esta estrategia debe estar dirigido de manera centralizada y los procesos deben incluir una participación significativa de las partes interesadas clave, especialmente los representantes de género y poblaciones clave¹⁵.

El MINSA a través de la NTS N° 047-MINSA/DGPS-V-01 Norma Técnica de Salud para la Transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, establece contribuir con la mejora de la salud de la población, la reducción de las brechas de desigualdad en salud y con el ejercicio pleno del derecho a la salud sin discriminación alguna, mediante el establecimiento del marco normativo para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en la políticas, lineamientos, planes, programas y actividades del sector. A fin de modificar las inequidades de género que afectan la salud integral y el desarrollo humano de mujeres y varones, es importante la aplicación del principio de relevancia, según el cual deben adoptarse medidas de acción afirmativa, entre las que se destacan: Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y varones como grupos diferenciados.

4.1.3. Estigma y discriminación

En la problemática de la TB, resulta necesario hablar de estigma y discriminación. Se entiende al estigma como una evaluación negativa de un individuo basado en características del mismo; es una desacreditación social a un individuo o grupo con base en un atributo, pero lo fundamental no es el atributo en sí sino la connotación negativa que este tiene en determinado

¹⁴ Tomado del informe de las comunidades sobre el progreso para una declaración política de la ONU acerca de la lucha contra la tuberculosis y un llamamiento a la acción para acabar con las brechas en los objetivos relativos a la tuberculosis.

¹⁵ UNOPS-STOP TB PARTNERSHIP. Género y TB. 2020.

contexto social¹⁶. La discriminación sería entonces un conjunto de acciones de rechazo hacia un grupo estigmatizado. Por su parte el estigma frente a la TB está dado por las creencias que desacreditan la enfermedad y quiénes la tienen, por lo que la discriminación comprende comportamientos o prácticas que se desprenden de dichas actitudes o creencias.

El estigma y la discriminación en la Tuberculosis son importantes componentes sociales que también influye en incrementar las dificultades para mejorar la respuesta social frente a la Tuberculosis, en especial para las poblaciones clave, en nuestro país y en muchos países de la región de las Américas. Las poblaciones clave, experimentan de manera más directa y en mayor dimensión el impacto de diversas enfermedades, por una serie de factores y determinantes sociales que se constituyen en grandes barreras para el acceso a los servicios de salud públicos, con una constante social como el estigma y discriminación, que atenta contra sus derechos humanos y amenaza su vida.

En este sentido, los actores mundiales de la lucha contra la TB, como la OMS, Fondo Mundial, Stop TB Partnership entre otros, recomiendan la identificación de los factores de estigma que afectan en mayor grado a ciertas poblaciones, así como la medición del impacto que causa en las personas afectadas por TB, sus familias, los proveedores de salud y la comunidad en general, para trazar estrategias que puedan abordar este determinante social.

Cuando se trata de entender al estigma en relación a una enfermedad social como la TBC, las dimensiones del estigma están muy conectadas a muchos aspectos de la vida de las personas, en especial las personas que presentan mayores situaciones de vulnerabilidad como las poblaciones clave. Aquellas poblaciones que se consideran clave en TBC17 a menudo se enfrentan a estigmas reforzados dos o más veces en asociación con la TBC.

4.2 Definiciones conceptuales

4.2.1. Género

Se define Género como el conjunto de normas, roles, comportamientos, actividades y atributos socialmente construidos que una sociedad determinada considera apropiados o valorados para las mujeres, los hombres y las personas transgénero.

4.2.2. Enfoque basado en los derechos humanos a la TB

Defensa de los derechos de las personas afectadas por la TB, incluidos los derechos a la vida, la salud, la no discriminación, la privacidad, el

¹⁶ Carvajal R, Hoyos PA, Varela MT, Angulo ES, Duarte C. (2018). *Estigma y discriminación ante la tuberculosis por profesionales de la salud de la Costa Pacífica colombiana*. Hacia Promoción de la Salud.

¹⁶Recuperado de:<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v23n1/0121-7577-hpsal-23-01-00013.pdf>

¹⁷ Ídem.

consentimiento informado, la vivienda, la alimentación y el agua. El enfoque se entra en los determinantes sociales y económicos de la enfermedad, abordando el estigma, la discriminación y las condiciones ambientales. Enuncia las obligaciones legales nacionales e internacionales de los gobiernos y los actores no estatales para garantizar que las pruebas y el tratamiento de calidad para la TB estén disponibles y sean accesibles sin discriminación.

4.2.3. Poblaciones clave y vulnerables

Personas vulnerables, inmerecidas o en riesgo de infección y enfermedad de TB. Las poblaciones clave y vulnerables tienden a estar marginadas y experimentan barreras específicas para acceder a la atención médica.

4.2.4. Acceso a la Salud Pública¹⁸

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el hecho de que muchos Estados carecen de la capacidad necesaria para proporcionar servicios de salud suficientes que permitan a todas las personas comprendidas en su jurisdicción disfrutar de los más altos estándares asequibles de salud, y que puede ser necesario que los Estados elaboren en forma progresiva políticas y servicios de salud. Uno de los servicios básicos a que todo ser humano tiene derecho es la salud, pues está vinculada con el derecho a la vida, supervivencia y desarrollo.

4.2.5. Derecho a una atención integral de salud ¹⁹

En la Ley N.º 30287 (Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis) Ministerio de Salud del Perú (MINSA), establece que la persona afectada por tuberculosis tiene derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud brindada por el Estado, a través de todos los establecimientos de salud donde tenga administración, gestión o participación directa o indirecta y a la prestación provisional que el caso requiera.

La atención integral de salud comprende la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención especializada, según requerimiento de la persona afectada y otros que se fueran incorporando en la norma técnica nacional.

La persona afectada por tuberculosis que no cuenta con seguro de salud accede gratuitamente al esquema de tratamiento normado por el Ministerio de Salud. En caso de que el paciente requiera cobertura complementaria, el

¹⁸ Informe técnico sobre informe técnico “situación de los migrantes extranjeros en El Perú y su acceso a servicios sociales, servicios de salud y de educación” OIM Documento de trabajo. Diciembre, 2015.

¹⁹ Compendio normativo sobre prevención y control de la tuberculosis en el Perú / Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Dirección de Prevención y Control de Tuberculosis -- Lima: MINSA; 2019. CAPÍTULO II DERECHOS DE LA PERSONA AFECTADA POR TUBERCULOSIS

servicio social del establecimiento de salud o de la Red de Salud, o quien haga sus veces, tramita su inclusión al Seguro Integral de Salud (SIS) u otra institución administradora de fondo de aseguramiento (IAFAS) en salud a fin de continuar su tratamiento.

5. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

5.1 Objetivo general

Evaluar cualitativamente las poblaciones clave, las barreras de género y el contexto legal relacionado a TB a nivel nacional, basándose en un protocolo estándar.

5.2 Objetivos específicos

- a. Identificar, categorizar y seleccionar prioritariamente las poblaciones clave en TB, a nivel nacional.
- b. Explorar e identificar las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB, a nivel nacional.
- c. Explorar e identificar el contexto legal de TB con un enfoque de derechos humanos, a nivel nacional.

6. METODOLOGÍA Y DESARROLLO DE TRABAJO DE CAMPO

6.1 Tipo de investigación

Es un estudio descriptivo, que incluye una evaluación cualitativa de personas clave, barreras de género y contexto legal que se realizó mediante el método deductivo-inductivo. Los métodos cualitativos incluyeron entrevistas a profundidad con informantes clave y grupos focales.

6.2 Sujeto de estudio

El ámbito de estudio es el Perú en las siguientes regiones: Lima Metropolitana, Callao y Loreto. Estas ciudades han sido seleccionadas por la alta carga de TB teniendo en cuenta los datos oficiales del MINSA, de donde se han seleccionado a los participantes del estudio. La muestra establecida es un total de 136 participantes en los diferentes grupos focales y entrevistas a profundidad.

Para la evaluación de personas clave y género, se tuvo como sujeto de estudio a personas afectadas con TB de diferentes géneros, edad y residencia rural o urbana, definidas como personas que hayan tenido TB (una antigüedad no mayor de 5 años) o que actualmente padezcan de TB y acudan

a los establecimientos de salud. Los sujetos de estudio fueron seleccionados de entre las personas con TB que asisten al establecimiento de salud; adicionalmente mediante la técnica de bola de nieve las personas con TB refieren personas que hayan tenido TB para invitarlos a participar.

Para la evaluación del contexto legal, el sujeto de estudio fueron líderes y expertos técnicos de ministerios clave, organizaciones civiles que trabajan en temas de TB y derechos humanos. Los sujetos de estudio fueron reclutados de manera intencional; para el caso de las personas afectadas de TB, se les aplicó un cuestionario, con el objetivo de seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida (Anexo 2)

En la tabla N°9 siguiente se presenta la distribución de los participantes asignados en el estudio de acuerdo con la dimensión de la investigación, actividad y número en cada una de ellas:

Tabla N°9: Dimensiones de la investigación

Dimensiones de la investigación	Número de personas por actividad (N=136)	
Personas clave de TB	6 grupos focales (una por cada población clave previamente identificada) con grupos de mínimo de 4 y máximo de 6 participantes mayores de 18 años cada uno. Total: 38 personas.	05 talleres de trabajo con actores claves convocados por la organización civil que trabaja con TB en el país para la priorización de personas clave. Se espera de 4 a 7 participantes por taller. Total: 33 personas.
Barreras de género	5 grupos focales con un mínimo de 4 y máximo de 6 personas afectadas por TB mayores de 18 años cada uno. Total: 22 personas.	15 entrevistas a profundidad dirigida a personas afectadas por la TB (hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales) Total: 26 personas.
Contexto legal de TB	17 entrevistas a profundidad con informantes clave.	

Criterios de inclusión y exclusión

Para ser seleccionado en este estudio se ha establecido como criterios de inclusión:

- Personas afectadas por la TB mayores de 18 años
- Personas que trabajen en organizaciones civiles y estatales.
- Personas que brinden su consentimiento informado para participar en este estudio.

Y como criterios de exclusión:

- Personas con enfermedad psiquiátrica, trastorno neurológico o retraso mental.

6.3 Descripción de la técnica de recolección de datos

6.3.1. Entrevistas en profundidad a personas afectados por la TB:

La población objetivo son hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales. La guía de entrevistas en profundidad se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Las preguntas buscan explorar la comprensión y experiencia de la TB, las barreras en la cascada de búsqueda de atención de la TB con enfoque de derechos, género, estigma, barreras financieras y geográficas.

6.3.2. Entrevista a profundidad con informante clave:

La entrevista con informantes clave, se aplicó a actores clave del entorno gubernamental o de organizaciones civiles que trabajan temas de política de TB. La guía de entrevistas en profundidad se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Las preguntas buscan explorar el entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB en poblaciones clave y TB y género.

6.3.3. Grupos focales:

La guía de grupos focales se generó a partir del instrumento técnico de Alto a la TB denominado: Protocolo de evaluación de comunidad, derechos y género (CDG) en TB a nivel de país. Se encuentra dirigido a:

1. Personas afectadas por la TB: representantes de género (diversos grupos de edad y urbanos/rurales). Las preguntas buscan explorar barreras de género, derechos y TB.
2. Personas clave de TB. Las preguntas buscan explorar personas clave de TB, derechos, estigma, género, compromiso significativo.

6.4 Taller de priorización de poblaciones clave más vulnerables y marginadas.

Para el desarrollo de este taller, se establecieron reuniones de coordinación con la DPCTB a fin de definir la dinámica y metodología a desarrollar en el taller de priorización, para este fin se elaboró un listado de participantes incluyendo instituciones de Estado, así como organizaciones de la sociedad civil la cual fue presentada a la DPCTB para su conformidad y aportes.

- La DPCTB determinó que la modalidad del taller se desarrollará de forma virtual, ya que aún había restricciones por el COVID-19, la fecha establecida fue el día 18 de marzo 15:00 horas; debido a que el MINSA requería tiempos prolongados para la emisión de las cartas de invitación, a fin de acelerar la convocatoria se contó con el apoyo de SES quienes realizaron las invitaciones; CEPESJU realizó las llamadas telefónicas para confirmar la participación.
- Se elaboraron los materiales a utilizar en el taller: listado de asistencia por Google form, plantilla de resumen de priorización de personas clave en TB para ser trabajado por cada uno de los grupos.
- Se elaboró el programa del taller (Anexo 3), se contó con la participación del Sr. Oscar Ramírez K. de Socios en Salud quien brindó las palabras de bienvenida y el cierre del taller y además, participó como observador en uno de los grupos de trabajo, el Sr. Julio Acosta, consultor del estudio a nivel regional (INDICE) enfatizó la importancia del estudio a nivel regional, la Dra. Julia Ríos, Directora de la DPCTB realizó la presentación oficial de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú y las poblaciones clave.
- Se cursó invitación a 42 representantes de organizaciones estatales y OBC, confirmaron asistencia 38 de los cuales asistieron 33.

Desarrollo del taller:

- a. Se realizó una actualización de preguntas y respuestas del método de priorización y de las herramientas respaldadas por el grupo de trabajo para garantizar que todos estén en el mismo contexto.
- b. Se dividió aleatoriamente a los participantes de la reunión en 5 grupos, asignando a cada grupo 5 a 6 poblaciones clave potenciales.
- c. Se asignó a cada grupo un facilitador/a del equipo a fin de apoyar el proceso de priorización, cada grupo eligió por consenso un representante para presentar en la plenaria, seguidamente, cada grupo calificó cada una de las poblaciones clave asignadas, teniendo en cuenta los datos oficiales de TB existentes (presentación realizada por la DPCTB-MINSA), la experiencia de los miembros del grupo y la discusión sobre los riesgos/exposiciones y barreras que enfrentan las poblaciones clave asignadas. De este modo se acordó que de cada grupo se selecciona la población clave con más puntaje.
- d. En la plenaria el/la representante de cada uno de los grupos informó sobre preguntas y respuestas: puntuación otorgada, carga de TB basada en la triangulación de las estadísticas oficiales de TB y la experiencia colectiva de las partes interesadas, riesgos/exposiciones de TB, barreras de acceso al servicio.

El taller tuvo una duración de 3hr 15 minutos, se destaca el nivel de participación y los aportes generados en los 5 grupos de trabajo; entre las incidencias presentadas es que en el grupo de trabajo 2 se asignó a 5 participantes

de los cuales solo ingresaron 3, uno de ellos se tuvo que retirar por problemas de salud, fue un representante de una organización de PAT. Con los participantes que continuaron en el grupo de trabajo se logró concluir con la priorización sin más inconvenientes.

Cuadro N° 1: Participantes del taller de priorización de poblaciones clave de TB.

Nro.	Nombre (seudónimo PAT)	Institución	Cargo	Profesión
1	CESAR	ASAT LA VICTORIA	Representante titular PAT CONAMUSA	Diseñador Grafico
2	IRMA	FRATERNIDAD CRISTIANA DE PERSONAS ENFERMAS Y CON DISCAPACIDAD DEL PERÚ.	Consultora especialista para la asesoría y acompañamiento en violencia de género y discapacidad	Abogada
3	KATHERINE	DIRECCION DE PRESTACIONES SOCIALES COMPLEMENTARIAS – MIDIS	Especialista en supervisión y monitoreo del PCA (PAN TB)	Nutricionista
4	LILIANA	GERENCIA CENTRAL DE OPERACIONES ESSALUD	Funcionaria	Enfermera
5	KAREN	VIA LIBRE	Consejera	Obstetra
6	SILVIA	OBSERVATORIO DE TB	Coordinadora técnica	
7	ALVARO	DPVIH-MINSA	Funcionario	Psicólogo
8	MELECIO	ASPAT PERU	Presidente	
8	SILVIA	DIRESA CALLAO	Coordinadora ESRPCTB	Medico
10	EMILIO	DPVIH-MINSA	Funcionario	Enfermero
11	ANATALI	ENCUENTROS SERVICIO JESUITA A MIGRANTES	Equipo técnico	
12	KARINA	ASOCIACION (ASHIRELV) SHIPIBO CANTA GALLO	Presidenta	
13	AIDA	FORTALECIENDO NUESTROS CAMINOS	Presidenta	Abogada
14	CARLOS	COMINBRO	Presidente	
15	JESSICA	ASOC. "CONSTRUYENDO ESPERANZA"VMT.	Presidenta	
16	MILTHON	MINTRA	Funcionario	
17	ROSARIO	DIRÍS LIMA SUR	Equipo técnico	Enfermera
18	MONICA	DIRIS LIMA SUR	Equipo técnico	Psicóloga
19	ROSEMERY	SÍ, DA VIDA	Equipo técnico	
20	MARILU	ASHIRELV	Representante	
21	FABIOLA	ODAT VILLA EL SALVADOR "	Vicepresidenta de la CONAMUSA	
22	SANDY	TRANSFORMANDO LIMA	Presidenta	
23	YAHAYRA	DPCTB- MINSA	Equipo técnico	Licenciada
24	SUBELETE	MINISTERIO DE CULTURA	Especialista	
25	GISSELA	DIRIS LIMA SUR	Coordinadora Estrategia TB	Enfermera

Nro.	Nombre (seudónimo PAT)	Institución	Cargo	Profesión
26	WILFREDO	SERVICIO DE MEDICINAS PROVIDA	Representante	Medico
27	MEDALIT	DIRIS LIMA ESTE	Coordinadora Estrategia TB	Enfermera
28	LITMAN	DIRECCION SALUD MENTAL - MINSA	Equipo Técnico	Medico
29	LIA	ASHANTI PERÚ	Presidenta	Socióloga
30	LEONID	SOCIOS EN SALUD	Director	Medico
31	YAMILE	SALUD MENTAL - MINSA	Equipo Técnico	Medico
32	CARLOS	CEPESJU	Monitor	Sociólogo
33	LAURA	DIRECCIÓN GENERAL DE DDHH MINJUS	Responsable De La Mesa VIH/TB	Abogada

6.5 Grupos focales de poblaciones clave de TB.

Para desarrollar los grupos focales de poblaciones clave en TB se realizó las coordinaciones con las responsables de los EESS de las diferentes DIRIS, DIREAS y GERESAS, quienes brindaron las facilidades en cuanto a los números telefónicos, así como la adecuación de los ambientes en el mismo EESS asegurando las condiciones de horario, privacidad y ventilación. Se procedió de acuerdo a lo establecido en el Protocolo realizando las llamadas telefónicas para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género y población clave predefinida; se estableció día y fecha más adecuada para las PAT, en la cual se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de grupo focal.

En el caso de los 2 grupos focales desarrollados con PPL se emitió una carta solicitando la autorización al INPE para ingresar a los establecimientos penitenciarios, se llegó a desarrollar; 1 GF con mujeres en el EP Chorrillos y 1 GF con varones en el EP Lurigancho, en este caso fueron los mismos responsables de las áreas de salud quienes realizaron la convocatoria y determinaron los días y horarios más adecuados; la compensación del vale por alimentos fue cambiado por un KIT de aseo a sugerencia de la responsable de la sede central del INPE.

El grupo focal desarrollado en la Comunidad indígena Shipibo-Conibo en Cantagallo fue coordinada con la presidenta de la Comunidad quien convocó a los participantes, se aseguró que sean PAT, esta reunión se desarrolló en un área de la misma comunidad asegurando la privacidad y medidas de protección establecidas en el contexto de COVID-19.

En total se realizaron 06 grupos focales, se contactó a 38 PAT y asistieron todos.

Cuadro N° 2: Participantes en grupos focales de poblaciones clave - TB.

Nro.	Seudónimo.	Población clave	Sexo	Grupo de edad
1	Denny	Indígena	Femenino	25-60
2	Juana	Indígena	Femenino	25-60
3	Isaías	Indígena	Masculino	>60
4	Elisa	Indígena	Femenino	25-60
5	Jorge	Indígena	Masculino	25-60
6	Katiuska	Pobre urbano	Femenino	25-60
7	Hermas	Pobre urbano	Femenino	25-60
8	Prisilla	Pobre urbano	Femenino	25-60
9	Nataly	Pobre urbano	Femenino	25-60
10	Diorri	Pobre urbano	Femenino	25-60
11	Marielita	Pobre urbano	Femenino	25-60
12	Krisbel	Migrantes	Femenino	25-60
13	Alexander	Migrantes	Masculino	25-60
14	Luis	Migrantes	Masculino	25-60
15	Anthony	Migrantes	Masculino	25-60
16	Gabriela	Migrantes	Femenino	25-60
17	Maryorit	Migrantes	Femenino	25-60
18	Mario	PPL	Masculino	25-60
19	Jorge	PPL	Masculino	25-60
20	Cueva	PPL	Masculino	25-60
21	Jheyson	PPL	Masculino	25-60
22	Junior	PPL	Masculino	25-60
23	Nirvana	PPL	Masculino	25-60
24	Gerson	PPL	Masculino	25-60
25	Ángel	PPL	Masculino	25-60
26	Hamicho	PPL	Masculino	25-60
27	Jorge	PPL	Masculino	25-60
28	María teresa	PPL	Femenino	25-60
29	Karen	PPL	Femenino	25-60
30	Diana	PPL	Femenino	25-60
31	Katty	PPL	Femenino	25-60
32	Mary luz	PPL	Femenino	25-60
33	Lizeth	PPL	Femenino	25-60
34	Felicita	TB/VIH	Femenino	25-60
35	Carlos	TB/VIH	Masculino	25-60
36	Carmen	TB/VIH	Femenino	25-60
37	Giovanna	TB/VIH	Femenino	25-60
38	Rosa	TB/VIH	Femenino	>60

6.6 Grupos focales de barrera de género

Para desarrollar los grupos focales se realizó las coordinaciones con las responsables de los EESS de las diferentes DIRIS, DIREAS y GERESAS, explicando la necesidad de identificar entre sus PAT grupos de 6 u 8 personas según sexo y edad asignados, con la finalidad de brindar la posibilidad que participen tanto hombres como mujeres para establecer las diferencias significativas en sus opiniones. Las responsables de los EESS brindaron los números telefónicos, así como la adecuación de los ambientes en el mismo EESS asegurando las condiciones de horario, privacidad y ventilación. Se procedió de acuerdo con lo

establecido en el Protocolo realizando las llamadas telefónicas para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida; se estableció día y fecha más adecuada para las PAT, en el cual se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de grupo focal. Se aseguró proveer las medidas de protección establecidas en el contexto de COVID-19.

Se realizaron 05 grupos focales, se contactó inicialmente con 24 PAT de los cuales asistieron a un total de 22 PAT, una de ellas no asistió por motivo de salud de su menor hijo, la otra persona posteriormente se comunicó con la enfermera disculpándose por la inasistencia, estas ausencias no afectaron el desarrollo de la actividad ya que los asistentes participaron de manera dinámica con sus aportes.

Cuadro N° 3: Participantes en grupos focales de barrera de género - TB.

Nro.	Seudónimo.	Sexo	Grupo de edad
1	Ruth	Femenino	18-24
2	July	Femenino	18-24
3	Linda	Femenino	18-24
4	Evelyn	Femenino	25-60
5	Lizbeth	Femenino	25-60
6	Ruth	Femenino	25-60
7	Milagros	Femenino	25-60
8	Abigail	Femenino	25-60
9	Andrés	Masculino	25-60
10	Luis	Masculino	25-60
11	Marcos	Masculino	25-60
12	Rafael	Masculino	25-60
13	Andy	Masculino	25-60
14	Maycol	Masculino	18-24
15	Junior	Masculino	18-24
16	Frank	Masculino	18-24
17	Jean	Masculino	18-24
18	José	Masculino	18-24
19	Erick	Masculino	25-60
20	Gonzalo	Masculino	18-24
21	Jhon	Masculino	18-24
22	Martin	Masculino	18-24

6.7 Entrevistas a profundidad sobre barrera de género

Teniendo en cuenta que la población objetivo son personas afectadas por la TB (hombres, mujeres, transgénero, diversos grupos de edad, urbanos/rurales). Se realizó una primera identificación de las PAT con la referencia que brindaron las responsables de los EESS de las diferentes DIRIS, DIREAS y GERESAS, se estableció una comunicación permanente con las responsables de los EESS quienes brindaron las facilidades en cuanto a los números telefónicos, así como la adecuación de los ambientes que brindarían las mejores condiciones de horario, privacidad y ventilación para desarrollar las entrevistas a profundidad. Se procedió de acuerdo con lo establecido en el

Protocolo realizando las llamadas telefónicas para el contacto inicial y aplicar el Cuestionario para seleccionar a los participantes y asegurar la cuota de género, edad y población clave predefinida; se estableció día y fecha más adecuada para la PAT, en el cual se procedió a la aplicación del consentimiento informado y el desarrollo de la Guía de entrevista.

Se tuvo la posibilidad de incluir entre los entrevistados a representantes PAT de los establecimientos penitenciarios (2 varones y 2 mujeres) y de representantes PAT migrantes (1 varón y 1 mujeres), lo cual permitió tener la mirada de ellos y ellas en cuanto a las barreras de género. Se contacto inicialmente con 21 PAT de los cuales asistieron a la entrevista 26 ya que al momento de la entrevista invitaron a 5 más; en total se entrevistaron 26 PAT.

Cuadro N° 4: Participantes en entrevista sobre barrera de género - TB.

Nro.	Seudónimo.	Genero	Urbano/rural	Grupo de edad
1	Celina	Femenino	Urbano	18-24
2	Maribel	Femenino	Urbano	25-60
3	Yolvi	Masculino	Urbano	25-60
4	Ever	Masculino HSH	Urbano	25-60
5	Franklin	Masculino	Urbano	25-60
6	Gianella	Femenino	Urbano	25-60
7	Estrella	Mujer Trans	Urbano	25-60
8	Roberto	Masculino	Urbano	25-60
8	Julia	Femenino	Urbano	25-60
10	María	Femenino	Urbano	18-24
11	Juanjo	Masculino	Urbano	18-24
12	Yubisay	Femenino	Urbano-Migrante	25-60
13	Luis	Masculino	Urbano-Migrante	25-60
14	Alexis	Masculino	Rural	18-25
15	Nixon	Masculino	Rural	25-60
16	Kadiani	Femenino	Rural	18-24
17	Pierina	Femenino	Rural	25-60
18	Rafaela	Mujer Trans	Rural	25-60
19	Diana	Femenino	PPL	25-60
20	María Teresa	Femenino	PPL	25-60
21	Landeo	Masculino	PPL	25-60
22	Víctor	Masculino	PPL	25-60
23	Baldomero	Masculino	Urbano	Mas de 60
24	LuisRe	Masculino	Urbano	25-60
25	París	Masculino	Urbano	25-60
26	Jahir	Masculino	Urbano	25-60

6.8 Entrevistas a profundidad sobre contexto legal de TB.

La entrevista con informantes clave sobre contexto legal, se aplicó a actores clave del entrono gubernamental o de organizaciones civiles que trabajan temas de política de TB. La selección de los informantes clave partió de la experiencia en los aspectos legales de la TB, así como de su labor en la defensa de los derechos y género.

Las personas seleccionadas para las entrevistas a profundidad fueron invitadas a participar a través de llamadas telefónicas, quienes establecieron el día y hora más conveniente, se les explicó los objetivos de la entrevista y la modalidad virtual, para ello se generó sesiones vía Zoom. Previa a la entrevista se les presentó el Estudio a través de un PPT, luego se procedió según el Protocolo: lectura del consentimiento y la respectiva aceptación, se procedió con la entrevista semiestructurada y abierta, diseñada para evocar temas exploratorios y descripciones detalladas de las experiencias de los participantes. Las entrevistas duraron aproximadamente 60 minutos y se grabó en audio digital, la cual fue transferida a un servidor seguro y cifrado.

Se contactó 18 informantes clave y una representante de las personas trans se disculpó porque el día de la entrevista pactada tuvo problemas personales y posteriormente tuvo actividades de su comunidad, por tal motivo se procedió a identificar otra informante clave de la comunidad trans. Finalmente participaron en las entrevistas a profundidad 17 personas.

Cuadro N° 5: Participantes en entrevista sobre contexto legal - TB.

Nro.	Nombre o seudónimo.	Institución	Cargo	Profesión
1	Gabriela	ADEPAT LORETO	Presidenta	
2	Javier	AIS PERÚ		Químico Farmacéutico
3	Mario	UPCH	Docente	Abogado
4	Rocío	CONAMUSA	Secretaria Técnica	Psicóloga
5	Oswaldo	HNHN	Médico	Médico
6	Cesar	HNDAC	Médico	Médico salubrista
7	Leonid	SES	Director	Médico
8	Alberto	Centro Carlos Alberto Negrón	Director médico	Médico infectólogo
8	Luisa	MINJUS-DGDDHH	Funcionaria	Abogada
10	Karina	Comunidad Shipibo-Conibo	Presidenta	
11	Julia	DPCTB	Funcionaria	Médico
12	Fabiola	CONAMUSA	Representante TB	
13	Adjani	MIDIS PANTBC	Funcionaria	Medico
14	Liliana	ESSALUD	Funcionaria	Enfermera
15	Mayra	INPE	Funcionaria	Enfermera
16	Melecio	ASPAT	Presidente	
17	Sandy	TRANSFORMANDO LIMA	Presidenta	Activista Trans

7. RESULTADOS

7.1 Poblaciones clave en TB

7.1.1. Poblaciones clave identificadas.

En el taller de priorización de las poblaciones clave en TB se identificaron 12 grupos más vulnerables que presentamos en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 6: Poblaciones clave identificadas.

Nro.	Población clave identificada	Observación
1	Personas que viven con el VIH	La coinfección TB/ VIH, si bien el VIH es menos de 2% de pacientes con TB, afecta alrededor del 50% de pacientes con VIH en nuestro país, la coinfección TB/VIH se concentra principalmente en hospitales donde se atiende a los pacientes con infección por VIH. Ambos agentes son muy agresivos, pueden desarrollar resistencia, se potencian mutuamente al disminuir el sistema inmunológico y finalmente dificultan el tratamiento del otro agente. ²⁰
2	Personas con silicosis	Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo vigente establece que el empleador es responsable de proteger la salud de sus trabajadores mediante actividades como los exámenes médico ocupacionales, según la Resolución Ministerial (RM) 312-2011 del Ministerio de Salud (MINS) son obligatorios para cada actividad económica, esta ley no contempla otros grupos vulnerables como los peones de la minería, quienes tienen alto riesgo de contraer silicosis la cual predispone a infectarse o reactivar la tuberculosis, además del confinamiento en lugares poco ventilados; ²¹ existen falencias con respecto al tamizaje de tuberculosis lo que podría estar impidiendo un diagnóstico certero en esta población vulnerable.
3	Migrantes	En los últimos años se ha incrementado la población migrante en especial de Venezuela, en relación a la TB los reportes de los últimos años han ido incrementándose así en el 2019 (0.7%), 2020 (0.9%) y en el año 2021 (1.8%), de los 288 casos diagnosticados ese mismo año, 255 (89%) de procedencia de Venezuela, por lo que se requiere tener en cuenta esta población para evitar que se siga propagando la TB.
4	Menores	Si en un hogar hay personas afectadas por TB, lo más probable es que el niño o niña también se contagie, ello puede suceder si en un hogar donde hay una persona con TB y no guarda las medidas de protección. De acuerdo a las estimaciones aportan una carga de 6% por ello su riesgo es Alto.
5	Prisioneros y detenidos	En un estudio descriptivo de corte transversal en población penitenciaria del Perú durante el 2018, realizado en Penal de Lurigancho (Lima) y Penal del Callao Sarita Colonia (Callao) la incidencia de TB es alta según el INPE, uno de los factores de riesgo para adquirir TB es tener VIH, además, la TB puede ser un factor de riesgo sobre el pronóstico de

²⁰ Mendoza, A. & Iglesias, D. (2008). Tuberculosis en pacientes con VIH/SIDA. Revista Acta médica peruana, Vol. 25, (4), documento extraído de:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172008000400012

²¹ Johnston EJ, Alarcón Ruiz CA, Miñan-Tapia A, Taype Rondan A. Diagnóstico de tuberculosis en el marco de la evaluación periódica ocupacional: observaciones a la actual normativa peruana. An Fac. med. 2017;78(4):461-2 DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i4.14271>

Nro.	Población clave identificada	Observación
		pacientes con COVID-19, siendo un factor importante de mortalidad por ejemplo tener VIH, TBC y COVID-19 ²² .
6	Personas que Usan Drogas	Entre los diferentes factores de riesgo en las personas con TB se ha identificado personas que consumen drogas ilícitas en el 2021 llegaron al 8.0% siendo el nivel de riesgo Alto, sin embargo, aún no existen estudios que expliquen esta problemática.
7	Personas con diabetes (DM)	De acuerdo con el MINSA la comorbilidad TB/DM en el 2021 aporta una carga del 13.1%. En un estudio realizado en un hospital nacional de Perú concluyeron que los factores asociados a que un paciente adquiriera tuberculosis pulmonar fueron: la adherencia al tratamiento antidiabético y la hemoglobina glicosilada. Además, como hallazgo se encontró cifras elevadas de TB MDR que indican que los pacientes con DM2 están más propensos a desarrollar tuberculosis pulmonar en su forma resistente ²³
8	Pobres urbanos	El efecto de las migraciones internas sobre la tuberculosis es un tema poco estudiado, pero se ha observado que las poblaciones localizadas en los cinturones de pobreza (barrios marginales) de las grandes ciudades, como Lima que generalmente están constituidos por migrantes del interior del país, presentan elevadas incidencias de tuberculosis ²⁴
9	Poblaciones indígenas	En un estudio observacional-descriptivo, realizado en el 2009, que incluyó pacientes indígenas afectados por tuberculosis que ingresaron al programa durante el año 2008, de las 25 regiones del Perú; concuerda con los datos de la DPCTB que el grupo étnico que presenta la mayor cantidad de pacientes con TB son los quechuas, los indígenas amazónicos, Ashánincas, Shipibo y Matsiguenga, seguidos en tercer lugar indígenas aymaras. ²⁵
10	Trabajadores sexuales	No encontramos información específica de la carga de TB en esta población, es motivo para profundizar en estudios posteriores.
11	Personas sin hogar	En las estadísticas nacionales no se encuentran priorizados, no existen estudios específicos y requieren un abordaje diferenciado.

²² Johana Acosta-Quiroz, J. Iglesias-Osores, S. Córdoba-Rojas L. Tuberculosis en dos prisiones peruanas. REV EXP MED 2021;7(3).

²³ Purizaga V. Poves H, Apolaya-Segura M, Llanos F. Factores de riesgo de tuberculosis pulmonar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 REV. MÉD. ROSARIO 86: 131-138, 2020

²⁴ Munayco, César V., Soto-Cabezas, M. Gabriela, Valencia, Javier A., Huaroto, Fabiola M., Cucho, Carolina, Meza, Carmen R., & Hurtado, Jenny M. (2009). Tuberculosis y migración interna en un área endémica del sur del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(3), 324-327. Recuperado en 12 de enero de 2022, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000300009&lng=es&tlng=es

²⁵ Culqui, D. Trujillo, O, Cueva, N, Aylas, R, Salaverry, O. Bonilla, C. Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica. 2010; 27(1): 8-15.

Nro.	Población clave identificada	Observación
12	Personas con discapacidades físicas o mentales	No encontramos información específica de la carga de TB en esta población, es motivo para profundizar en estudios posteriores.

7.1.2. Poblaciones clave priorizadas

A efectos de la priorización, de las poblaciones identificadas inicialmente se seleccionaron de ellas 5 cinco poblaciones claves, que corresponden a 1 de cada grupo con mayor puntaje entre las que están: Personas con VIH, Migrantes, Personas Privadas De La Libertad, Pobres Urbanos e Indígenas; en el cuadro siguiente se presenta algunas observaciones en relación a la selección:

Cuadro N° 7: Poblaciones clave priorizadas.

Nro.	Población clave priorizada	Observación
1	Personas que viven con el VIH	A nivel nacional, la proporción de personas con TB/VIH en el 2021 es de 5.8% siendo el nivel de riesgo Alto. La tuberculosis y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana VIH se encuentran epidemiológicamente asociados en cuanto a pronóstico de riesgo, sea para desarrollar TB en un paciente VIH positivo primario o como indicador pronóstico de la infección por VIH.
2	Migrantes	Llegan al país sin un domicilio fijo, se alojan en lugares con alto riesgo de hacinamiento viven en habitaciones pequeñas con muchas personas. Muchos deciden salir de su país en busca de tratamiento antirretroviral para VIH, esto implica un nivel de inmunosupresión que los expone a la TB. Tienen problemas con sus documentos y de primera instancia no pueden acceder al SIS. De acuerdo con las estadísticas presentadas los migrantes aportan una carga de enfermedad menor del 2%, situándose en el nivel de riesgo Bajo, sin embargo, por los factores de riesgo si es necesario hacerles un seguimiento para evitar propagación de la enfermedad.
3	Prisioneros y detenidos	Existe un alto hacinamiento en los establecimientos penitenciarios, tienen otras enfermedades como diabetes no tratadas. En el 2020 aportaron una carga de enfermedad de 9.8% siendo el riesgo Muy Alto
4	Pobres urbanos	Hay mayores riesgos de exposición en las personas que viven en situación de pobreza por el hacinamiento, las carencias económicas que no le permiten adecuadas medidas de prevención y de alimentación, así como cuadros de anemia. Hay barreras sociales como la condición de pobreza que incluye la limitación del acceso a servicios básicos. Otras barreras para completar el cuidado es que las personas en condición de pobreza viven en zonas de poca accesibilidad a los servicios básicos o aquellas que viven en zonas alejadas al establecimiento de salud. Las personas en pobreza priorizan la satisfacción de necesidades básicas, pero a nivel de prevención en salud, búsqueda de información, no es parte de esa necesidad. Hay suficientes cifras e índices de pobreza que avalan la necesita de considerar a los pobres urbanos como población vulnerable a la TB.

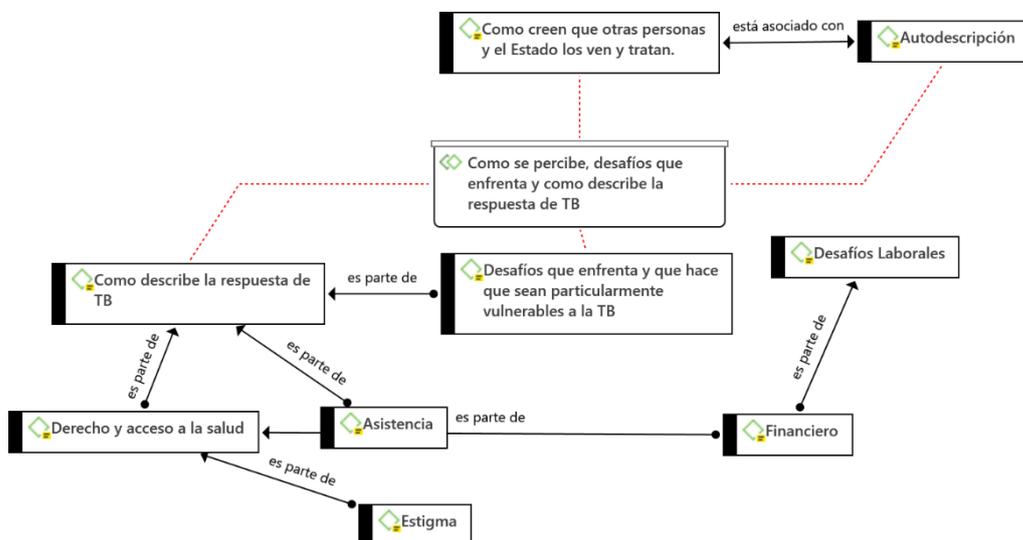
Nro.	Población clave priorizada	Observación
5	Poblaciones indígenas	Estas poblaciones están asentadas en las grandes ciudades como Lima, Ica, Cusco, Pasco, Ucayali, Tacna, Amazonas, Loreto; quienes en busca de mejores posibilidades de vida se trasladan a las ciudades y no logran superar las condiciones de pobreza. En el 2021 llegaron al 1.9% de la carga nacional, nivel de riesgo Bajo, pero por sus condiciones de vida son altamente vulnerables.

7.1.3 Categorización de poblaciones clave priorizadas

7.1.3.1. Población clave: Personas viviendo con VIH

Descripción general de la población clave

La percepción de la población con VIH desde cómo las ven las personas y el Estado, está asociado a la auto descripción, es decir la manera cómo se perciben ellos (as) mismas y esto tiene como consecuencia los desafíos que enfrenta y cómo describe la respuesta a la TB que se les brinda. El Derecho y acceso a la salud, así como la asistencia brindada a las PAT son principales aspectos de esta respuesta, siendo el aspecto financiero parte de los desafíos laborales que han tenido al no tener un trabajo y/o perderlo a causa del diagnóstico e TB.



Autodescripción.

Las personas que tienen la condición de coinfección TB/VIH identifican que es un agravante para su salud integral, están más expuestas a contraer otras infecciones o situaciones de salud, así como resistencia a los medicamentos, por lo que requieren asumir medidas de autocuidado.

“Lo más difícil es asumir nuestra situación, porque tenemos dos enfermedades y tenemos que ir de acá para allá para recibir nuestro tratamiento”.

“...tener estas dos enfermedades es una situación que me deprime, no es fácil.”

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

Las personas con TB son aisladas por otras personas, manteniéndose alejadas, pero la forma en la que se expresa este distanciamiento es con expresiones discriminadoras. Según refieren algunos entrevistados en los hospitales, algunos médicos no desean ni tocar a los y las pacientes al tener que revisarles por una dolencia.

“...yo cuando estaba en hospital, el doctor me decía pasa pasa, yaaa más allá, siéntate más allá, peor estoy con la mascarilla, y me decía vaya para allá. No me quería ni tocar. Así nomás nada nomás, ni me quería ver lo que tenía, ahora eso es penado hay una ley que nos ampara, ellos no te pueden hacer eso”.

“Nos miran como el COVID- se alejan las personas, la verdad es como si fuese una leprosa, hay mucha discriminación contra nosotros, nosotros no buscamos enfermarnos, es algo que no lo podemos explicar, porque nadie quiere estar enfermo”.

Desde el Estado reciben atención integral para VIH y existen normativas que favorecen el cuidado de su salud, con respecto a la atención en TB reconocen el apoyo en medicamentos, así como en la provisión de alimentos, la cual está condicionada a la asistencia al Establecimiento de salud y cuando se cumple esta directiva de manera rígida podría afectar al paciente y quitarles el beneficio de la canasta de alimentos.

“Un tiempo apoyaban con víveres, pero me dejaron de dar porque me dijeron que yo no iba al Centro de salud porque no podía caminar, solo mi hijo recogía las medicina, y me pusieron como falta, eso no es justo porque no fui porque no quería, sino porque no podía, somos personas muy pobres y necesitamos mejorar nuestra salud”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El principal desafío que deben afrontar las personas con coinfección TB/VIH se relaciona a la adherencia al tratamiento, que en el mejor de los casos no les provoco efectos adversos y de acuerdo con los esquemas actuales el tratamiento antirretroviral tiene una dosis diaria, pero quienes tienen esquemas anteriores con un mayor número de pastillas, sumado a ello el tratamiento a la TB, no es fácil de manejar la adherencia y acarrea mayores efectos adversos. Las PAT tienen conocimiento que el diagnóstico de VIH disminuye las defensas y puede hacerle vulnerable a la TB, por ello requieren tener una mayor adherencia y compromiso.

“estas dos enfermedades es una situación que me deprime, no es fácil, pero todos los días le agradezco al Señor porque aún me da vida para atender a mi familia, tengo dos hijos y uno es especial que ahora también se ha contagiado de TB”

“Porque tomar diariamente la pastilla, es un caso señorita. Yo he tomado 13 pastillas al día, se me quería venir. Me decía tienes que seguir, que vas a hacer... Mi estómago no lo permite, muchas pastillas son, no es porque no quiero...”

“El mismo descuido con amigos, conversando, a mí me contagiaron pues. Cuando conversaba con 2 amigos, no sabía que tenían TB, yo sospechaba porque tosían mucho y estaban delgados, y yo con el VIH, peor todavía”.

Del mismo modo, algunos refieren que, a raíz de los diagnósticos, su situación laboral ha empeorado, han tenido que dejar sus trabajos o buscar actividades laborales ocasionales a fin de cubrir sus necesidades básicas. A pesar de tener SIS, algunos medicamentos o exámenes que no se han podido realizar en el establecimiento de salud debiendo realizarlo de manera particular.

“...a veces tenía q llamar a una amiga, q me pueden ayudar en algún cachuelo. He perdido trabajos, trabajaba en Campoy, ayudante de costura y pedía permiso, para ponerme ampolla, otro día venir un poco más tarde, mi hijito está con fiebre y así.”

Como describe la respuesta de TB

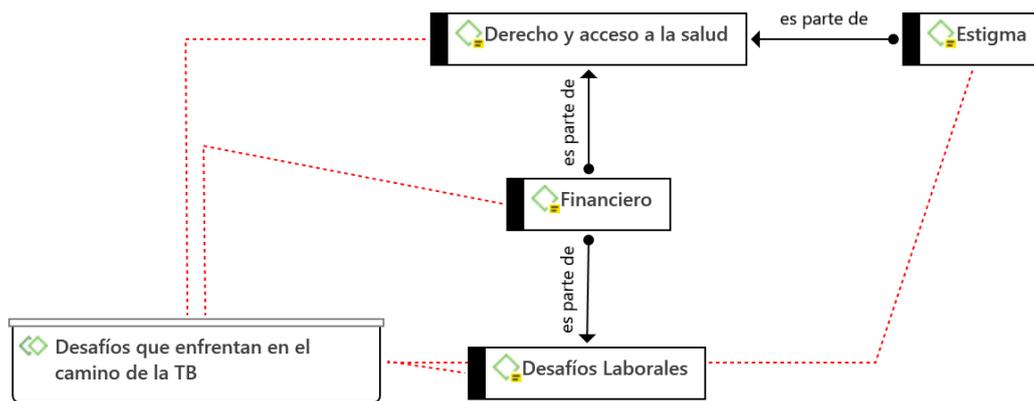
Respecto al tratamiento no hay mayor dificultad, se tiene conocimiento que es gratuito y se les ha entregado oportunamente, además en la actualidad existe la posibilidad de poder tomarlo desde su casa en algunas oportunidades. Además, un factor importante es la entrega de canastas mensuales como soporte alimenticio ante la TB.

Una minoría menciona que no hay otras facilidades o servicios como alternativas frente a emergencias, como por ejemplo oxígeno para cuando sea necesario o una atención en otras especialidades en el establecimiento de salud o un hospital.

“Debe haber mejor seguimiento, debe haber oxígeno para cuando uno se siente mal... debe pasarnos a otras especialidades y si no tienen derivarnos al hospital para que nos atiendan con tiempo. Deben tener más cuidado con los pacientes”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Los desafíos que enfrentan los y las PAT con diagnóstico de VIH son principalmente el desafío financiero y el desafío laboral, además del estigma que también tienen por ambos diagnósticos.



Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Se identifica que **antes de la visita al médico** tuvieron algunos síntomas frente a los cuales esperaron que estos desaparezcan, por lo que al ver que se incrementaron los malestares acudieron al médico.

“Yo creía que me iba a pasar, pero empecé a tener problemas con la respiración, allí es que me entro miedo y me llevaron al hospital”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

En algunos casos frente a la gravedad de la situación ingresaron por emergencia del centro hospitalario, en el cual le realizaron diferentes exámenes clínicos

“...se me iba la respiración, tuve que amanecerme en el hospital, de allí me internaron en sala...”

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de tuberculosis en algunos casos fue a raíz de la presencia de otras comorbilidades como la Diabetes o la propia coinfección TB/VIH

“La TB, me diagnosticaron por lo que me dio la diabetes, y luego me hicieron análisis, y empecé a toser, y me dijeron que estaba con la TBC y me enviaron al programa y empecé...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Para quien estuvo hospitalizada la experiencia fue muy intensa ya que recibió los dos diagnósticos a la vez TB y VIH lo cual provocó un impacto en su estado emocional.

“...de allí me internaron en sala, me sacaron análisis y tenía TB y a la semana me dijeron que tenía VIH, en ese momento me sentí destruida...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

El tener que adquirir otros medicamentos durante el tratamiento que

no cubre el SIS fue una barrera que debieron superar

“...pero algunas pastillas que no hay acá he tenido que comprarlas en la calle. Y del código (VIH) ya tengo 12 años, los primeros meses me afectó bastante, ahorita tomo pastilla normal...”

“...algunos medicamentos, vitaminas que me sugerían no lo cubría el SIS y lo compraba fuera...”

Para quienes deben recibir tratamiento por TB MDR sienten que es muy difícil resistir el dolor de las inyecciones lo que podría generar el abandono al tratamiento.

“...las ampollas no resisto, por lo que tengo resistir... es demasiado en realidad...”

La alimentación diaria es un desafío, teniendo en cuenta que algunos refieren que no vienen recibiendo la canasta, o al menos algunos meses ya no la recibieron, siendo esto un derecho que otorga el PANTB por Ley, y esta se debe de recibirse de manera mensual, pero en algunos casos ella está asociada al cumplimiento del tratamiento.

“Sobre la canasta me la daban, pero no sé qué ha pasado hace ya varios meses no me la dan, me daban siempre, hasta enero. Le dije a la señorita ... tengo una bebida chiquita, yo necesito.”

Género.

En los diferentes momentos del camino de la TB: Antes de la visita al médico, entre la visita al médico y el diagnóstico, diagnóstico y tratamiento, durante la fase hospitalaria del tratamiento, durante el tratamiento ambulatorio, los diferentes participantes no han identificado barreras referentes a género.

Estigma.

Antes de la visita al médico

No se ha identificado expresiones de estigma como barrera antes de la visita al médico

Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se ha identificado expresiones de estigma como barrera entre la visita al médico y el diagnóstico.

Diagnóstico y tratamiento

Una minoría expresa el rechazo que ha tenido de parte de miembros de la familia sobre todo por el diagnóstico de VIH (no de TB), con actitudes estigmatizantes y desprecio.

“ mi hija ... invadió mi casa hasta ahora tengo problemas con ella judicialmente

por lo que le pegó a mi nieto, ella también, me trató feamente, me dijo SIDOSA públicamente, yo vivo en una manzanita y en el medio hay un parquecito y ahí me gritó... me dijo vieja de m... (se puso a llorar). Mi casa estaba destrozada ... porque no me muero... yo esa casa la construí joven..."

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se ha identificado expresiones de estigma en la fase hospitalaria.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Se percibe estigma por parte de las personas que le rodean, guardando distancia o alejándose.

"Nos miran como el COVID- se alejan las personas, la verdad es como si fuese una leprosa, hay mucha discriminación contra nosotros, nosotros no buscamos enfermarnos..."

Además, cuando requieren ser atendidos en otros servicios de salud son rechazados y el rechazo es mayor al conocer su doble diagnóstico.

"La otra vez tenía un dolor de muela porque se me había roto, y el odontólogo me dijo que él no podía atenderme porque yo tenía TB, eso es discriminación para nosotros, sería porque vio que también tenía VIH".

Financiero.

De manera general en todo el camino de la TB se debe reconocer que las personas con diagnóstico TB/VIH son de condición económica pobre por lo que ven afectado sus ingresos.

"...somos personas muy pobres y necesitamos mejorar nuestra salud..."

Diagnóstico y tratamiento

Específicamente el aspecto financiero es un desafío a pesar de que el tratamiento es gratuito, esto debido a que la enfermedad implica pérdida de trabajo, gastos de traslado, gastos en otros medicamentos y exámenes que no cubre el SIS, de ser necesarios. En algunos casos al perder el trabajo, también deben cubrir el pago del lugar donde viven lo cual complica más aún la situación.

"Ahorita estamos viviendo en una casita alquilada, ahí estamos y la señora menos mal no nos cobra, porque le conté que estaba mal".

"Quizás algunos medicamentos, vitaminas que me sugerían no lo cubría el SIS y lo compraba fuera"

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Quienes han estado en situación de hospitalización la situación económica se agrava para los afectados por TB/VIH

Durante el tratamiento ambulatorio.

Nuevamente señalamos que las PAT provienen de lugares urbano-pobres donde carecen de recursos económicos.

Geográfico.

Antes de la visita al médico y entre la visita al médico y el diagnóstico

En estos tres momentos las personas con diagnóstico previo de VIH acuden al establecimiento de salud para recibir su tratamiento antirretroviral que no necesariamente es el mismo lugar donde reciben su tratamiento para TB.

Diagnóstico y tratamiento

El diagnóstico de TB en las PVV fue realizado en el mismo establecimiento de salud debido a las complicaciones presentadas, al recibir el diagnóstico de TB fueron derivadas a un establecimiento de salud del primer nivel de atención para recibir su tratamiento.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Las barreras geográficas no han sido mencionadas por los participantes que han tenido episodios que requirieron hospitalización.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Generalmente las personas con coinfección TB/VIH deben recibir el tratamiento de tuberculosis en el establecimiento de salud más cercano a su domicilio en el cual muchas veces no se da el tratamiento antirretroviral.

A raíz de la pandemia del COVID-19 el desplazamiento al establecimiento de salud para recibir el tratamiento para TB ya no se da de manera diaria sino semanal y además se implementó el monitoreo del tratamiento por vídeo llamadas.

“ Los profesionales de la salud son personas capacitadas les mando x WhatsApp todos los días cuando tomo mis pastillas, como soy discapacitado, uso el bastón, y a más tardar a las 9 de la mañana mando por WhatsApp a la Lic. ”.

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico

En estos dos momentos del camino de la TB, las personas con VIH que vienen recibiendo tratamiento antirretroviral generalmente desarrollan actividades laborales de manera informal por lo que al presentarse los síntomas de la tuberculosis han visto afectado su desempeño laboral

“... yo hace un año trabajaba, recién vendía algo, como estoy un poco mal, he tenido que dejarlo...”

Diagnóstico y tratamiento

Desde el Diagnóstico y tratamiento, y en la fase hospitalaria del tratamiento, se encuentra quienes debido a la coinfección TB/VIH presentan situaciones de pérdida laboral o reducción de sus horas de trabajo ya que le han disminuido sus fuerzas para salir a trabajar o tienen reacciones emocionales, asimismo deben asistir permanente al establecimiento de salud a recibir su tratamiento.

“He tenido que dejar mi trabajo porque me siento mal, muy débil, tengo ansiedad muy fea que me estaba tumbando y necesitaba apoyo psicológico, yo soy muy creyente solo le pido a Dios que me de tranquilidad”

Durante el tratamiento ambulatorio

El hecho de tener que recoger los medicamentos diariamente ha sido motivo de renuncia del trabajo ya que provocaba observaciones de sus empleadores.

“...Y me dijeron de verdad q tu sales y faltas mucho, necesitamos una chica para todo el día y me salí de mi trabajo...”

Cuadro N° 8: Desafíos que enfrenta la población clave TB/VIH en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	2	2	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	1	1	3	3	3
Financiero	2	2	2	1	1
Geográfico	1	1	1	1	1
Desafíos laborales	1	3	3	2	2

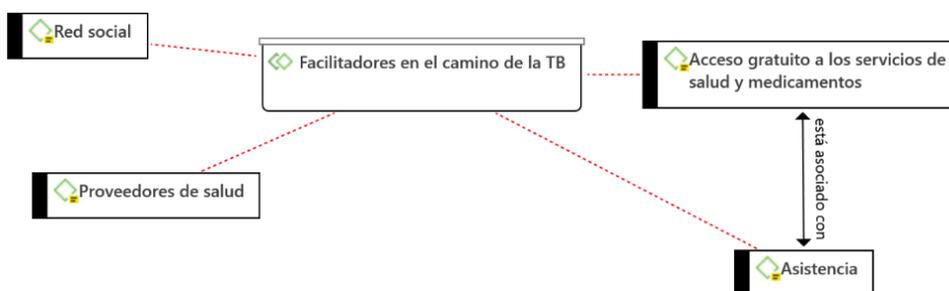
3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Los principales desafíos percibidos por las personas con VIH se dan en el derecho y acceso a la salud, en todos los momentos del camino a la TB, sobre todo antes de la visita al médico y entre la visita al médico y el diagnóstico; la dificultad más frecuente es adquirir otros medicamentos que se necesiten durante el tratamiento que no cubre el SIS; asimismo para quienes deben recibir tratamiento por TB MDR sienten que es muy difícil resistir el dolor del tratamiento a través de las inyectables. En segundo lugar, se encuentra la percepción de estigma durante el diagnóstico y tratamiento, durante la fase

hospitalaria y tratamiento ambulatorio perciben actitudes estigmatizantes y de desprecio por parte de las personas que le rodean, el estigma suele expresarse guardando distancia o alejándose. Además, en ocasiones cuando requieren ser atendidos en otros servicios de salud son rechazados y ello es mayor al darse a conocer su doble diagnóstico. En tercer lugar, tenemos el desafío laboral que conlleva a situaciones de pérdida laboral o reducción de sus horas de trabajo y un posible despido, las PAT suelen sentir que les ha disminuido sus fuerzas para salir a trabajar o tienen reacciones emocionales negativas, asimismo deben asistir permanente al establecimiento de salud a recibir su tratamiento. Este aspecto va de la mano con lo financiero, los PAT son en su mayoría de condición económica pobre por lo que ven afectado sus ingresos porque esto afecta gastos de traslado (a pesar de que muchos reciben su tratamiento cerca a su domicilio), gastos en otros medicamentos y exámenes que no cubre el SIS, de ser necesarios.

Facilitadores en la cascada de TB

En el camino de la TB, la red social principalmente conformada por la familia es uno de los principales facilitadores del o la paciente con TB/VIH para continuar con el tratamiento de manera efectiva. Asimismo, la asistencia psicológica ofrecido en algunos servicios, el tratamiento gratuito que reciben en el ES, así como el buen trato recibido desde los proveedores de salud ha sido percibido considerado como un facilitador en el camino de la TB.



Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud

El acceso a los servicios de atención de las personas con VIH está asegurado en sus respectivos centros de atención, y los profesionales han tenido una actitud de apoyo y referencia oportuna para su cuidado con respecto a la atención en TB.

“Siempre me han dado los medicamentos, hasta el día de hoy tenemos esa confianza con la licenciada, incluso con los doctores”

Ser diagnosticado

Para acceder al diagnóstico de TB quienes estaban en tratamiento por el VIH fueron derivados al servicio especializado, quienes fueron diagnosticados de manera paralela con ambas morbilidades fue un impacto emocional grande y refieren que los proveedores de salud les brindaron las pautas necesarias.

Continuar con el tratamiento

El trato y apoyo recibido de las profesionales de salud en los servicios de TB es considerado por la mayoría como satisfactorio ya que están pendientes del proceso de cada paciente, también les han brindado alternativas para el monitoreo de medicamentos y para el seguimiento; además, brindan facilidades en los horarios que más les favorezca.

“El centro de salud se preocupó bastante, la asistente social, la señorita y cuando llevaba la medicina la casa, le tomaba foto a la medicina... prácticamente bastante se preocuparon. Y cada semana me llamaba una doctorcita. Ya estoy como 3 a 4 meses, me falta supuestamente 9 meses”.

“En el caso de mi hijo y sus clases, perdía clases, pero le dije si en la tarde pueden atenderle para venir en las tardes, él estudia de 8 a las 4 y 30 y ya corriendo venia y lo traía mi hijo y siempre lo atendía”.

Finalizar el tratamiento

No tenemos más información al respecto ya que la mayoría de las personas aún continúan en tratamiento.

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Acceder a los servicios de salud.

El apoyo familiar es trascendental como facilitador en el camino de la TB, los familiares apoyan desde el inicio de los síntomas, brindan el acompañamiento al centro de atención y como vemos en algunos casos han permanecido cercanos a ellos estando en el servicio de emergencia donde fueron diagnosticados.

Ser diagnosticado.

Frente al diagnóstico también la presencia de los familiares ha sido un elemento de apoyo, más aún cuando han tenido que adquirir otros análisis o medicamentos.

Continuar con el tratamiento

Durante el tratamiento la familia ha proporcionado apoyo económico, alimentos, cuidado de los hijos, también refieren el apoyo moral y cuidados.

“...no podía caminar, solo mi hijo recogía las medicinas “

“mi mamá, ósea nos ayuda con la comida a veces la sopa, no puedo quejarme, pero para eso nomás no se puede hacer muchas cosas. Además, no está bien andar pidiéndole a mi mamá, se ve feo, le digo...”

Finalizar el tratamiento

No tenemos más información al respecto ya que la mayoría de las personas aún continúan en tratamiento.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud.

Para el acceso a los servicios de salud no se materializa asistencia especial que los participantes destaquen.

Ser diagnosticado.

Expresan la gratuidad del diagnóstico de TB cuando estos se realizan en los establecimientos de salud del Estado.

Continuar con el tratamiento

El principal facilitador reconocido por los entrevistados es la asistencia del Estado mediante la entrega de las canastas de alimentos que se entregan de manera mensual para fortalecer su estado nutricional; así mismo refieren que reciben apoyo psicológico para evitar el abandono y fortalecer la adherencia al tratamiento. Algunos PAT refieren que existen organizaciones de sociedad civil que apoyan a los pacientes.

“para mi me daban víveres y mis hijos que también llevaban tratamiento. Y en SES les dan un vale de 50 soles que sacamos en el Tottus, azúcar, leche, arroz, más que todo. Para que ...hemos subido de peso, poco a poco fuimos mejorando nuestra situación económica”.

Finalizar el tratamiento

No tenemos más información al respecto ya que la mayoría de las personas aún continúan en tratamiento.

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud.

En el caso de las personas con diagnóstico de VIH han tenido la

posibilidad de acceder a los servicios de atención del Estado de manera gratuita, ellos reciben su tratamiento de TB y sus antirretrovirales, sin embargo, existen algunos exámenes que requieren ser cubiertos por el paciente.

Ser diagnosticado.

Dentro de lo establecido por el MINSA el diagnóstico de TB se ofrece de manera gratuita y está contemplado en la norma.

Continuar con el tratamiento

La provisión de tratamiento es gratuita, solo cuando han requerido otros exámenes que no cubre el SIS han tenido que cubrir los costos en centros médicos particulares.

“Siempre me han dado los medicamentos, hasta el día de hoy tenemos esa confianza con la licenciada, incluso con los doctores”.

Finalizar el tratamiento

No tenemos más información al respecto ya que la mayoría de las personas aún continúan en tratamiento.

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud.

No se identifica como facilitador en este momento del camino de la TB

Ser diagnosticado.

Una de las participantes hizo mención a la visita domiciliar de un personal de salud para notificarle sobre el diagnóstico de TB y la necesidad de acudir al establecimiento de salud para iniciar con el tratamiento

“Vino la señorita y en la noche y me tocó la puerta, allá tú tienes TBC, y tienes q ir lunes lo más pronto a la posta...”

Continuar con el tratamiento

Específicamente con relación al monitoreo y manejo de casos se destaca que en el monitoreo de los medicamentos para TB se centra en el seguimiento que realiza el personal de salud para verificar el cumplimiento con la toma de medicamentos, el personal de salud puede flexibilizar la entrega de medicamentos de manera semanal y a través de video verifica que no abandonen el tratamiento (estrategia que se implementó por el COVID 19).

“El centro de salud se preocupó bastante, la asistente social, la señorita y cuando llevaba la medicina la casa, le tomaba foto a la medicina... prácticamente bastante se preocuparon. Y cada semana me llamaba una doctorcita. Ya estoy

como 3 a 4 meses, me falta supuestamente 9 meses”.

Cuadro N° 9: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave TB/VIH.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	3	3
Familia	1	1	3	3
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	3	3
Apoyo psicológico y emocional	1	1	3	3
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	1	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	2	2
Manejo de casos	1	1	2	2

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

Las personas con VIH identifican que los proveedores de salud facilitan el acceso a servicios de salud, porque se les percibe con una actitud de apoyo, soporte emocional y referencia oportuna para su cuidado con respecto a la atención en TB, esto se manifiesta también al ser diagnosticados y al continuar tratamiento, los profesionales de la salud suelen estar pendientes del proceso de cada paciente, y les han brindado alternativas para el monitoreo de medicamentos y para el seguimiento; además, brindan facilidades en los horarios que más les favorezca. Del mismo modo, el apoyo familiar es importante porque le dan acompañamiento al centro de atención y su soporte es básicamente en la continuidad y finalización del tratamiento; el apoyo social y material, psicológico y emocional juegan un rol importante sobre todo para la continuidad y finalización del tratamiento para la TB.

Por otro lado, la asistencia brindada expresada desde la gratuidad del diagnóstico y tratamiento: así como la entrega de canastas mensuales para fortalecer su estado nutricional también han facilitado el camino a la TB. Finalmente, el apoyo psicológico recibido para evitar el abandono y fortalecer la adherencia al tratamiento. Algunos PAT refieren que existen organizaciones

de sociedad civil que apoyan a los pacientes, esto se refiere específicamente a organizaciones de personas viviendo con VIH, aún no es fácil identificar organizaciones relacionadas a la TB.

Compromisos y participación significativos.

Hay desconocimiento sobre organizaciones o grupos de pares que apoyan a otros PAT, lo que si ocurre con VIH que se organizaban grupos de apoyo en los propios hospitales u organizaciones de PVV. Asimismo, las PAT con VIH entrevistadas señalan no participar en el diseño, implementación o monitoreo de alguna intervención con la TB, siendo su prioridad el tratamiento.

“...No conozco nada de eso solo me dan mis pastillas”.

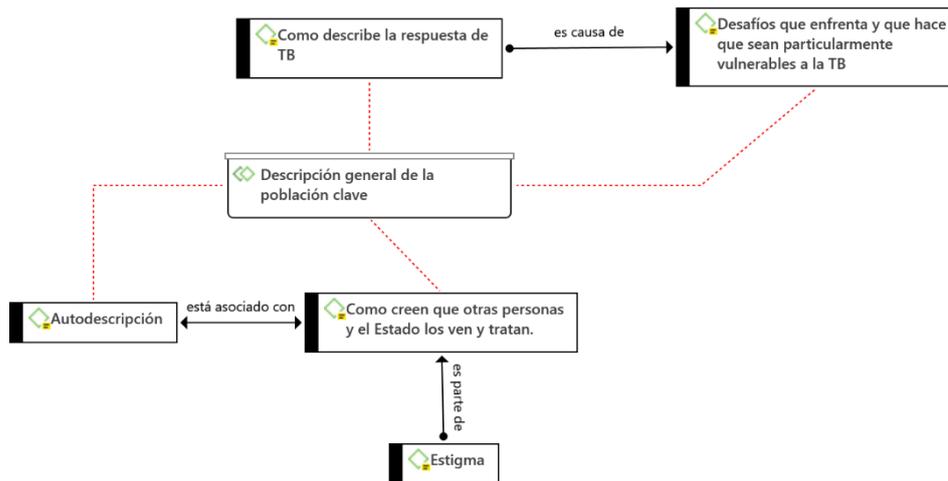
Frente a situaciones de maltrato o vulneración de derechos no acuden a otras instancias por desconocimiento de la existencia de organizaciones de apoyo o de instancias de reclamo del Estado (defensoría del usuario, libros de reclamos, entre otros) por los que sus reclamos solo se dirigen a los mismos profesionales.

“Si una vez la Dra. me dio un papelito chiquito para que me hagan una placa, me recorrí todo el Hospital y siempre me decían que con ese papel no me iban a atender. ... Cuando volví al establecimiento de salud...me quejé con la doctora y le dije que eso no valía para nada. Eso es una forma de rechazo o discriminación porque no saben explicar las cosas”.

7.1.3.2. Población clave: Migrantes

Descripción general de la población clave

La autopercepción de la población migrante es la causa de los desafíos cómo se perciben vulnerables a la TB. Esta autodescripción está asociado al estigma que reciben de otras personas y al desconocimiento que tienen sobre la TB.



Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

Autodescripción.

La población migrante se auto perciben reservados y buscan ser constantes con el tratamiento.

“Ser constante a la hora de venir a tomar el tratamiento... en el trabajo hay que ser reservado”

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

Teniendo en cuenta que la población migrante que procede de Venezuela ha tenido en los últimos años serias dificultades socioeconómicas que han repercutido en la atención de salud. Al llegar a nuestro país y ser afectados por TB, existe una percepción positiva respecto al trato y apoyo recibido por parte del personal de salud; hay un reconocimiento del apoyo del Estado con la gratuidad del tratamiento. Por otro lado, también se percibe que no existe rechazo a las personas con TB, se les brinda pautas de bioseguridad y autocuidado. Sin embargo, una persona comenta que ha sentido rechazo porque se le aisló en área de COVID.

“La forma de calificar sería excelente, una atención de calidad, un trato muy cálido”.

“Yo creo que nos trata como una enfermedad cualquiera, que nos apoya mucho, el tratamiento además de ser costoso y bastante largo, gracias al Estado que apoya mucho en esto, de verdad que a mí me han atendido muy bien en la posta a pesar de todo y agradezco mucho esto”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

A la población migrante les es difícil adecuarse a las condiciones climáticas de Lima, la fuerte humedad y el frío ha sido un factor que ha afectado a esta población además el desconocimiento de la TB como enfermedad porque no es común en su país. Algunos estudios identifican algunos factores de riesgo a la exposición de TB en esta población, ya que al llegar al país suelen vivir en espacios reducidos y con hacinamiento; también se menciona carencias o limitaciones económicas por lo cual deben recurrir a préstamos para cubrir los gastos en salud. Perciben que se pierde tiempo en la atención por falta de conocimiento de los procesos para acceder a la atención y no contar con los documentos necesarios.

“Las condiciones climáticas de dónde venimos, ahí el calor es intenso, el invierno de aquí es bastante fuerte y afecta a la población venezolana”.

“Por el tema económico, para uno realizarse tiene que juntar poco a poco más que tienes varios niños, no trabajo, mi esposo es el único que trabajaba, a veces pedía prestadito, hasta que llegué a la posta”.

“Yo creo que una de las barreras que enfrentamos como migrantes para la atención es la falta de conocimiento de los procesos que hay que seguir, ya que por lo menos si yo recibo atención particular es porque no conocía el procedimiento a seguir en la hora de la atención en la posta”.

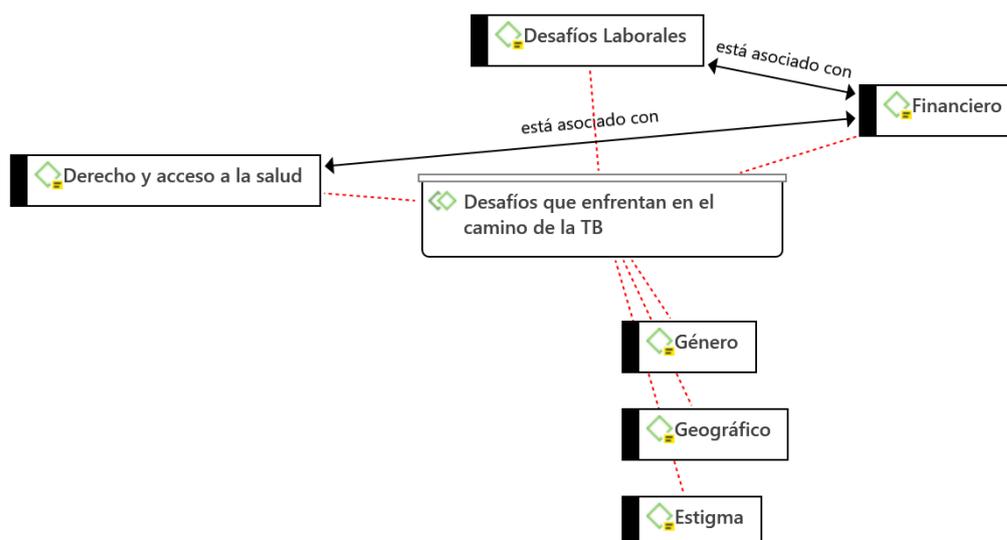
Como describe la respuesta de TB

Existe satisfacción de la respuesta frente a la TB, respecto al tratamiento, lo que se sugiere es más información a nivel preventivo, incluso por redes sociales porque hay mucho desconocimiento sobre el tema y más aún en la población migrante.

“Yo pienso que las personas sienten eso por falta de información sobre el tema de la TB, creo que debería haber más información un tema de publicidad, que la TB no se contagia de la misma forma que el COVID, que es una bacteria que no es un virus como el COVID, hay bastante diferencia”.

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Los desafíos que enfrentan los y las PAT migrantes son principalmente el desafío financiero y el desafío laboral, que a su vez está asociado al derecho y acceso a la salud por no contar con los documentos necesarios para acceder a un seguro de salud.



Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

En el camino de la TB, se encontró dificultades específicamente con relación a los trámites administrativos para el acceso a la atención debido a lo engorroso de los procesos, por ello frente a la presencia de síntomas debieron acudir a médicos particulares, en los cuales tuvieron dificultades para recibir un diagnóstico preciso; al ver que los síntomas continuaban vuelven al centro de salud del Estado. Existiendo una demora para el diagnóstico por costos en la atención inicial y su dificultad para ingresar al SIS por no contar con los documentos que se requieren, situación que cambia al ser diagnosticados.

“una de las barreras que enfrentamos como migrantes para la atención es la falta de conocimiento de los procesos que hay que seguir, ya que por lo menos si yo recibo atención particular es porque no conocía el procedimiento a seguir en la hora de la atención en la posta, entonces me fui directamente al médico particular...”

“Yo después de tener una tos persistente, me hice tantos chequeos no sabía que era, tenía como 7 meses, entonces me estaba poniendo mal, lo último decidí ir a un neumólogo”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

La población migrante refiere que han pasado por varios procedimientos antes de lograr tener el diagnóstico preciso, ya que al inicio acuden a médicos privados.

“Yo tuve episodios de neumotórax y en las 6 veces que tuve me pusieron tubos, cada vez que me hospitalizaban me hacían pruebas de esputo y todo el tiempo salía negativo”

Diagnóstico y tratamiento

Es evidente el retraso en lograr el diagnóstico debido a las consultas particulares que realizaron por varios meses anteriores.

"...lo último decidí ir a un neumólogo y con una placa de tórax me diagnosticó, de ahí me mandó a la posta, me hicieron los esputos y ahí salió positivo"

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Al llegar con los síntomas persistentes en reiteradas oportunidades ya en una situación crítica fueron hospitalizados donde los diagnosticaron y les iniciaron el tratamiento respectivo

"...la doctora me dijo que en la pleura tenía esas manchitas blancas. Cuando me dio el último neumotórax , me colocaron un tubo y me aislaron, ahí inmediatamente me dieron tratamiento en el hospital..."

Durante el tratamiento ambulatorio.

Las personas migrantes al ser diagnosticadas no expresan dificultades durante el tratamiento ambulatorio.

Género.

Ningún participante hace referencia a barreras de género durante el camino a la TB.

Estigma.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico,

En ninguno de estos dos momentos se manifiestan expresiones de estigma.

Diagnóstico y tratamiento

Se evidencia existencia de estigma y discriminación por la condición de TB en el entorno familiar, el cual es justificado por el temor al contagio a las personas de su entorno.

"Yo sí sentí rechazo por parte de la familia de mi esposo, era lógico, su familia tenía temor de contagiarse y yo de por sí me aislé".

En el ámbito del sector salud se percibe temor por parte del personal de salud, pero se justifica en la necesidad de tomar medidas de autocuidado.

“Aquí existe bastante discriminación. En mi caso no he tenido, pero si he sentido rechazo, creo que existe cierto temor en que el médico se contagie y es normal y uno trata de cuidarse al máximo. Hay cierto temor de parte del paciente en sentir rechazo de la enfermedad que tiene, creo que es hasta lógico”.

También han percibido estigma y discriminación en algunas personas de su ámbito laboral por lo cual han tenido que alejarse.

“En un trabajo que tuve momentáneo si sentí rechazo cuando supo, ósea me dijo tienes esto y no me dijiste, ósea lo sentí. Del resto no, aquí me atendieron de la mejor manera”.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Una participante que estuvo hospitalizada menciona haber sido separada de otros pacientes por tener TB, considerando ello como necesario por su situación.

“Al principio en el hospital, tú tienes esto y te ponen en otro lado...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se ha manifestado situaciones de estigma ni discriminación durante el tratamiento.

Financiero.

Antes de la visita al médico

La principal dificultad es el factor económico al ver la necesidad de atenderse de manera particular y no contar con el SIS, deben solventar los gastos de atención.

“Una de las barreras para nosotros que somos migrantes creo que ha sido el tema económico, el tema económico nos pone barreras. Yo me hice una cirugía particular y fue donde más que todo duré mucho tiempo desde que me dijeron que tenía que hacerme esa cirugía, duré mucho tiempo recaudando el dinero para la cirugía y creo que eso ha sido una barrera muy dura para llevar a cabo la situación de TB”.

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Antes de obtener el diagnóstico de TB algunos participantes han tenido que seguir trabajando para lograr un ingreso que les permita solventar los gastos en los análisis.

“Yo creo que uno de los impedimentos ha sido el tema económico, yo he tenido varios neumotórax y tienen un costo, entonces demoraba en ir, trabajaba así enfermo para ahorrar dinero...”

Diagnóstico y tratamiento

Si tienen sus documentos legales como migrantes al ingresar a la

posta médica pueden tramitar el seguro integral y la atención sería gratuita, pero sino tienen sus documentos recién pueden ingresar al SIS cuando son diagnosticados, por tanto, al haber obtenido el SIS no han requerido de desembolso económico.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Teniendo el SIS no han requerido de desembolso económico Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Teniendo el SIS no han requerido de desembolso económico durante el tratamiento.

Geográfico.

Ningún participante hace referencia a barreras geográficas durante el camino a la TB.

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico

Ningún participante hace referencia a desafíos laborales Antes de la visita al médico.

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Ningún participante hace referencia a desafíos laborales Entre la visita al médico y el diagnóstico de la TB

Diagnóstico y tratamiento

Un participante prefirió renunciar al trabajo por temor a transmitir la enfermedad a sus compañeros.

“...hablé con el jefe, a los 15 días renuncié... por temor a contagiar a mis compañeros...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Ningún participante hace referencia a desafíos laborales durante la fase hospitalaria.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Refieren en algunos casos que cuando su empleador se entera del diagnóstico podrían despedirlos, pero en otros casos reciben apoyo. En general este grupo tiene dificultades para acceder a trabajos formales.

“...porque por más que uno tenga conocimiento de la enfermedad a uno también le afecta creyendo algún tipo de rechazo de los compañeros de trabajo a pesar que se manejó la enfermedad en la casa, pero mi jefe sí supo el diagnóstico, la enfermedad, y no me rechazó y me apoyó para que recibiera mi tratamiento, me apoyó bastante.”

Cuadro N° 10: Desafíos que enfrenta de la población clave migrantes en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	2	2	3	1	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	1	1	2	3	1
Financiero	3	3	3	1	1
Geográfico	1	1	1	1	1
Desafíos laborales	1	1	2	1	2

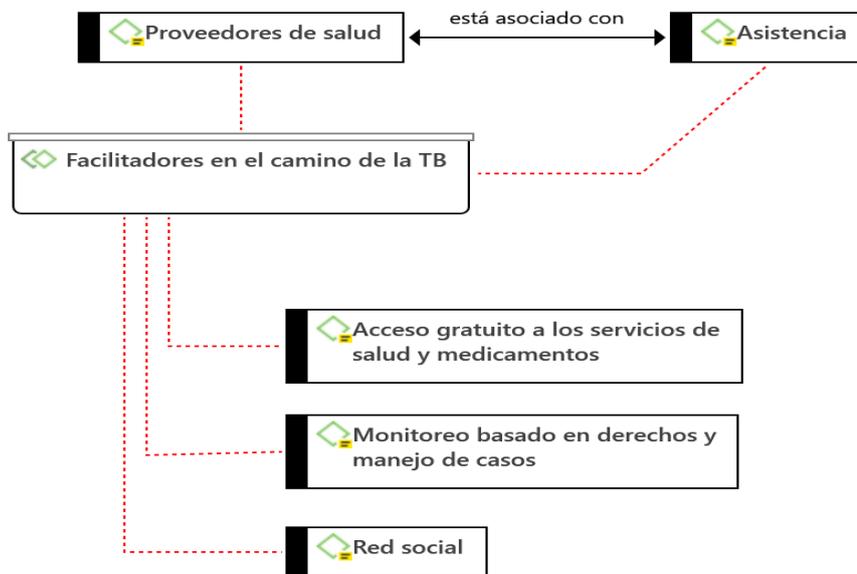
3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Para los migrantes, en el camino de la TB, las principales barreras o desafíos se dan en el derecho y acceso a la salud, mediante dificultades antes de la visita al médico específicamente en relación con los trámites administrativos para el acceso a la atención. A raíz de esto las personas acuden a médicos particulares, en los cuales tuvieron dificultades para recibir un diagnóstico preciso y oportuno. Además, existe una demora para el diagnóstico por costos en la atención inicial y su dificultad para ingresar al SIS por no contar con los documentos que se requieren, situación que cambia al ser diagnosticados. Otra barrera principal es el aspecto financiero, presentándose antes de la visita al médico al ver la necesidad de atenderse de manera particular y no contar con el SIS. Entre la visita al médico y el diagnóstico algunos participantes refieren que han tenido que seguir trabajando para lograr un ingreso que les permita solventar los gastos en los análisis.

El estigma también es una barrera en el camino a la TB en este grupo, durante el diagnóstico, así como en la fase hospitalaria, básicamente por la condición de TB en el entorno familiar, el cual es justificado por el temor al contagio a las personas de su entorno. En el ámbito del sector salud se percibe temor por parte del personal de salud, pero se justifica en la necesidad de tomar medidas de autocuidado. También existe estigma y discriminación en algunas personas de su ámbito laboral, situación que en ocasiones los ha llevado a alejarse de sus empleos.

Facilitadores en la cascada de TB

La población migrante percibe principales facilitadores en el camino a la TB; la asistencia brindada en los EESS, la gratuidad del tratamiento, el monitoreo que reciben de los proveedores de salud y la facilitación del tratamiento, así como el respaldo de la familia.



Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud.

Si bien el acceso a los servicios de salud se dificulta por su inclusión en el SIS, luego de ello han tenido acceso al cuidado y atención en TB.

Ser diagnosticado.

Después de varios episodios con los síntomas han logrado acceder al diagnóstico de TB al acudir a un establecimiento de salud del estado.

Continuar con el tratamiento

La percepción sobre la atención brindada por los proveedores de salud es muy buena, lo valoran y reconocen, porque les hacen seguimiento, están pendientes de su tratamiento, les brindan apoyo psicológico para poder fortalecer la adherencia.

“.. ha sido bueno porque siempre están pendientes, los médicos están atentos. Como te sientes, los chequeos son, de verdad que sí, no tengo ninguna mala experiencia...”

Se reconoce la asistencia de alimentos mediante la provisión de la

canasta PANTB, también se menciona positivamente el trato del personal de salud durante el tratamiento tanto a nivel físico como emocional.

... las enfermeras y el doctor nos explican y nos atienden tratan de calmar y nos dicen que tomando el tratamiento podemos curarnos”.

“...la ayuda alimentaria que nos dan, es muy significativo...”

Finalizar el tratamiento

Los participantes aún continúan en tratamiento

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

La principal fuente de apoyo social lo reciben por parte del entorno familiar, principalmente para acceder a los servicios de salud, como para ser diagnosticados, este apoyo se traduce tanto en el aspecto psicológico, como apoyo económico de familiares para realizarse los exámenes de manera particular.

“Apoyo de la familia si, recibí apoyo moral y psicológico porque yo tenía miedo de la enfermedad de mi hijo porque al principio el doctor me dijo que tenía derrame pleural y a mi hijo le habían sacado líquido, y yo me puse a buscar y de tanto investigar ya me había enfermado la mente y este mi mamá me dio apoyo moral y me explicó y supe que la TB si se cura con tratamiento”.

Continuar con el tratamiento

Para continuar con el tratamiento los PAT señalan que reciben apoyo moral, lo cual les ha permitido hacer frente a la enfermedad

“...he recibido apoyo de la familia de mi esposa que están aquí... porque por más que uno tenga conocimiento de la enfermedad a uno también le afecta...”

Finalizar el tratamiento

Los participantes aún se encuentran en tratamiento.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

No se identifica algún tipo de asistencia adicional para acceder a los servicios de salud, así como al ser diagnosticados; lo mismo sucede para continuar con el tratamiento ya que ha sido generalmente la familia y el personal de salud quienes les han brindado apoyo, no se hace referencia a la participación comunitaria de la sociedad civil.

Finalizar el tratamiento

Los participantes aún se encuentran en tratamiento.

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Todos reconocen que, al ingresar al sistema de salud del Estado, así como al seguro integral logran la atención, diagnóstico y el tratamiento gratuito, lo cual es muy importante debido a su condición de salud y situación económica.

“Lo que nos ayuda es que el tratamiento es gratuito, eso nos ayuda bastante en la enfermedad y en la mejoría que uno presenta por el tratamiento que es gratis”.

“El medicamento es gratuito, es de gran ayuda para nosotros”

Finalizar el tratamiento

Los participantes aún se encuentran en tratamiento.

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Tanto para acceder a los servicios de salud, como para ser diagnosticado, no se menciona algún monitoreo en derechos y manejo de casos

Continuar con el tratamiento

Existe un reconocimiento en los migrantes en relación con el seguimiento y monitoreo que reciben por parte de los profesionales de la salud, lo cual es calificado como una actitud de interés por su salud.

“me llamaban por teléfono, muy atentos.... las enfermeras están pendientes, siempre llaman, me dicen toma tu tratamiento, bastante motivador para el tema de tratamiento”.

Finalizar el tratamiento

Los participantes aún se encuentran en tratamiento

Cuadro N° 11: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave Migrantes.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	3
Familia	2	2	1	1
Parientes	1	2	2	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	2	2	2	1
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	1

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	3	3	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	2	1
Manejo de casos	1	1	2	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

Un principal facilitador en todos los momentos del camino a la TB para la población migrante, son los proveedores de salud, la percepción sobre la atención brindada por ellos es muy buena, lo valoran y reconocen, porque les hacen seguimiento, están pendientes de su tratamiento, les brindan apoyo psicológico para poder fortalecer la adherencia. Asimismo, todos reconocen que, al ingresar al sistema de salud del Estado, así como al seguro integral logran la atención y el tratamiento gratuito, lo cual es muy importante debido a su condición de salud y situación económica. Asimismo, la asistencia en alimentos mediante la provisión de la canasta PANTB es catalogada como valiosa como parte del apoyo social; del mismo modo, el apoyo recibido por parte del entorno familiar, principalmente para acceder a los servicios de salud, como para ser diagnosticados y continuar con el tratamiento, este apoyo se traduce en aspecto psicológico, y lo económico para realizarse al inicio los exámenes de manera particular.

Para continuar con el tratamiento, existe un reconocimiento en los migrantes en relación con el seguimiento y monitoreo que reciben por parte de los profesionales de la salud, lo cual es calificado como una actitud de interés por su salud.

Compromisos y participación significativos.

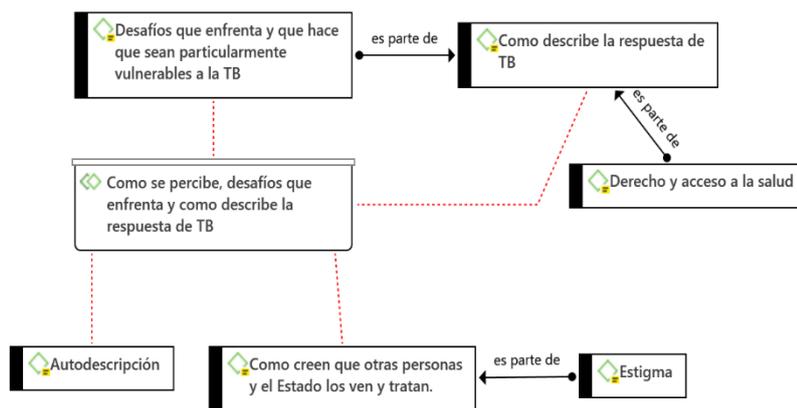
Refieren que no han sido invitados a participar en acciones relacionadas al diseño, implementación o monitoreo de intervenciones relacionadas a la TB, desconociendo alguna organización de apoyo.

“No por eso nos mantenemos en reserva que tenemos la enfermedad porque no conocemos a nadie que nos defienda”.

7.1.3.3. Población clave: Personas privadas de la libertad (PPL)

Descripción general de la población clave

Las personas privadas de la libertad se auto perciben como personas sin derechos, siendo el estigma parte clave de su autodescripción y de cómo el Estado les trata, lo cual les hace más vulnerables que otras poblaciones.



Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

Autodescripción.

Las personas privadas de la libertad reconocen que hay razones por lo cual están reclusas (os), sin embargo, manifiestan que las condiciones en las que viven (hacinamiento), en particular quienes tienen TB agrava su situación de salud, ya sea por la falta de alimentos y retraso en los medicamentos. Algunas mujeres refieren que estando en la condición de internas son más vulnerables emocionalmente frente al diagnóstico de TB.

"...nosotros hemos tenido nuestros errores, no saben lo que es vivir esto, es por eso que lo ven de una manera muy diferente, muy mal que nosotros hacemos daño, que nosotros hemos robado, hemos violado, pero todos no somos perfectos, tenemos nuestros errores en el transcurso de la vida, nadie nace madurando, en el transcurso de la vida nos desarrollamos y logramos, pero yo estando aquí, me he dado cuenta que ya no tengo que tener estos errores, tarde o temprano salgo de acá, tengo que seguir mi vida".

"...tuve TB MDR en el mes de septiembre en el momento me shokeo bastante me puse a llorar, me choco bastante porque me dijeron que era una TBC muy fuerte que de repente era, pero ni modo, pero ahí los mismos médicos me agarraron y me dijeron que con tratamientos me iba a curar, pero yo no pensé eso, yo pensé morirme en esos momentos, porque no tenía ánimos para nada ni para comer, ni para nada, sentía... sentía morirme en ese momento, pero me refugie en dios, y dios me paro de esa cama.

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

El estado (Ministerio de Salud) provee de los medicamentos para su tratamiento, pero en muchos casos los medicamentos no llegan oportunamente, incluso a veces están días sin tomar sus medicinas, o no se está usando tratamientos más acortados. Del mismo modo ocurre con las pruebas de esputo y otros análisis que tuvieron que esperar meses para un resultado preciso. Otra percepción que presentan en varios casos es que al ser pacientes TB MDR reciben un número elevado de pastillas diarias, y ampollas que les provoca dolor y malestar, esto los lleva a un estado de tristeza y depresión (Esto último expresado por el grupo de las mujeres).

“...me puse a investigar mucho a indagar sobre desde hace cuánto tiempo atrás ya estaban planteados estos esquemas y me di con la sorpresa de que desde los años 70, si más no recuerdo, son estos esquemas que ya están así estructurados, si una paciente con cultivo positivo para mono resistente o Multidrogorresistente o esquema sensible ya es tantas pastillas, tantas ampollas por tanto tiempo, y así y no es algo, por eso el estado, me parece que a nivel mundial, no están viendo la forma de que, por ejemplo, los tratamientos sean más rápidos”

Una minoría reconoce los esfuerzos del Estado para apoyarlos en su condición de reclusión.

“...somos presos y el Estado nos trata como lo que somos...”.

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

La población en situación de reclusión es particularmente vulnerable por el hacinamiento en los penales, y cuando ya son diagnosticados lo más comentado como desafío es la ingesta de tantos medicamentos, el encierro y aislamiento por su condición de TB, quienes son TB MDR les cuesta mucho más realizar sus actividades, además, por las ampollas que causan dolor intenso y les produce estados de depresión. De la mano con la ingesta de pastillas va la inadecuada alimentación que refieren recibir y que no es suficiente para que el estómago resista tantos medicamentos, lo cual les debilita más y les provoca reacciones adversas como las náuseas.

“...no es como en la calle, que uno tiene acceso a qué mensual la prueba de esputo y mensual o cada tres meses, para que, para que te disminuyan las pastillas, yo vengo tomando 16 meses 20 pastillas y una ampolla diaria que hasta hoy en día lloro porque las ampollas son bien dolorosas y yo me lo he puesto en cada nalga y ya como decir, que, o sea, es vivir con un trauma, porque tengo bolas por todos lados, y ya no bajan por más que lo sobe y no bajan...”

Otro desafío que afecta a la mayoría es tener que llevar el tratamiento en soledad, es decir sin la compañía de sus seres queridos, de la familia, de los hijos, de quienes les dan fuerza para poder culminar el tratamiento. Además, por esta tristeza y ausencia de la familia, pierden el apetito o las ganas de seguir.

“...el sentirnos solos sin tener el apoyo de nadie, nos da la pensadora y hay veces te quita el apetito sobre todo y cuando tú no comes esa enfermedad te agarra más rápido, como también fumar un cigarro nos hace vulnerables a esta enfermedad...”

“nosotras estamos muy sensibles y al estar sensibles ya sea por temas personales o económicos las defensas bajan, entonces la tuberculosis ataca si repentinamente”

Las PPL refieren el hacinamiento y las condiciones en las que viven que le expone a estar con otras personas, eso hace que la enfermedad se disemine con mayor facilidad.

“...principalmente el hacinamiento, porque eso hace de que se disemine, basta una persona que pueda entrar y que tenga TBC activa, para que se disemine con mayor rapidez, ya que estamos en pabellones con 124 internas, con el COVID hemos venido a usar mascarillas, pero antes no se hacía. la baja alimentación que tenemos muchas, ya sea porque no nos agrada capaz la comida, o porque a veces la ración sea muy poca, y eso si es una de las cosas que yo como paciente de TB vine a decirlo aquí...”

Asimismo, una minoría refiere haber culminado tratamiento y si bien fue difícil, incluso hasta con más de una recaída, lo han podido conseguir y están bien por ello.

Como describe la respuesta de TB

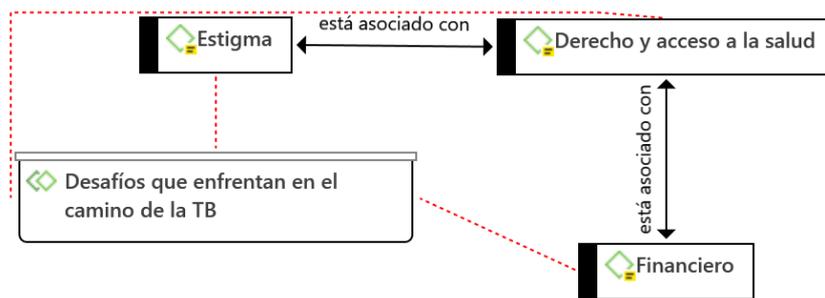
En relación con la respuesta de TB, refieren que si bien las medicinas son gratuitas no llegan a tiempo para todos, salvo una minoría refiere no haber tenido inconvenientes. Pero, coinciden que definitivamente llevar el tratamiento en el penal es muy distinto a llevarlo fuera en la calle en otros establecimientos de salud. La razón recae en que estando fuera tienen el soporte de sus familias, amigos. Además, pueden buscar alimentos que les ayuden a soportar la cantidad de pastillas que deben tomar a diario.

“..en título personal tener TBC en este lugar que me haya atacado ha sido bastante caótico, pues el sistema sanitario, por decirlo así en un penal, no es tan libre como estar en la calle, no tenemos más acceso para la alimentación que se yo, igual hemos recibido apoyo, pero definitivamente que no es como estar en la calle, no podemos quizás, en lo personal, acceder a que nos saquen una placa cada seis meses o mensualmente, que sé yo, quizás por eso es el miedo, en lo personal lo vuelvo a mencionar, uno tiene o tengo ese temor de poder recaer”.

“el sistema sanitario, por decirlo así en un penal, no es tan libre como estar en la calle.... hemos recibido apoyo, pero definitivamente que no es como estar en la calle...”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Los desafíos que enfrentan las personas privadas de la libertad son principalmente el desafío financiero, asociado al derecho y acceso a la salud porque no pueden acceder a un diagnóstico oportuno, deben adaptarse a las condiciones que se les ofrece. Y este derecho y acceso a la salud está asociado al estigma que perciben tanto del Estado como de las otras personas reclusas.



Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Tanto internos varones como femeninas consideran que el tema de salud con respecto a la tuberculosis es prioritario en los penales, ya que están al pendiente de sacarles pruebas de esputo con frecuencia, lo cual también incluye la visita al médico y el diagnóstico.

“...es que este tema de la TBC si le dan prioridad, porque en mi pabellón cada 3 a 4 días te sacan tú prueba...”

“...el neumólogo que vino aquella vez, por una campaña, que fue así, como yo y muchas compañeras se dieron cuenta que tenían TBC...”

Diagnóstico y tratamiento

Una participante femenina refiere que hubo demora en la confirmación del diagnóstico, durante ese tiempo de espera la pusieron en aislamiento; el tratamiento no ha sido continuo por demoras en la dotación de la medicación por parte del MINSAs.

“...hasta me di cuenta de que tenía TBC por el MINSAs que vino a sacarme mis placas, me atendieron después de un mes, me dijeron que me iban a sacar, me sacaron, me tuvieron en tópicos aislada y me dieron un mes de tratamiento y después no me dieron dos meses de tratamiento, entonces tenía que esperar por las pastillas, porque a veces no hay pastillas, tenemos que tomar lo que hay...”

“...nadie sabía porque me hicieron prueba de esputo tres veces y salió negativo, yo durante seis meses, estuve con TBC y tenía todos los síntomas, pero en las pruebas no salía, hasta que una doctora me pidió un cultivo y allí recién se dieron cuenta que tenía la TBC, me aislaron...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

En los establecimientos penitenciarios la política frente a un paciente positivo a TB es el aislamiento como una medida para evitar la diseminación de la enfermedad.

“...de allí otra cosa, que vean que cuando uno ya tiene eso y sale positivo, que, si nos agarran y nos aíslan...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

El acceso a la medicación es limitado, sólo una minoría está satisfecha con la entrega oportuna de medicinas diarias. La mayoría debe esperar varios días para poder recibir sus medicamentos, lo cual les incomoda porque sienten, que, a pesar de estar en el penal, no es justo se les trate así. Por otro lado, el tratamiento para quienes tienen TB MDR es muy invasivo y doloroso.

“...todas las personas que tenemos TBC o al menos la que tenemos drogo resistente, es un trauma porque, por más adultos que seamos yo creo que a nadie le gusta que lo estén hincando todos los días, sea la nalga, sea la vena, etc.”

“...si una paciente con cultivo positivo para mono resistente o Multidrogoresistente o esquema sensible ya es tantas pastillas, tantas ampollas por tanto tiempo... por eso el Estado, me parece que, a nivel mundial, no están viendo la forma de que, por ejemplo, los tratamientos sean más rápidos, sean a lo mejor nuevos medicamentos, el tiempo de duración se aminore, entonces este es un comentario que tengo. una de las barreras que tuve también...”

Un aspecto mencionado es el tema de la alimentación que es necesaria para que puedan culminar tratamiento.

“...como dice también mi compañera tenemos ayuda, pero no tenemos buena alimentación acá, yo que soy una persona de edad, acá todo es solamente graso, pero si estuviéramos en la calle, si tendríamos mejor, tomar una vitamina, algo mejor y ahora que estamos presas no podemos y yo soy persona de edad, y también tengo miedo otra vuelta a recaer, ese es mi temor”.

Lo mismo les sucedió con las muestras de esputo, varias que dieron resultados negativos y placas hechas varios meses después porque deben esperar vengan profesionales al penal para que puedan realizarlo.

Género.

Si bien en ningún momento del camino de la TB se menciona en los participantes varones el aspecto de género como una barrera, hay menciones en las mujeres PPL sobre sus preocupaciones con respecto al cuidado de salud y el cuidado y la depresión de dejar a sus hijos.

“...y que nadie está libre de esta enfermedad y que yo no pedí enfermarme, me enfermé y de repente, por las cosas, por dejar a mis hijos, porque soy madre de 6 hijos y todo eso me chocó y me vino a agarrar la tuberculosis acá.”.

Estigma.

Antes de la visita al médico

Es evidente que existe una doble discriminación en las personas privadas de la libertad, una por estar en la condición de reclusión, la cual se

da antes de la visita al médico; y la otra por la situación del diagnóstico de tuberculosis que puede estar presente entre la visita al médico y el diagnóstico.

“...la discriminación ya sea para la tuberculosis o porque eres una rea”.

Diagnóstico y tratamiento

El estigma percibido por tener TB al interior de los establecimientos penitenciarios es mencionado frecuentemente, han sentido constantemente expresiones de rechazo y discriminación por parte de otros u otras internas y también por algunas técnicas de salud. Sienten vergüenza de tomar las pastillas porque el resto los mira, se alejan o les ponen apodos, sienten doble discriminación por tener TB y ser PPL.

...“es más cuando tú eres presa y vas a un hospital la gente se aleja te miran como con temor y es incómodo yo también he sentido eso”.

“Me acercaba y les decía a las personas que no sean así, porque hay un Dios que todo lo ve, y que nadie está libre de esta enfermedad y que yo no pedí enfermarme, me enfermé y de repente, por las cosas, por dejar a mis hijos, porque soy madre de 6 hijos y todo eso me chocó y me vino a agarrar la tuberculosis acá... cuando me hablaban así, lo único que hacía era llorar, como lo dijo mi compañera, me desfogaba, en las noches oraba y le pedía al señor que me diera sabiduría”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento y Durante el tratamiento ambulatorio.

La población PPL con TB, refiere que existe mucha discriminación, maltrato por parte de los propios internos en los penales hacia las personas con TB; les ponen apodos como “achacados”. Refieren que las personas a su alrededor no miden sus comentarios o sus actitudes por ser pacientes con TB. Incluso por parte de algunas técnicas de salud. Y la sociedad en general también cuando sabe que has estado recluso (a), sin saber qué tipo de error o delito han cometido.

“...yo también igual me marginaron en mi pabellón, y en el espacio donde vivía, pero así tenía que soportar tanta discriminación que nos hacían, pero seguí adelante porque todos nos ven raro, cuando saben que tienes TBC se alejan, se sientan a su lado, se ponen el tapaboca es una discriminación.”

“... el tema de la discriminación ya se da de distintas formas, en lo particular también como dicen mis demás compañeras y me uno a ellas ya lloré mucho y creo que poquito a poquito voy asumiendo esto, pero también recibí como ellas discriminación de parte de mujeres igual que yo y como muchas que estamos aquí ahorita sentadas es doloroso...”

Financiero.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se mencionan desafíos financieros que deban afrontar en estos dos momentos.

Diagnóstico y tratamiento,

Principalmente al estar reclusos (as) no tienen como solventar gastos adicionales que se les presente ya que el sistema cubre todos los procedimientos.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento y Durante el tratamiento ambulatorio.

Hay referencias permanentes de la necesidad de contar con una alimentación que les ayudaría para poder tomar sus medicinas y eviten efectos adversos.

“...yo creo que, no lo podemos exigir porque somos personas privadas de la libertad pero uno de los puntos que debería tomar por ejemplo la nutricionista, es dar un alimento extra o un refuerzo para que el sistema de alimentos para nosotras sea más completo, la ración al ser mínima o al igual que las demás compañeras, es el momento donde uno tiene que estar mejor alimentada, porque sabemos que la alimentación adecuada es una de las cosas que va hacer de que nuestro cuerpo asimile todos los medicamentos como deberían ser.”

“que nos puedan apoyar, donar, que nos puedan dar una cocina, alimentos como en todas las postas lo hacen, porque yo tenía la sensible y me regalaban mis víveres, y así como acá muchas personas que tenemos eso que hagan lo posible para que nos hagan llegar todas esas cosas para que nosotras mismas nos cocinemos y personas que son mayores, sepan que es lo uno pueda comer acá, para poder alimentarnos”

Geográfico.

Durante el camino de la TB no se ha identificado el aspecto geográfico como una barrera de acceso a la atención integral en salud, ya que se encuentran internos; adicionalmente es importante destacar que debido a que en todos los penales no existe laboratorios implementados, muchos exámenes deben realizarse fuera del EP, lo cual si es una barrera de acceso.

Desafíos laborales.

Durante el camino de la TB no se ha identificado desafíos laborales como una barrera de acceso a la atención integral en salud, ya que se encuentran internos.

Cuadro N° 12: Desafíos que enfrenta la población clave PPL en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la	1	1	2	2	2

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
salud					
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	2	2	3	3	2
Financiero	1	1	2	2	2
Geográfico	1	1	1	1	1
Desafíos laborales	1	1	1	1	1

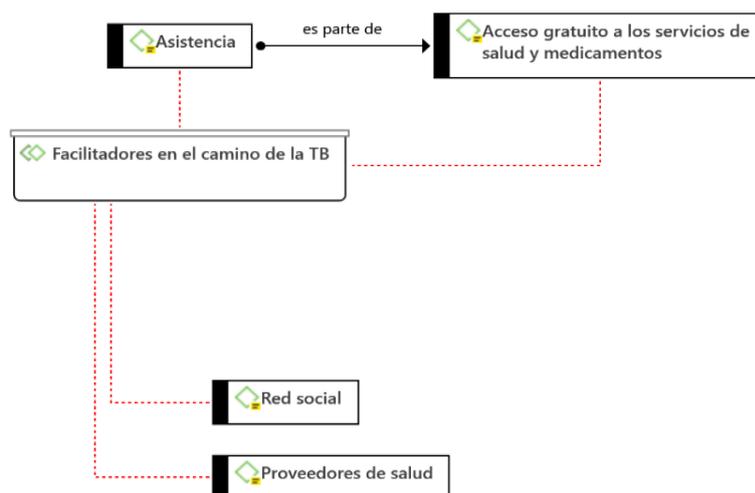
3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Para la población privada de la libertad, el estigma es la principal barrera o desafío identificado en todos los momentos del camino a la TB. Esto se traduce en una evidente doble discriminación en las personas privadas de la libertad, una por estar en la condición de reclusión, la cual se da antes de la visita al médico; y la otra por la situación del diagnóstico de TB en la que reciben expresiones y apodosos estigmatizantes. Durante el tratamiento, es frecuente las expresiones de rechazo y discriminación por parte de sus pares y también lo han recibido de algunas técnicas de salud. Sienten vergüenza de tomar las pastillas porque están expuestos a las miradas de otros internos quienes además se alejan. Otra barrera señalada es el aspecto financiero, al estar reclusos (as) no tienen como solventar gastos adicionales que se les presente al interior de los establecimientos penitenciarios ya que el sistema cubre todos los procedimientos. Durante la fase hospitalaria del tratamiento y durante el tratamiento ambulatorio, hay referencias permanentes de la necesidad de contar con una alimentación que les ayudaría para poder tomar sus medicinas y evitar los efectos adversos.

Tanto internos varones como femeninas señalan que para la confirmación de su diagnóstico o exámenes complementarios deben esperar mucho tiempo, esto se da porque hay una sobrecarga de pacientes, asimismo refieren que en ciertas ocasiones el tratamiento no ha sido continuo por demoras en la dotación de la medicación por parte del MINSa, ello perjudica la toma diaria durante el tratamiento ambulatorio.

Facilitadores en la cascada de TB

El principal soporte y facilitador que tiene las personas privadas de la libertad es la familia como red social, el tratamiento que es gratuito, el trato de algunos proveedores de salud y el soporte psicológico.



Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud.

Es importante la labor que realizan los profesionales de salud a través de los delegados de salud en el acceso a los servicios de salud, lo cual se convierte en una sinergia positiva.

“...acá tuve mi tercera recaída y cuando le dije a mi delegado, me sacaron la prueba en esos vasos, no salía nada, me volvieron a sacar,”

Ser diagnosticado.

Se identifica la permanente acción de los profesionales de salud en la detección de la TB al interior de los EP, ya que comunican al personal de salud para que les realicen las pruebas de descartes, sobre todo a quienes son sintomático respiratorios.

“...cuando de la nada me sacaron mi prueba de esputo y me dijeron que, como tres a cuatro veces me sacaron la prueba de esputo y salió positivo”

Continuar con el tratamiento

Se encuentra comentarios de agradecimiento a la labor de algunas profesionales de salud que han abogado para que les agilicen la entrega de sus medicamentos. Además del soporte psicológico que es muy necesario ahí, porque en el caso de las mujeres PPL ellas suelen deprimirse por el tratamiento, por lo doloroso e incómodo que suele ser, más aún si reciben discriminación y están alejadas de la familia. También se reconoce en parte la labor de los promotores de salud que están dentro del penal, porque están pendiente de los pacientes.

“venía a tóxico y con lo único que me desfogaba era con la señorita Liliana, llorando y llorando para que ella me dé ánimos para poder tomarlo, y ese consejo

que la señorita siempre me tuvo que la considero bastante y que ella ha hecho mucho en particular a parte que ella es obstetra de orientarme y hablarme para poder sobrellevarme me decía que era una mujer muy fuerte que tenía que hacer, me daba valor más que todo sus palabras de ella”.

Finalizar el tratamiento

Al interior de los EP de varones los delegados de salud son un elemento importante de enlace con los profesionales de salud en el apoyo para que los afectados por TB culminen con el tratamiento

“...hay colaboradores, pero igual están allí atrás tuyo, como si fueran tus papas, pero es para nuestro bienestar de cada uno y terminar el tratamiento...”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Acceder a los servicios de salud.

Debido a las condiciones de reclusión la familia no es un factor de apoyo para acceder a los servicios de salud; como se mencionó, son los delegados de salud quienes realizan una función trascendental ya que en los EP de varones hay internos capacitados para la detección de los sintomático respiratorios y ellos están al pendiente de la salud de sus pares internos.

Ser diagnosticado.

Para el diagnóstico oportuno también son los delegados de salud quienes derivan a los servicios de salud para la realización de los exámenes correspondientes, esto se da especialmente en los EP de varones.

“...entonces mi delegado como responsable que es lo que hizo es me sacaron una placa...”

Continuar con el tratamiento

El apoyo entre pares liderado por los delegados de salud, quienes además de estar al pendiente de la identificación de sintomático respiratorios, apoyan en el seguimiento de la toma de medicamentos, haciendo el acompañamiento a la clínica, también son un apoyo emocional ya que pueden conversar sobre cómo se sienten, les recuerda levantarse y tomar sus pastillas para que no se le olvide.

“ también mí mismo promotor de mi pabellón me apoyaron, me levantaban todos los días a las 9 de la mañana, me decía, vamos para que tomes tú pastilla y eso es bueno, porque todos los días tomas tus pastillas y te trata de mejorar.”

Finalizar el tratamiento

La familia es la principal motivación para seguir el tratamiento y poder culminarlo. Por eso es importante seguir lo que les indican los médicos para que puedan ver con tranquilidad a su familia en las visitas.

“A mí lo que me ha ayudado es pensar en mi familia, a mí el tema de los doctores y todo eso no me ha ayudado en nada, a mí lo que me ha ayudado en ir a tomar mis pastillas, es pensar en mi familia, es pensar en mi hijo, en los seres amados que tengo, el resto es lo que uno no piensa, lo que más piensa uno es en la familia, en estar bien por su familia”

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud.

Las internas femeninas hacen mención a la atención psicológica o de otras especialidades para atender su salud

“tenemos atenciones, inclusive no solamente con los medicamentos, las enfermeras, sino también tenemos interconsultas con psicología, con otras áreas y eso es algo favorable.”

Ser diagnosticado.

No se hace mención de otro tipo de asistencia durante el diagnóstico

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Nuevamente se destaca el apoyo a las PPL a través de los delegados o promotores de salud quienes acompaña el tratamiento y hace seguimiento de los casos.

“Hay un promotor de salud que te saca a la clínica, quieras o no quieras, porque es para tú bienestar y eso es lo que quiere el delegado de pabellón, cuanto menos población haya enferma mejor para ellos y nos apoyan, están detrás de nosotros hasta que llegamos acá, si estas positivo te internan, igual acá en el pabellón donde se trata la TBC hay colaboradores, pero igual están allí atrás tuyo, así como la licenciada están ahí al pendiente de nuestro tratamiento”

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

En todos los momentos del camino de la TB existe la gratuidad, se puede dar situaciones como los exámenes de laboratorio y las radiografías demoran el diagnóstico, los medicamentos son gratuitos, pero no siempre llegan de manera oportuna el tratamiento o el aislamiento en la PPL cuando lo requieren.

“ después de 2 meses viene el MINSA a sacar placas a todas las internas entonces ahí yo me voy y me saco la placa, se me acercan y me dice que en la placa sale que tengo secuelas y probablemente tengo TBC, entonces después de ahí me dijeron que me iban a llamar para que me saquen unos diagnósticos, unas pruebas y todo lo demás, ahí me sacaron las pruebas ahí mismo y después de 2 meses me aislaron” .

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud.

No hay referencia por parte de los internos varones ni femeninas sobre el monitoreo basado en derechos y manejo de casos como facilitador en este momento de la TB.

Ser diagnosticado.

No hay referencia por parte de los internos varones ni femeninas sobre el monitoreo basado en derechos y manejo de casos como facilitador en este momento de la TB.

Continuar con el tratamiento

Si bien hay referencias que en algunos penales el diagnóstico, tratamiento y aislamientos son tardíos, cuando son diagnosticados reciben el tratamiento, en algunos penales se cuenta con los promotores de salud o los delegados de pabellón que apoyan el manejo de los casos.

“...y eso es lo que quiere el delegado de pabellón, cuanta menos población haya enferma mejor para ellos y nos apoyan, están detrás de nosotros hasta que llegamos acá, si estas positivo te internan, igual acá en el pabellón donde se trata la TBC hay colaboradores, pero igual están allí atrás tuyo, como si fueran tus papás.”.

Cuadro N° 13: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave PPL.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	2	2	2
Familia	1	1	3	3
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	2	2	2	2
Apoyo social y material	1	1	1	1
Apoyo psicológico y emocional	2	1	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	1	2	1
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	1
Manejo de casos	1	1	1	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1=Ninguno

Para la población PPL en el acceso a los servicios de salud es importante, se destaca la labor que realizan los profesionales de salud y los delegados o promotores de salud, al interior de los EP, quienes realizan permanente la identificación de los sintomáticos respiratorios y comunican al personal de salud para que les realicen las pruebas de descarté. Además, algunas profesionales de salud han abogado para que les agilicen la entrega de sus medicamentos. Con respecto al soporte psicológico, las mujeres PPL lo consideran muy necesario por el estado de depresión que conlleva la fase del tratamiento, por lo doloroso e incómodo que es, más aún si experimentan discriminación y están alejadas de la familia. También se reconoce la labor de los delegados o promotores, para el seguimiento que realizan a los pacientes y para que los afectados por TB culminen con el tratamiento.

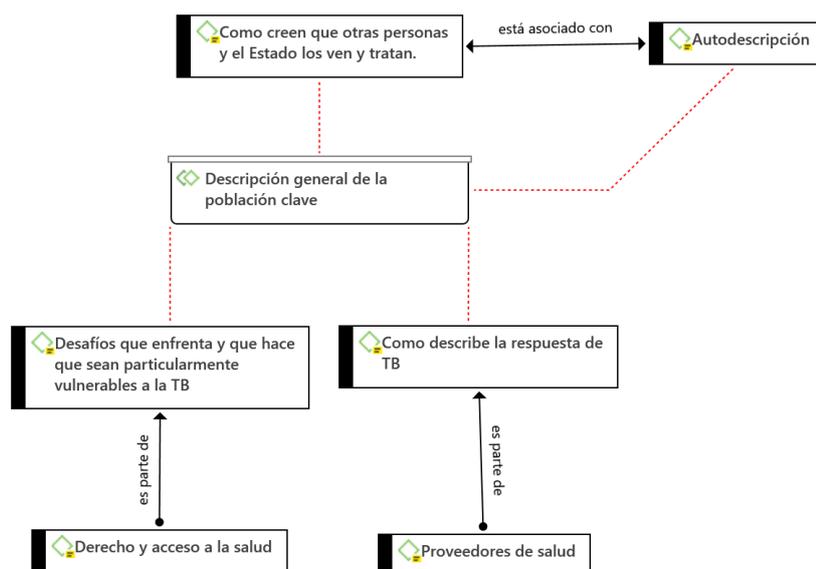
Para continuar con el tratamiento y para finalizarlo, es muy valorado el apoyo entre pares liderado por los delegados o promotores de salud, quienes además de estar pendiente de la identificación de sintomáticos respiratorios, apoyan en el seguimiento de la toma de medicamentos, haciendo el acompañamiento a la clínica, también son un apoyo emocional ya que pueden compartir sus dolencias como sus sentimientos, también son un gran apoyo porque les recuerdan diariamente la toma de la medicación. Para los PPL la familia es una principal motivación para continuar y culminar el tratamiento, ya que no quieren correr el riesgo de contagiarlos al momento de la visita.

Compromisos y participación significativos.

Los PPL no son incorporados en el diseño de la respuesta en TB, sin embargo, es necesario señalar que desde hace muchos años se ha formado a promotores de salud en algunos penales quienes tienen un rol muy importante, señalado anteriormente.

7.1.3.4. Población clave: Pobres Urbanos

Las personas pobres urbanos se perciben como más vulnerables por el hacinamiento, la falta de acceso a servicios básicos, las condiciones económicas. Principalmente el acceso a la salud y la atención de los proveedores de salud es clave como respuesta a la TB.



Descripción general de la población clave: Pobres Urbanos

Como se percibe, desafíos que enfrenta y como describe la respuesta de TB

Autodescripción.

Perciben que el adquirir la TB está asociada a la mala alimentación y por algunos hábitos que perjudican la salud.

“Yo también empecé con esto cuando tenía reuniones (ya había estado con COVID) pero tenía reuniones y tomaba bastante y fumaba. También creo que esa fue la causa de contagiarme TB”.

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

Se percibe que la familia o la pareja principalmente se alejan por temor al contagio y ello puede afectar la relación con el entorno. Sin embargo, esto no resulta ser impedimento para continuar con el tratamiento.

“...Yo tuve rechazo por parte de mi pareja, se alejó de mí cuando yo le conté que tenía TB; se alejó y también su familia, no querían recibir lo que les ofrecía, así que los reuní aquí en mi casa y les hablé que la TB no se contagiaba por hablar, les dije que yo era la que tenía que cuidarme y les dije que iba a separar todo, mi plato, cuchara, vaso, etc. Eso se normalizó porque seguían sin querer acercarse ni querían recibir nada de lo que les ofrecía, y hacen sentir mal...”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El desafío percibido fue lidiar con los malos hábitos alimenticios, mala alimentación o no comer a las horas establecidas, produciendo la baja de defensas. Además, se menciona que, al tener comorbilidades como diabetes o gastritis, la TB puede ser una consecuencia asimismo la falta de información sobre el tratamiento.

“...También creo que es porque no me alimentaba bien, en las noches no cenaba, no desayunaba o me levantaba tarde y no comía, entonces ahí me dice la señorita, cuando no te alimentas bien te da la bacteria. De mí empezó así, una semana estaba mal, toda mi espalda, mi pulmón me dolía, estaba lleno de líquido, no podía respirar, 20 días estaba internada. Y ahí me dijeron que tenía TB.”

“Bueno, en lo personal a mí fue muy duro cuando recibí la noticia porque no tenía conocimiento, sabía que la enfermedad existe, pero no sabía lo del tratamiento.”

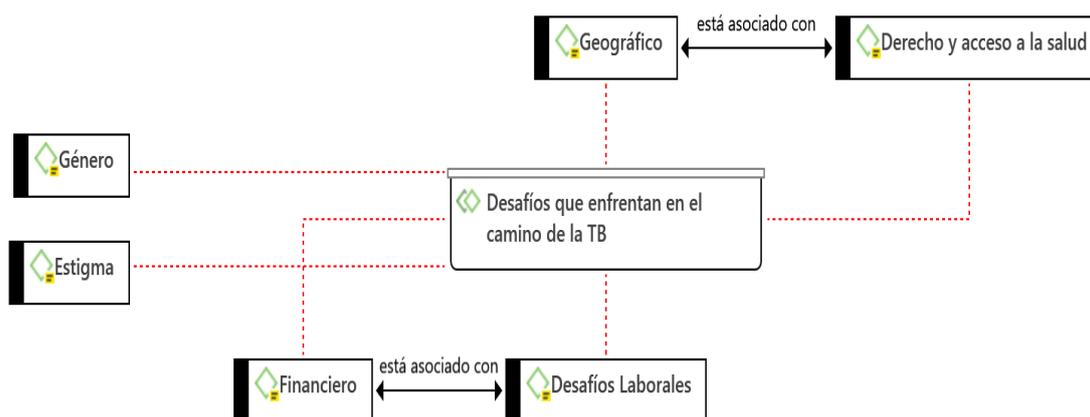
Como describe la respuesta de TB

La respuesta es asociada a la atención que reciben del personal de la salud, de lo más cercano a ellos y ellas.

“Buena, la atención que nos brindan aquí las enfermeras es muy buena. No sentimos ningún rechazo a pesar de que tenemos esta enfermedad. Siempre nos están informando sobre el tratamiento, qué es lo que tomamos, cuándo lo debemos tomar. La atención aquí con las enfermeras es buena.”

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Los principales desafíos asociadas al camino de la TB son el estigma y el género por el rol que tienen las mujeres en el hogar y el cuidado de los niños. Además, el aspecto financiero que está asociado al desafío laboral que enfrenta cada día es una limitante para poder llevar un tratamiento de TB adecuadamente.



Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

No hay referencias al respecto, es importante tener en cuenta que las condiciones socioeconómicas no le permitirán acceder a servicios particulares.

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Generalmente retrasaron el acudir al médico porque en su ámbito familiar hubo casos de COVID.

"...me contagié del TB porque fui a lima el año pasado en agosto y vine recién recuperándome del COVID, y le encuentro al padre de mis hijos enfermo de TB y como la casa era chica a raíz de eso me contagié, no creía que era TB..."

Diagnóstico y tratamiento

Principalmente el desafío en la atención de salud es la demora en el diagnóstico, porque refieren que no obtienen un diagnóstico seguro en el centro de salud, y por ello continúan con los síntomas y malestares, por ello deben retornar al establecimiento de salud y volver para hacerse el diagnóstico.

"... yo tuve dificultad para recibir el diagnóstico porque estuve 3 meses con síntomas, con fiebre, me daba y luego pasaba. Cuando fui a pasar consulta la primera vez porque ya no aguantaba, en el primer examen de diagnóstico TB que me hicieron salí negativo. Entonces no sabía qué tenía, pero yo seguía con la fiebre en las noches y los escalofríos; ya en la segunda vez que pase consulta porque ya boté flema con sangre..."

También se presenta situaciones de postergación en la búsqueda de atención hasta que los síntomas empeoran, por lo que llegan en estado crítico al hospital.

"Llegué con las justas al hospital y me dio a su vez taquicardia... Hasta que pasaron los días y el endocrinólogo me mandó a hacer la placa y ahí salió"

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Frente al deterioro de la salud fueron hospitalizados en ese momento han empezado con el tratamiento.

“...De mí empezó así, una semana estaba mal. Toda mi espalda, mi pulmón me dolía. Estaba lleno de líquido. No podía respirar, 20 días estaba internada. Y ahí me dijeron que tengo TB. Así me mandaron a la posta para iniciar el tratamiento.

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se mencionan desafíos durante el tratamiento ambulatorio

Género.

En ningún momento del camino de la TB se identifica el género como un desafío para enfrentar la TB.

Estigma.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se menciona situaciones de estigma en estos dos momentos del camino de la TB.

Diagnóstico y tratamiento

El estigma es percibido como el rechazo de las demás personas por miedo a contagiarse. El rechazo de la familia, de la pareja o de otros familiares, que se evidencia por el alejamiento y no querer estar en el mismo espacio.

“Sí, yo vivo en una casa de 11 personas, pero [...] el que me tenía un rechazo total era un cuñado que vive en la casa. Al saber que estaba con TB tenía rechazo de mis tíos y familiares que estaban a mi costado”

“Yo tuve rechazo por parte de mi pareja. Se alejó de mí cuando yo le conté que tenía TB”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se percibe estigma en la fase hospitalaria del tratamiento.

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se percibe estigma durante el tratamiento ambulatorio

Financiero.

Antes de la visita al médico

No se identifica la barrera financiera antes de la visita al médico

Entre la visita al médico y el diagnóstico

El factor económico está presente en las personas en condición de pobreza urbana, porque al conocer el diagnóstico dejan de trabajar, no pueden cubrir con los costos de traslado, en la parte inicial del diagnóstico acuden a centros médicos particulares donde deben pagar la consulta u otros exámenes que les solicitan; esto evidencia que la población busca atención inmediata frente a la presencia de síntomas; así como el desconocimiento de la posibilidad de acudir al centro de salud del Estado para acceder a la prueba de esputo para el diagnóstico, sin necesidad que tengan que acudir a realizarse exámenes en un centro particular.

“Barreras financieras mayormente, porque cuando uno trabaja y te detectan y ya no puedes por la enfermedad uno se decae y deprime al no ver ingresos”.

Diagnóstico y tratamiento

Hay quienes han tenido que hacer desembolso económico para lograr tener el examen radiológico de manera particular, afectando su limitada economía.

“A veces tenemos que pagar particular (la placa) y eso sale de nuestro bolsillo y afecta porque tenemos otros gastos”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se menciona la barrera financiera durante la fase hospitalaria.

Durante el tratamiento ambulatorio.

Para recoger los medicamentos requieren trasladarse con servicio público para llegar al establecimiento de salud ya que su situación no les permite caminar por mucho tiempo.

“... Ahora tengo que ver cómo le hago para el pasaje y llegar hasta acá. Todo eso tenía que ver, la placa y todo...”.

Geográfico.

Antes de la visita al médico

No se identifica barreras geográficas antes de la visita al médico

Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se identifica barreras geográficas entre de la visita al médico y el diagnóstico.

Diagnóstico y tratamiento

Si bien los establecimientos de salud del Estado están ubicados en las cercanías de los domicilios, muchos deben tomar los servicios públicos para trasladarse, por tanto, la falta de ingresos económicos no les permite costear los pasajes a diario para recoger los medicamentos.

“Barreras financieras mayormente...Ahí tenemos que ver la manera de sustentarnos ya que a veces no tenemos para nuestro pasaje para ir a recoger los medicamentos...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Quienes reciben tratamiento en centros del primer nivel de atención que no cuentan con servicio de radiología deben acudir a los hospitales, donde la atención no es muy fluida.

“De acá nos derivan a un hospital donde tenemos que hacer cola y justo cuando vas a llegar a la ventanilla te avisan que no hay para que te saquen la placa hasta cierta fecha. Esa es la única dificultad que tengo”

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se identifica barreras geográficas durante el tratamiento ambulatorio.

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico

Generalmente se da que en los hogares en situación de pobreza no todos tienen actividad laboral, por lo que la economía recae en algunos miembros de la familia.

“...yo no estoy trabajando en ningún lugar y eso preocupa mucho, porque siempre hay gastos y no hay trabajo...”

Diagnóstico y tratamiento

La pérdida del trabajo suele presentarse en las PAT pobres urbanos, quienes al ver disminuida sus fuerzas físicas deben abandonar el trabajo.

“Bueno, la barrera que yo enfrenté cuando supe que tenía TB es que dejé de trabajar, la economía no era igual porque solo trabajaba mi esposo. ”.

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se identifica como barrera el aspecto laboral

Durante el tratamiento ambulatorio.

Quienes tenían trabajo debieron dejar de trabajar por el tiempo que les demanda el recoger el tratamiento y por el estado de salud.

“...porque cuando uno trabaja y te detectan y ya no puedes por la enfermedad te falta fuerzas y tienes que ir a la posta...”

Se identifica que quienes tienen otra comorbilidad como la Diabetes tienen dificultades para la provisión de medicamentos, por la imprecisión del lugar donde deben proporcionárselos.

“Porque dicen que tengo que tener una orden y al llegar allá nos decían para regresar el fin de mes con cita y otra vez que me fui me dijeron que en mi posta de origen me iban a atender, pero hasta ahorita para la diabetes nada”.

Cuadro N° 14: Desafíos que enfrenta la población clave Pobres Urbanos en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	1	3	3	2	1
Género.	1	1	1	1	1
Estigma	1	1	3	3	1
Financiero	1	2	2	1	2
Geográfico	1	1	2	2	1
Desafíos laborales	2	1	2	1	2

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Entre los principales desafíos o barreras que enfrenta la población pobre urbana en relación al derecho y acceso a la salud, está asociado a la demora en el diagnóstico, debido a la sobre carga de pacientes que acude al establecimiento de salud, postergando y retrasando el inicio oportuno del diagnóstico; en segundo lugar, el estigma percibido en el entorno como el rechazo de las demás personas por miedo a contagiarse; muchos han sentido rechazo de la familia, de la pareja o de otros familiares, lo cual se evidencia por el alejamiento, no querer estar en el mismo espacio, durante el diagnóstico y tratamiento.

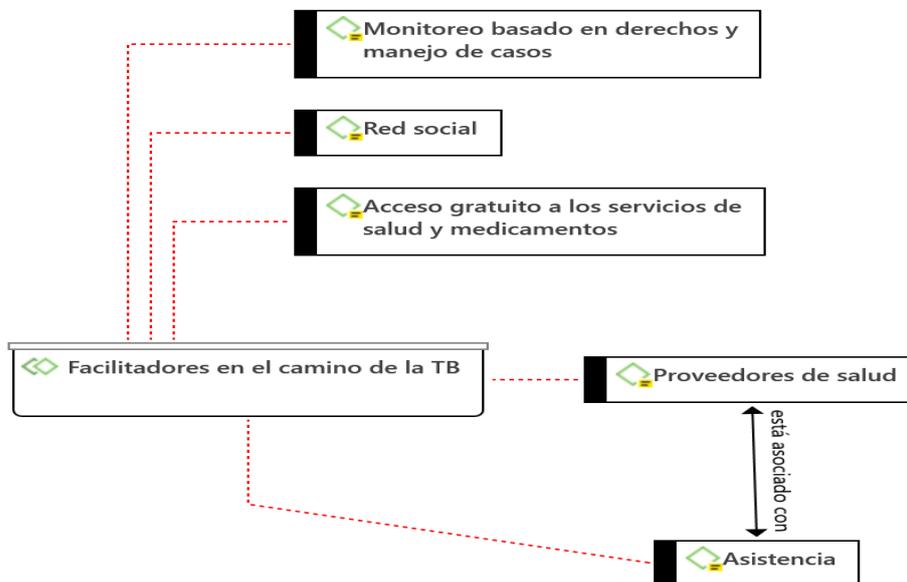
El factor económico que está presente en las personas en condición de pobreza urbana, porque al conocer el diagnóstico suelen dejar de trabajar por el estado de debilidad física, hay quienes antes del diagnóstico acuden a

centros médicos particulares donde deben pagar la consulta u otros exámenes que les solicitan, ello podría estar asociado al desconocimiento de los servicio que ofrece su establecimiento de salud estatal para acceder a la prueba de esputo para el diagnóstico, sin necesidad que tengan que acudir a realizarse exámenes en un centro particular. Esto va de la mano con el desafío laboral en todos los momentos del camino a la TB, se da principalmente en los hogares en situación de pobreza no todos tienen actividad laboral estable, ya que muchos desarrollan trabajos a nivel informal.

Finalmente, y en menor grado, la barrera geográfica es identificada, señalando que a pesar de que los establecimientos de salud están relativamente cerca a sus domicilios, su estado de salud debilitada requiere trasladarse utilizando los servicios públicos para el recojo de su tratamiento, por tanto, la falta de ingresos económicos no les permite costear los pasajes a diario, esto lleva a que en algunas oportunidades no acudan.

Facilitadores en la cascada de TB

El principal soporte y facilitador es la familia, en especial los hijos como red social y el tratamiento que es gratuito, asimismo se menciona el buen trato de los proveedores de salud y el soporte psicológico y las facilidades para el monitoreo de medicamentos.



Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud.

Se expresa satisfacción por la atención brindada por el personal de salud desde que accedieron al establecimiento de salud.

“La atención médica desde que llegué, es muy buena, yo me iba casi todos los días y el doctor me atendía.”

Ser diagnosticado.

Se reconoce la atención brindada en el proceso de diagnóstico.

“desde el inicio la enfermera me dio buena atención, ahí al toque me dieron las pastillas hasta que me saquen la placa y todo eso.

Continuar con el tratamiento

Han recibido atención desde el inicio de tratamiento, incluyendo soporte emocional para sobrellevar el tratamiento, seguimiento en el tratamiento mediante monitoreo. Valoran la actitud de interés de los profesionales de salud en cuanto al seguimiento para evitar el abandono, además de las visitas domiciliarias como parte del acompañamiento y seguimiento de detección de TB en los familiares.

“En mi caso que toda mi familia fue atendida en la casa. Mi esposo y mis 2 hijos fueron atendidos por las enfermeras que se preocuparon por ellos y en casa les tomaron la prueba para ver si estaban contagiados”.

La calidad de la atención mediante el apoyo psicológico, y las charlas dirigidas a los familiares ha sido de importancia para sobrellevar el tratamiento.

“Cuando me enteré empecé a llorar, me afectó bastante porque pensé que no iba a estar cerca a mis hijos y gracias al psicólogo que me dio charlas, eso me dio más fuerzas”.

Finalizar el tratamiento

Hay un reconocimiento del seguimiento de las PAT para que cumplan con el tratamiento y finalizarlo con éxito.

“Siempre nos están informando sobre el tratamiento, qué es lo que tomamos, cuándo lo debemos tomar...”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Acceder a los servicios de salud.

El rol de la familia es vital como facilitador en el camino de la TB. El apoyo de las familias se ha manifestado desde el inicio de los síntomas, apoyando en el acompañamiento al centro de atención.

“...a Dios gracias siempre tengo el apoyo de mi madre y mi padre...”

Ser diagnosticado.

En el proceso de diagnóstico que para varios ha sido engorroso, han tenido el apoyo de familiares.

“Al saber que estaba con TB tenía rechazo de mis tíos y familiares que estaban a

mi costado. Doy gracias a Dios que tuve el apoyo de mi mamá, mi pareja y mis hijos”

Continuar con el tratamiento

En el proceso de tratamiento han recibido apoyo de algunos familiares y durante el tratamiento mantenido los debidos cuidados.

“Yo digo gracias a Dios porque trabajo en la panadería de un familiar mío, el sí sabe que tengo TB y estoy en tratamiento, pero siempre estoy con la mascarilla trabajando adecuadamente”

Finalizar el tratamiento

Quienes han finalizado el tratamiento también refieren que a pesar de haber recibido muestras de estigma de algunos familiares también han recibido apoyo moral.

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

En estos dos momentos no se identifica la asistencia como facilitador.

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

La asistencia recibida por las PAT está referida principalmente a las canastas nutricionales PANTB, las cuales se entregan mensualmente; en segundo lugar, se menciona las reuniones o charlas a cargo del personal de psicología, la cual es valorada de manera positiva frente a los estados depresivos frente al diagnóstico, así como para superar las situaciones de estigma por parte de la propia familia.

No hay mención sobre apoyo legal o comunitario por parte de la sociedad civil.

“En la posta.... nos entregan víveres (arroz, menestras, leche). En ese aspecto lo veo como una ayuda económica para personas que no tenemos la posibilidad de comprarnos a veces”

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud.

No se menciona como facilitador

Ser diagnosticado.

No se menciona como facilitador

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Si bien frente a la aparición de síntomas algunos PAT han acudido a centros particulares donde han tenido que solventar los análisis y exámenes radiológicos para el diagnóstico inicial, posteriormente han sido referidos al establecimiento de salud del Estado, donde han recibido atención y tratamiento gratuito.

“en el centro de salud de inmediato me facilitaron el tratamiento, el mismo día que me detectaron... El mismo día que salí positivo empezaron el tratamiento y es gratuito”.

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud.

No se identifica como facilitador las acciones de monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Ser diagnosticado.

No se identifica como facilitador las acciones de monitoreo basado en derechos y manejo de casos durante el diagnóstico.

Continuar con el tratamiento.

Se percibe como facilitador la buena atención por parte del centro de salud respecto al monitoreo basado en derechos, ya sea para detección de TB del propio paciente como de los familiares (contactos); existe control de tratamiento a quienes no acuden a recoger sus medicamentos a fin de evitar abandonos como una forma eficiente de mantener el control del tratamiento.

“les informan a los pacientes que no han ido a recoger sus pastillas. También para pasar consulta con el neumólogo para no estar viniendo hasta acá nos brindan eso”.

Finalizar tratamiento

En una región refirieron que se relacionaban con la profesional de la salud para monitorear su tratamiento a través del WhatsApp.

“... En mi caso tenemos un grupo de WhatsApp. Están las enfermeras encargadas del programa de TB y los pacientes con TB. Cualquier duda que tengamos lo hacemos por el grupo de WhatsApp y allí lo responden”.

Cuadro N° 15: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave Pobres Urbanos.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	2	3	3	3
Familia	3	3	3	3
Parientes	1	2	2	1
Comunidad	1	1	1	1
Apoyo entre pares	1	1	1	1
Apoyo social y material	1	1	2	2
Apoyo psicológico y emocional	1	2	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	1	1	1	1
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	2	3	2
Monitoreo basado en derechos	1	1	3	1
Manejo de casos	1	1	2	1

3 = Muchos, 2 = algunos, 1=Ninguno

Los principales facilitadores en el camino a la TB para la población pobres urbanos, es el rol de la familia, que se ha manifestado desde el inicio de los síntomas, apoyando en el acompañamiento al centro de atención, en el proceso de diagnóstico y tratamiento para generar la adherencia; en segundo lugar, se encuentra la labor que desarrollan los proveedores de salud desde el inicio de tratamiento que incluye soporte emocional para sobrellevar el tratamiento, y seguimiento en el tratamiento mediante acciones de monitoreo. Se valora la actitud e interés de los profesionales de salud en cuanto al seguimiento para evitar el abandono, valorando las charlas brindadas, además de las visitas domiciliarias como parte del acompañamiento y seguimiento de detección de TB en los familiares (contactos).

De igual manera, se considera importante el acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos y la asistencia recibida por las PAT, valorando también la entrega de canastas nutricionales PANTB, que les permite mejorar su alimentación sobre todo para continuar y finalizar el tratamiento.

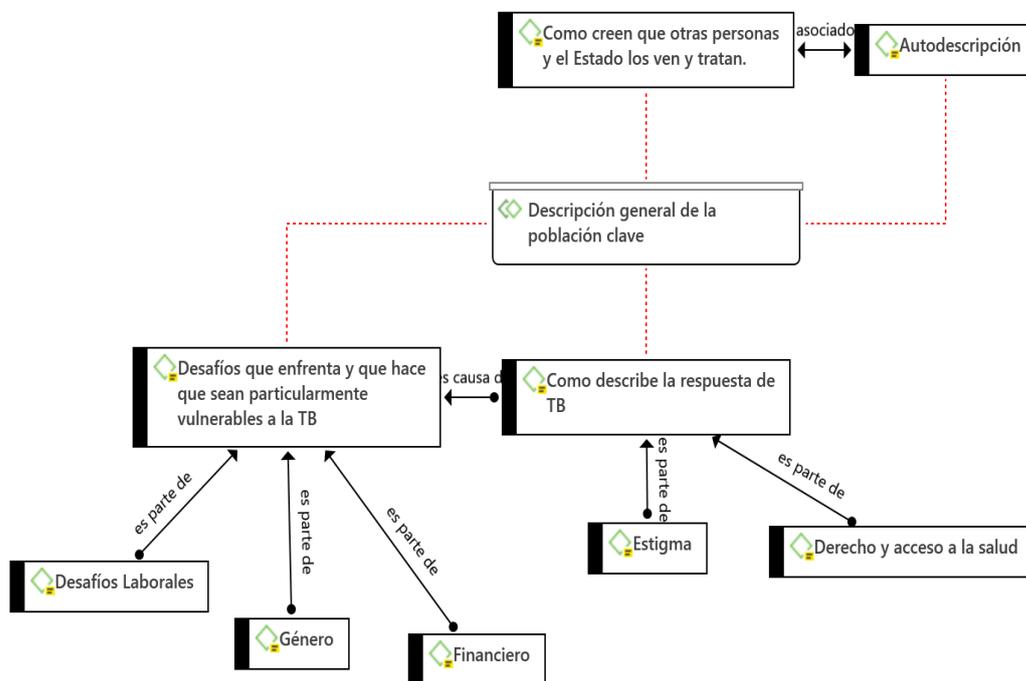
Compromisos y participación significativos.

Las PAT, no han participado en el diseño, implementación o monitoreo de acciones de TB, desconocen donde y como hacer denuncias frente a la vulneración de sus derechos.

7.1.3.5. Población clave: Población indígena

Descripción general de la población clave

La población indígena se auto percibe como vulnerable por las condiciones económicas en las que viven, porque geográficamente no están cerca a los EESS, viven básicamente de la artesanía, por ello lo financiero, el trabajo y los roles de género son los principales desafíos que enfrentan. Y el estigma y el derecho al acceso a la salud es parte fundamental de la respuesta a la TB.



Autodescripción.

La comunidad indígena se auto percibe con un nivel alto de identidad cultural, resaltando como principales valores: la unión, la alegría, así como el deseo de vivir tranquilos y en paz, dentro de su comunidad.

“Somos una comunidad muy unida, estoy orgullosa de ser esta comunidad, colaborando con mis paisanos años viviendo con ellos, trabajando en artesanías nos ayudamos para hacer estudiar a nuestros hijos, que se forjen un futuro, y hacer algo en la vida”.

Como creen que otras personas y el Estado los ven y tratan.

Los pobladores de la comunidad indígena asentada en Lima refieren que mientras están sanos los tratan bien, pero cuando están enfermos los rechazan, ello perjudica su desempeño laboral (venta de sus artesanías), debido que es su principal fuente de ingresos económicos. Asimismo, la discriminación percibida,

no es sólo por ser de una comunidad indígena, sino el hecho de venir de provincia o ser pobres.

“Siempre hemos sido bien aceptados por los demás, pero cuando te sientes mal todos se alejan, nos ven como bichos raros que les vamos a contagiar, nosotros mismos tenemos que alejarnos para que no nos vean así, mal”

Desde el Estado, sienten que han sido olvidados, no toman en cuenta sus necesidades básicas (refieren que recibieron solo un bono en el tiempo de la pandemia), lo cual no fue suficiente para cubrir las necesidades y carga familiar; frente a ello, la comunidad adopta acciones de ayuda mutua, lo cual les permite hacer frente a las dificultades.

“El Estado nos tiene olvidados, saben que tenemos necesidades, que vivimos en el día a día, se olvidan de nosotros”

En general que desafíos enfrenta y que hace que sean particularmente vulnerables a la TB.

El principal desafío es el aspecto económico, la falta de trabajo o empleo, al enfermarse se reducen las posibilidades de salir a la calle, debido al delicado estado de salud. Sumándole a ello la experiencia de la pandemia que perjudicó la venta de sus artesanías. En general estar mal de salud complica la continuidad laboral sea trabajo dependiente o independiente.

Por otro lado, la condición de migrar de provincia a Lima constituye un factor de vulnerabilidad y aprovechamiento de personas que los contratan para trabajos en alguna empresa, pero cuando llegan, las condiciones laborales son diferentes y no tienen otra alternativa que aceptar.

“no es fácil para nosotros en la economía, en tiempos del COVID, fue peor porque nadie nos comparaba nada. Uno viene a Lima a prosperar, pero muchas veces las puertas se cierran, recibimos muy poca ayuda en salud y trabajo”.

“Nos engañan diciendo que vas a trabajar en una empresa, tú te ilusionas y cuando ves la realidad no es así, nos tratan mal sobre todo en el pago te dicen que la empresa no avanza, te dan solo 50 soles para la semana, a veces menos y eso no alcanza para mantener a la familia, uno se cansa, como somos provincianos te tienen amenazados, te dicen si no quieres recibir esto entonces vete y como no conoces Lima ¿a dónde vas a ir?”

Como describe la respuesta de TB

La atención en salud es percibida como muy lenta, se tiene que estar muy enfermo para ser atendido y tienen que regresar en varias oportunidades corriendo el riesgo de deteriorar más su estado de salud. Se reconoce la gratuidad del servicio, pero sienten que se pierde mucho tiempo en la espera de atención. Por otro lado, existen una serie de trámites engorrosos que dificultan más el proceso y no son orientados de manera efectiva. Perciben que

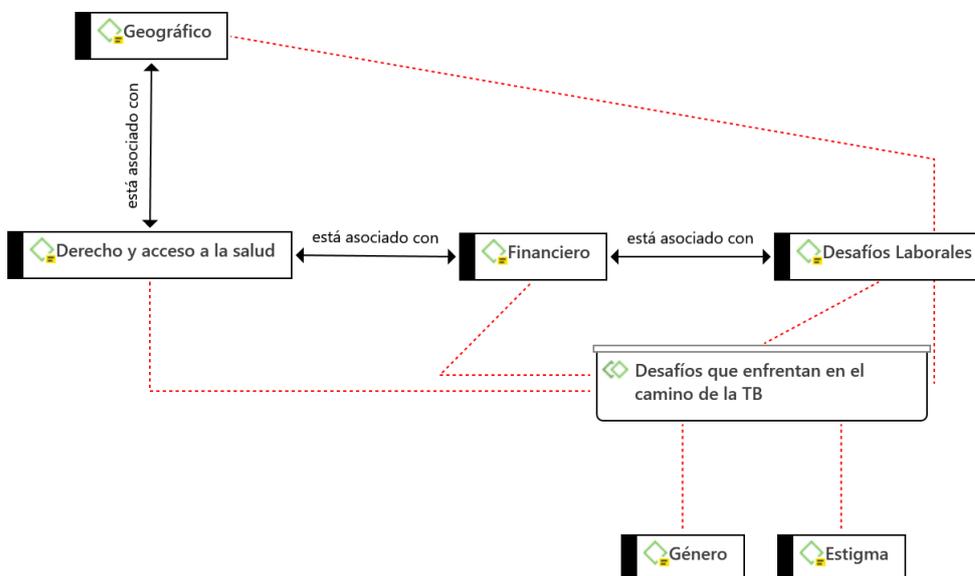
los profesionales de salud no prestan atención a los síntomas que tienen.

Otro aspecto señalado es la importancia de que el centro de salud se acerque a la comunidad y brinde charlas preventivas

“no deben demorar tantas horas, tenemos que regresar, no nos dan la tranquilidad, por eso muchos no van nos dejan parados, dan solo 25 tickets y ya no alcanza, aunque vamos temprano pero no hay mucho personal, hemos perdido todo el día y dejamos de trabajar”.

Desafíos que enfrentan en el camino de la TB

Los principales desafíos son el aspecto financiero, el trabajo, que están asociados al derecho a la salud. Los roles de género y el estigma que reciben como elementos aislados también influyen como desafíos que enfrentan.



Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Existe una limitada percepción de enfermedad, por ese motivo acuden a la atención médica cuando los síntomas se han agravado. También se retrasa la visita al médico ya que encuentran dificultades relacionadas a los trámites administrativos que deben realizar y no reciben buena información para agilizar la atención.

“... al principio cuando te da la enfermedad no sabes lo que tienes...”

“estamos abandonados, no nos hacen caso tienes que ir de un lugar a otro, y muchos desconocemos los trámites que hay que hacer, tienes que tener conocidos para enterarte que debes hacer...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Según refieren cuando van al establecimiento de salud no reciben atención inmediata, no atienden sus necesidades de salud y deben retornar en varias oportunidades hasta que los síntomas se agravan.

“no hay una atención rápida, tienes que esperar mucho y luego te dicen que regreses, uno es tranquila y da vergüenza reclamar”

“...fui a que me revisen y me mandaban de acá para allá, y solo me decían que no tenía nada, después que había hecho una cola muy grande, volví a regresar porque les dije que sudaba toda la noche, que había bajado de peso, me daba fiebre un rato luego me pasaba,”

“...deben tener mejor atención y más rápida en la posta, los médicos deben escuchar lo que nos pasa y no decirnos, estas bien, estas bien; cuando nos sentimos mal, parece que no nos creyeran, pero nosotros conocemos nuestro cuerpo...”

Diagnóstico y tratamiento

Frente a la gravedad del estado de salud vuelven al establecimiento de salud, hay demora en el diagnóstico ya que requieren regresar en varias oportunidades retrasando el tratamiento oportuno.

“...salía a trabajar y regresaba sin fuerza al fin me mandaron a sacar el esputo y no salió nada, otra vez regrese, un médico me dijo que posiblemente tenía otra enfermedad (VIH) eso me asustó más, psicológicamente eso te consume, ya me sentía desahuciado, estaba orando con mi biblia, me quería regresar a la selva, me sacaron la prueba de VIH y felizmente salió negativa, converse con otro joven y me dijo que si le había salido positivo a VIH eso me calmó, pero el mal continuaba...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

En los centros hospitalarios también se encuentran barreras en la atención que afectan tanto la salud física como mental.

“...cuando vamos al hospital nos hacen demorar mucho y nosotros trabajamos todos los días, por eso necesitamos más ayuda para tener más salud...”.

“A los 3 meses ya me sacaron del hospital y tenía que regresar, otra vez me están peloteando “tú no correspondes acá, tu debes ir allá porque tu documento tiene una dirección que no corresponde, ahora yo no sé dónde ir eso te cansa porque todos tenemos mucho miedo”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Ya habiendo empezado el tratamiento no se identifican barreras.

Género.

Antes de la visita al médico

No se identifica barreras de género en este momento de la TB.

Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se identifica barreras de género en este momento de la TB.

Diagnóstico y tratamiento

No hay suficiente información respecto al tema de género en el camino a la TB, sólo una persona menciona que, en su condición de mujer y madre de familia, el autocuidado es más complicado, por la falta de trabajo y el aislamiento. Por ello su condición de mujer y el desafío laboral se ven relacionados.

“... en el día a día es difícil la posición económica, yo trabajaba como costurera, pero ahora no puedo salir a la calle, me he bajado de peso, y no puedo salir mucho a la calle, debo cuidarme más porque más o menos 1 año estaba enferma y mis hijos no iban al colegio, estaba postrada en mi cama, mis hijas me han ayudado...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

No se identifica barreras de género.

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se identifica barreras de género en este momento de la TB.

Estigma.

Antes de la visita al médico

Hay la percepción de estigma por su condición de ser provincianos mayormente quienes están asentados en Lima o las grandes ciudades.

“...Como provincianos algunos nos tienen a un lado, será que somos pobres y con necesidades.”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Nuevamente hay menciones que por su condición de provincianos retrasan la atención siendo una barrera para lograr el diagnóstico, más aún en las ciudades.

“solo te dicen regresa y como vamos a regresar si nos sentimos mal, solo porque nos ven provincianos a veces abusan...”

Diagnóstico y tratamiento

Los y las participantes del estudio refieren situaciones de estigma cuando las personas se dan cuenta que están enfermas, en algunos casos siendo doblemente discriminados por su procedencia y por ser pobres.

“...cuando estamos bien todos nos tratan bien, pero cuando estamos enfermos tenemos que dejar de trabajar porque si no la gente se puede dar cuenta y nos pueden rechazar porque la TB es una enfermedad contagiosa.”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Existe la referencia de una situación específica con relación a una persona que estando internada recibió maltrato al culminar su atención en el hospital, quien no recibió la información necesaria para continuar con su tratamiento.

“ahora yo no sé dónde ir eso te cansa porque todos tenemos mucho miedo, ya ves que te maltratan, te marginan”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Por su forma de vestir o hablar sienten que son rechazados, aunado a la condición de salud.

“...Nos ven como bichos raros que les vamos a contagiar, nosotros mismos tenemos que alejarnos para que no nos vean así, mal...”

Financiero.

Antes de la visita al médico

El aspecto económico es un desafío que la comunidad indígena enfrenta en el camino de la TB, considerando que mayormente el trabajo que realizan es ambulatorio, el ingreso económico es de lo que se gana día a día, por lo cual hay descuido en la alimentación, suelen priorizar el cubrir las necesidades de su familia, dejando de lado su propia salud.

“... si no hay salud, no hay trabajo, no hay plata, por tanto, no hay para comprar la comida, ese es un gran problema, cuando no comes bien te agarra la enfermedad...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

La demora en la atención afecta su economía ya que trabajan para satisfacer sus necesidades diarias.

“no deben demorar tantas horas, tenemos que regresar, no nos dan la tranquilidad, por eso muchos no van nos dejan parados, dan solo 25 tiket y ya no alcanza, aunque vamos temprano pero no hay mucho personal y ya no podemos trabajar para nuestro sustento y de nuestros hijos”

Diagnóstico y tratamiento

Para lograr el diagnóstico y posterior tratamiento deben dejar de trabajar afectando sus ingresos económicos.

“Me sentía muy mal, no trabajaba, regrese nuevamente porque el mal continuaba, alguien se compadeció de mí y me sacaron secreción del estómago con un tubo allí recién salió que tenía TB intestinal, y empezaron a tratarme, todo ese tiempo no tenía plata...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Las dificultades económicas se agudizan y están presentes cuando la PAT está recibiendo atención hospitalaria y no puede seguir trabajando.

“...hay gente que se pone muy grave en el hospital, porque muchos se mueren por esta enfermedad, ¿cómo hacemos si no tenemos plata?”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Mientras la persona indígena tenga dificultades económicas, estas seguirán en todo el camino de la TB.

*“...y ahora sé que tengo que **Continuar con el tratamiento**, pero no me siento todavía con fuerzas para trabajar...”*

Geográfico.

Antes de la visita al médico

La comunidad indígena puede tener cerca el establecimiento de salud, pero prefieren no ir por la demora en la atención, lo cual se convierte en una barrera de atención.

“...el día que te contagias a donde acudes, vas a la posta y te demoran todo el día para atenderte ...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Nuevamente perciben que la lentitud en la atención se asocia con la barrera geográfica.

“...cuando vas a la posta tienes que esperar y regresar hasta que te ven muy mal...”

Diagnóstico y tratamiento

Perciben que el diagnóstico y tratamiento sería más rápido si los atendieran en la misma comunidad lo cual le permitiría un mejor acceso a la atención de su salud.

“...si vinieran acá y a todos nos hicieran las pruebas sería más fácil porque todos los de la comunidad queremos estar sanos...”

“... Sería más fácil si las pruebas se hicieran en la comunidad,

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Mientras están recibiendo el tratamiento hospitalario también requieren desplazarse y demanda gastos adicionales.

“...tenemos que gastar para ir allá para acá y está lejos y es doble gasto...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

La comunidad indígena asentada en Lima tiene un establecimiento de salud cercano, esto les daría la oportunidad de acceder de manera oportuna, pero la dificultad es la demora en la atención, por lo que prefieren automedicarse, o tratan de ir a otro centro, pero tienen la dificultad por la jurisdicción, por ello proponen que las atenciones se deberían hacer en la propia comunidad ya que tienen un tópico donde podrían tener mayor acceso a la salud.

“para mi cuando te diagnostican deben facilitar todo el tratamiento en el mismo lugar, no deben estar cambiando a otro lugar... Un buen programa sería que cuando estamos mal nos deben visitar a nuestra casa, porque no tenemos plata ni fuerzas para ir al hospital o la posta...”

Desafíos laborales.

Antes de la visita al médico

Es evidente que condiciones laborales que enfrenta diariamente es uno de los desafíos que la comunidad indígena debe afrontar debido a que la mayoría subsiste de la venta ambulatoria y desplazan el cuidado de su salud.

“... quizás por mi trabajo no me alimentaba a la hora y me descuide de mi salud, quizás le di más importancia al trabajo...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

La comunidad indígena debe sostenerse con el trabajo informal y el retraso en la atención afecta su ingreso diario

“...trabajaba como ambulante, eso no da para sostener el hogar y no te alimentas bien, y eso hace que te enfermes...si se demoran en atendernos es peor”

Diagnóstico y tratamiento

Cuando son diagnosticados y están en tratamiento deben seguir trabajando a pesar de ver su salud deteriorada, ya que deben subsistir con su trabajo

“...tenemos que afrontar la enfermedad, cuando estaba trabajando me agarró el COVID y ya no tenía fuerzas para seguir trabajando...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

Una persona de la comunidad indígena vio afectado su trabajo durante la fase hospitalaria ya que los retrasos en la atención perjudicaron sus labores diarias.

“cuando vamos al hospital nos hacen demorar mucho y nosotros trabajamos todos los días, por eso necesitamos más ayuda para tener más salud”. ...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Teniendo en cuenta que las condiciones laborales es uno de los desafíos que la comunidad indígena debe afrontar para cubrir con sus necesidades básicas, durante la fase ambulatoria del tratamiento pueden ser víctimas de abuso por parte de sus empleadores, por lo que deben dejar de trabajar

“...tomaba mis pastillas...empecé a sentir mal y tuve que dejar el trabajo, incluso como no me querían pagar las horas trabajadas le dije “sabes que, te regalo mi trabajo” porque ya no aguantaba la explotación, debía ir al hospital...”

Cuadro N° 16: Desafíos que enfrenta la población indígena en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	3	3	3	2	1
Género.	1	2	1	1	1
Estigma	2	2	2	2	2
Financiero	3	3	3	3	3
Geográfico	2	2	2	2	2
Desafíos laborales	3	3	3	2	3

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

Existen una serie de desafíos que debe afrontar la población indígena, considerando de gran importancia el aspecto económico asociado al desafío laboral que se incrementa al tener que trasladarse o asentarse en las ciudades que les permitan mejores posibilidades de desarrollo para ellos y sus familias, generalmente realizan actividades laborales en el comercio informal vendiendo sus artesanía como parte de su identidad cultural, por tanto, el ingreso económico es de lo que se gana día a día, lo que lleva a un descuido en la alimentación ya que deben priorizar cubrir las necesidades básicas de su familia, dejando de lado su propia salud; esto ocurre a lo largo del camino a la TB.

Otro aspecto para considerar como desafío es la dificultad en los trámites administrativos que deben realizar para acceder al SIS aunado a las dificultades idiomáticas que les complica los procesos; cuando logran ingresar al sistema de salud hay la demora en el diagnóstico y tratamiento, ya que con la saturación

“...vas a la posta y te demoran todo el día para atenderte de allí te hacen la prueba...”

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Se menciona la importancia de la actitud del profesional de salud en la atención, pero así mismo se hace referencia a la necesidad de que presten mayor atención a sus necesidades inmediatas de salud, sin esperar a que los síntomas se agraven. Por otro lado, dan énfasis a la importancia del apoyo psicológico necesario en situaciones de depresión por el diagnóstico.

“... le expliqué a la doctora y me dijo que termine mi tratamiento esto todavía sigue como ya no tomo pastillas, pero me falta un análisis porque a veces me viene los dolores, ahora con esta pandemia menos atienden. Cuando recibí tratamiento solo me converse con el Dr., pero si uno se siente mal también deben hablarnos la psicóloga porque uno se siente morir, esta enfermedad te deprime, estás pensando en tu salud, pero también en que no estás trabajando, tu familia está abandonada...”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares).

Acceder a los servicios de salud.

Se evidencia fuertes lazos de solidaridad al interior de las comunidades indígenas quienes brindan apoyo mutuo frente a situaciones de riesgo.

“...en la comunidad de cantagallo somos todos unidos, nos apoyamos cuando nos sentimos mal...”

“...el día que no trabajamos no comemos, entre nosotros nos apoyamos, pero cada familia tiene sus responsabilidades”

Ser diagnosticado.

En la comunidad indígena hay conciencia de riesgo por lo que sienten que pueden apoyarse mutuamente al momento del diagnóstico a pesar de sus condiciones precarias.

“...acá en la comunidad tenemos un espacio como tópico para que puedan venir de la posta tomar las pruebas...”

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Un aspecto importante para la comunidad indígena es su red de apoyo social familiar como comunitario, valoran la ayuda mutua entre pares como un pilar para hacer frente al proceso de tratamiento y para su recuperación

“...y hasta que ya no pude seguir de ambulante porque las fuerzas no dan, uno se cansa y ahora sé que tengo que continuar con el tratamiento, pero no me siento todavía con fuerzas para trabajar, mi familia y mi comunidad me apoya...”

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil).

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

En estos dos momentos no se identifica facilitadores de asistencia, como se mencionó el apoyo viene especialmente de la misma comunidad.

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

La presencia del apoyo emocional y psicológico en el tratamiento es percibida como importante para sobrellevar el tratamiento y evitar recaer en la infección, la cual ha sido proporcionada en algunos casos por el personal de psicología de los establecimientos de salud. También se menciona de suma importancia la asistencia a través de la canasta de víveres para cubrir sus necesidades nutricionales y de sus familiares.

“...poco a poco me estoy recuperando, me dijeron como tomar las pastillas, me mandaron al psicólogo me dijo que debo terminar mi tratamiento porque si no voy a recaer; ahora sigo en tratamiento y lo que quiero es subir más de peso para tener fuerzas y segur trabajando...”

“Me dijo que debía seguir mi tratamiento, también me ayudaron con víveres y el tratamiento, con eso me ayudaba para que se alimente mi familia”

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos.

Acceder a los servicios de salud.

Para el acceso a los servicios de salud la comunidad indígena no percibe la gratuidad hasta que son incluidos en el SIS después de muchos trámites.

Ser diagnosticado, Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Se hace mención de la gratuidad de las pruebas de diagnóstico y de los medicamentos, además se menciona brevemente la importancia de la canasta de víveres que reciben hasta que concluyen el tratamiento.

“...me hicieron la prueba y la placa fue gratuito, después me dieron el tratamiento...”.

“...Cuando fui a la posta me han hecho todo gratuito y me dan la canasta de víveres”.

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

No se identifica acciones de monitoreo basado en derechos de las PAT,

ni en el manejo de casos; lo cual es una señal de la limitada vinculación del personal de salud y de otros actores con la población indígena, quienes requieren apoyo en todo el camino de la TB.

Cuadro N° 17: Apoyo en el acceso a los servicios de salud de la población clave indígena.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	1	1	2	1
Familia	2	2	2	2
Parientes	1	1	1	1
Comunidad	3	3	3	3
Apoyo entre pares	2	2	2	2
Apoyo social y material	1	1	2	1
Apoyo psicológico y emocional	1	1	2	1
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	1	1	1	1
Apoyo en el cuidado de niños	2	2	2	2
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	2	2	2
Monitoreo basado en derechos	1	1	1	1
Manejo de casos	1	1	1	1

3 = Muchos, 2 =algunos, 1=Ninguno

Como facilitadores percibidos por la población indígena mencionan a los proveedores de salud principalmente al momento de continuar el tratamiento, pero hacen referencia a la necesidad de que se preste mayor atención a sus necesidades inmediatas de salud, sin esperar a que los síntomas se agraven. Un factor facilitador es la existencia de gran solidaridad al interior de las comunidades indígenas caracterizado por el apoyo permanente que se brindan frente a las diferentes situaciones que se les presenta. El apoyo familiar es valorado en todo el camino de la TB ya que tienen hijos menores de edad y los dejan al cuidado de los hijos mayores u otros familiares, lo cual les favorece para hacer frente al proceso de tratamiento y para su recuperación, así como el apoyo emocional y psicológico durante el tratamiento, y evitar recaer en la infección, algunos lo han recibido por el personal de psicología de los establecimientos de salud. También se menciona de suma importancia la asistencia a través de la canasta de víveres para cubrir sus necesidades nutricionales y de sus familiares. La gratuidad en la atención es reconocida sobre todo con respecto a las pruebas de diagnóstico y el otorgamiento de los medicamentos hasta concluir con el tratamiento.

Compromisos y participación significativos.

Se evidencia desconocimiento sobre organizaciones conformadas por PAT, y no han participado de alguna intervención de TB, o menciones de haber realizado algún reclamo relacionado a TB. Al respecto debe considerarse la necesidad de brindar información sobre organizaciones, e instancias que respalden a las PAT, asimismo para poder vincularlos y hacerles partícipes de intervenciones en la TB.

“...cuando te tratan mal muchas veces nos dicen que pongamos denuncia, pero ni siquiera para eso hay fuerzas.”

...si yo hubiera sabido que hay organizaciones que nos apoyen hace rato hubiera ido, pero desconocemos de nada vale que uno solo hable y no nos escuchan...

7.2 Exploración e Identificación de las barreras de género en el acceso a los servicios de salud de TB.

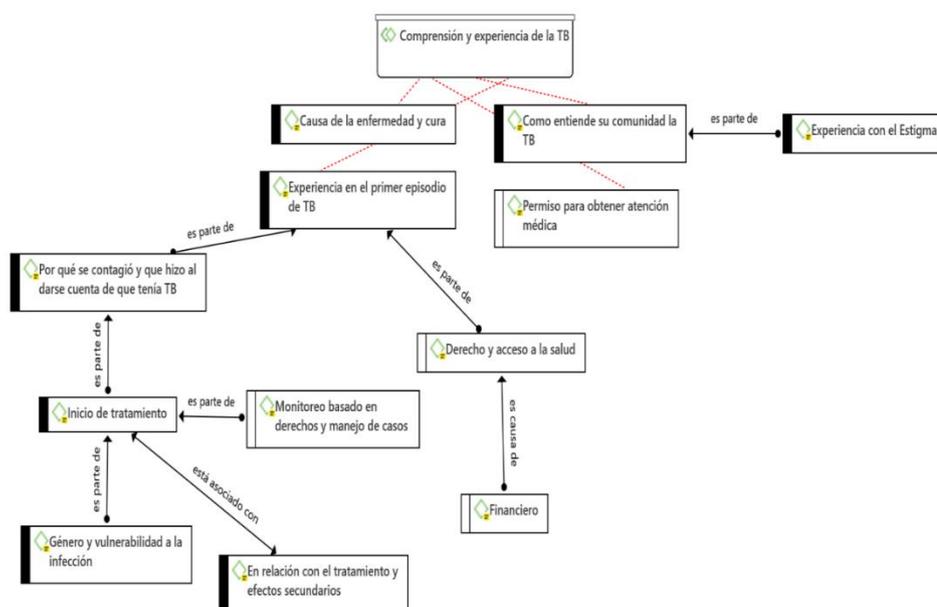
7.2.1. Entrevistas

La identificación inicial de las PAT para esta exploración se realizó previa coordinación con las responsables de TB en los Establecimientos de Salud, quienes facilitaron los números de contacto a fin de cubrir la cuota de género, grupo etario; así como establecer espacios más adecuados de bioseguridad y confidencialidad para realizar las entrevistas a profundidad. Se procedió según el Protocolo del estudio; las entrevistas fueron grabadas en su totalidad. Se hizo una breve presentación del objetivo de la entrevista y sobre la importancia de su aporte en el estudio, aplicación del consentimiento informado y se procedió a iniciar la entrevista.

7.2.1.1. Comprensión y experiencia de la TB

Desde la comprensión y experiencia de la TB, se explica la causa de la enfermedad, cómo la comunidad percibe la TB, así como las experiencias de episodio de TB. Un aspecto que se ha percibido es el aspecto financiero que como consecuencia perjudica el derecho y acceso a la salud que es parte de la experiencia de TB.

Como aparte de esta experiencia, debe ponerse énfasis en la vulnerabilidad según género que es parte del inicio a tratamiento y que a su vez es parte de la percepción del contagio.



Comprensión de la TB

Causas de la enfermedad y cura.

Se encuentra que todos los géneros perciben la tuberculosis como una enfermedad contagiosa, y que se adquiere al tener contacto con una persona que está enferma al momento de toser, precisan que se aloja en los pulmones, o en otros órganos como ganglios, mamas o riñones, en estos casos es más difícil su identificación, a diferencia de la TB pulmonar que es identificable por los síntomas como la tos continua, escupir sangre, malestares físicos, baja de peso, etc.

“Es una enfermedad que se causa en los pulmones. la puede causar no cuidarse de la tos puede, también la falta de vitaminas y de buena alimentación puede causar la TB, ese es el concepto que yo tengo”.

“Tenía conocimiento, por ser trans, he tenido bastantes amistades que se han enfermado, pero nunca pensé que me iba a pasar esto, estaba desinformada desactualizada, ya con un tratamiento que hago, sé un poco, pero es un poco difícil para mí. He estado sola todo este tiempo, yo fui al hospital y me detectaron TBC, y con agua en el pulmón”

“...conocía la TB pulmonar, mas no mamaria u otra parte del cuerpo. Sabía que existía sólo pulmonar, sabía que tenía cura. Prácticamente yo no he tenido síntomas porque tengo TB mamaria, me realicé una cirugía en el seno porque tenía un fibroadenoma y en la biopsia salió que tengo TB mamaria”.

“Otra causa mencionada es el estado emocional que predispone a la persona a disminución de las defensas y activar la TB.

“Fue en el mes de enero del año pasado, a mí me dio por que sufría de depresión y me dejé de alimentar por lo cual también tengo la hemoglobina baja, tengo conocimiento que no es necesario que te contagien, sino cuando te bajan tus defensas, esa enfermedad se activa,... Yo descuidé mi alimentación, yo no comía, no me alimentaba y esta depresión estaba antes de la TB y nunca he recibido

tratamiento porque creía ser fuerte, pero tenía mis bajoneo por mi estado de salud”

Varios de los entrevistados desconocían que es una enfermedad que tiene cura, a través de la explicación del equipo de salud están en tratamiento y culminándolo, asumiendo pautas de autocuidado como la alimentación porque es un factor que puede dificultar el proceso de recuperación.

“Lo que sabía es que era una enfermedad que te carcomía los pulmones, desconocía si tenía cura. Recibí charlas sobre la TB en el colegio, que es, como prevenirla. El contagio puede ser con una persona ya infectada por los utensilios que uno usa, estar ahí... Investigando un poquito, hay personas que tiene TB, pero no es contagiosa, y otras personas que tiene TB interna, y te desangras internamente... Eso sí, por temas de una mala alimentación o ya sea como es tu vida...”

“...ahora sé que tiene cura, que es un tratamiento extenso, que hay que tener paciencia y que tengo que cuidarme, es una enfermedad que le puede pasar a cualquiera con un estornudo, con un simple bostezar de una persona, que esté contagiada, no sabía que se podía transmitir tan rápido...”

Como entiende su comunidad la TB.

Algunos opinan que existe desconocimiento en la comunidad respecto a la TB, entienden que es una enfermedad contagiosa, pero ignoraban que existía tratamiento y cura debido a que no hay charlas informativas. Así mismo el diagnóstico de TB es reservado en la comunidad para evitar situaciones de rechazo y discriminación por tener TB.

“Que yo sepa no, y en mi zona donde yo vivo. No muy difícil que hablen de eso. En el asentamiento humano que yo vivo, vivo casi 10 años, nunca ha habido una charla sobre la TB”

“lo entienden de otra forma. se asustaron cuando yo tuve TB, dijeron que tenían que estar lejos de mí porque luego se contagiaban. por eso me sentí discriminado y me alejé también. y cuando vieron que mejoraba ya se acercaban a mí. ellos (los amigos de su barrio) recién se enteraron que sí se cura con las pastillas y el tratamiento. igual saben que es contagioso, pero ya saben que tiene cura.”

Experiencia con la TB.

Experiencia en el primer episodio de TB.

Existe desconocimiento de los síntomas de la TB para poder realizar un descarte a tiempo; al inicio de los síntomas muchos se automedican, otros dejan pasar los síntomas creyendo que es algo pasajero, o porque no tienen medios económicos para acudir a una consulta. En el caso de quienes han tenido TB extrapulmonar, es mucho más difícil porque no perciben síntomas y cuando se realizan los chequeos médicos lo hacen en lugares particulares pero que no les brindan un diagnóstico preciso, culminando en un centro de salud donde luego de los exámenes de laboratorio y radiológicos concluyen en el diagnóstico de TB mamario, TB ganglionar, entre otros.

“No podía conversar tosía, me daba comezón la garganta. allá me saqué la prueba de esputo y me salió negativo. Aquí en Iquitos me saqué placa y no sabían que era

y de ahí tuve que volver y mi hermana me dijo que me iba a traer acá y ahí vine después ahí recién he podido saber qué enfermedad tengo para saber que enfermedad tengo”.

“No entiendo, pero la fuerza se me baja, sentía que se me bajaba, que estaba adelgazando, la gente se daba cuenta, ¡tú tienes COVID!, ya me lo han dicho varios. Yo me quedé un poco apenado, ¿cómo puedo recuperar este pulmón? quiero pulmones nuevos. Entonces el Dr. me dijo, está botando sangre. Ud. pensará que estoy mal!!”

“El diagnóstico me hice en un particular. La operación costó 500 soles en eso estaba todo, biopsia, medicamentos, todo. La ecografía me hice antes algo de 200 soles, como 700 soles. No he sentido nada, más que la bolita que me ha vuelto a salir. El Dr. sugiere esperar el tratamiento para ver, ya meses, va a ser un año. Bueno, me mandaron a hacer ecografía y placa y según eso un año vamos a durar el tratamiento. Me han hecho exámenes y todo lo cubre, estoy con SIS”.

Respecto al diagnóstico oportuno la mayoría de hombres, mujeres y sobre todo las personas trans expresan dificultades, relacionadas al retraso en el proceso de diagnóstico y resultado de los exámenes realizados; quienes acudieron a consulta particular sin lograr remisión de los síntomas no se les hizo una derivación a los establecimientos del Estado para realizarse los exámenes respectivos, todos los costos en estos servicios de salud particulares son onerosos y las PAT han requerido del apoyo de la familia o por préstamos solicitados. Ya en los centros de salud u hospitales la atención presenta demora debido a sobrecarga de pacientes o fallas en los equipos radiológicos; esto genera demoras en el inicio del tratamiento, sin embargo, el tratamiento en sí, ha sido inmediato al ser diagnosticada la TB.

“La vez que me pasó boté una flema con coágulos de sangre, no le tomé importancia, eso pasó en octubre, a 3 días de noviembre me daba ganas de botar flema, hacía el esfuerzo de toser y así vómitos, coágulos, me asusté, mi mamá me llevó al hospital buscando, por emergencia, ah no me acuerdo qué hospital, no me atendieron porque dice que no me podía atender, tenía que venir muriendo. Los doctores por esa parte cometieron negligencia porque decían: No atendemos, sólo a pacientes con COVID. ¡¡Mi hijo va a seguir votando sangre!!, noo no va a ser cada rato!! y seguía botando sangre. Fui luego a otro hospital, sólo podemos ponerte una inyección y dije no, fuimos a todos los otros hospitales por emergencia, pero los doctores decían no lo puedo atender. De ahí me regresé a mi casa. Estaríamos noviembre, y de ahí fuimos a un consultorio privado en ... nos sacaron placa, en neumología y me dijeron es TB. Nos indicó que tenía que ir a un programa de TB. En enero comencé mi tratamiento porque ya no estaba botando sangre, se me pasó creí, tenía mi placa de TB, pero yo no me la creía, hasta donde sé, TB es en personas que se contagian por mala alimentación, y no veía la explicación... el neumólogo me recetó antibióticos para la flema, y tomé los medicamentos, por 3 semanas, en noviembre, no me habían inscrito en el programa ni nada. No me acerqué al Centro de salud hasta enero”

“...me fui a tres hospitales, me dijeron tienes que ir a un cirujano de cabeza y cuello, ... y te tienes que operar ya. Esperé una semana para ver si se me iba, yo estuve en casa viendo si bajaba o aumentaba, al ver que aumentaba, decidí ir a un consultorio, me dijeron que era arañazo de gato y yo tengo gatos; ...la Dra. dijo que era tratable durante 05 días con pastillas, y nada, luego me sacaron una ecografía entonces decidí ir nuevamente de hospital en hospital...hasta que al fin me dijeron que era TB”

“Al principio fui a la posta y me dijeron que no había neumólogo, rayos X, me fui a otro seguro, no había, fui a otro hospital y no había para hacer placa de tórax y como ya sentía fuerte los malestares, lo que hice fue prestarme para hacerme en un particular, un doctor que trabaja en su casa, la cita, extracción del líquido y la placa, pagué la consulta, la extracción del líquido para llevar laboratorio, me sacó 3 frasquitos y para llevar a otro laboratorio eso fue otro gasto ...”

Al inicio de tratamiento, la mayoría refieren que el número de pastillas es elevado (alrededor de 11 pastillas) y posteriormente disminuye según las indicaciones de los médicos y de acuerdo al tipo de TB que tengan. El cumplimiento del tratamiento es monitoreado a diario por las profesionales de salud incluso si el tratamiento es tomado desde el hogar, se realiza un video que es enviado para evidenciar el cumplimiento.

“...Yo comencé en abril del año pasado, TB pulmonar. Me dijeron que no tenía nada, el agua se había secado, no sé, me volvieron a sacar otra placa, estás bien me dijeron. Vas a llevar otro tipo de tratamiento, no sé qué tanto será cierto eso, Porque sé que lo primero que agarra en el VIH, es la TBC . Trato de prepararme quinua, leche, quaker o trato de hacer mi almuerzo para tomarlas. Al comienzo tomaba como 11, ahora 5. Lo tomo ahora acá y mando evidencia a la dra. Antes iba al centro de salud. Ya son como 10 meses, ya me van a dar de alta.”

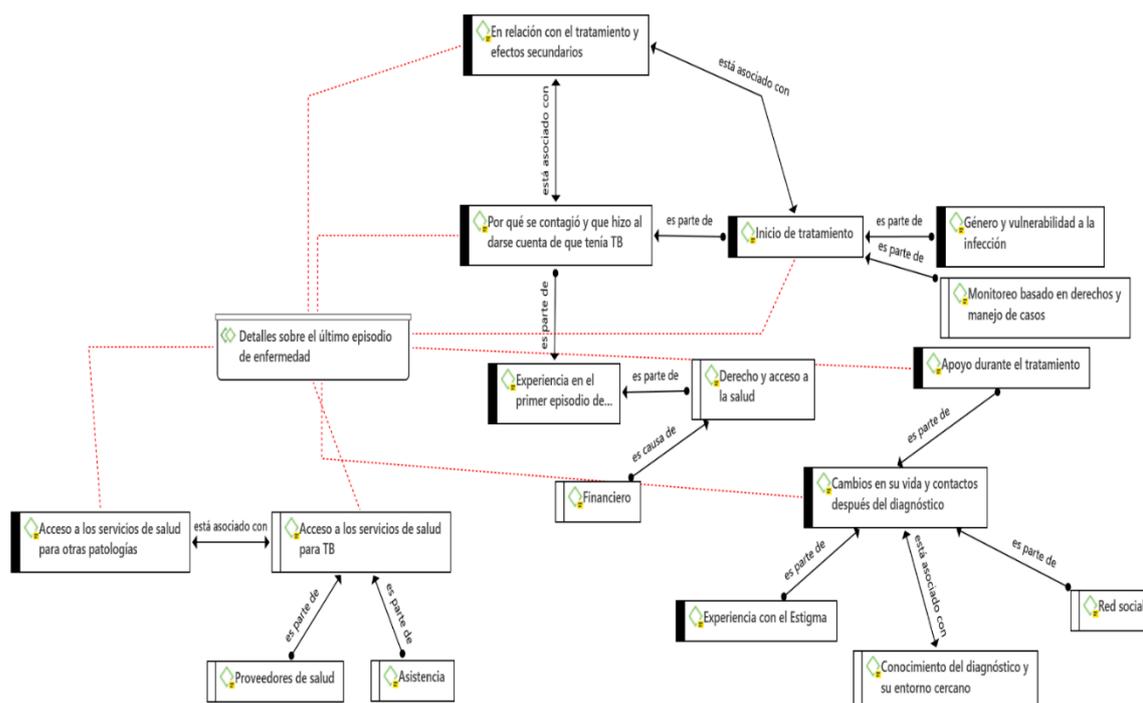
Permiso para obtener atención médica.

Para obtener la atención médica las personas no requirieron solicitar permiso a nadie, solo en el caso de quienes trabajaban debieron pedir autorización a sus jefes o dejaron de trabajar a raíz de la pandemia; algunos jóvenes trabajadores señalaron que requirieron solicitar permiso de sus empleadores y fueron cuestionados, algunos trabajan de manera independiente y buscaron atención médica incluso de manera particular.

“No, porque yo dejé de trabajar apenas inicio pandemia. A partir de ahí ya no tenía seguro. Yo sólo me encargo de mi salud, no me gusta que alguien lo vea”

7.2.1.2. Detalles sobre el último episodio de enfermedad.

Sobre el detalle de último episodio de la enfermedad son la manera en la que se contagió, que es parte del tiempo de inicio de tratamiento y que a su vez el tiempo de inicio dependerá de aspectos como el género y vulnerabilidad la infección, las opciones de tratamiento que se les ofrezca a las PAT. Por otro lado, como parte del tratamiento el apoyo recibido es consecuencia de los cambios y referencia de contactos después del diagnóstico, de los cuales la experiencia de estigma, del conocimiento de su entorno sobre el diagnóstico y el soporte de la red social son factores que pueden explicar estos cambios.



Por qué se contagió y que hizo al darse cuenta de que tenía TB.

La identificación de las causas del contagio es diversa, algunos refieren que es por los malos hábitos en la alimentación, lo cual produce baja del sistema inmunitario, otros deducen que el contagio de la TB pudo haber sido en el ámbito laboral debido a que algunos compañeros de trabajo tenían síntomas como tos persistente y que no utilizaban mascarilla; también hay quienes refieren que puede ser porque tenían baja las defensas porque sufrían de anemia, secuela del COVID-19 o por VIH.

“La verdad no sé mucho, pero puede haber muchos factores. una parte es que yo sufro de anemia y puede ser por eso. otra son las secuelas del COVID creo yo porque me llegó a dar 2 veces y me dejó con muchas secuelas”.

Los síntomas más frecuentemente identificados son tos persistente, sangrado a través del esputo, dolor o malestar general del cuerpo, baja de peso o debilidad general. Comienzan por la automedicación en muchos casos para calmar los malestares, y cuando no han disminuido, han acudido a un centro de salud o un centro particular buscando obtener un diagnóstico más rápido.

“...porque tenía tos casi 1 mes o 1 mes y medio y no paraba a pesar de los medicamentos. también llegué a bajar de peso, me hice muy flaquita y por eso me fui al doctor porque me dolían los pulmones también”.

En relación con el tratamiento y efectos secundarios.

La mayoría de entrevistados hombres, mujeres y las personas trans manifiesta que debido a que la cantidad de pastillas que deben tomar les genera malestares, los principales efectos secundarios del tratamiento se presentan sobre todo al inicio, manifestada por presencia de alergias, dolores estomacales, náuseas, sensación de cansancio, etc.; posteriormente se fueron acostumbrando o a raíz de la dosis reducida. Algunos manifiestan las repercusiones emocionales a causa de la enfermedad, aunado a los problemas personales que deben afrontar, en el caso de las mujeres están más propensas a sentimientos de tristeza tanto por la enfermedad como por situaciones personales como el fallecimiento de familiares, por lo que sienten importante el apoyo de profesionales de salud mental .

“Las náuseas, el asco, y mayormente el cansancio. En esta segunda fase, he tomado un poco más de agua, es como un rato, pero después me pasa y estoy normal, comer normal. Al comienzo tuve cansancio, malestar general, ardor al estómago...”

“Sí, al principio me chocó un poco porque me daban como 11 pastillas y al principio me causaba cierta incomodidad por la cantidad de pastillas, el primer día me hizo doler demasiado el estómago, pero lo que más me ha molestado en todo este proceso del tratamiento es que me ha dado comezón por las pastillas. pero igual lo sigo tomando... de hecho les comenté a las licenciadas sobre esto (la comezón) y solamente me recetaron tomar Clorfenamina para la comezón y evitar comer ciertas comidas.”

“A nivel mental, mucho temor, sensible. Antes era más dura, más fuerte. Ahora me he vuelto muy frágil. La pérdida de mis padres, estar sola, sentir que mi hermana no ha sido mi hermana, son tantas cosas que han pasado, muy duras que no he podido superarlas. Creo que necesito bastante ayuda, de repente muchos años no he sentido temor a nada, pero ahora necesito más que antes, ha sido bien duro. Estar en el hospital a punto de morirse, llevar el tratamiento”.

Además, para quienes tienen alguna coinfección, comorbilidad o tienen una TB MDR el tratamiento es más complicado, por los diferentes medicamentos que reciben o por las inyecciones para TB MDR.

“El proceso ha sido bastante complicado, por lo mismo que es MDR, hay que recibir inyecciones diarias en las nalgas el dolor no resistía, por eso empezaron con endovenoso, lo que me agarró más fuerte el rash. Después estuve con tratamiento suspendido, por unos meses y luego volví con el reto, me volvió el rash por otras pastillas”... Después de 2 o 3 meses, la piel todavía estaba lastimada. Iniciamos un reto porque empecé a tomar una semana una pastilla, otra semana otra pastilla para ver qué pastilla me causaba daño, un experimento, eso me sugirió la neumóloga. Descubrimos cuál era la pastilla que me estaba haciendo mucho daño, la eliminó de mi tratamiento. Ahorita estoy tomando 5 pastillas más una inyección inter diaria”.

Apoyo durante el tratamiento.

La mayoría opina que la principal fuente de apoyo de las PAT ha sido fundamentalmente la familia, desde el acompañamiento al centro de salud, en la compra de medicinas previo al diagnóstico, apoyo moral y psicológico durante el tratamiento para fortalecer la adherencia. En algunos casos que no tienen el soporte familiar, han contado con amistades que les han apoyado económicamente como en el caso de las mujeres trans. En algunas mujeres, los hijos mayores han sido su soporte y apoyo.

“A mi hermana, prácticamente porque es la persona q me acompañaba, pero quien recogió el diagnóstico fue mi papá antes que yo, la llamó a mi mamá y me contó a mí. De ahí le conté a mi hermana y a mi hermano”

“Tengo 2 amigas que viven en el extranjero, ellas me ayudaron cuando estaba hospitalizada para mi resonancia magnética que estaba como 1000 Soles, ellas me apoyaron bastante, el Ministerio nos ayuda con víveres arroz, leche. nos dan la mano, eso es parte del programa de TB. La psicóloga me dijo que la busque, porque estaba muy sensible”

“Estaba trabajando y a raíz de eso tuve que dejar de trabajar y tuve que retirarme, porque después de la operación duré como 3 semanas para recuperarme. Me dijeron para regresar, la señora fue buena gente conmigo, pero yo también tengo que estar constante en el hospital, tengo cita, y eso no me da chance de trabajar. Mi hija me apoya, tiene 22 es quien me apoya. Tengo dos hijos uno está en Chile hace 5 meses y la menor, me mantienen como se dice”.

Durante el tratamiento han acudido a la medicina natural como otro recurso para el tratamiento, y fortalecer el sistema inmunológico, o para reducir los efectos colaterales del tratamiento, el cual fue referido por personas cercanas.

“...me daban de tomar el plátano o sino su resina de plátano y agua de manzana, eso dice que se toma 3 meses para que te ayude a tu pulmón y de comer, yo seguía tomando. mi hermana me daba, eso tomaba como no sabía dónde acudir...”

Cambio en su vida y contactos después del diagnóstico.

Los principales cambios que han sucedido son la pérdida del trabajo, así como alejamiento de algunos familiares, esto debido a que debieron incorporar pautas de autocuidado que les fueron impartidas por el personal de salud para evitar transmitir la TB a sus familiares y también porque algunos parientes se alejaron por cuenta propia. De manera positiva refieren haber incorporado medidas de autocuidado y mejores hábitos en la alimentación como uno de los cambios a raíz del diagnóstico.

Y en la referencia de contactos, las PAT han seguido las indicaciones brindadas para hacer el descarte oportuno y monitoreo respectivo de sus contactos, así como terapia preventiva de ser necesario y evaluarles periódicamente.

“Había 3 compañeros que estaban tosiendo, me dijo quizás por ellos me estoy contagiando, ... Le dije al ingeniero dame permiso voy a salir por la puerta grande, me respondió: pero señor Ud. no puede abandonar el trabajo. Le hago una pregunta: ¿si Ud. estaría a 40 grados de fiebre, trabajaría ... Un día sin comer puedes aguantar, pero la enfermedad no. El 03 de enero ya no aguanté. Me dijeron: Señor, ¿cuándo va a regresar? Yo he laborado en esta empresa y me he enfermado en este sitio, ustedes no me tomaron un examen médico, si me hubieran tomado un examen médico, quizás no estuviera así. Yo renuncié... firmé contrato, antes de entrar, entré sano, 4 meses ya estaba botando sangre”

Mis hijos están con PCR, unas pastillitas de prevención, porque ellos también salieron, pero no sabemos. En el pulmón no hay nada, pero puede ser que haya. Salió uno de mis hijos, salió 14 no sé qué y su bracito se hinchó. A mí y a mi hijito nos aislaron. Sólo en la placa salió que no había nada. Por prevención nada más a todos le dieron terapia preventiva, menos a la menor de un año, porque no tiene SIS porque no tiene DNI. A mi hija la mayor y a mi esposo no le hicieron esputo, porque no tenía síntomas

Inicio de tratamiento.

El tiempo desde diagnóstico al inicio del tratamiento, ha tenido retrasos, principalmente por automedicación cuando aparecieron síntomas de TB pulmonar, o porque en algunos casos no hay síntomas, las molestias presentadas en TB extrapulmonar, se buscó centros particulares para realizarse un diagnóstico más rápido, pero no culminó con un diagnóstico preciso.

“Yo llegué al hospital por vesícula ya no comía 3 días, no tenía nada en el estómago y me dio pancreatitis y ya no respiraba, pusieron oxígeno. No sabían, pensaban que tenía COVID, pero me sacaron resultados, me hicieron prueba de Elisa y salió positivo a VIH, me sacaron unas placas salió algo en el pulmón, para que no se haga una TB tenía que ir a un programa. Al comienzo se me hizo difícil, gastaba, no encontrábamos cita, y los días que estuve hospitalizada en Hospital de ..., para buscar las retrovirales. Decidimos ir a otro hospital porque nunca nos atendían en hospital, pero me dijeron que debes llevar tratamiento”

“El resultado me dijeron que estaba 2 días, pero yo no quería venir, dejé que pasara 1 semana. Digamos que pasó 4 días, habrá sido un jueves a sacarme la muestra, la prueba y yo sábado me fui a sacar mis pruebas, análisis en una clínica, aparte. Pasó 1 semana por lo menos para el diagnóstico. No quería venir para sacarme la placa, dije nooo, que voy a estar mal, pero mi madre me dice están sacando placas gratis en la posta, me acerqué, me sacaron la placa y salió que estaba observado. Ese mismo me dieron las pastillas”

Por otro lado, la mayoría de hombres, mujeres y personas trans refieren que el inicio a tratamiento en los establecimientos de salud del Estado fue de inmediato al diagnóstico sin mayor complicación.

“Desde el momento que me dijeron que tenía TB, comencé desde el primer momento, ese día me estaba tomando mis medicamentos.”

“fue en la siguiente semana, fue muy rápido, gracias a dios. Los retrasos fueron porque no me encontraban el diagnóstico, esa era la tardanza”

Acceso a los servicios de salud para TB.

En el acceso a los servicios de salud de TB, el principal apoyo mencionado es el respaldo del equipo de profesionales de salud quienes les han brindado información detallada del tratamiento, recibir la atención integral por otros especialistas como nutrición y psicóloga fue un soporte para evitar el abandono del tratamiento. Además, el acceso al tratamiento ha sido gratuito e inmediato. No se percibe diferencias con respecto al género.

“...también siempre nos mandaban al psicólogo al inicio del tratamiento. él nos incentivó a no tener miedo y a seguir tomando las pastillas”.

“...respecto al costo, hasta el día de hoy no he tenido ningún costo, todo me brindan gratuitamente, todo es cubierto por el SIS.”

Otro apoyo mencionado por todos los entrevistados es el otorgamiento de las canastas PANTB como apoyo en la alimentación para ellos y sus familias; se desconoce otro apoyo como los grupos de autoayuda, ya que no han sido identificados como tal; un participante mencionó la invitación de la organización Socios en Salud (SES) para recibir apoyo.

“Recibo canasta, siempre he recibido en la fecha, el estado de los alimentos es bueno, he recibido material informativo, apoyo emocional, no me quejo de eso. De grupos de autoayuda, no sé creo que en SES. Recientemente me llegó de SES, pero como yo tengo trabajo digital, no estoy con mucho tiempo disponible”.

Acceso a los servicios de salud para otras patologías.

En relación con el acceso a otras especialidades, se encuentra que quienes tienen otras comorbilidades como en el caso de TB/Diabetes han recibido atención en el mismo centro de salud; así como para descarte de ITS o VIH. Las personas trans y hombres gay refieren que al tener la coinfección TB/VIH han requerido atención adicional en el mismo establecimiento de salud.

“Además que acá en la posta encuentro todo lo que necesito tanto para la TB como para la diabetes que también sufro.”

“A raíz que me diagnostican TB mamario, se sabe que tengo diabetes, no sabía, tengo familiares diabéticos, mi mamá. También recibo tratamiento de diabetes. A través de la TB me enteré de varias, cosas, y me deprimí demasiado, aquí me iba mucho al psicólogo, los doctores y doctoras son muy buenos...”

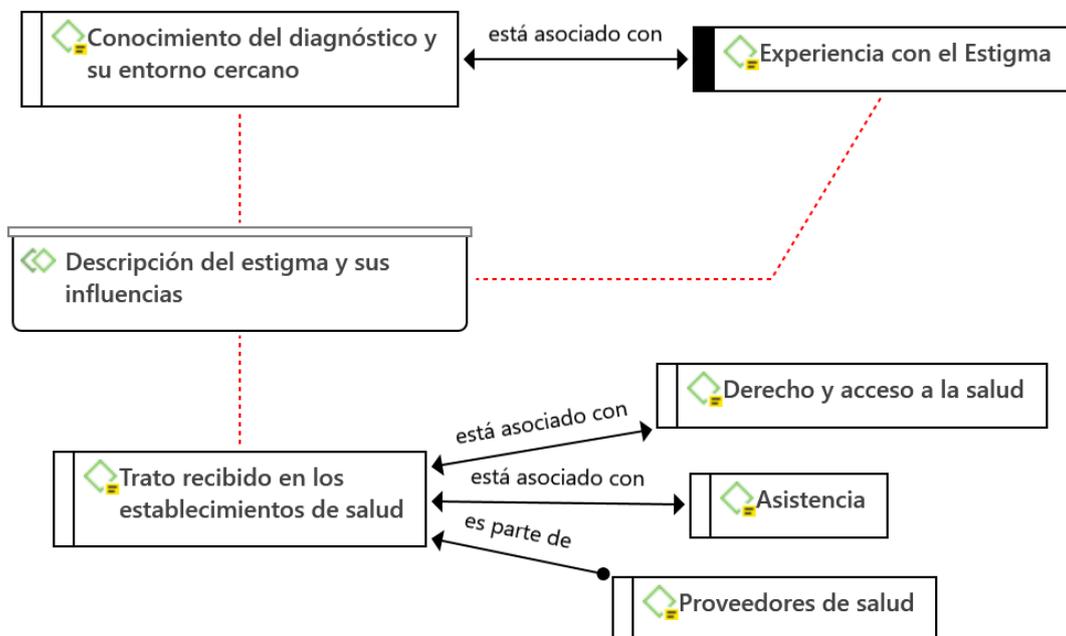
“Un mes, ya estaba desesperado porque no encontraba un lugar en el cual pudieran darme un tratamiento para los síntomas empezaran a disminuir, ya en ese tiempo de que estar de hospital en hospital, esta cosa aumentaba y se hizo bien grande y rojo, casi morado. Y el Dr. me dijo que me sacara un análisis de sangre y me detectaron otra enfermedad, que es del HIV. Antes me había hecho el diagnóstico y me salía negativo, pero esa vez cuando me lo hice me detectaron esa enfermedad, lo llevé al cirujano de cuello y cabeza y ahora me salió Tuberculosis, que normalmente la TBC ganglionar aparece en pacientes con HIV. Es decir, después de 1 mes es cuando empiezo a tomar tratamiento de TB, a diferencia del VIH, empecé después de 6 meses”.

Algunos refieren que reciben atención en sus establecimientos de salud si sólo es que es una asistencia básica, de requerir otras especialidades son derivados a otros establecimientos de mayor complejidad.

“...Si es un dolor básico sí. Pero si es un dolor intenso debo ir a Ventanilla. Una vez fui y me pusieron una ampolla, pero como no me pasaba, no me podían atender, tenía que ir al hospital de Ventanilla.”

7.2.1.3. Descripción del estigma y sus influencias

El estigma surge a raíz del conocimiento del diagnóstico de su entorno cercano. Además, el estigma está asociado al derecho y acceso a los servicios de salud, la asistencia brindada y el trato de los proveedores de salud.



Conocimiento del diagnóstico y su entorno cercano.

La mayoría de las PAT recibieron información acerca del diagnóstico y fue a través del médico, quien además indicó los procedimientos a seguir, la confidencialidad, la gratuidad del tratamiento y la importancia de la adherencia al tratamiento para lograr la recuperación y cura de la TB.

Generalmente el diagnóstico fue compartido con el entorno familiar, es decir los miembros del hogar o con personas de mucha confianza, de quienes recibieron apoyo al inicio del diagnóstico (padre, madre, hermanos, hijos). Algunos refieren que ocultaron el diagnóstico, por ejemplo, al padre o madre para evitarles la preocupación y decidieron esperar hasta culminar el tratamiento. Hay quienes prefirieron no compartir el diagnóstico y guardar

discreción por temor al rechazo, además porque no tienen cercanía con los vecinos, ello podría afectar la identificación de contactos.

“A mi madre, luego a mis hermanos. A ella por la confianza. Sentir palabras de consuelo, la madre es más allegada al hijo”.

“...mi papá más que nada, pero último se llegó a enterar, porque tenía miedo de que llorara porque mi mamá pasó por eso. Que se preocupe más.

Trato recibido en los establecimientos de salud.

La mayoría de entrevistados manifiesta que el trato recibido en el establecimiento de salud ha sido muy bueno, se resalta la manera detallada en cómo les brindan atención, se les absuelve sus dudas y preguntas; además han recibido seguimiento y recordatorios para que no olviden tomar sus medicamentos, refieren que hay una preocupación del estado de salud de las PAT.

“trato muy amable por parte de la Lic., el doctor, la enfermera. te dan ánimo para seguir el tratamiento”.

“Ha sido muy bueno, las doctoras y licenciadas que he tenido a cargo y que me han visto han sido muy pacientes y nos estaban indicando. también tuvieron la amabilidad de ponernos el nombre de las pastillas y cuántas íbamos a tomar que, como éramos nuevas no sabíamos. Pero siempre han sido muy amables con nosotros. ¿todo el personal en general? sí, en hospital es diferente [...] pero acá en la posta es más tranquilo, las veces que he entrado a hacerme análisis y he podido conversar con ellos todo tranquilo”

Algunas mujeres trans manifestaron experiencias negativas en otros servicios de atención respecto al trato recibido antes del diagnóstico, relacionado a su identidad de género, retrasando el inicio del tratamiento.

“Cuando fui a Collique fue por emergencia, dije estoy botando sangre, había personas muy graves. Me dijeron, Joven Ud. está bien, a Ud. lo vamos a atender cuando esté en la cama”.

Experiencia con el estigma.

Las experiencias relacionadas con estigma han sido percibidas en el entorno familiar, a través del alejamiento de algunos familiares por temor a contagiarse. Pero también hubo un auto estigma percibido porque los pacientes prefirieron alejarse también por el miedo a contagiar y ser “mal vistos”.

“lo entienden de otra forma. se asustaron cuando yo tuve TB, dijeron que tenían que estar lejos de mí porque luego se contagiaban. por eso me sentí discriminado y me alejé también. y cuando vieron que mejoraba ya se acercaban a mí. ellos (los amigos de su barrio) recién se enteraron de que sí se cura con las pastillas y el tratamiento. igual saben que es contagioso, pero ya saben que tiene cura”.

Otro espacio donde se percibe estigma es el ámbito laboral (sea trabajo formal o independiente). Y en el entorno de la comunidad sienten que los vecinos se alejan o evitan el saludo, este cambio ha sido a raíz de enterarse del diagnóstico.

“...sí, la verdad a mis clientes en mi trabajo porque ellos tienen ese concepto erróneo que la TB contagia y que no puedes estar cerca de la persona porque puedes contraer TB.”

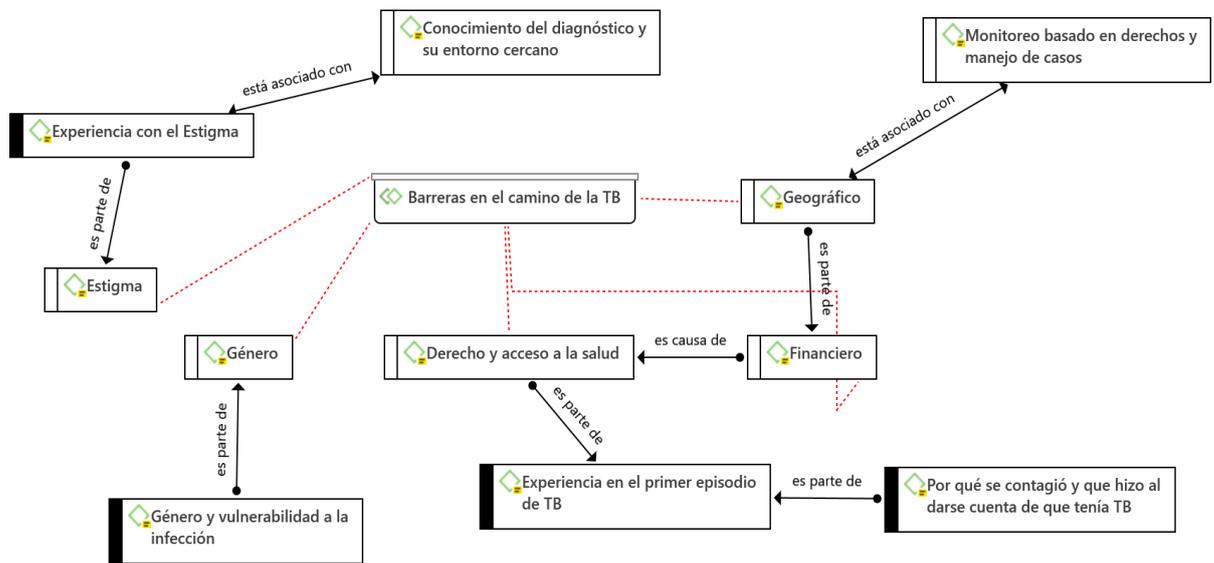
“No, a veces yo siento que mis vecinos saben, como que yo digo si saben les saludo y no me hablan. Ya saben quizás y no me quieren decir, pero esto no me ha perjudicado en el tratamiento, porque quiero seguir”

Una persona trans con coinfección TB/VIH hace referencia de situaciones de discriminación en el establecimiento de salud.

“Fue en la entrada del hospital, porque tenía que sacar cita para TB y para VIH, y en la puerta, me dijeron ¿tú eres paciente con SIDA? y me quedé mirando. Fui a sacar cita y ni siquiera dije a qué área iba y me dijeron eso y le dije tú no puedes decirme eso. Fue fatal, y por otra gente que puede sentirse mal por eso. También en el área de TBC en el hospital ..., la señorita me tiraba los papeles, cada documento me lo hacía así y era enfermera de TB. No tomé ninguna medida”

7.2.1.4. Barreras y facilitadores en el camino de la TB

Las principales barreras en el camino de la TB están asociadas al género, estigma y al derecho y acceso a la salud. El conocimiento del diagnóstico y en entorno cercano, asociado a la experiencia de estigma, la vulnerabilidad de la infección como parte del género. Y el aspecto financiero en relación con el derecho y acceso a la salud.



Barreras en el camino de la TB

Derecho y acceso a la salud

Antes de la visita al médico

Al respecto se han identificado diversas barreras en el derecho y acceso a la salud, principalmente se dan retrasos y demoras en la identificación de síntomas y el tiempo de demora en el diagnóstico, sobre

todo en la TB extrapulmonar. Al percibir los síntomas se atienden con medicamentos recetados de manera particular, pero en su mayoría por automedicación, sin conseguir mejoría, es por ello que recurren a realizarse exámenes en centros de salud particulares.

“...desde que me empezaron los síntomas el año pasado en marzo, comencé se me empezaba a encoger las manos, dolor de cabeza intenso, las piernas también, no le tome importancia, dije ya va a pasar con alguna pastilla un medicamento una ampolla y nada, creo que no soy la única, fui a un médico particular, también complementaba con tratamientos naturales que me ayudaron, pero no me sanaron. pero seguía con médicos no me detectaban, estaba bien mal bien grave, no sabían lo que tenía, no me diagnosticaban...”

Entre la visita al médico y el diagnóstico

Al ver que su estado de salud seguía deteriorándose y haber perdido tiempo en diagnósticos no precisos o porque han sido derivado a establecimientos de salud que no cuentan con los servicios radiológicos disponibles, han visto dificultado el diagnóstico oportuno.

“... Imagínate, fue bastante los dolores, la tos era intensa, no me dejaba. Recién en setiembre recién me diagnosticaron en la sede el hospital de ... donde me hicieron varios análisis, en el último urocultivo y en la placa vieron que es pulmonar...”

Diagnóstico y tratamiento

El acceso al SIS es todavía una barrera para el acceso a la salud, porque no se les está afiliando automáticamente a los y las pacientes con TB. Y si son extranjeros la dificultad de acceder al SIS es mayor porque necesitan pasar de cédula a tramitar el carnet de extranjería, sino no pueden tramitar el SIS. No se está afiliando automáticamente con el diagnóstico (aunque la norma lo especifique). Cabe resaltar que varios tienen SIS porque contaban con el mismo, lo cual facilita la cobertura de otros exámenes.

“Me dijeron, me dieron el susto: ¿por qué te vienes después de días? Me parece tú ya estás con los síntomas del TBC. Yo nunca me enfermé de esa "vaina", noo que estás mal y me hicieron rayos X y ahí me dijeron que tenía TBC. Me dijeron como soy de este distrito, ¡Andate a la posta para que te deriven para te hagas el tratamiento acá hasta el mes que puedas! Me fui al otro CS. y la Lic., me dijo sí te pueden hacer allá, ¿cómo te pueden llevar como ping pon de acá para allá? Pero allá (En Cercado) tienes complicaciones con tu SIS y como estoy con esta dirección tuve que venirme, aunque mis patrones querían cuidarme un par de meses, para evitarnos problema, acá más segura”.

En una minoría, el acceso a diagnóstico no ha sido de inmediato, debido a que al inicio de los síntomas no fue detectada la enfermedad a través de las pruebas de esputo, luego realizan el cultivo y recién sale el diagnóstico de TB sensible; posteriormente vuelven a realizar prueba de esputo y un segundo diagnóstico es TB MDR.

“yo estuve 6 meses con TBC y nadie sabía, tenía fiebres nocturnas en todo este tiempo hasta que me hicieron 3 pruebas de esputo y salían negativos hasta que me hicieron cultivo y ahí recién salió positivo, en ese momento me bajan a aislamiento y estuve ahí dos meses y medio ... regrese a mi pabellón y después de 2 meses cuando me piden una muestra de esputo sale que tengo la resistente nuevamente me aíslan y ahora estoy con el tratamiento que me dicen que es año y medio y ya llevo 6 meses y es horrible porque son casi 20 pastillas diarias que tomas y aparte la ampolla que es todo los días, es algo traumático en si porque estar sin descanso y encima que es dolorosa es fastidioso cumplir con ese esquema que nos brindan”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento, y durante el tratamiento ambulatorio.

Algunos refieren que fue necesario cubrir gastos de manera particular por medicamentos recetados para contrarrestar los efectos adversos del tratamiento y que no lo encuentran en el establecimiento de salud.

“Me recetaron un medicamento y sabe ¿cuánto estaba? 207 soles, no había en el establecimiento de salud, lo cubría el SIS, pero no había, eran 30 pastillitas a 207 soles”

Específicamente para hombres y mujeres PPL entrevistadas, se dan retrasos en la entrega de tratamiento debido a inconvenientes en la distribución de medicamentos desde el establecimiento de salud del MINSA al establecimiento penitenciario, también ocurre con algunas pruebas de laboratorio que no se realizan en el penal por lo que deben solicitarse fuera con costo para el interno.

“ el tratamiento es diario nos dan 20 pastillas y una ampolla hay momentos en los que no se si no recogen o escasea la medicina, pero habido fechas en las que no me han dado la medicina y me dicen espérate no hay ya voy a ir y en ese plan me tienen una vez estuve 5 días sin tomar la medicina”

“ hay mucha deficiencia acá en el penal, el laboratorista hace lo que puede, pero también está limitado hay análisis por ejemplo que nos piden que acá no los hacen y tienes que pagarlo para que vallan a la calle”

“yo acá ya tengo recluida 1 año y 9 meses, entonces cuando me fui al pabellón me sacaron la prueba de esputo pero en la prueba de esputo no salía nada, ni una bacteria, nada entonces cuando yo voy a mi pabellón después de 2 meses viene el MINSA a sacar placas a todas las internas entonces ahí yo me voy y me saco la placa, y me dicen que en mis pulmones, sale que tengo secuelas y probablemente tengo TBC, entonces después de ahí me dijeron que me iban a llamar para que me saquen unos diagnósticos, unas pruebas y todo lo demás, ahí me sacaron las pruebas ahí mismo y después de 2 meses me aislaron y luego me dieron tratamiento” .

Género

No hay mucha información sobre barreras de género en el camino de la TB, pero cabe resaltar de los pocos comentarios referidos, que el ser mujer si bien no lo reconocen como una barrera en el camino de la TB; sus vivencias, sus necesidades y su rol en la sociedad evidencia la priorización de un rol maternal y de protección hacia sus hijos, preocupadas porque deben guardar distancia o

estar alejadas, lo cual las lleva a sentirse deprimidas por no saber con quién dejarlos cuando deben ir al establecimiento de salud.

“Me sentí mal me sentí derrumbada. Si yo estoy contagiada voy a contagiar mis hijos, sentí que quería irme lejos, son menores, la mayor tiene 18, el segundo tiene 14 años, el tercero tiene 12, el cuarto tiene 9, el quinto tiene 05 añitos y el último tiene un añito”

“para una madre no es fácil salir y dejar a los hijos solos, por eso debo ver con alguien de la familia para que los acompañe, porque tengo miedo que se contagien de TBC en la posta”

Estigma

Antes de la visita al médico y Entre la visita al médico y el diagnóstico

No se identificaron expresiones de estigma que limiten a las PAT varones o mujeres para buscar servicios de salud frente a la presencia de síntomas; la mayoría inclusive mujeres trans han reconocido los síntomas y recurrieron a centros particulares o a la automedicación, ya ingresando al sistema de salud específicamente al servicio de TB no han percibido estigma entre la visita al médico y el diagnóstico.

“...El ser varón no, creo que no porque también he visto mujeres”

“No, a cualquiera le puede pasar...”

Diagnóstico y tratamiento

Algunas PAT han percibido el alejamiento de personas sobre todo en el entorno comunitario, así como expresiones discriminatorias tanto verbales y como no verbales que afectan emocionalmente.

“Lo que me ha costado es el alejamiento de las personas, a veces te miran de diferente manera en la comunidad. No saben, pero supongo que quizás mi tía a veces puede que lo haya contado. Yo siento cuando les hablo, te invitan algo y no, ¡gracias ahí no más! Yo sospecho, no me han dicho nada. En uno de los comentarios, dicen: ¡no hay que recibir nada, de repente nos pueden contagiar! y mi hija escuchó. Me aislé, ya no soy la misma de antes, ya no soy la que conversaba, salíamos a hacer la limpieza y de lejos saludaba, ya no soy la misma, siento que me discriminan como bicho raro. En la familia por parte de mi esposo sí. Cuando fui primeros días vieron que tenía esa enfermedad, me daban vasos descartables. Está bien, por una parte, por mí. Y mi esposo se sentía mal. Llegaba a mi casa y me derrumbaba”.

Una mención importante que vulnera los derechos de las personas con TB hace referencia a un hecho de discriminación en el ámbito laboral al negarle la posibilidad de contrato al enterarse que tenía TB.

“sí, oí sobre una profesora que fue discriminada por tener TB. no la querían contratar por eso, a raíz de esto entró en depresión, ...ahora sigue su tratamiento, pero está si trabajo...”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento

Particularmente como una situación específica y puntual es la mencionada en uno de los centros penitenciario que se percibe estigma y maltrato desde la delegada de salud, a través de frases y vulneración de la confidencialidad, provocando en las compañeras actitudes y expresiones discriminativas.

“al principio todo mal porque la señorita de, nuestra delegada de salud le comento a varias señoras y muchas señoras decían hay ella tiene TBC entonces las escuchaba y todo lo que hacía era miraras y lloraba, y una de esas personas que me hacían bulling prácticamente me le acerque y le dije no hable eso porque usted no sabe nada porque usted es una persona diabéticas y sé que sus defensas están bajas y yo no quería enfermarme y solamente hay un dios que todo lo ve y ahora es apersona es paciente también paciente de TBC”

“...una técnica vino y me dijo hay pero de mala manera, tapate la boca mira cuanta población hay acá los vas a contagiar y cuando yo volteé todas mis compañeras que estaban atrás mío se me quedaron mirando y yo me avergoncé...”

“me decían si ella tiene TBC, o agarraban el teléfono si yo no hablaba por el teléfono lo limpiaban ósea lo pasaban por su cuerpo el teléfono y ósea yo me sentía mal, me sentía muy mal, lloraba lo único que hacía era llorar porque con esta enfermedad es como si estuviera embarazada me siento muy sensible de cualquier cosa lloro del no poder hacer nada”

Durante el tratamiento ambulatorio.

Algunas PAT perciben que durante el tratamiento ambulatorio existen algunas expresiones de rechazo, sobre todo de aquellos que los ven tomar su medicación.

“He visto que algunas personas te miran diferente, las personas que vienen al centro de salud y nos ven tomar las pastillas”

Financiero

Antes de la visita al médico

La situación socioeconómica de las personas con TB es generalmente limitada, antes de la visita al médico sus ingresos los destinan para su sustento familiar y cubrir las necesidades básicas.

Entre la visita al médico y el diagnóstico y Diagnóstico y tratamiento

El aspecto económico es una gran barrera percibida por las PAT, en especial en el proceso camino al diagnóstico. Para quienes no han gestionado el SIS deben financiar por cuenta propia los desembolsos realizados en consultas, exámenes auxiliares o muestras para laboratorio. Y durante el tratamiento, algunos precisaron haber invertido en medicamentos para contrarrestar los efectos adversos del tratamiento.

En segundo lugar, quienes acuden a establecimientos particulares frente a la presencia de síntomas, tienen gastos en la consulta, compra de medicamentos, o en los pasajes para el desplazamiento.

“Como no sabía, gastaba en pastillas para la fiebre, Antalginas para sudoración, los análisis en la clínica, nada más, alrededor a 30 a 40 soles”

Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

En un caso hubo gastos por internamiento, ya que no contaba con SIS.

“Bueno como yo no tengo SIS, en el hospital me cobraron los exámenes pues, hospitalización, medicamentos, bueno los medicamentos había que comprarlos aparte, no de la TB porque eso sí me dieron gratis, porque lo demás sí tuve que comprarme, como el suero y todas las cuestiones pues. Me cobraron unas tomografías, mira casi el primer día se gastaron como 1000 soles el día que llegué al hospital”

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se identifica barreras financieras durante el tratamiento ambulatorio debido a que al ingresar al programa de TB están cubiertos por el SIS, la barrera financiera se genera cuando existe dificultades laborales.

“...A veces tengo trabajo a contratiempo y el estrés se acumula. Es por los gastos, ahora que pago alquiler, cosas personales, tenía que seguir, en noviembre ya no pude agarrar contratos...”

Geográfico

Antes de la visita al médico

El aspecto geográfico no se ha considerado como una barrera significativa debido a que la distancia de la vivienda al establecimiento de salud es próxima.

Entre la visita al médico y el diagnóstico, Diagnóstico y tratamiento y Durante la fase hospitalaria del tratamiento.

El aspecto geográfico no se ha considerado como una barrera significativa debido a que la distancia de la vivienda al establecimiento de salud es cercana, a excepción del gasto a diario, del cual a veces no tienen. Pero sí las condiciones geográficas de ubicación de las viviendas (viviendas en zonas periféricas de Lima: cerros, quintas, callejones) relacionadas al acceso a servicios básicos como saneamiento, si constituyen un factor que predispone una deficiente manipulación y conservación de alimentos, insuficiente higiene o restricciones para evitar el hacinamiento.

“Las personas de los AAHH como vulnerables, porque tienes que comprar balde cisterna para agua, o ni siquiera usan papel higiénico, si está sucio, infectado, te puede dar muchas infecciones, o el aseo, nuestra casa no tiene servicios...”

Durante el tratamiento ambulatorio.

No se identifica la barrera geográfica durante el tratamiento ambulatorio, ya que reciben su medicación en establecimientos de salud cercanos a su domicilio.

Cuadro N° 18: Desafíos que enfrenta en el camino de la TB.

Puntos de Análisis	Antes de la visita al médico	Entre la visita al médico y el diagnóstico	Diagnóstico y tratamiento	Durante la fase hospitalaria del tratamiento	Durante el tratamiento ambulatorio
Derechos y acceso a la salud	2	3	3	1	1
Género.	1	2	2	2	1
Estigma	1	1	2	2	2
Financiero	3	3	2	2	2
Geográfico	1	2	2	2	1

3 = Muchos, 2=algunos, 1=ninguno

El principal desafío identificado es el aspecto económico, es evidente que la situación socioeconómica de las personas con TB es generalmente limitada, la TB afecta mayoritariamente a personas pobres; antes de la visita al médico sus ingresos los destinan para su sustento familiar y cubrir las necesidades básicas, del mismo modo para el diagnóstico. Para quienes no han gestionado el SIS deben financiar por cuenta propia los gastos realizados de consulta, exámenes auxiliares, y muestras para laboratorio. Y durante el tratamiento, algunos precisaron que necesitan gastar en medicamentos para contrarrestar los efectos adversos del tratamiento, automedicándose. Al respecto se han identificado diversas barreras en el derecho y acceso a la salud, principalmente retrasos y demoras en la identificación de síntomas y el tiempo de demora en el diagnóstico, sobre todo en la TB extrapulmonar.

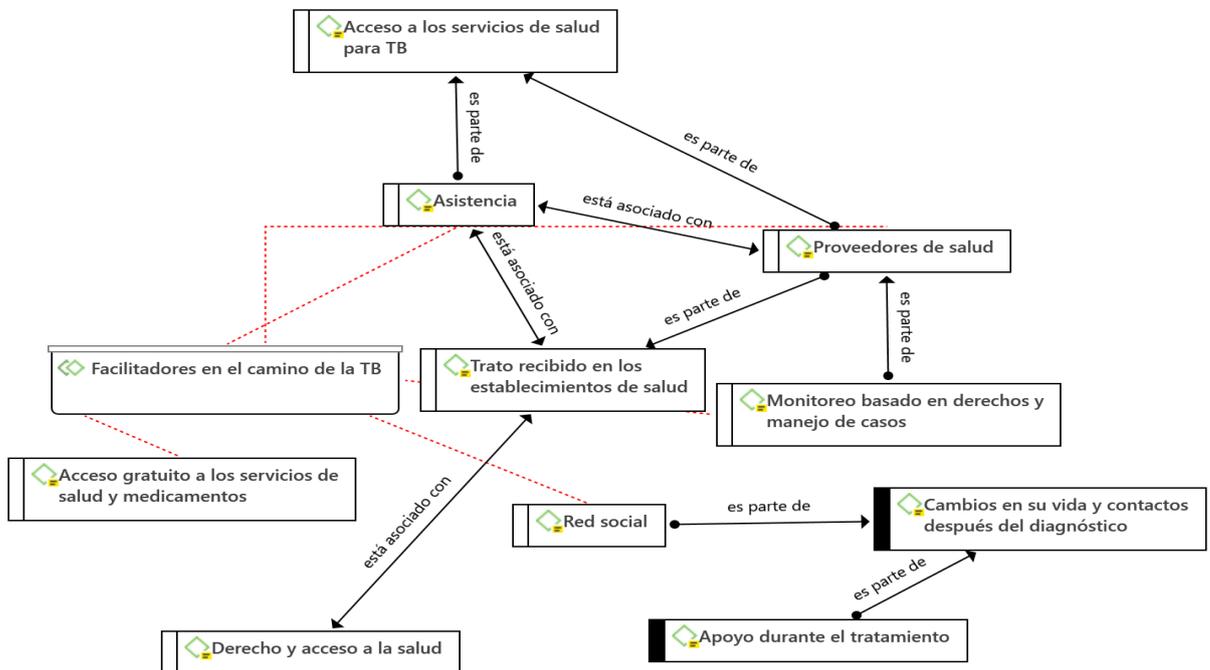
Específicamente para PPL, se dan retrasos en la entrega de tratamiento debido a inconvenientes en la distribución de medicamentos desde el establecimiento de salud del MINSA al Establecimiento Penitenciario, también ocurre con algunas pruebas de laboratorio que no se realizan en el penal por lo que deben solicitarse fuera con costo para el interno. Asimismo. En relación con el estigma percibido por la población PPL esta expresado por el alejamiento de las personas, expresiones discriminatorias verbales.

El aspecto geográfico no ha considerado como una barrera significativa, pero sí por las condiciones geográficas de ubicación de las viviendas (viviendas en zonas periféricas de Lima: cerros, quintas, callejones).

Facilitadores en el camino de la TB

Entre los principales facilitadores en el camino de la TB se encuentra el acceso gratuito a los medicamentos, la familia como red social de soporte

principalmente, el trato de los proveedores de salud, que a su vez ofrecen el servicio de apoyo psicológico y el monitoreo constante del tratamiento.



Proveedores de salud

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

El trato del personal de salud hacia las PAT es considerado por la mayoría como muy bueno, demostrando trato cordial y preocupación al hacerles seguimiento; además tienen una actitud de paciencia para absolver sus dudas sobre el proceso que deben llevar a cabo para el tratamiento.

“Desde que me dieron mis pastillas, los doctores, las enfermeras han sido muy amables, todas las preguntas que mis papás hacían les respondieron sus dudas. Me hizo sentir segura que iba a estar bien”.

“Al contrario aquí las profesionales porque aparte de ser doctores y enfermeras le toman importancia a la salud de los pacientes, ellas se toman el tiempo, te buscan.”

Agradecen que frente el diagnóstico obtenido en el hospital, fueron derivados a la posta más cercana a su domicilio para recibir tratamiento

“...en el hospital cuando me sacaron una radiografía y vieron mis pulmones me derivaron a una posta médica para que lleve el tratamiento y pueda mejorar...”.

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

Valoran recibir el tratamiento cerca a sus domicilios y las facilidades que se les ofrece cuando tienen dificultades para recibir sus medicamentos.

“Como no tenía el dinero para trasladarme hacia allá me dieron una posta más cercana y me hablaron de una especialista en TB allí, ella me ayudó y me facilitaron poder llevarme las pastillas a donde vivo porque el dinero no me alcanzaba para ir todos los días allá...”

Red social (Familia, parientes, comunidad, apoyo de pares)

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

El principal soporte es la familia, (padre, madre y hermanos) apoyó con víveres, para los pasajes, etc. Algunos recibieron apoyo moral de su comunidad cristiana, del jefe de la comunidad y económico en algunos casos.

“Mi familia, apoyo emocional más que todo, y mi hermano es el que me traslada. También apoyo en trámites en el centro de salud.”

“Como yo leo la biblia, yo creo en pruebas de fuego, y un cristiano pasa por pruebas, de hambre, de miseria, de enfermedad, me botaron como perro envenenando, y creía eso. ¿Hasta cuándo dije? y los hermanos me decían es tu prueba, sigue adelante... Y había otra gente por la cual oraba y gente que no conozco del trabajo, llegaba mi bendición en un sobre, llegaba de la iglesia, llegó mi hermano, mi otro hermano, toma plata me dijeron. Les pido perdón a mis hermanos, porque no he sido santo...”

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

En las diferentes poblaciones clave se identifican redes de apoyo comunitario además de la familia, como podemos identificar en los siguientes testimonios.

“...por falta de recursos para poder venir al hospital, pero como estamos en la comunidad que nuestro APU (jefe de la comunidad), cuando hablé con ellos me apoyaron, lo que yo recibí fue pasaje para poder venir... el APU tenía un fondo, yo llegué al hospital aquí hubo más facilidad para el diagnóstico, aquí hay más análisis y pruebas...”

Para las personas privadas de la libertad el apoyo entre pares a través de los delegados o promotor de salud son un apoyo permanente para continuar y culminar el tratamiento, además son un nexo importante con los profesionales de salud frente a la presencia de efectos adversos.

“sí, los promotores de salud nos explicaron que teníamos que tomar las pastillas según el peso que tienes, que no votes tus pastillas, que no vomites, cualquier cosa, que, si de repente te sale una alergia, porque algunas personas, a mí también me salió al empezar a tomar, tenía que comunicar para que ellos vean que, si de repente eres resistente a una pastilla, entonces me indicaron todo eso”

Asistencia (Apoyo social material, apoyo psicológico y emocional, apoyo legal, apoyo comunitario de la sociedad civil)

Acceder a los servicios de salud

Para el acceso a los servicios de salud no se identifica algún tipo de

asistencia, lo mismo ocurre al momento de ser diagnosticado.

Ser diagnosticado.

Algunos reconocen el apoyo recibido de Socios en Salud a través del servicio móvil, que circula por el centro de salud y realiza la toma de placas de tórax o de medicamentos de manera gratuita. También hubo una mención de apoyo económico para apoyo en su hogar.

“Primero es que están el móvil en la parte del distrito, no se ha demorado mucho, no está en un sólo punto, a veces con un perifoneo. A una cuadra, acá afuera, como mis padres manejan moto, dicen veinte para acá”

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

El apoyo psicológico ha sido reconocido por algunos PAT, el soporte que han recibido ha permitido seguir paso a paso su tratamiento, participar en las reuniones zoom donde se sienten escuchados.

“...apoyo emocional porque te sentías feliz que te estaba sanando. apoyo psicológico, nutricional no”.

“...Cuando vine se me acercaron las licenciadas me dijeron que tengo que estar tranquilo que tengo que tomar las pastillas, eso me lo hablaron entre ellos, era confidencial...”

Principalmente se reconoce el apoyo nutricional a través de la entrega de la canasta mensual PANTB es lo que se reconoce como importante en el tratamiento desde el Programa de TB y desde el municipio. Esto ha sido de mucha ayuda para las PAT, recibir de manera puntual, con los insumos necesarios para una alimentación balanceada que deben tener durante el tratamiento.

“La canasta, creo de la municipalidad, ellos traen al centro, y de acá lo recogemos. Siempre viene puntual, consiste en aceite, atún menestras, cancha, papa seca, lentejas, azúcar.”

“y parte el mismo programa te ayuda con víveres todos lo meses. Esto ha sido muy bien ordenado, cada uno llegaba y por orden de llegada traían los víveres y recogías...”

Las PPL entrevistadas en los establecimientos penitenciarios reconocen al personal de salud como a los delegados de salud (promotores) en el trabajo de apoyo en el diagnóstico, información sobre síntomas, supervisión del cumplimiento de tratamiento, así como apoyo moral durante el proceso de la enfermedad.

“... la atención de los promotores de salud que me prestaron atención, para yo poder sacar mi prueba de esputo, ellos me escucharon que síntomas tenía, les expliqué y como saben ya cuáles son los síntomas, puede ser TBC me dijeron y dicho hecho era TBC.; los doctores, y promotores insistiendo, un poco a la fuerza me han hecho tomar mis pastillas, pero para mi bien. ahora ya estoy mejor, estoy sano y eso es bueno”

"... y también cuando ya me dijeron que era MDR, también me indicaron que tenía que tener bastante moral, tenía que ser fuerte, porque, ya sentía que me iba a morir, porque era muy fuerte las pastillas, y cuando te ponían las ampollas acá a la vena, peor todavía..."

Así mismo el grupo de pares al interior de los establecimientos penitenciarios también se convierte en un grupo de apoyo emocional.

" también los doctores, las amistades que de repente a veces uno tiene acá, me decían, sabes que, yo no voy a morir sin intentar salvarme, unos me decían, tú te vas a morir, pero otros me decían tienes que tomar tus pastillas, ponte tú ampolla, no vas a abandonar el tratamiento, me sentía derrotado pero luego, les decía, yo sí voy a intentar, si muero, pero muero intentando, de alguna u otra manera las amistades me subieron la moral, levántate, sal de la cama, de esa manera de repente, he sentido una ayuda".

Acceso gratuito a los servicios de salud y medicamentos

Acceder a los servicios de salud

Al momento que la PAT ingresa al SIS el acceso a los servicios de salud están cubiertos, al igual que el diagnóstico, el problema radica en que muchos PAT al inicio de los síntomas no acceden a los establecimientos de salud del Estado, por lo que deben costar sus atenciones particulares y exámenes que les soliciten

Ser diagnosticado.

Igualmente, al momento del diagnóstico si la persona no está afiliada al SIS deberá realizar sus pruebas de manera particular, vemos en este caso que el SIS estaba desactivado por lo que realizó su actualización y pudo reingresar logrando la gratuidad de los exámenes posteriores,

"Al inicio el examen pulmonar tuve que hacerme en particular, todavía no estaba activado... tuve que hacer trámites ... luego ya iba a recibir los exámenes, las placas con el SIS eran gratis, el programa cubría..."

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

La gratuidad del tratamiento es percibida como importante en el camino de la TB, sin embargo, sólo es respecto a los medicamentos, a excepción de hospitalización y en algunos casos los exámenes radiológicos no han sido cubiertos por el SIS y tuvieron que acercarse a otro centro de salud, pero sólo en algunos casos.

"Todo fue gratuito. Hasta el momento he tenido dos episodios, este es recaída, hicieron esputo también la pantalla y después empezó con los medicamentos. El tratamiento fue lento, tomar pastillas todos los días. En costo fue gratis. He tenido varios episodios siempre pecaba"

"Esta última vez me fui al 2 de mayo, deje de tomar mis Antirretrovirales porque tengo VIH, empecé a toser, me sacaron pruebas. Del hospital me enviaron a la posta. El tratamiento es con ampollas y pastillas, y es gratuito, me ayudan bastante para recuperarme"

Monitoreo basado en derechos y manejo de casos.

Acceder a los servicios de salud y Ser diagnosticado.

No se identifica el monitoreo basado en derechos y manejo de casos para el acceso a los servicios de salud ni para ser diagnosticado.

Continuar con el tratamiento y Finalizar el tratamiento

El monitoreo del tratamiento se inició de manera presencial, posteriormente de acuerdo con las indicaciones brindadas a partir de la segunda fase se les podría entregar los medicamentos semanalmente. Además, en algunos casos se tuvo en cuenta las condiciones laborales, permisos de viaje, de desplazamiento, por economía, según cada caso. En el tiempo de las restricciones debido a la pandemia de COVID-19 se implementó el monitoreo virtual mediante un video enviado de las PAT tomando sus medicamentos, y enviado a las profesionales de salud, con la finalidad de seguir fortaleciendo la adherencia al tratamiento.

“Al principio venía diario, pero conforme pasó el tiempo de 1 mes ya me dieron las pastillas semanalmente ¿lo llevas a tu casa y así lo tomas? sí, luego al 3er mes ya me dieron las dosis para 1 mes completo. pero ya me habían bajado la dosis. y bueno, ahora lo estoy empezando semanal nuevamente”

También han recibido adecuación de la administración de medicamentos a través de las visitas domiciliarias y posteriormente con el monitoreo a través del envío de video.

“Primero debía tomar las pastillas en el CS., después me daban semanalmente para llevarme a mi casa porque para venir de mi casa acá, no tengo movilidad, debo trasladarme en moto y a veces la economía no había, por eso pedí me dieran las pastillas para semana. Entonces me dijeron, estás en tu segunda fase, si te podemos dar. Me controlan a través de video”.

Cuadro N° 19: Apoyo en el acceso a los servicios de salud.

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
Proveedores de salud	3	3	3	3
Familia	3	3	3	3
Parientes	1	2	2	1
Comunidad	1	1	2	2
Apoyo entre pares	2	2	2	2
Apoyo social y material	2	2	3	3
Apoyo psicológico y emocional	1	2	2	2
Apoyo legal	1	1	1	1
Apoyo comunitario de la sociedad civil	2	2	1	1
Apoyo en el	1	1	1	1

Facilitadores	Acceder a los servicios de salud	Ser diagnosticado	Continuar con el tratamiento	Finalizar el tratamiento
cuidado de niños				
Acceso gratuito a Servicios de Salud y medicamentos	1	2	3	3
Monitoreo basado en derechos	1	1	3	3
Manejo de casos	1	1	2	2

3 = Muchos, 2 = algunos, 1 = Ninguno

El principal apoyo para PAT percibido en los grupos focales, han sido los proveedores de salud considerados como muy buenos, demostrando trato cordial; además tienen paciencia para absolver sus dudas sobre el proceso que deben llevar a cabo para el tratamiento, y luego está la familia y el apoyo con víveres. Algunos recibieron apoyo moral de una comunidad cristiana, del jefe de la comunidad (Apu) y soporte económico en algunos casos. Para las personas PPL el apoyo entre pares a través de los delegados o promotores de salud son identificados como un apoyo permanente para la continuar y culminar el tratamiento.

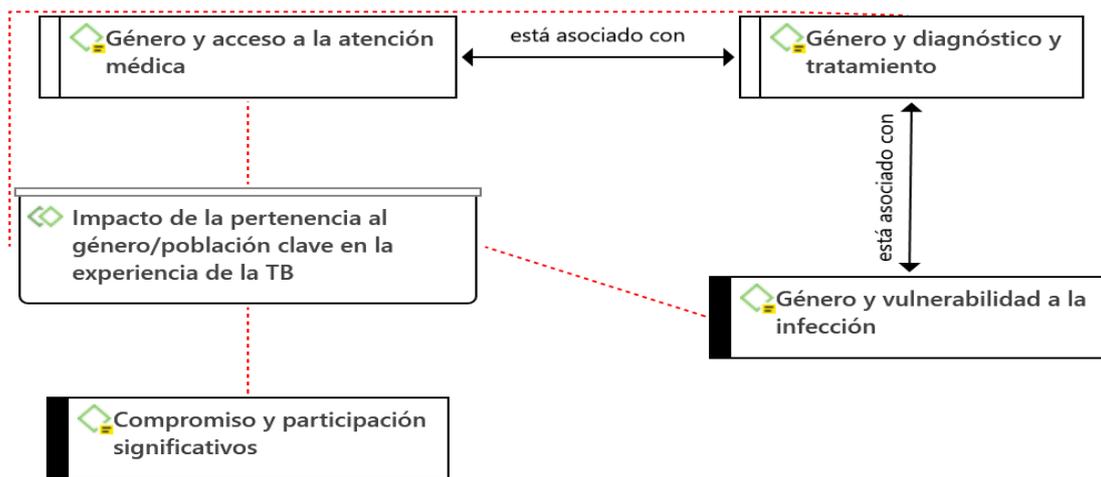
El monitoreo del tratamiento se inició de manera presencial, posteriormente en la segunda fase se les podría entregar los medicamentos semanalmente. Además, en algunos casos se tuvo en cuenta las condiciones laborales, permisos de viaje, de desplazamiento, por economía, según cada caso. A nivel de asistencia algunos reconocen el apoyo recibido de Socios en Salud en la toma de placas de tórax o de medicamentos y el soporte psicológico recibido para continuar el tratamiento; además, el apoyo nutricional a través de la entrega de la canasta mensual PANTB.

En el caso de los y las PPL a través de delegados de salud (promotores) en las actividades que realizan al interior de los establecimientos penitenciarios en el diagnóstico, información sobre síntomas, supervisión del cumplimiento de tratamiento, así como apoyo moral durante el proceso de la enfermedad.

La gratuidad del tratamiento es percibida como importante en el camino de la TB, sin embargo, sólo es respecto a los medicamentos, a excepción de hospitalización y en algunos casos los exámenes radiológicos no han sido cubiertos por el SIS.

7.2.1.5. Impacto de la pertenencia al género/población clave en la experiencia de la TB

El impacto del género está asociado al diagnóstico y tratamiento que a su vez se asocia a la vulnerabilidad que tienen algunos pacientes a la infección.



Género y vulnerabilidad a la infección

La mayoría percibe que no existe vulnerabilidad a la infección por cuestiones de género, consideran que la TB afecta de igual a manera hombres y mujeres, sin hacer distinción; sin embargo, al narrar algunas vivencias, se percibe la vulnerabilidad observada desde el triple rol que ejerce la mujer en la sociedad, como el rol productivo, reproductivo y comunitario. Por ejemplo, cuando es quien ejerce el principal cuidado a los hijos e hijas menores o durante un embarazo, buscando siempre el bienestar de estos y postergando la atención inmediata frente a los síntomas.

"no, creo que no afectó tanto porque sé que somos ambos, tantas mujeres como varones, contraen TB."

"pienso en mi madre, mis hijos porque ellos me necesitan y sentí que yo tengo que estar con ellos porque yo soy todo para ellos"

"creo por ser una mujer joven no nos cuidamos mucho, pero sí me hizo más vulnerable porque siempre he sido bastante enfermiza y creo que por eso estaría vulnerable"

En el caso de las mujeres trans, las condiciones en las que viven a diario de estigma y discriminación por su identidad de género, ya se auto percibe como vulnerable independientemente del diagnóstico, pero se refuerza al tener que asistir al establecimiento de salud con frecuencia por tener TB.

"A veces siento que sí, no es como cuando eres hombre o mujer, por ser trans siento que la gente te ve de otra forma. Yo siento que las cosas no son tan iguales como uno cree. Es un poco difícil".

En las entrevistas con mujeres y varones reclusos en establecimientos penitenciarios sienten que están expuestos a la TB por su condición de reclusión, presencia de síntomas y no se atienden para que les hagan el diagnóstico, consumo de sustancias, deficiencias en la alimentación o vienen con la enfermedad y no se han tratado a tiempo.

"...en el pabellón hay muchas personas que tosen y tú no sabes si están positivo o

están negativo y en ese entorno como la enfermedad es muy contagiosa, yo creo que allí ha sido donde me he contagiado”

Género y acceso a la atención médica

En relación con la atención, no hay mucha relación percibida o asociada al género; una minoría mencionan que para acudir al centro de salud no sabía con quién dejar a sus hijos, y por ende postergaron la visita o el recojo de medicamentos.

“La señorita Noelia es la única y la Lic. Noemi que antes estaba me han ofrecido, pero a veces no tengo tiempo, tengo que ver a mis hijos la casa que tengo no tiene agua, ni luz. Tenemos que juntar por bidones. La vecina nos pasa agua.”

Género y Diagnóstico y tratamiento

No hay suficiente información al respecto; una minoría refiere que quizás es más difícil para las mujeres embarazadas por el efecto de los medicamentos o el tener que desplazarse. Por otro lado, al hombre se le percibe con tendencia al abandono de tratamiento por su dejadez o algunos porque consumen bebidas alcohólicas.

“En el tratamiento bueno eso le afectaría más a las embarazadas, tener asco a tomar las pastillas. Conozco a una chica embarazada y le chocó feo y lo arrojó las pastillas, y ella no se daba cuenta que estaba embarazada”

Género y calidad de la asistencia recibida.

Un dato importante referido, es que el varón tiene factores de riesgo para abandonos, fracasos, recaídas del tratamiento, de hecho, allí hay una diferenciación de género lo cual se debe analizar a fin de mejorar la calidad de atención. En los diferentes testimonios se identifica que la demora en la atención en los servicios de salud es generalizada; muchas PAT no relacionan los síntomas con la TB por ello acuden a servicios particulares o se automedican, cuando estos síntomas persisten o se agravan son derivados a los establecimientos de salud del Estado donde la cantidad de personas que acuden saturan los servicios y se retrasa el diagnóstico y tratamiento. En el caso de las mujeres trans, reportan discriminación por su identidad de género, no respetando su nombre social, lo cual las aleja de los servicios de atención, estas situaciones requieren ser abordadas de manera sustancial.

7.2.1.6. Compromiso y participación significativos

Se identifica la participación de organizaciones como Socios en Salud en acciones dirigidas al diagnóstico y tratamiento a través de sus unidades móviles, también mencionan la aplicación de encuestas recogiendo sus opiniones sobre el tratamiento; incluso han sido beneficiados con visitas domiciliarias para saber cómo llevaban el tratamiento desde casa y cómo se sentían en relación con lo recibido en el establecimiento de salud.

Muy pocos participantes refieren haber sido convocados por el personal de salud para brindar sus testimonios a otros pacientes a fin de ayudarlos y fortalecer la adherencia al tratamiento; no se encuentra otro tipo de actividad de participación significativo

“Al inicio me hicieron una entrevista creo TB de SES, me hicieron unas preguntas, pequeña entrevista. Me dieron pañitos húmedos y alcohol creo”

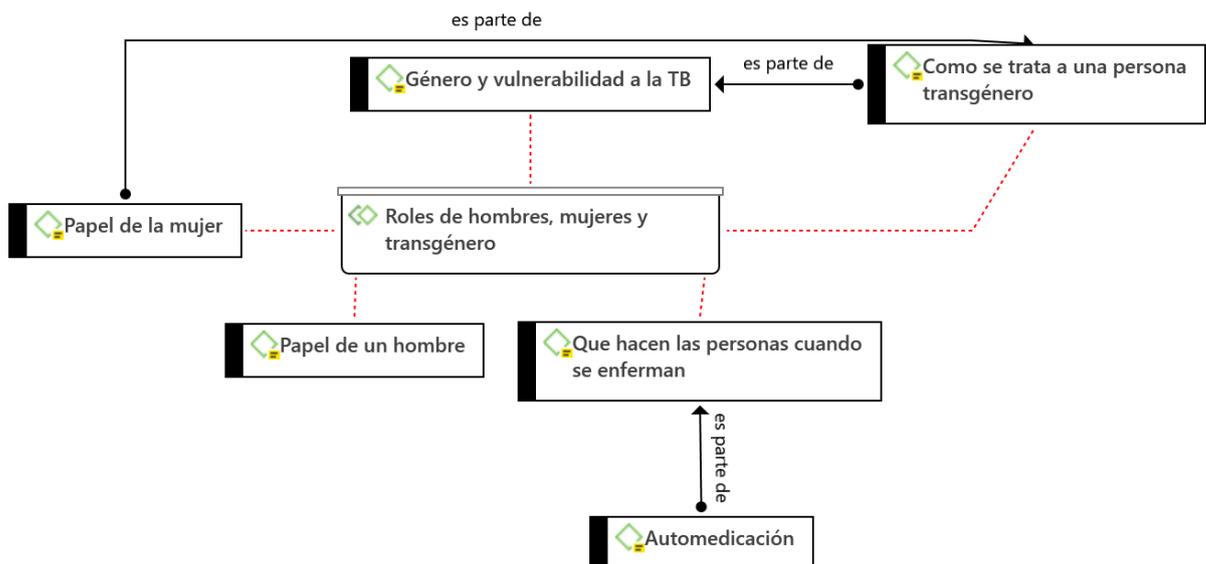
” sí, las licenciadas a veces nos derivaban para dar nuestra opinión a pacientes nuevos para darles calma y tranquilidad de que no eran los únicos que estaban diagnosticados; para comentarles cómo ha sido mi tratamiento desde el principio”.

En los establecimientos penitenciarios se destaca la participación de los delegados o promotores de salud en la detección de los sintomático respiratorios como un apoyo para la salud de las personas reclusas.

“a diario mandan a los delegados de salud a todos los pabellones a sacar pruebas de esputo a todos los pabellones y es donde encuentran personas positivas todos los días están allí mandando a pabellones a los promotores de salud a sacar pruebas de esputo a diferentes personas, allí es donde encuentran personas que están con TBC”

7.2.2. Grupos focales.

El papel del hombre y mujer en la sociedad, así como los roles de género son parte de la vulnerabilidad a la TB. Dentro de estos roles también se asocia el trato que reciben las personas transgéneros dentro de esta vulnerabilidad.



7.2.2.1. Roles de hombres, mujeres y transgénero

Papel de la mujer

El rol de una niña o adolescente es definido como una etapa en la que debe enfocarse en sus estudios, no trabajar, obedecer a sus padres, cumplir con sus deberes, y ser tratada con igualdad, así como con los hijos varones, respetando sus derechos.

“En una adolescente, enfocarse en los estudios principalmente, ayudar a los padres, no trabajando sino dando buenos resultados en los estudios. Prepararse para que tenga un buen futuro y siempre teniendo presente los valores que los padres les inculcan”.

En general las opiniones están dirigidas a que la mujer debe ser considerada con las mismas capacidades que los varones, e inclusive es la que además de dirigir el hogar, se hace cargo de los hijos y además realiza otras actividades laborales; se considera que debe tener las mismas oportunidades para desarrollarse, la misma libertad de poder hacer lo que desee en diferentes entornos donde se desenvuelva. Es capaz de hacerse cargo de su salud, asistir sola a un centro de salud, tener el control de su tratamiento.

“... yo creo que la mujer en la sociedad puede hacer lo que quiera, o sea, lo que se sienta capaz de hacer por su propia voluntad. Igual en la familia, porque si ella quiere tener hijos es por voluntad de ella y de su esposo, o si ella quiere trabajar teniendo hijos también... no debe sentirse forzada ni mucho menos obligada a tener una responsabilidad que le impida seguir con su vida futura o sus planes de vida...”

Una mujer en la etapa de adulto mayor es percibida como alguien que actualmente todavía trabaja, pero principalmente encargada del cuidado de los nietos, disfrutar el tiempo en familia, que sea tratada con afecto, ser protegida y cuidada, etc.

“...Al ser ya una persona mayor sería que los hijos cuiden de esa persona, ese adulto mayor ya paso por muchas cosas y pues ahora sería un momento de consentirla, cuidarla y que tenga una muy buena vida o el resto de vida que le queda, por sus seres queridos que le cuiden...”

Papel de un hombre

Un niño o adolescente varón es percibido como que debe enfocarse en estudiar, formarse en valores, conocer la sociedad.

“...En el caso de los niños básicamente porque son niños deben conocer lo que es la sociedad y el mundo poco a poco. y en caso de los jóvenes dedicarse más al estudio porque sobre todo los hombres jóvenes son...”

El rol del hombre adulto es trabajar, aportar a la familia, a la sociedad, buscar independencia, tener metas.

“...el rol es el que dirige la familia, llevar a su familia, proteger, mantener y tener el mismo derecho que la mujer y en la sociedad proteger en el lugar en donde vive. Trabajar, salir adelante con su familia.

Otro aspecto mencionado es que los hombres suelen tener trabajos peligrosos, esto no les permite seguir un tratamiento. Respecto a su salud, tienen menos costumbre de ir a un centro de salud, por miedo a los resultados, a los análisis. Hay una minoría que opina que fundamentalmente por naturaleza el hombre es cabeza de familia

“el varón para la sociedad debe ser una persona de bien que sume a esta y no reste. Que aporte a la sociedad para que pueda crecer. En la familia que tenga claro sus responsabilidades, porque la familia es para siempre, porque no puede tener una mujer por tener o unos hijos solo por tener. Debe asumir esas responsabilidades”.

El hombre mayor, todavía trabaja en algunos casos, pero principalmente cuida a los nietos, o incluso apoya a los hijos todavía, de ser posible

“...Un hombre mayor ya se dedica a la casa, cuidar a los nietos (risas), en la sociedad algunos son independientes todavía, algunos no, ya se dedican a estar más en la familia...”

Como se trata a una persona transgénero

Sobre la percepción de las personas transgénero se emiten opiniones diversas, algunos refieren que son mal vistas por la sociedad, o por su propia comunidad; son rechazadas por su comportamiento, por como visten; en algunos casos se le percibe como alguien que su principal entretenimiento son las reuniones sociales, las fiestas, la bebida, precisan que es la forma como viven lo que les expone a muchas enfermedades como al TB, el VIH, entre otras. Hay muchos prejuicios relacionados al VIH/Sida, el trabajo sexual, que delinquen o que consumen drogas.

“...son personas diferentes, que son relegados por la sociedad, y también por sus familias, por eso prefieren vivir lejos, sus familias son los primeros que los rechazan...”

“Si eres una persona que estás todos los sábados o domingos tomar y eres así estás propensa a que te puedas enfermar. Entonces si la persona es así debe de cuidarse. En el caso de diversión hace que se expongan, porque entre el trago, llega la droga, te relacionas...”

Se percibe que las personas transgéneros no tienen muchas oportunidades, por lo general se dedican a trabajar en una peluquería y es más difícil que puedan conseguir trabajo o dinero, pero tratan de buscarse la vida.

También hay opiniones que coinciden en que las personas transgéneros deben ser respetadas y tratadas como todos los demás, porque si no se sienten desvalorizadas y afecta a su autoestima. En las familias todavía no es aceptado porque hay mucho machismo y son maltratadas física y psicológicamente.

“...Yo considero que las personas transgéneros hay que reconocerles como tal, si ellos se sienten de otro sexo bueno hay que aceptar, no somos quien para juzgar a

nadie. Si ellos decidieron pasarse de sexo, es lo que ellos desean y nosotros no somos quien para discriminarlo o tratarlos mal. Hoy en día en la sociedad claro que todavía hay personas que los tratan mal o discriminan, pero eso poco a poco ha ido cambiando”

Se reconoce que frente a la vulneración de los derechos las personas transgéneros el Estado cuenta con intervenciones de apoyo a nivel del sector salud como de otros ministerios, así mismo tienen apoyo de diferentes ONGS, como IMPACTA, INMENSA, VIA LIBRE, que les permite acceder a descartes de VIH, tratamiento, orientación y soporte psicológico. Es decir, existe apoyo desde la sociedad civil para la comunidad de personas transgénero, dicha información no necesariamente es manejada por toda la comunidad.

Género y vulnerabilidad a la TB

La vulnerabilidad en las mujeres frente a la TB es definida como los diferentes roles que ejercen en su vida; por lo cual deben postergar su atención; incluso se sugiere que las profesionales de salud debieran considerar los horarios de trabajo y cuidado del hogar que tienen las madres, para poder recibir el tratamiento. Esta misma impresión se sugiere que se dé en el sector laboral para que no pierdan sus empleos y tengan las facilidades para el recojo de su tratamiento.

“Que entiendan, que se hagan ver y que separen su tiempo. Porque yo he visto casos de mujeres que tienen TB y van al centro de salud, deben atenderse que se hagan ver, yo he visto una señora que viene con su hijita. Tienen que llevar su tratamiento y cuidarse porque tienen hijos, aparte que tienen una pareja, tratarse curarse y que sigan su vida...pero que no digan que porque es mujer no la van a atender porque no es así porque ya todo es igual para ambos.”

“Creo que las visitas sociales de las enfermeras o de las postas deberían ponerse de acuerdo y ayudar a las mujeres de no pueden porque hay mujeres que están ocupadas con los niños, hoy en día el colegio ya empezó y no tienen tiempo para acudir a una posta o un centro de salud yo creo que por esa parte deberían apoyarnos y también en el trabajo. Hay muchas mujeres que trabajan y no tienen tiempo, y hay que dedicarle un poco más de tiempo más a la salud, pero creo que para ayudarlas”

En los varones la vulnerabilidad a la TB se identifica desde el descuido que tienen respecto a su alimentación, algunos que son más jóvenes estudian y trabajan y descuidan su alimentación. Algunos son más vulnerables por su vinculación al consumo de sustancias psicoactivas. Además, son temerosos o sienten vergüenza de ir al centro de salud a hacerse un chequeo médico, pudiendo prevenir alguna enfermedad y eso parte del machismo que muchos tienen.

“por miedo, por vergüenza también a poder expresarse a pedir información, tiene vergüenza, prefieren que otras personas vayan por ellos ósea haciéndoles compañía. Muchas veces por los resultados que puedan salir de los análisis, ellos son más miedosos, son más dejados en la enfermedad, no son como la mujer que son más fuertes a pesar de todo, como que ellos más se derrumban”.

“...por mi parte yo he tenido a mis padres distanciados y me refugie en la calle, mi contagio es más porque yo he estado en adicción y de allí vino mi descuido personal y en la cual yo me contagie, mi desorden de mi vida me llevo a esto, ahora sí sé que el comer a deshoras me va a llevar a enfermar, como sabemos todos tenemos la TB, pero si nos descuidamos en el tiempo eso brota”

En el caso de las personas transgénero, las condiciones en las que viven, la discriminación a la que están expuestas a diario hace que rechace el autocuidado, sobre todo si se trata de salud. En otras personas, esto es percibido por la continua relación que tienen con otras personas, en reuniones, o en la ingesta de bebidas alcohólicas u otras sustancias nocivas etc.

“Yo siento que puede ser más complicado para las personas que sean transgénero por que pueden tener una mentalidad que las personas las vayan a discriminar puede ser tanto en el mismo centro de salud o tal vez las mismas personas se puedan sentir observadas o simplemente incomodas al ir a un lugar donde se sabe que hay demasiada gente y es por ello que talvez podrían sentir una incomodidad o simplemente prefieren automedicarse que ir a un hospital.”

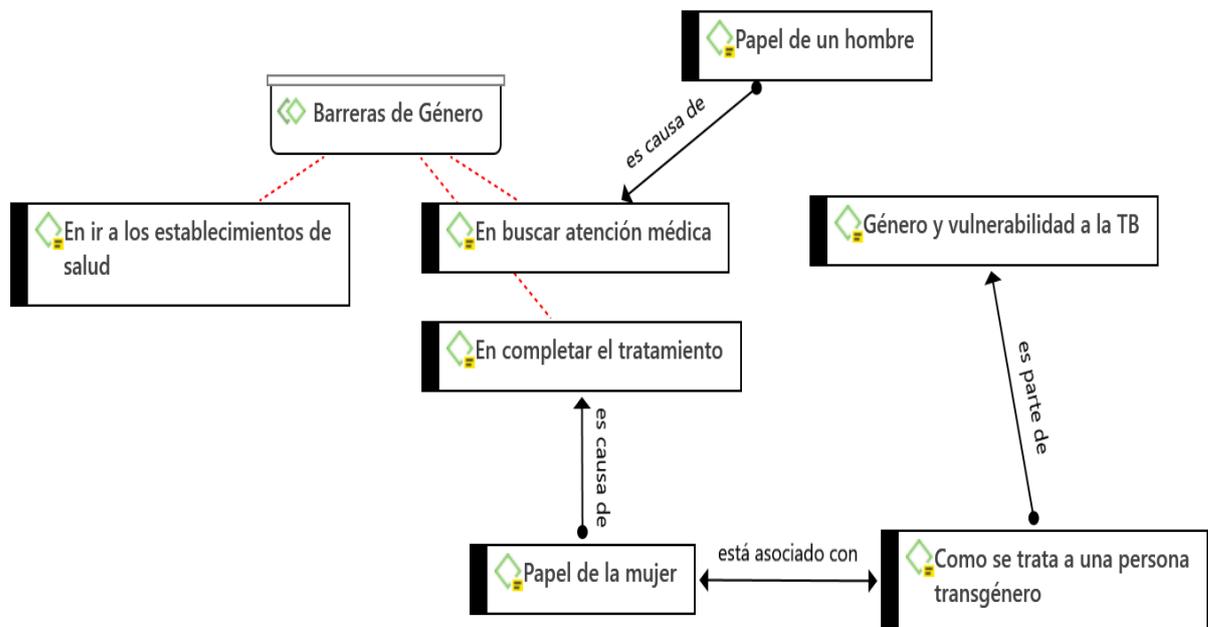
Que hacen las personas cuando se enferman.

La gran mayoría reconoce que cuando se sintió mal o tuvo síntomas de TB, lo dejó pasar o suelen automedicarse. Sólo si los síntomas persisten acuden a un centro de salud. Algunos refieren que recurren a la automedicación porque en el centro de salud les demorarían en atenderles o deben regresar hasta lograr atención oportuna.

“A veces nos automedicamos, cuando sentí los síntomas de la TB, me dio fiebre me automediqué solo, pensé que era una tos normal, paso uno o dos meses yo seguía mal, pero me automedicada, tomando pastillas para la fiebre, jarabe para la tos, fue un error mío. Quizás hay otras personas que también que hacen lo mismo se automedican y no van a un médico, pero quizás por el miedo, pero la mejor idea fue ir al médico. Tenía miedo”

7.2.2.2. Barreras de Género

Las principales barreras de género están relacionadas al papel de la mujer que impide completar el tratamiento y desde el papel del hombre, este le impide la búsqueda de atención médica, rechazo a ir a los establecimientos de salud.



En ir a los establecimientos de salud

Tanto en hombres, mujeres y personas transgénero, la principal razón es lograr atención inmediata para calmar los síntomas, por ello la automedicación es la alternativa inicial, por ser más práctico, de fácil acceso, con menos demora para aliviar síntomas, aunque ello les acarrea perjuicio económico comparando los costos de tiempo para obtener la cita médica y exámenes, según refieren.

“Creo que hablando tanto por mujeres y hombres puede ser por lo económico, porque al final tu automedicarte no te sale tan caro como ir al médico, si bien es cierto están estatales como particulares, pero con los particulares una consulta te puede costarte cincuenta o sesenta soles a parte que es el tiempo que te toma el ir a un hospital...”

En las mujeres, la principal barrera para no acudir al establecimiento de salud es la falta de tiempo, lo económico y la responsabilidad del cuidado de hijos pequeños.

“Tal vez por falta de tiempo o quizás por los niños no tienen con quien dejarlos, tal vez no tiene la economía para ir al centro de salud, no tiene para su pasaje, son muchos factores.”

Algunos creen que los hombres tienen la limitación de acudir a los establecimientos de salud por los tiempos que no disponen al estar trabajando. También por miedo y vergüenza a pedir información, temor a obtener resultados de los análisis, por el aspecto con el que llegan si es que se les ve muy delgados.

En las personas transgénero lo que dificulta el acudir al establecimiento de salud, es el rechazo, la discriminación de las personas que acuden, o de los mismos profesionales de salud por su identidad de género, la exposición que

tienen de ser vistas como no saludables.

“Por su cambio de sexo, por el qué dirán, por el rechazo, porque muchos de ellos digamos en su DNI no cambian todavía, entonces yo creo que es eso, aparte de la vergüenza de su cambio de sexo porque le van a ver raro, con desprecio o con asco, ese creo que es el temor de mucho de ellos”.

En buscar atención médica.

En cuanto al diagnóstico, los varones tienen mayor temor a conocer los resultados de su diagnóstico por eso es una barrera al momento de buscar atención médica.

“Por miedo al resultado, un resultado te puede cambiar la vida en segundos, el miedo a que le van a decir puede ser que no vayan al establecimiento de salud”.

Para las personas transgénero, básicamente es por el estigma y discriminación que reciben por su identidad de género.

“...Nadie sabe más que mis 2 hermanas. Temor, un poco de susto que sientas que a pesar de que tiene algo, te miren de otra forma, no saber de qué forma lo van a tomar.”

En recibir el tratamiento.

No se perciben barreras al respecto.

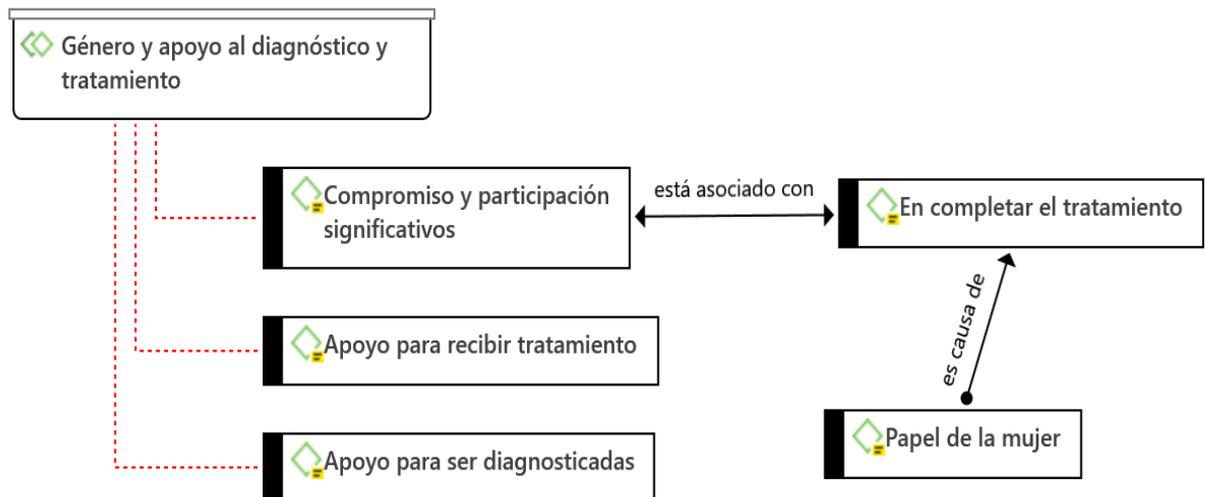
En completar el tratamiento.

La barrera de género percibida para completar el tratamiento se da en las mujeres, por el rol de madre que ejercen y las responsabilidades que asumen en el hogar.

“En el caso de las mujeres considero que puede ser complicado si en caso tienen hijos y aparte trabajan se les puede complicar mucho los tiempos para recibir tratamiento”.

7.2.2.3. Género y apoyo al Diagnóstico y tratamiento.

La vulnerabilidad del género comprende que el papel de la mujer es causa del completar o no el tratamiento.



Apoyo para ser diagnosticadas.

Desde el programa de TB y como política pública, se identifica la necesidad que se haga mayor difusión a través de spot publicitarios en los diferentes medios de comunicación, charlas o campañas informativas sobre la TB, en espacios masivos, sobre lugares de descarte de manera oportuno para que las personas conozcan identificar los síntomas y detecten a tiempo. Esto debe realizarse en diferentes espacios, en la comunidad, en el establecimiento de salud, en los colegios. También se menciona utilizar las redes sociales que son un medio que actualmente acceden sobre todo las personas jóvenes, hombres y mujeres; así como espacios televisivos.

“sí hicieran las campañas gratuitas que se pueden ofrecer en mercados grandes, en lozas deportivas, debe haber más publicidad más que nada en los barrios y asentamientos humanos para que puedan informarse”.

Desde las prestaciones de salud, se sugiere que los horarios se adecuen a las necesidades y dificultades que tiene los pacientes. Además, la atención virtual debiera ser más rápida.

“Debería haber varios horarios para las personas que trabajen en las tardes para que en la mañana puedan ir, o trabajan en la mañana y en la tarde puedan ir, puedan estar más tiempo para que las personas puedan acceder.”

Apoyo para recibir tratamiento.

Lo más resaltante es el apoyo psicológico, porque consideran que es necesario orientar y brindar soporte a las PAT porque el impacto emocional del diagnóstico lleva en muchos casos a la depresión y ello afecta la adherencia al tratamiento.

“es importante que se refuerce el amor de la propia persona, así uno se hace responsable de su vida, de su salud y de la salud de los demás, si uno no se quiere

menos va a querer a los demás por eso dejan el tratamiento”

Además, una minoría refiere que en las empresas o trabajos debe brindarse facilidades como personal de salud para las visitas sociales, y para hacer descarte a las familias de los empleadores.

Compromiso y participación significativos

La mayoría refiere no haber sentido alguna presión u obligación para hacer algo, si mencionan el seguimiento del personal de salud para con el tratamiento. Incluso consideran que las disposiciones del distanciamiento y autocuidado se deben hacer porque cada persona debe poner de su parte y el personal de salud les indica eso por su bienestar.

“Realmente nunca sentí ninguna presión, yo estaba dispuesto hacerme cualquier tipo de análisis para detectar la enfermedad en sí, porque años anteriores tenía algunos síntomas, pero no me detectaron nada, aquí en el hospital de Huaycán, gracias a los médicos me detectaron lo que tenía”.

Respecto a la participación de actividades de TB, hubo una minoría que refiere tener una experiencia al respecto como parte de un seguimiento y les brindaron apoyo en alimentos.

“Una señorita del hospital que estaba haciendo un estudio para ver si soy MDR. Me anotaron, me hicieron el esputo y me dijeron si no salía sensible no soy. Me dieron una sesión educativa sobre alimentación, sobre el arroz, las canastas, para fortalecer la nutrición”

7.3 Exploración e Identificación del contexto legal de TB

7.3.1. Entorno legislativo y de políticas: poblaciones clave y vulnerables

7.3.1.1. Población clave 1: Personas que viven con VIH

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

Se reconoce que las personas que viven con VIH requieren un abordaje de la coinfección TB/VIH, en el 2018 se emitió la Norma Técnica de Salud para la prevención y control de la Coinfección TB/VIH, con la finalidad de contribuir a la respuesta nacional, mediante la atención integral de las personas afectadas con enfoque de género, interculturalidad, y respeto a los derechos humanos para reducir su impacto en la salud. También se cuenta con el Documento Técnico Consejería en TB, Coinfección VIH/TB, TB/MDR, en el cual se brinda las herramientas para el acompañamiento de las personas con TB, Coinfección VIH/TB, TB/MDR.

“poblaciones con comorbilidades, las personas viviendo con VIH y eso con lleva a todas las poblaciones claves que tengan riesgo de enfermarse con VIH, que nos lleva al riesgo de hacer TB – VIH, que es una patología que nos preocupa mucho, porque tienen un alto porcentaje de fallecimiento, cuando ya se llega a tener la coinfección, entonces, el trabajo con estas poblaciones claves, básicamente tiene que ser preventivo, si son personas que ya han tenido infección por VIH, evitar que

se enfermen de TB y bueno, por supuesto, en poblaciones clave, ya eso es estaría a cargo de VIH, evitar que hagan enfermedad por VIH “

“...tengo entendido que están considerados dentro de la normativa del MINSA, esta normativa habla de las necesidades que tenemos de coinfección TB/VIH, es clarísimo que las personas que llegan por TB el programa deben hacer el tamizaje y a la inversa se debe hacer el tamizaje, en el caso de los que llegan al servicio de TB, hay un tamiz que se realiza, por el lado de VIH es más flojo con el indicador”.

El MINJUS aprobó el Plan Nacional de DDHH en el 2018 vigente hasta 2021, este documento se formuló en base a la identificación de trece grupos de especial protección entre los cuales se considera a las personas con VIH y con TB.

“En el 2018 se aprobó el Plan Nacional de DDHH, este plan estuvo vigente hasta 2021, se formuló en base a la identificación de trece grupos de especial protección incluyendo a las personas con VIH y con tuberculosis, se conformó una mesa de trabajo, coordinada desde el 2018, actualmente se estamos en el proceso de la consolidación de la evaluación si bien el Plan Nacional ya caducó en la mesa de VIH y TB, ha sido una de las más activas considerando que en el marco del plan se tiene 2 indicadores, a cargo del MINSA”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

Si bien existe el marco legal que aborda a las personas con VIH que están expuestas a la TB por su condición de inmunosupresión, existe dificultades en la coordinación entre ambos servicios lo cual impacta en la atención, el seguimiento y la culminación del tratamiento.

“En el caso de las poblaciones con VIH hemos hecho bastante esfuerzos para trabajar los temas de coinfección y a pesar que los datos son clarísimos, ósea las personas con VIH se muere con TB hay un importante % de personas con VIH afectadas que van a tener poco éxito con el tratamiento sentimos,, que no se le da tanta visibilidad como se debería; el tema de coinfección,, yo no sé si es por temas epidemiológicos o por tema de coordinación y programáticos, a veces en el MINSA el trabajo de gestión se ve muy compartamentalizado, cada uno tiene su zona de trabajo”

Se identifica que las normativas son buenas ya que incorpora dentro de la coinfección por VIH, la intervención de la TB por ser una infección oportunista existe deficiencias en la aplicación de las mismas

“... los documentos, los protocolos están ahí sí existen que bien, que bueno, quienes conocemos un poquito dicen: ¡que chévere! que, en el Estado, el MINSA nos involucre de alguna forma medianamente importante, quisiéramos que fuera más amplio pero buenos estamos ahí, pero en la práctica el operador de salud no manifiesta al pie de la letra como deben alcanzar los servicios que están para quienes sufren de estas patologías de VIH y TB”.

Es evidente que la población de mujeres trans es altamente vulnerable a adquirir el VIH y desarrollar la coinfección TB/VIH; en este proceso están expuestas a estigma y discriminación en los servicios de TB respecto a su

identidad de género, por lo cual se sienten maltratadas cuando desean acceder a la atención. Otro aspecto mencionado que impacta en su salud son las barreras en el acceso a los servicios de atención ya que para el recojo del tratamiento los horarios no están disponibles debido a que sus condiciones laborales.

“...hay un trato definitivamente muy particular por decirlo de alguna forma sutil no se reconocen a veces el hecho de la expresión de género de una compañera trans se le sigue llamando con artículos masculinos o por el nombre que esta consignado en su documento de identidad justifican el acto porque “es lo que dice el documento”.

“... me pongo en la situación de que si termino mi día de trabajo a las 5-4 de la mañana y a esa hora definitivamente me estoy acercando al horario que se implementan los servicios para descartar TB, pero como mi cuerpo ya no aguanta más me voy a descansar y quiero hacer un descarte de TB no lo voy a llegar a hacer porque la recepción de muestra tiene una limitación...”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

En el Sistema de Información Gerencial (SIGTB) del MINSA se considera la coinfección TB/VIH como un indicador importante para el monitoreo del tamizaje de TB en personas con VIH.

“...otro indicador importante para nosotros es el tamizaje de pacientes TB con VIH, tenemos que estar más del 90%, hemos estamos muy bien más del 95%, pero el año pasado hemos tenido problemas de que no ha habido prueba rápida, por eso no se ha podido, si desde el inicio del tratamiento, porque si no detectamos al inicio del tratamiento si tiene VIH”

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

Desde el MINSA hay un reconocimiento de la participación comunitaria y la disposición de fortalecer la participación comunitaria otorgándole un posicionamiento y visibilidad incluyendo su trabajo en la norma técnica que se está elaborando, tomando como referencia la participación de los PVV que sí son reconocidos en la normativa.

“yo creo que podrían participar muy bien desde su punto de vista, en el diseño de políticas, sobre todo para la implementación en comunidadEn eso estamos, porque queremos que salga la norma lo más antes posible y que también nos sirva, esta norma, para dar amplitud a los que nos pide, queremos en esa norma ingresar el apoyo comunitario, no como el nombre de agente comunitario de salud, sino con otro nombre que son los que, así como los que tiene VIH, que son consejeros pares, nosotros una similar como gestor en tuberculosis, que ya está en la norma, porque, queremos que si ya nos aprueban la norma, poder conseguirle un presupuesto para darles sus pasajes, en el trabajo que ellos están realizando, porque siempre nos ha aparecido una locura, pensar que un agente comunitario de salud, un personal comunitario va a trabajar sin ni siquiera darle su pasaje.”

Además, las organizaciones de base comunitaria realizan acciones de vigilancia en la entrega de canastas del PANTB y así evidenciar esta entrega de manera oportuna y calidad a las PAT; para ello las OAT realizan trabajos de índole territorial coordinando con los gobiernos locales; participación en espacios nacionales como la Junta de usuarios de SUSALUD y el Observatorio de TB.

“.. hay conformaciones, hay organizaciones de PAT, han trabajado mucho más la canasta PANTB, ya tienen un trabajo territorial importante, ello aun no trabajan aun a través de medios como si lo hace las organizaciones en VIH, ellos trabajan más a nivel comunitario, es otra dinámica, se conocen en los puestos de salud al personal responsable, conocen al alcalde, entonces es ese tiempo de trabajo comunitario que les permite tener un trabajo a nivel territorial, por ejemplo en cono norte el ACET Comas, ahora están en espacios más nacionales como en la Junta de Usuarios de SUSALUD, la propia experiencia del Observatorio de TB, pero el trabajo es más comunitario, porque la TB el trabajo en TB es a nivel comunitario muy fuerte, yo creo que esa es su mayor fortaleza”

En el proceso de elaboración del Plan Nacional de Derechos Humanos, la participación de las organizaciones de afectados por TB y PVV fue importante ya que la naturaleza del plan requería ser consensuada y validada por la sociedad civil para ello el MINSA proporcionó el directorio de las organizaciones y asociaciones de activistas.

“en el proceso de elaboración del Plan Nacional de derechos humanos, se solicitó al MINSA en el caso de VIH y TB el directorio de asociaciones y ONG, las cuales fueron invitadas a participar, se les expuso la metodología del plan nacional, teniendo en cuenta que debería ser consensuada y validada por la sociedad civil”

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Las situaciones de estigma o discriminación se presentan tanto en el ámbito comunitario, es decir entre pares, como también en los establecimientos de salud; se percibe que no existe un mecanismo diligente para canalizar las denuncias y sobre todo que se encuentre una respuesta oportuna.

“...si bien ya se han roto muchos estigmas con respeto a la condición del virus VIH todavía existen personas que estigmatizan a la población trans con esa patología, peor es si esta compañera comienza a demostrar síntomas de delgadez, de malestar corporal hay unas reiteradas muestras de afectación a la salud como delgadez y no solamente dicen esta sidoso, sino que seguro que también esta tuberculosa”

“... mientras no exista una norma, un protocolo para poder preservar, fomentar, cuidar los derechos de las compañeras que se ven afectadas por tuberculosis Ni siquiera SUSALUD se involucra, ... dicen bueno escriba una nota informativa y déjelo en la zona de reclamos y vamos a ver. SU SALUD aparentemente tiene una limitación en que niveles de respuesta y dar solución... te deja para que traslades tus quejas en el espacio mismo del establecimiento y de ahí sabemos que muchas veces esto no trasciende mucho para el tema por ejemplo del VIH tenemos varios

mecanismos de como denunciar, que no existen en el ámbito del TB o tal vez si existe y no los conozco como dije hace un momento no he recibido información de estructura que estén encaminadas a encontrar la posibilidad de asistencia para estas situaciones y por ende tampoco otros espacios que buscan privilegiar el tema respecto a los derechos a las personas y entre ellas personas trans,... por ejemplo: voy a denunciar allá, pero no hay una respuesta apropiada de SUSALUD, hay un proceso que puede tardar días, semanas hasta recibir una respuesta la persona afectada necesita una respuesta ya sino es en ese mismo momento por lo menos al siguiente día, pero a primera hora”

Se reconoce que en general se han desarrollado cursos de capacitación contra el estigma y la discriminación en TB dirigidas al empoderamiento de las PAT, pero se adolece de un sistema coordinado y efectivo de canalización de denuncias.

“Como sistema no creo que haya porque es algo más orgánico uno que haya algunas intervenciones, algún taller pero como sistema implementado que pueda evaluar no lo veo lo conozco no sé si exista, hay cursos o capacitaciones pero solo dispersa no hay dirigidas hacia la comunidad hacia las familias, o marchas mediáticas en el Día Mundial de la TB pero difundiendo un sistema donde pueda recurrir frente a la violación de derechos o actos de discriminación o para prevenir si una persona con tuberculosis tiene un problema relacionado a discriminación”.

Desde la vigilancia, las organizaciones de base comunitaria han brindado información sobre el SIVICTB como un sistema de vigilancia social desde la sociedad civil dando a conocer a la comunidad para ayude a reportar casos que son importantes y conocer mejor la realidad.

“El SIVICTB es una plataforma virtual, ayuda a reportar denuncias o reclamos que muchas de las personas afectadas por tuberculosis o también cualquier tipo de organización pueda detectarlo esto lo van a detectar cuando ellos empiecen o inicien a ser un tema de vigilancia comunitaria”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

A fin de mejorar la participación de las poblaciones clave se requiere una sociedad civil fortalecida en aspectos de vigilancia e incidencia ante las autoridades para colocar en la agenda el tema de la coinfección TB/VIH

“...desde las organizaciones comunitarias y de sociedad civil que puedan hacer una vigilancia, he visto muchos comunicados sobre la falta de tratamiento, pero propiamente el abordaje de la coinfección no se ve como un tema de agenda...”

Entre los cambios sugeridos se encuentra la capacitación a la sociedad civil en temas de rendición de cuentas.

“...vamos a lanzar un nuevo proyecto que se llama INSIDETB que tiene que ver justamente como capacitar a la sociedad civil en estos mecanismos de rendición de cuentas, existe todo un marco en rendición de cuentas de TB de la OMS pero que no se conoce mucho, entonces la idea es capacitar a la Sociedad civil para que ojalá alguien o todos o varios tomen la batuta y digan esto es lo que hay que pedir a las autoridades empujar el desarrollo de Guías específicas, además de la Guía nacional de la que ya hable al inicio creo que necesitamos ciertas particularidades para atención de personas.”

Teniendo en cuenta que los programas son fraccionados, el reconocimiento a la sociedad civil debe ser mayor, más involucrado y con mayor participación en la elaboración de materiales dirigidos a las poblaciones, en la toma de decisiones.

“...nuestros programas son tan fraccionados que cada quien quiere sobresalir ... al final no hacen nada. Nadie ocupa estos espacios en donde nuestros agentes comunitarios nuestras comunidades podrían ocuparlos realmente, pero con las herramientas con sus rotafolios bien educados, porque muchas veces se dice a nosotros nos han criticado mucho en el trabajo comunitario que hacemos que nosotros les damos mucha responsabilidad al promotor comunitario, pero se lo damos porque sabemos que lo pueden hacer y porque los entrenamos sobre todo los acompañamos y entrenar no es solo”.

En el caso de las mujeres trans con diagnóstico VIH, debería considerarse una propuesta de intervención según la estructura o en todo caso la necesidad de educar en el marco de la tuberculosis a esta población objetivo, a la población trans, más allá del reconocimiento de un nombre social como parte de su identidad de género. El horario de atención no está adecuado a disponibilidad de la población, y muchas veces hay un alto porcentaje que no llegan y esto sigue dificultando el acceso para el diagnóstico, recojo de medicamentos, seguimiento, para el abordaje psicológico.

“...los periodos las ofertas de los horarios de servicios a la entrega de medicación para el tema de los diagnósticos también debería estar alineado a ese tipo de vida de la población, hoy por ejemplo existen algunos establecimientos de salud que proveen citas en el marco para la respuesta de VIH en horarios vespertinos ha ayudado bastante definitivamente, ha ayudado enormemente para reducir el nivel de abandono de tratamiento en estos casos...”

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

Respecto a la población trans en general, tenga o no TB o VIH, se requiere el reconocimiento de su identidad como tal, más allá de que existe una Ley de Identidad de Género, esto debe ser institucionalizado y puesto en práctica en los principales servicios de atención donde acuden para garantizar el acceso a la atención en salud.

“... yo soy una persona que apuesta no por ir a cambiar un documento de identidad en un proceso judicial, sino que apuesta porque exista una ley que reconozca primero que una persona trans puede cambiarse su nombre de manera administrativa y hay un claro mensaje a la sociedad a todos los operadores del estado que el estado le reconoce de manera administrativa que una persona pueda cambiar su nombre, su documento de identidad”

7.3.1.2. Población clave 2: Migrantes

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

La Norma Técnica de Prevención y Control de la Tuberculosis fue emitida en el año 2013 y ha tenido una serie de modificaciones sobre todo centradas en tratamiento, no se ha tenido en cuenta el abordaje de la población migrante que a partir del año 2018 llegó a nuestro país con cuadros de inmunosupresión por VIH y muchos de los cuales han hecho cuadros de coinfección TB/VIH y requieren una serie de exámenes.

“..la Norma Técnica Nacional tiene un desfase importante que está desde el 2013 estamos varios años sin norma convencional se impulsó un poco tratamiento pero también está desfasado, entonces la pregunta es que el marco legal no cubre a todas las poblaciones clave porque hay un grupo importante que ha empezado a surgir que son los venezolanos a quienes les están dando TB y a veces no podemos cubrir con las pruebas de diagnóstico además, puede haber baciloscopia pero no podemos hacer una placa de tórax, o una prueba de hemograma y se pierde, por tanto creo que no se cubre a todas las poblaciones vulnerables, como debería ser”

La población migrante que tiene TB, en su mayoría ingresaron al país con cédula de identidad, por lo cual no tienen acceso al SIS, de no tramitar su carnet de extranjería. Este proceso no es inmediato y a muchos la cita de migraciones les demora hasta un año, además de los gastos que deben asumir en el trámite.

“...por ejemplo, recuerdo que hubo una actualización en la ley cuando salió por primera vez y se mejoró el tema del seguro integral de salud SIS, pero, así como estas también existen entre otros de sus artículos que aún faltan actualizarlas porque de acuerdo a la realidad en la que vivimos ya esta ley no alcanza a la atención como quisiéramos”

“Dentro de la población migrante llegaron al país personas con diagnóstico con VIH, en cantidad que no se esperaba y Dirección de VIH no contó con suficientes recursos para abastecer una estimación de pacientes venezolanos, muchos con diagnóstico previo porque en su país, ya no recibían tratamiento; esta situación produce una baja de defensas que predispone a adquirir otras infecciones oportunistas como la TB. Se requiere hacer un estimado migratorio y de ingreso de pacientes migrantes con VIH de manera periódica para presupuestar de manera eficiente los recursos”.

La gran migración venezolana ha generado dificultades en la atención en los servicios de salud; personas con diferentes enfermedades crónicas, o infecciones como VIH y/o TB quienes requerían insertarse al sistema sanitario, en el caso de las personas migrantes con TB a quienes se les debe brindar las canastas PANTB.

“...no contábamos con la migración venezolana, que sobrepaso todos los límites, y llego una gran cantidad de personas con diagnóstico de VIH, superando los límites, creando una situación difícil en la atención, así mismo con personas con TB quienes requerían ampliar sus atenciones, así como otros servicios como las canastas PANTB, reconocemos que el MINSA ha respondido de acuerdo a sus posibilidades...”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

La situación de indocumentación de la población migrante afecta el acceso a la atención en salud poniendo en grave riesgo su vida; la gran mayoría de migrantes trabaja de manera informal y no cuenta con protección o un Seguro de Salud, y otros beneficios de un trabajo estable, por ello deben afiliarse al SIS, pero este trámite no es inmediato por lo que deben costear los exámenes o medicamentos para los efectos adversos.

“Pero en el caso de los inmigrantes es más difícil porque muchos de ellos son indocumentados, allí es que la normativa debe brindar facilidades y esto también está pasando en VIH, pero en TB es más grave porque su situación es muy delicada y debes tratarlo ya mismo. Aquí hay un vacío legal que no se está reconociendo”

“Como vemos en el ejemplo de venezolanos hemos tenido varios casos inclusive fatales que se han muerto, muchos de ellos han venido de lugares con una prevalencia alta, inclusive sin vacuna previa, haciendo cuadros muy severos de TB que no hemos podido controlar, y el problema es quien subsidia los efectos adversos, exámenes como hemograma, placa de tórax, usualmente el SIS cubre estos aspectos...” “

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

Por la situación de la pandemia la intervención en los centros de salud se ha visto afectada, los pacientes no iban al establecimiento de salud, no se hicieron las visitas domiciliarias ya que el personal de salud no podía salir a campo. Esta situación perjudicó el seguimiento a pacientes, entre ellos a la población migrante y hubo además poca captación de los pacientes y por consiguiente una disminución en los pacientes.

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

No hay información en relación con que la población migrante tenga algún grado de participación en la respuesta a la TB.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Se encuentra disponible el SIVICTB y el OBSERVA TB, los cuales tienen canales para recepción de quejas o problemas que les ocurra a los pacientes, los cuales están disponibles para toda la población afectada por TB.

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

No hay mucha información en relación con la población migrante. La dificultad que tiene la población migrante al acceso del SIS ya que requieren tramitar su carné de extranjería como requisito para tramitar el SIS. Sin embargo, refieren los entrevistados que no se ha propuesto desde la comunidad alguna iniciativa al respecto que facilite este proceso a pacientes

migrantes con TB.

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

El principal cambio a favor de la población migrante es facilitar el acceso al SIS por su condición de migrante y que ello lo logre solo con su documento de identidad. Para ello MINSA debe trabajar articuladamente con Ministerio de Relaciones Exteriores y Migraciones para que puedan obtener su carnet de extranjería en menos tiempo o autorizar el ingreso al SIS con su documento de identidad extranjero.

“creo que lo principal sería que la persona afectada por TB independientemente de su caso, origen, género y procedencia sea migrante, sea peruano, sea lo que sea, tenga acceso al tratamiento antituberculoso y su manejo adicional, o sea su manejo de hospitalización, de exámenes y todo eso y su ingreso al SIS inmediatamente”

“...el marco legal no cubre a todas las poblaciones clave porque hay un grupo importante que ha empezado a surgir que son los venezolanos a quienes les están dando TB y a veces no podemos cubrir con las pruebas de diagnóstico además temprano puede haber baciloscopia, pero no podemos hacer una placa de tórax, o una prueba de hemograma y se pierde, por tanto, creo que no se cubre a todas las poblaciones vulnerables, como debería ser.”

7.3.1.3. Población clave 3: Personas Privadas de la Libertad (PPL)

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

El enfoque legal de las personas privadas de la libertad se enmarca en el Código de Ejecución Penal, nuestra base ley y su Reglamento, a partir de ello rigen los deberes como personal de salud como los derechos de los internos de recibir atención en salud; y específicamente en TB, el documento normativo es la Norma Técnica vigente, las directivas y protocolos que dicta el MINSA

“..para el INPE nuestro documento madre es el Código de ejecución penal y su reglamento a partir de ello nos regimos mucho tanto en los deberes como personal de salud como los derechos de los internos de recibir atención en salud, y si hablamos específicamente de TB nos regimos, por la norma técnica, directivas y protocolos que dicta el MINSA como ente rector y en base a ellos nosotros adecuamos normatividad interna, como es el caso la actual la directiva que se trabajó en el 2017 sobre el manejo de TB en EP y que está enmarcado en la NT actual vigente, sabemos que este año va a salir la nueva NT de TB base a lo nosotros también actualizaremos nuestra directiva, esto en el marco de TB”

Las personas privadas de su libertad, por sus características de hacinamiento las hace muy vulnerables a la tuberculosis y también hay altos índices de VIH. Además de ser rechazadas por su condición carcelaria y por ser personas afectadas por TB sufren discriminación y falta de empatía al interior de los establecimientos penitenciarios. Tienen muchas más barreras porque no

tienen métodos de diagnóstico oportuno, retraso en los medicamentos; cuando salen del sistema carcelario existe dificultades en el seguimiento por la insuficiente coordinación entre los 2 sistemas (INPE/MINSA). Si tienen además de TB, VIH, las condiciones de acceso a tratamiento y adherencia se complican.

Se percibe inconsistencia de la normativa entre la labor que realiza INPE y MINSA respecto al presupuesto que limita las acciones al interior de los establecimientos penitenciarios en favor de la atención integral de las PAT. El derecho a la salud es universal, las personas reclusas pierden su derecho a la libertad, pero no el derecho al acceso a la salud.

“INPE no puede presupuestar y tratar sanitariamente a sus reclusos pacientes con TB porque eso le corresponde al MINSA, pero el MINSA no puede ingresar al INPE ; hay una inconsistencia en la normatividad y fragmentación... Vemos muy poca disposición normativa y de las autoridades para hacer un trabajo conjunto; el INPE no puede gestionar recursos en salud, porque según las leyes la función del INPE es seguridad, entonces no puede trabajar nada sanitario, pero obviamente las personas que están reclusas tienen condiciones sanitarias y de salud que se deben atender y sobre todo tienen derechos como el de la salud, nadie les ha quitado el derecho a la salud, le han quitado el derecho a la libertad pero no a la salud”

La Ley de TB no considera en su implementación poner énfasis a las condiciones en las que están las personas reclusas, como altamente infecciosas, hay mayor hacinamiento, con espacios reducidos poco ventilados.

“Cuando se hizo el primer Plan Estratégico Multisectorial, se vio la necesidad de intervenir en todo espacio tugurizado, y uno de estos espacios son los albergues, centros de atención para las personas en consumo, así como los penales, que muchos resultan ser espacios muy reducidos condiciones de poca ventilación; se ha visto reportajes que las persona duermen en literas de dos o tres pisos, en condiciones inhumanas, imaginamos que las condiciones de control de infecciones son limitadas. Suponemos que es una población potencialmente vulnerable con alto riesgo, pero no tenemos datos...”

Desde el PANTB, todas las personas afectadas por TB tienen derecho a la adecuada alimentación la cual se fortalece mediante la entrega de canastas. Existen limitaciones para la entrega con las personas reclusas porque el PANTB no han sido incluidas como población beneficiaria, a pesar de que es un derecho a todos los pacientes, independiente de su condición de libertad.

“...Sin embargo esto no sucede con nuestros internos, a pesar de las reiteradas veces que hemos solicitado el acceso al Programa Complementario de Alimentación incluso con el compromiso en estas canastas se le va a entregar en cocido los pacientes con TB, para evitar el tráfico, que de verdad existe, sin embargo hemos tenido respuesta de que no nos corresponde por que el Código de Ejecución Penal dice que el INPE le debe dar todo a los internos, sin embargo el hecho estar afectados por TB, porque las canastas están destinadas a todos los pacientes con TB...”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

El tratamiento para los pacientes con TB en los penales se complica cuando hay dificultades administrativas a nivel del MINSa en la distribución de medicamentos, afectando también el tratamiento de los internos e internas con TB. Esto produce retrasos relacionados a la falta de insumos desde MINSa.

“Es más, un tema administrativo porque lo relacionado a la dotación de este tratamiento en estos pacientes, si hay déficit en el tratamiento en el MINSa definitivamente también nos va a afectar, pero si hay tratamiento todo se encamina, a veces en mi entidad la normatividad está muy dirigida obviamente a temas de priorización de la salud, a iniciar un tratamiento rápido oportuno, pero es lamentablemente la situación en la que estamos, prima mucho la seguridad y por obvias razones, entonces a pesar de que en el caso de TB es una enfermedad que requiere tratamiento oportuno por el nivel de contagiosidad entre otras cosas muchas veces en el INPE la prioridad es la seguridad, es por allí que tenemos retrasos”

Una situación que dificulta el proceso de diagnóstico son los limitados laboratorios que se tienen en los EP, menos de la mitad de los EP a nivel nacional tienen equipos de laboratorio que pueden cubrir la gran demanda de pruebas, debiendo recurrir a los laboratorios del MINSa, los cuales ya están con sobrecarga laboral y reducido personal. La misma situación ocurre con la dotación de equipos radiológicos y de personal para su manejo al interior del INPE.

“Nosotros el personal de salud trabaja mucho la parte preventiva con la búsqueda de sintomáticos respiratorios y acceder a un diagnóstico más temprano y tratamiento oportuno, en los casos de penales que tienen laboratorio, que son en realidad pocos, no es ni la mitad de los EP a nivel nacional los diagnósticos son un poco más rápido, la dificultad viene con los laboratorios que son del MINSa que muchas veces no tienen personal suficiente para cubrir toda esta demanda, sin embargo el personal de salud del INPE trata de mejorar esta situación haciendo la búsqueda, incidiendo en la prevención”

...Otro tema es la toma de placa a los contactos es complicado porque no todos los EP tienen equipos de RX lo cual se tendría que sacar 20 o 30 placas, o podemos tener el equipo y no hay registro humano para realizarlo, el personal no quiere ir al EP, es complicado el poco personal que tenemos para realizar los RX que son 4 en todo el país se sobrecarga y hasta tenemos el temor que se vayan buscando mejoras económicas y menos trabajo.

Para los casos que requieren tratamiento especializado como son los pacientes TB XDR, las normativas del INPE restringen el traslado de pacientes al único EP (EP Lurigancho) que está autorizado para brindar este tratamiento. Esto se debe a un tema de seguridad, y demora por la verificación de delito, situación jurídica, y rango del delito.

“Sin embargo tenemos normatividad propia en relación a traslados de pacientes que deben recibir otro tipo de tratamiento, por ejemplo los XDR y que en este caso deben recibir atención en el EP Lurigancho, ya que es el único EP que está autorizado para el manejo clínico de estos pacientes, esta normatividad implica una serie de procedimientos que no solo depende del sector Salud, el INPE tiene

procedimientos que requieren la opinión y autorización de la parte legal o de seguridad esto toma tiempo y también el tema de los tratados internacionales y derechos de las persona privadas de la libertad ..”

Según normativa, todas las personas afectadas por tuberculosis deben tener acceso a las canastas, al no ser beneficiarios de las canastas de alimentos, al interior de los establecimientos penitenciarios se realizan gestiones con organizaciones benéficas para mejorar la nutrición de las PAT.

“...para el tema de las canastas PANTBC que eso es un punto muy importante para nosotros y sin embargo no tenemos acceso, sabemos que los tratamientos van de la mano de una buena alimentación y simplemente habiendo esta posibilidad no estamos siendo considerados... si vemos el tema de la alimentación, muchos EP hacen coordinaciones internas dentro del penal con los comedores, con las áreas de cocina y se consigue un requerimiento adicional para estos internos, pero igual es poco para lo que necesita un paciente de TB, hay EP que hacen coordinaciones con organizaciones y consiguen algunas donaciones para ofrecer mejoras en la alimentación adicionando un poco más de proteínas...”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

El monitoreo de las poblaciones PPL se realiza a través del SIGTB, el cual es el sistema oficial de información del MINSA, ya se ha dejado de lado los informes operacionales; al interior de los establecimientos penitenciarios se tiene serias dificultades para mantener al día este sistema de información debido a que pocos EP tienen acceso a internet, así mismo, existe limitaciones en los recursos humanos para su actualización.

“... nosotros desde el inicio de la implementación de esta plataforma hemos tenido serias dificultades por los accesos a internet y por la carga del personal, de los 68 EP solamente el 10% tiene personal exclusivo para TB el resto comparte otras actividades”.

“En algunos EP se da el soporte para que ellos mismos puedan registrar, pero generalmente en los EP que tiene más casos como Lurigancho, que tienen más de 400 o 500 casos al año, o Castro Castro y Callao que tienen más de 150 a 200 casos al año la situación se complica, y con el transcurso del tiempo esta plataforma, se ha ido incrementando en la necesidad de información, y exigen mantener al día y control de calidad”

Otro problema mencionado es el registro de contactos en la plataforma SIGTB, debido a que muchos reclusos no brindan su DNI por lo que se debe ingresar a la RENIEC, lo cual complica mucho más este proceso.

“Por ejemplo para el diagnóstico de contactos tenemos un tema engorroso con el MINSA, normalmente los contactos se define como las personas con las que convive el día a día con una persona diagnosticada con TB, en el caso de un EP en una sala conviven 20 o 30 personas, todas ellas son sus contactos, se hace la búsqueda la captación, el problema es el registro en la plataforma SIGTB, registrar a estos contactos con sus DNI que muchos no dan por lo que se debe ingresar a la RENIEC, lo cual complica mucho más este registro”.

Se tuvo apoyo a través de los diferentes Proyectos del Fondo Mundial

para realizar la actualización del SIGTB, en la actualidad este apoyo ya no está considerado, por lo cual el INPE debe realizar gestiones para continuar

“Con el Proyecto 2016-2018, se implementó el inicio del Fondo Mundial para el registro y la actualización de esta información, se logró avanzar actualizando la información a nivel nacional desde el 2015 hasta el 2019 y con el segundo Proyecto del Fondo Mundial, se continuo esta actualización,...Ahora con este proyecto que ya no vamos a tener el soporte y peor todavía que estamos adoleciendo mucho por el tema de recursos humanos que no tenemos presupuesto, no nos han considerado en el presupuesto CAS COVID para este año y se han mermado tremendamente recurso humano, es terrible la situación que se nos viene y ahora con el SIGTB estamos viendo cómo vamos a trabajar con este tema por lo menos ir cubriendo lo que podamos hasta que los podamos estabilizar...No es nuestra intención dejar de hacerlo porque es una herramienta muy importante, pero tenemos serias dificultades, que esperamos con el paso de estos meses podamos ir salvaguardando, ese problema que tenemos..”

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

Al interior de algunos EP el trabajo con los promotores o delegados de salud ha contribuido en la identificación de casos de sintomático respiratorio, han sido capacitados para realizar esta labor con sus pares, conocen el manejo de los pacientes, apoyan en el seguimiento de los que se encuentran en tratamiento para garantizar la toma de los medicamentos, y existe una comunicación directa con el personal de salud. Además, su labor es orientar al paciente sobre su autocuidado y medidas de protección.

“con respecto a la participación comunitaria al interior de los EP nos ayuda tremendamente, pero depende mucho del manejo de personal a cargo, por ejemplo, un promotor en comunidad es diferente a un promotor en penal, porque hasta para seleccionar a un promotor en un penal hay que tener mucho tacto y mucho cuidado,...nos ayuda mucho por ejemplo en la captación de sintomático respiratorio, identifican super rápido porque muchos promotores tienen años porque sus sentencias son largas y conocen a un sintomático respiratorio solo con mirarlos, y nos comunican de inmediato, incluso los traen y nos dan el soporte en las sesiones educativas que lo hacen siempre son un personal de salud del INPE, nunca lo realizan solos son un punto a favor nuestro para estas actividades para que los internos den más importancia en los mensaje”

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

No se identifican mecanismos de apoyo al respecto en los centros penitenciarios. Es el personal de salud que básicamente brindan soporte a los y las PAT cuando se sienten mal por recibir discriminación.

“...no hay nada digamos implementado como tal, no hay nada institucionalizado, pero sí como le digo el personal les da bastante soporte y en muchos EP se viene trabajado el soporte emocional, hay personal de psicología en penales que están destinados a trabajar con los internos, con el tema del estigma fuera de los penales es más complicado porque en general por el acceso a atención especializada, pero no hay más, como discriminación no tenemos ninguna normativa cómo estás aquí”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Teniendo en cuenta que el estigma y discriminación que reciben en los penales es mayor que en otros PAT y por ello se requiere mayor sensibilización con la sociedad civil a entidades públicas y privadas relacionadas a personas afectadas por TB privadas de su libertad, en los diferentes sectores que se involucren en mejorar sus iniciativas dando respuesta a sus necesidades.

Se han realizado algunas iniciativas al interior de EP de mujeres para involucrarlas en temas de prevención de salud, incluyendo lo relacionado a TB

“Hemos tenido un proyecto muy pequeño en penales de mujeres Proyecto Warmi muy interesante porque se fortaleció un poco el manejo de promotoras de salud al interior de, pero en menor cantidad porque son penales más chicos, con un poco menos de actividades, pero son de Salud en general, en Chorrillos en anexo en Fátima, se terminó de fortalecer a las promotoras de darles a ti charlas”.

Cambios para cumplir los derechos de la población clave

Si bien lo relacionado al acceso a la atención en salud, a pesar de las dificultades que tiene el INPE en relación con los recursos humanos y la provisión de medicamentos está cubierto por el MINSA, la mayor dificultad se da fuera de los EP, donde existen dificultades para lograr acceso a exámenes auxiliares o atención especializada; además existen otros aspectos como, el presupuestal, la participación del Ministerio de la Mujer para atender las necesidades propias de las mujeres en reclusión.

“... los derechos relacionados al acceso a tratamiento, al acceso a una a una atención médica lo tiene definitivamente a pesar que es un poco complicado por el poco personal que tenemos sin embargo el problema mayor lo tenemos afuera, por ahí el tema de la sensibilización con la sociedad civil a entidades relacionados como entidades públicas y privadas relacionadas a personas afectadas por TB privadas de su libertad... Por otro lado, se podría mejorar esta situación el acceso a ciertas mejoras, servicios especializados de neumología si tuviéramos mejores presupuestos, esto de la mano con la visibilizarían de los sistemas de salud del INPE por el Estado, no somos visibilizados por el mismo Estado, no existimos, a pesar que tenemos establecimientos de salud categorizados; por ejemplo, en cuestión de presupuesto para TB en el PP016 no tenemos para insumos supuestamente para el 2020. El MINSA establecido un compromiso para entregarnos insumos a través de sus DIRIS/DIRESAS no funcionó estamos al aire, tenemos problemas con algunas DRESAS siendo insumos estratégicos, eso va contra los derechos de acceso de los internos, esto es un problema de estigmatización por ser PPL.”

Para lograr cambios se requiere el involucramiento de los diferentes sectores del Estado a fin de visibilizar y trabajar en conjunto el problema de salud de las y los internos, con un enfoque de Derechos Humanos.

“Hay otros sectores que deberían involucrarse más en la salud y los derechos de las PPL afectadas por TB, por un lado sin presupuesto no hacemos nada, el Ministerio de la Mujer, porque tenemos poblaciones femenina con TB el Ministerio de

Inclusión Social para el tema de las canastas PANTBC ... podría ser el Ministerio de Cultura porque tenemos poblaciones indígenas en los penales, tenemos poblaciones extranjeras, el Ministerio de Educación también debería crear la sensibilización porque tienen al interior de los EP los CEBAS.”

7.3.1.4. Población clave 4: Pobres Urbanos

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

Hay consenso en la identificación que la principal población afectada por TB se encuentra en los barrios urbano marginales, siendo el enfoque de las políticas básicamente biomédico, porque se centra en el manejo clínico: de diagnóstico, de la prevención y del tratamiento, pero no se está abordando los factores condicionantes o determinantes de la tuberculosis, como son la pobreza urbana, el hacinamiento, el trabajo pobremente remunerado, carencia para cubrir sus necesidades básicas, falta de educación en salud, entre otros factores que están fuertemente asociados a tuberculosis, y por lo tanto se requiere de un enfoque político especial en las intervenciones desde una mirada integral y de DDHH.

“Por ejemplo, yo entendería poblaciones claves como aquellas que están comprendidas dentro del 70% de personas con tuberculosis, y esto es en las en los barrios pobres de las ciudades capitales de Perú, es decir, capitales de departamento, provincias, distrito más importante. Ahí está concentrado en las zonas peri urbanas pobres los casos de tuberculosis, porque tuberculosis en Perú por lo menos está asociado a pobreza urbana más que a pobreza rural. De manera que ese es el grupo de riesgo o con población vulnerable. Estamos hablando de los pobres de las ciudades principalmente no dentro y como característica vivir en hacinamiento, tener menor acceso a los servicios de salud, tener menos de un acceso a la educación, bajos ingresos económicos y con una altísima tasa de tuberculosis”.

“...la población más importante es la población pobre y muy pobre, aquella persona es situación precaria y sin hogar, a estas personas es muy importante abordarlas integralmente y tenemos un alto porcentaje de abandono al tratamiento en los esquemas convencionales haciendo resistencias, y eso se debe a que se está haciendo un enfoque centrado en el EESS y no centrado en la persona...”

“El factor de la pobreza es una realidad que acompaña, lamentablemente, a que el índice de tuberculosis avance en el país, la falta de trabajo en las familias si una persona no trabaja ¿de qué vive? Las clases sociales lamentablemente han discriminado a las familias y muchos de ellos no han podido lograr salir de esta necesidad. Hay que reconocer que en el país el lugar donde hay pobreza vamos a encontrar alto índice de tuberculosis”.

“...en general, tener una mirada de DDHH es una mirada integral, en la que se mire no sólo los derechos de los pacientes sino tener una mirada más integral más comprensiva del problema; esto implica que podemos estar dándole los medicamentos a la persona con TB, pero las condiciones en las cuales ellos desarrollan su enfermedad siguen siendo las mismas, o se siguen estando en pobreza, desempleo, sin posibilidades de insertarse económicamente en la sociedad...”

A fin de mejorar el estado nutricional de las personas afectadas por la

TB, el Programa de Complementación Alimentaria, tiene el objetivo de otorgar un complemento alimentario a la población en situación de pobreza o extrema pobreza, así como a grupos vulnerables.

“...el tema de la pobreza es una realidad que se vive en gran parte del Perú, en donde hay pobreza vamos a encontrar lamentablemente un índice más elevado en familias con tuberculosis porque una familia que no recibe una alimentación adecuada está también propensa y más aún si hace tuberculosis encima de la pobreza es muy difícil de que pueda ser el único infectado o infectada, va a arrasar con toda una familia...”.

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

El impacto de las políticas en la población en pobreza o extrema pobreza se centra en la falta de abordaje de los determinantes sociales de la TB, produciendo alto porcentaje de abandonos.

“la población pobre y muy pobre, aquella persona es situación precaria y sin hogar es muy importante abordarlas integralmente y tenemos un alto porcentaje de abandono al tratamiento en los esquemas convencionales haciendo resistencias, y eso se debe a que se está haciendo un enfoque centrado en el EESS y no centrado en la persona.”

“hay un enfoque básicamente, principalmente biomédico, porque se centra en el manejo clínico. De diagnóstico, de la prevención y del tratamiento, pero no se está afectando los factores condicionantes de la tuberculosis, que son la pobreza urbana, el hacinamiento y la baja educación y el trabajo pobremente remunerado, que son fuertemente asociados a tuberculosis”.

“igual que en COVID las personas más afectas serán quienes tienen peores condiciones de vida, que son las mismas que para la TB; estamos hablando de cambios más profundos y de determinantes sociales básicos como la alimentación”

Existe una alta diseminación de la tuberculosis en las personas que viven en zonas urbano-marginales de pobreza o pobreza extrema, de no existir el compromiso de otros sectores como el MIDIS o el Ministerio de Vivienda el control de la TB no será eficaz.

“por ejemplo el sector Vivienda, no toma en cuenta cuáles son las condiciones que propician la Tb en zonas como Cerro el Pino La Victoria, El Agustino, zonas tugurizadas o las menos tugurizadas, cuáles son las condiciones de vivienda en estas zonas... si no intervenimos en las viviendas, las condiciones del hacinamiento van a seguir presentes, que son las que han propiciado que en estas zonas haya más alto nivel de TB así como más alta presencia del COVID-19, porque en el hacinamiento no se podía realizar el aislamiento de la persona infectada, en una misma vivienda viven 8 – 10 personas y terminan contagiándose todos ellos”

“...el conocimiento que alguien tuvo TB se generaliza más cuando menor es el estrato social, la gente pobre sabe que hay mucha TB porque muchos de su entorno lo han padecido, pero es difícil que lo reconozcan ante los demás porque se sienten estigmatizado y discriminados, tener Tb es sinónimo de ser pobre,

vulnerable, tener malos hábitos de salud, por tanto, prefieren no decirlo por el gran temor a que te traten mal porque es una enfermedad muy estigmatizada todavía.”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

A través del SIGTB se realiza el monitoreo de los casos de TB y actualmente posee una serie de indicadores que requieren ser actualizados para convertirse en una herramienta ejecutiva.

“El SIGTB fue diseñado hace algunos años, era más ejecutivo, ahora se han puesto un número de variables que no se actualiza como debiera, pareciera que es un sistema de investigación clínica le han puesto georreferenciación, pero si no se tienen los datos actualizados, entonces el SIGTB debería ser una herramienta de monitoreo constante para ver cómo estamos, hacia donde vamos...”

“... el monitoreo epidemiológico SIGTB contribuye a brindar información de cuantos casos hay y en qué lugar están, pero no hay un monitoreo de las metas, y que se identifique el avance por regiones en base a la meta propuesta para esa región, y cuál es el resultado que está alcanzando...”

“Entonces el sistema de monitoreo debe permitir visibilizar las metas trazadas para cada objetivo, para cada acción, para cada región, inclusive para cada distrito, así se podrá monitorear si se está cumpliendo o no con lo programado, como se está por ejemplo en San Cosme, saber si se está detectando lo programado, como van los abandonos, etc...”

Durante el tratamiento, el personal de salud realiza seguimiento a los y las PAT mediante llamadas o videollamadas para evidenciar la toma de medicamentos, en los casos que se les permite llevarse los medicamentos semanalmente.

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

La participación de la población afectada por TB asentada generalmente en los distritos urbano-marginales ha logrado conformar organizaciones que los representa frente a las dificultades de acceso a la atención.

“... es ahí donde nosotros como parte de la comunidad primero es ayudar a detectar si tenemos alguna persona que está pasando por un problema y que de repente no está recibiendo una atención adecuada y les hemos enseñado también a como derivar ahora también ellos nos pueden llamar y nos cuenta que han podido derivar a tal centro de salud a tal persona porque ellos saben que nosotros vamos a ir detrás de este caso para ver cómo está...”

Existe en la normativa la conformación local o comunitaria, no se visibiliza una participación comunitaria en la toma de decisiones de implementación normativa en respuesta de la TB.

“La participación comunitaria básicamente colaborativa subordinada a la estrategia que da el organismo que se encarga de desarrollar la lucha contra la TB,

pero no como una participación comunitaria con una idea de ser parte en el sentido de tomar decisiones, en el sentido de participar del plan, y tener un trabajo de inteligencia sanitaria y empezar a abordar los problemas de manera integral, en términos de, por ejemplo, de comprometer a la autoridad local, municipios, instancias del gobierno del propio poder ejecutivo que actúan de manera fragmentada, inclusive a nivel local.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

No hay específicamente un canal o sistema que apoye a las PAT en casos de discriminación, pero existen leyes que rechazan la discriminación, y esto se incluye dentro de los reclamos o denuncias en los EESS, sin embargo, no es suficiente, porque algunos PAT evitan hacer estas denuncias por temor que no los atiendan. En el caso de elevar alguna denuncia por los canales del Estado como SUSALUD, el proceso no logra sanciones efectivas.

“... siempre será insuficiente porque muchos no presentan reclamos por temor a las represalias, a que dejen de atenderlos, creo que lo que ha ocurrido es que lo afectados tienen que empoderarse, están la ASPAT, las ACET, los afectados deben empezar a ganar más espacio...”

“...nosotros recurrimos a SUSALUD, demoró cómo 6 meses para responder solamente pidieron un informe al centro de salud mientras tanto el Paciente que recibía tratamiento sufría represalias tipo maltrato porque no lo querían recibir, luego se recurrió al poder judicial y pidieron una opinión técnica al MINSA. el equipo de médicos se puso de acuerdo y finalmente no se pudo demostrar el por qué se dio de alta al paciente...”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Los principales cambios sugeridos a nivel presupuestal a nivel de insumos, equipos y recursos humanos, considerar equipos capaces de ejecutar lo presupuestado y que respondan a un monitoreo efectivo; en este presupuesto debe incluirse la participación comunitaria para promover tanto acciones entre pares como de vigilancia e incidencia. No hay un reconocimiento del valor y del potencial que tendrían las Redes Comunitarias para ayudar a las PAT a resolver sus problemas.

“...Si alguien piensa, muchos piensan que el promotor comunitario o que el afectado de TBC o que las Organizaciones comunitarias sólo sirven para repartir volantes, para ir a dejar frascos de esputo, eso es un pensamiento muy limitado y ya hay Normas, ya hay recomendaciones”.

Se requiere fortalecer el monitoreo comunitario como una herramienta de vigilancia e incidencia que permita reflejar donde se concentra la TB y cuáles son las acciones que se están realizando para su debido control.

“...el monitoreo comunitario es una herramienta muy importante que puede ser una gran fortaleza la cual aún en nuestro país no se ha implementado a diferencia de otros países. Esto aportaría reflejar lo que sucede en diferentes lugares de riesgo y donde se concentra la población clave...”

En la lucha contra la TB debe incluirse la participación de los medios de comunicación, líderes sociales, fuerzas políticas para que se sumen a la respuesta de la TB.

“..deberíamos reclutar a líderes de los medios de comunicación o líderes sociales líderes políticos para que apoyen la lucha contra la TBC eso significa tocar las puestas del Congreso buscar quienes puedan convertirse en voceros de la causa de la TBC en el Congreso en el poder ejecutivo tener mucho acercamiento con el Ministerio de Economía , más que con planificación de MINSA con el MEF , y critica del MEF de descentralizar el presupuesto de TBC en el que le da un gran peso a los gobiernos regionales y que al cabo de 11 años es suficiente para demostrar que eso no es eficaz creo que el programa de TBC nacional debería de manejar o debería con su aprobación aprobar los presupuesto regionales con la aprobación del programa central de TB.

Desde el tratamiento, debe considerarse estudios que permitan evaluar la posibilidad de variar el tratamiento a las PAT con MDR porque que tienden al abandono ya que su tratamiento es más complicado, son más pastillas y además deben recibir ampollas.

“...pero también tenemos que ver no solamente sea gratuito, sino que también el tratamiento mediante los medicamentos, deben de mejorar. por ejemplo, yo soy una persona que hice tuberculosis MDR y me pase todo el tratamiento usando las inyecciones y para mí, no fue fácil y sé que para las personas actualmente no es fácil porque las inyecciones es uno de los factores que ayuda al abandono del tratamiento y no es que la persona no quiera seguir el tratamiento, sino que quien va a aguantar tantas inyecciones de lunes a sábado...”

Principales cosas que afectarían los cambios propuestos

Se requiere el compromiso del Estado para hacerle frente a la TB desde una mirada multisectorial, en la que se sustente ante los diferentes sectores y sobre todo Ministerio de Economía y Finanzas que además de los programas sociales es imprescindible hacer frente a la TB por ser un problema de Salud pública.

“...Necesitamos que el sector vivienda se pronuncie también, no solamente pensando en programas sociales de apoyo a viviendas, sino que se debe pensar desde el punto de vista del control ambiental y saneamiento ambiental, ... hay edificios hacinados en pleno Lima, eso debe ser multisectorial saneamiento, vivienda, transporte, ¿cuánto estamos procurando que los medios de transporte, sobre todo los terrestres? tengan estos cuidados de bioseguridad esto tiene que ver con el Ministerio de Economía asignando recursos a programas como por ejemplo el SIS, el que se ha aperturado para pobres y más pobres, pero ha costado que los afectados por TB ingrese, se todavía vemos que hay afectados que no tienen acceso y allí están los más vulnerables...”

7.3.1.5. Población clave 5: Población indígena

Enfoque legal o político para poblaciones clave.

Se identifica barreras de acceso a los servicios de salud debido a la

dificultad para realizar trámites administrativos correspondiente a la inclusión en el SIS.

“...las barreras para el acceso es la identidad en los tramites del DNI, que no tienen seguro por eso no les atienden, por los temas administrativos los rechazan, cuando ocurre una emergencia les dicen que nos les corresponde, eso dificulta las atenciones...”

Si bien no tiene el más alto porcentaje en casos de TB, hay condiciones de las poblaciones indígenas que deben considerarse como parte de sus necesidades particulares: como las condiciones de pobreza, desplazamiento a zonas urbanas con alto índice de TB.

“... por decir las poblaciones indígenas tienen un número poco representativo de casos de TB, pero justamente estamos terminando una investigación de o que ha sido la TB en indígenas en los últimos 5 años y es un número no despreciable, cuando vemos todos los casos de TB en población indígena, a pesar de que las provincias indígenas están dispersas, en número es lo que podríamos tener en casos de TB aquí en Lima, en cualquier distrito, entonces cuando lo vemos de esa manera...”

Impacto de las Leyes o políticas nacionales en los riesgos y servicios de TB.

Tener diferentes barreras administrativas, incompreensión de su cultura y dialecto produce el retraso en la atención, automedicación y posterior agravamiento de su salud.

“Por eso la familia cuando ve rechazo o problemas administrativos para viabilizar los trámites entonces deja de asistir, la familia decide sin saber que tiene se automedica o va a la farmacia, o toma las plantas medicinales. Ocurre que muchas veces van al centro de salud y le dicen que se saquen análisis sin darle una explicación y luego les dicen que todo está bien, mientras tanto se sigue sintiendo mal entonces les da inseguridad porque no le dan un diagnóstico para su mal”

“...las barreras para el acceso es la identidad en los tramites del DNI, que no tienen seguro por eso no les atienden, por los temas administrativos los rechazan, cuando ocurre una emergencia les dicen que nos les corresponde, eso dificulta las atenciones...”

“No cumple el rol de atender el contexto cultural y es discriminatorio porque los rechaza, por el tema administrativo que afecta más, hay demasiados procesos que tiene que hacer para lograr atenderse, es necesario que sea más viable, más fácil, que tengan en cuenta nuestra cultura, nuestro dialecto”

Un aspecto importante que se requiere trabajar con las comunidades indígenas es el acceso a tratamiento y adecuación intercultural de los servicios para brindar una atención de calidad.

“Lo que nosotros tenemos que trabajar allí, es el acceso, el acceso al tratamiento... supongamos los Ashanikas que tenemos allí en la parte de Junín, comenzamos a

trabajar con ellos y con una iniciativa que tuvo OPS, ...Tenemos un plan ya establecido 2022 – 2025 que ya está aprobado en el cual tenemos 6 objetivos estratégicos para amoldar estos objetivos estratégicos y todo el plan a las características interculturales de las regiones donde estamos yendo, porque en estos casos no es cantidad es calidad. O sea, no tenemos muchos casos en poblaciones indígenas, pero lo importante allí es que así sean 10 casos, brindarles la facilidad de acceder al tratamiento...”

Sistema de monitoreo de poblaciones clave

Al respecto, se desconoce si hay un sistema de monitoreo propio de la población indígena o para tener un control de seguimiento sobre las comunidades donde existen casos de TB. Por diferentes estudios se sabe que los casos son aislados, pero deben monitorizarse para evitar la diseminación.

“Teóricamente debería de ser el programa de TBC pero no he visto información por ejemplo sobre cómo va el control de TBC en poblaciones indígenas y amazónicas que también fue una intervención apoyada y financiada por el FM en los años 2010 sino me equivoco, creo que debería continuarse eso porque ahí hay población importante que luego o migra a la ciudad y retorna pero retorna con TBC a sus zonas originales como las migraciones de Ayacucho y Huancavelica en la época del terrorismo que migraron hacia Lima enfermaron de TBC regresaron a sus poblaciones y llevaron con ellos la TB y la TB Multirresistente...”

Participación de la población clave en la respuesta a la TB.

Apoyo a los que experimentan estigma o discriminación

Una de las comunidades indígenas asentadas en Lima percibe discriminación en los servicios de salud al no tener en cuenta sus costumbres o su lenguaje, lo cual es una forma de discriminación convirtiéndose en una barrera de acceso a la atención en salud. No se identifica un canal de apoyo frente a estas situaciones discriminativas.

“dentro de la comunidad ..., tratamos de apoyarnos, pero hay un poco de discriminación tanto por la TB como por otras enfermedades en el centro de salud, porque la comunidad es muy vulnerable en el tema de salud, no hay mucho interés por prestar apoyo a las personas de la comunidad, ellos dicen “si voy al centro de salud no me atienden como debe ser”, hay falta de atención, es necesario brindar más información para que entiendan mejor, que los médicos y enfermeras traten mejor porque la salud es muy delicada y los pobladores necesitan una mejor atención, debido al tema cultural...al respecto sabemos que hay de varias enfermedades, pero no de tuberculosis... cuando alguien es discriminado la comunidad prefiere ya no ir el centro de salud por temor a que lo traten peor y nunca van a presentar un reclamo porque eso sería perder más tiempo y se empeora la salud”

Cambios para mejorar la participación de las poblaciones claves.

Es necesario capacitar a las comunidades para mejorar el nivel de participación, lo mismo que es señalado por la representante de la comunidad indígena quien refiere la necesidad de ser capacitados para ser un referente con sus pares por el conocimiento de sus costumbres.

“...No tenemos estrategias a nivel de la comunidad, a nivel de los propios establecimientos de salud; el estigma y la discriminación se produce en el mismo establecimiento de salud, no es solo en la sociedad, cuando se da en los EESS una respuesta que damos es capacitamos a las personas, se capacita y no se ha cambiado el componente fundamental que es el componente cultural que no se aborda de manera integral...”

“Si fuéramos capacitados podríamos apoyar mejor a nuestra comunidad, porque somos una comunidad unida, nos apoyamos entre nosotros porque nos conocemos...”

Principales cosas que afectarían los cambios propuestos

A nivel de acceso a la atención afectaría si no se considera las condiciones socioeconómicas en las que viven las personas indígenas, la adecuación de los horarios, la información que se les brinda o los trámites administrativos que deben realizar persistirán las barreras de acceso.

“...se deben acomodar los horarios para apoyar a estas madres que requieren tiempo para trabajar, también se debe apoyar en brindar más espacios de trabajo, orientación de como alimentarse, porque es necesario cambiar los hábitos de vida para que no afecte el tema de salud como la anemia y la tuberculosis. En una casa viven hasta 8 personas y cuando les dan las canastas de alimentos no alcanza para todos, deben considerar que hay mucha necesidad por eso deben apoyar con otros programas sociales. Incluso deben tener orientación en aspectos legales como para los trámites del SIS.”

“hay demasiados procesos que tiene que hacer para lograr atenderse, si esto fuera más fácil la comunidad iría con más confianza al centro de salud. Inclusive sería bueno que haya alguien que sepa nuestro dialecto para que traduzca lo que dice y pueda entenderle mejor tanto en el tema de adquirir el seguro como en las indicaciones que da el médico...”

7.3.2. Entorno legislativo y político general, derechos humanos y TB

7.3.2.1. Acceso a la justicia del ciudadano promedio

Se señala que el principal problema del acceso a la justicia es la disponibilidad de recursos; para acceder a justicia se requiere asesoría legal, recursos económicos y tiempo para seguir con los procesos transformándose

en, a pesar del daño que tiene la persona afectada frente a la vulneración de derechos, adicionalmente la justicia en el país está relacionada a la corrupción.

“En general los servicios no respetan los derechos de los pacientes, no cumplen con sus obligaciones, no le dan una atención integral, no están necesariamente todos los insumos que requieren los pacientes a tiempo con disponibilidad suficiente para cumplir con todas sus necesidades que es uno de los temas que muchas veces complican los casos de TB con sus medicamentos que van a generar resistencias a esos medicamentos y entonces tenemos un problema de que estructuralmente tenemos un sistema de salud organizado de tal manera que termina vulnerando los derechos de los que asisten..”

“Es el problema de los recursos, para acceder a justicia necesitas tener un abogado, a pesar del daño que tiene la persona afectada o tu pariente necesitas recursos para acceder a la justicia frente a la vulneración de derechos, la justicia en nuestro país está reconocida solamente para aquellos que tienen recursos, los que no tienen dinero ... te estoy hablando de gente de clase media, que nosotros los apoyamos de alguna manera, y cuando les dices que esto les va a costar tanto, incluso renuncian a sus casos, porque es demasiado oneroso el costo y demasiado largo el proceso, puede durar 8 o 10 años, no es que esto se alcance rápidamente.

“El sistema de acceso a justicia es demasiado lento, complejo, difícil, con un sistema en el poder judicial lleno de corrupción que tenemos, con toda la ineficacia e ineficiencia, entonces, el problema de base es que tenemos un Estado que no es amigo de la gente, está organizado para actuar en contra de la gente”.

7.3.2.2. Leyes o políticas que protegen o discriminan a las personas afectadas por TB

Accesibilidad

La Ley de Prevención y Control de la tuberculosis en el Perú (Ley N.º 30287) establece en el Art. 3: La persona afectada por tuberculosis tiene derecho a acceder a una atención integral, continua, gratuita y permanente de salud brindada por el Estado; al respecto aún existe en nuestro país limitaciones de acceso debido a diferentes factores, entre ellos a trámites burocráticos que obstaculizan la accesibilidad.

“...lo principal sería que la persona afectada por TB independientemente de su caso, origen, género y procedencia, sea migrante, sea peruano, sea lo que sea, tenga acceso al tratamiento antituberculoso y su manejo adicional, como hospitalización, exámenes y su ingreso al SIS inmediatamente, eso no se ha estado dando...”

A fin de mejorar la accesibilidad de las PAT a la atención y cuidado integral se requiere mejorar la dinámica de accesibilidad a programas de salud mental como los Centros de Salud Mental Comunitarios que el MINSa viene implementando.

“la TB es todo un problema familiar y social que no se está abordando, hay un problema social y emocional que requiere abordaje, por ello allí se debe trabajar directamente con salud mental para apoyar a estas personas. Vemos que existen

tantos servicios de Salud Mental Comunitario que se han implementado, todos los pacientes detectados por TB deben ser remitidos a estos centros para abordar sus problemas ya que es una coordinación MINSA-MINSA, donde puede ir la familia enseñar al paciente a defenderse cuando se sienta vulnerado en sus derechos”

Disponibilidad, aceptabilidad y calidad de la atención médica

El MINSA en su rol rector, es garante y responsable de asegurar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad del cuidado y la atención integral en salud a través de un sistema nacional de salud efectivo, eficiente y eficaz; ello implica la necesidad de mejorar los servicios de atención, así como agilizar el proceso de adquisición de nuevas tecnologías que permitan un cuidado integral más efectivo a fin de mejorar la oferta y calidad de los servicios de salud para prevenir, controlar y reducir el impacto de las enfermedades como la TB.

“...en los Servicios de Salud del MINSA lo que se necesita es mejorar la infraestructura y equipamiento de los programas de TBC,... no hay el concepto de atención diferenciada los pacientes de TB ..., laboratorio diferenciado equipo RX para que no tenga que hacer en la misma sala de rayos X junto con otros pacientes que tienen otras patologías ... necesitamos cortar esa transmisión dentro de los hospitales y eso implica tener todo lo que debió ser o sea intervención en infraestructura y equipamiento en los centros de atención primaria y en los hospitales...”

“...otra cosa importante también es que haya un poco más de apertura, es una cosa más técnica, más facilidades en el ingreso de nuevos medicamentos para los programas de tuberculosis, no saben todo lo que ha costado a nosotros ingresar cada medicamento para tuberculosis,”

“Todos tenemos derechos a no enfermarnos, pero una vez que enfermamos tenemos derecho a un diagnóstico oportuno, deberíamos tener derechos de inmediato a tener una prueba de sensibilidad lo más pronto posible, eso significaría que accedemos a un tratamiento oportuno, Derecho a tratamiento adecuado a las características de la Tb que tengo sin ninguna restricción, ni desabastecimiento de medicamentos, más aún, teniendo en cuenta que es una patología que hace resistencia muy rápidamente...”

Discriminación o estigma

En la Ley se establece en el Art. 4: Derecho a la no discriminación y canalización de denuncias: La persona afectada por cualquier forma clínica de tuberculosis tiene derecho a no ser discriminada en ningún ámbito de su vida; es evidente los hechos de discriminación que las personas afectadas por TB son víctimas tanto en el ámbito comunitario como por las actitudes al interior de los servicios, frente a ello no hay una celeridad en la respuesta de los diferentes entes de protección, por ello la sociedad civil está creando espacios para canalizar las denuncias como el Observatorio Social de TB con un mecanismo de denuncias SIVICTB .

“...a nivel del MINSA hay una instancia SUSALUD que vela por que a través de las Juntas de Usuario que no sean vulnerados los derechos como beneficiario final. Del Plan de Derechos Humano está incluido, lo que pasa es que no llega a un proceso de operacionalización, sabemos que hay una Defensoría del Pueblo que ha tomado

los casos de TB, así como hay informes sobre VIH, informe sobre las Canastas, la Mesa de Lucha contra la Pobreza tiene una mesa específica sobre la TB.... Son espacios que han estado atentos a estos temas, no con la fuerza que quisiéramos..."

"...Observa Tb y el sistema SIVICTB, que se está organizando donde se pueden registrar de manera sistemática las quejas u observaciones de los pacientes TB..."

Pérdida de vivienda o empleo

En el tema relacionado a pérdida de vivienda no se han dado casos, el enfoque va dirigido a la necesidad de mejorar las condiciones de las viviendas para reducir el nivel de contagio de la TB, ya que el Estado reconoce el derecho de toda persona de acceder a una vivienda digna y adecuada, con servicios básicos esenciales, Al respecto, el hecho de vivir en un espacio reducido, y con muchas personas dentro del mismo espacio se convierte en un factor de riesgo para el contagio, dado que en este tipo de viviendas carecen de las medidas preventivas; en tal sentido la TB se agrava en estos espacios cerrados, donde se concentra el bacilo y se puede propagar de la enfermedad.

"... en el tema de vivienda voy a empezar por ahí se necesita un programa de vivienda para no para los pacientes con TB sino para los barrios donde hay gran incidencia de TBC porque eso fomenta la transmisión vecinal de la TBC. Se necesita intervenir con planes urbanos para mejorar esa situación..."

En los Art. 11 y 12 de la Ley de Tuberculosis se señala claramente que es nulo el despido de un trabajador que pertenece a cualquier régimen de actividad laboral que tenga por motivo su condición de persona afectada por tuberculosis, y en el caso de que la persona afectada por tuberculosis se encuentre recuperada se da la continuidad del trabajador en su centro de trabajo; en este sentido existe una clara vulneración de sus derechos sobre todo en la mayoría de PAT quienes se encuentran trabajando de manera informal.

Trato no consensuado, privacidad, libertad

Tenemos en nuestros marcos normativos desde la Ley General de Salud, así como la Ley de TB el respeto a la dignidad de la persona afectada por TB que incluye entre los derechos el trato no consensuado, privacidad, libertad, los cuales son de aplicación universal.

Acceso a la información

En el Art. 11 del Reglamento de la Ley de Tuberculosis se establece entre los Derechos de las Personas usuarias de los servicios de salud, el acceso a la información; entre los entrevistados se menciona la importancia de brindar información clara a las PAT acerca de los procesos de atención, así como de los efectos adversos de los medicamentos.

Desarrollo de leyes, casos, resultados y precedentes

Se cuenta con el SIGTB, que es el sistema de información oficial de casos

de TB el cual incluye a los diferentes subsistemas de salud, los entrevistados manifiestan la necesidad de utilizar esta información de manera más ejecutiva, analizar la casuística para identificar los puntos críticos y brechas, a fin de establecer intervenciones que respondan a las necesidades propias de las poblaciones clave, incluyendo metas regionales donde se puedan evaluar los resultados.

“El sistema del MINSA tiene los datos desglosados, pero debemos ver que se está haciendo al respecto para responder a las necesidades de cada población, incluyendo acceso a servicios, acceso a nuevas tecnologías, información clara...”

“...el Sistema de monitoreo epidemiológico SIGTB contribuye a brindar información de cuantos casos hay y en qué lugar están, pero no hay un monitoreo de las metas, y que se identifique el avance por regiones en base a la meta propuesta para esa región, y cuál es el resultado que está alcanzando...”

Detención o la cuarentena de las personas con TB

Sobre la detención o cuarentena de las personas afectadas por TB no existe en nuestro país algún dispositivo o marco legal que permita esta situación.

“... en el tema de derechos, por ejemplo, del aislamiento no hay en nuestro país porque no se trata que la persona con TB lo aislen, porque generalmente la persona con TB está en situación de pobreza o extrema pobreza y que viven todos los días debe salir a trabajar por su situación económica; si no hay una mirada integral del abordaje de la TB el Estado no está respondiendo a los derechos de las personas con TB...”

“...para que cuando se da una situación de aislamiento estableciendo un cerco epidemiológico las condiciones de las personas estén cubiertas, ese modelo no lo tenemos, además el marco legal no lo permite...”

7.3.2.3. Políticas o sistemas para rastrear o responder a las violaciones de los DDHH.

Es importante mencionar que en las entrevistas y grupos focales realizadas a las PAT al experimentar situaciones de vulneración de derechos han recurrido a algunas instancias, pero no han encontrado eco a sus denuncias.

Diferentes instituciones del Estado han creado sistemas para responder a la violación de los Derechos Humanos, específicamente frente a la vulneración de derechos relacionados al sector salud existe la entidad SUSALUD cuyo rol es velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios, teniendo en cuenta las entrevistas a las PAT, esta entidad carece de celeridad en la resolución de reclamos, por lo que requiere brindar servicios de manera más efectiva.

“...a nivel del MINSA hay una instancia SUSALUD que vela por que a través de las Juntas de Usuario que no sean vulnerados los derechos como beneficiario final... lo que pasa es que no llega a un proceso de operacionalización...”

Otra entidad del Estado es la Defensoría del Pueblo que emite Informes

Defensoriales con observaciones relacionadas a dificultades presentadas en los servicios de atención; lamentablemente muchos de estas observaciones tardan en ser subsanadas.

, sabemos que La Defensoría del Pueblo que ha tomado los casos de TB, así como hay informes sobre VIH...son espacios que han estado atentos a estos temas, no con la fuerza que quisiéramos, pero han planteado reflexiones sobre la respuesta a la TB...

A nivel de la sociedad civil existe el sistema SIVICTB, creada en el marco del Proyecto Observa TB, a través de este sistema se registra sistemáticamente quejas y reclamos relacionados a la atención y cuidado de las PAT, las cuales son derivadas al MINSA a fin de ser resueltas.

“...el Observa Tb y el sistema SIVICTB, que se está organizando donde se pueden registrar de manera sistemática las quejas u observaciones de los pacientes TB...”

El Ministerio de Justicia, a través de la Dirección General de Defensa Pública se brinda asistencia técnico legal y patrocinio en las especialidades de defensa penal pública, asistencia legal, esta asistencia está reconocida en el Artículo 139º, numeral 16, de la Constitución Política del Perú, para garantizar el acceso efectivo a la justicia de todas las personas, en particular de aquellas personas en situación de vulnerabilidad; la Dirección de Acceso a la justicia y medios alternativos está encargada de dar solución de conflictos relacionados al acceso a la justicia, para ello esta entidad ha puesto a disposición de la población en general una mesa de partes virtual a nivel nacional donde se recibe los reclamos en caso se vulneren algún derecho para ello los defensores de oficio tienen a cargo dar solución a estas situaciones de acceso a la justicia de acuerdo con la temática.

“...la Dirección de acceso a la justicia y medios alternativos de solución de conflictos tienen a cargo estas situaciones de acceso a la justicia, pero en el tema de DDHH, el acceso a la justicia se da, pero los defensores de oficio han tenido que adaptarse a la virtualidad, lo cual ha llevado un tiempo de aprendizaje. Actualmente los defensores públicos manejan sus casos virtualmente y a través de la línea telefónica. Asimismo, son constantemente evaluados, incluso hubo varios casos en que se han sancionado o retirados del cargo a defensores público por no haber atendido oportuna y adecuadamente...”

“hay documentos en el MINJUS que tiene mesa de partes virtual a nivel nacional donde se recepcionan los reclamos, sello al interior de su dirección deben atender los problemas presentados. Si hay normas de la ciudadanía que vulneran los derechos es derivada a la dirección de normas, dentro del MINJUS de acuerdo a la temática es derivada”

7.3.2.4. Participación e inclusión de las personas afectadas de TB en la respuesta a la TB

Tenemos un marco normativo que establece la participación de la

sociedad civil e instituciones de lucha contra la Tuberculosis, los cuales constituyen mecanismos de participación ciudadana las mesas de trabajo, mesa de diálogo, reuniones o talleres informativos, de capacitación, entre otros, organizados con el fin de recoger propuestas y entablar diálogo con la sociedad civil y las instituciones vinculadas al trabajo con la tuberculosis dentro de la conformación de las mesas multisectoriales distrital y regional. De acuerdo a los entrevistados no se está logrando una real participación comunitaria de acuerdo a lo estipulado con injerencia en las políticas relacionadas a la TB.

“La idea de una participación comunitaria que involucra a todos y tengan un plan de manera real para detener el problema localmente; donde el ciudadano no es un objeto, es un sujeto que participa de las decisiones. Eso es una estrategia que debe desarrollarse dentro del fortalecimiento del primer nivel de atención, pero la participación comunitaria está teniendo una lógica colaborativa del ciudadano con el Estado en las cosas que el Estado no puede hacer, como ir a buscar a las personas con problemas con TB a las comunidades, captarlas, hacerles seguimiento de sus medicamentos, pero más en un marco de apoyo...”

“Se espera una participación comunitaria democratizadora de las decisiones y las políticas del Estado, no existe, lo que tenemos es una visión utilitaria del involucramiento del ciudadano en las lógicas que viene implementando el sector, en este caso la autoridad sanitaria, es más una visión instrumentalista de la participación de las personas y no una visión democratizadora de la participación comunitaria...”

“Tiene líderes extraordinarios que tienen muy buenas capacidades para desarrollar, construir y generar sus recursos, hay liderazgos importantes, con experiencia de crecimiento personal y comunitario que es muy positivo, siento que se han dado cuenta lo importante de estar organizados, han desarrollado estrategias positivas, pero todavía hay fragilidad organizacional.”

7.3.2.5. Cambios legales o de política para garantizar los derechos de las PAT

Se sugieren cambios sustanciales en el enfoque de la lucha contra la tuberculosis que incluya encarar los temas de salud desde una mirada integral, poner en la agenda política la necesidad de compromiso intersectorial, con una participación ciudadana sólida.

“Desde la sociedad civil debemos empezar a empujar procesos mucho más integrales, porque nos hemos organizado para eso, ... para encarar estos problemas en términos de los enfoques centrales que tienen las políticas, ... por ejemplo Foro Salud participa a nivel del Consejo Nacional de Salud, pero su participación en el Consejo Nacional de Salud es necesario estar allí, mirar las cosas que se hacen, pero no se plantean los problemas de fondo, ... ¿Cuál es el problema de fondo por el cual el sistema de salud es tan excluyente y discriminatorio? Hay un tema del enfoque, hay una visión mercantilista del sistema de salud, una visión básicamente de enfermedad, no nos va a llevar a una participación democratizadora, entonces debemos dar una lucha programática en el cambio de los enfoques, creo que esas una debilidad que hemos tenido como sociedad civil, no hemos enfrentado los problemas hacia una verdadera democracia del ejercicio de los derechos de la participación de los ciudadanos”.

“Entonces si no logramos cambiar el enfoque, es decir si seguimos con estas mismas reglas con las que se ha construido el sistema de salud hacia adelante vamos a seguir en lo mismo, es importante en estos momentos plantear el cambio del sistema de salud, de

cómo se encara los problemas de salud de nuestro país, y eso es un tema que debe estar en la agenda, lamentablemente todavía no hemos recogido esa respuesta y seguimos la propia sociedad civil actuando fragmentadamente”

7.3.2.6. Entorno que favorecería o impediría los cambios sugeridos.

Favorecería trabajar con un real enfoque de derechos humanos, protección de la dignidad de la persona, dar respuesta real a sus necesidades de manera integral y multidimensional. Se propone establecer la Lucha contra la tuberculosis como una prioridad sanitaria nacional.

“ No se ha trabajado el enfoque de derechos humanos y protección y respeto de la dignidad de la persona y por lo tanto una respuesta integral a sus necesidades; la persona con TB es resultado de diferentes condiciones sociales, económicas en las cuales se desarrolla la persona, las condiciones de exclusión que sea: por razones de estar presos, porque en las prisiones no se vive bien, entonces se generan condiciones de desarrollo de esta enfermedad, condiciones de pobreza, condiciones de exclusión, por ejemplo trabajadoras sexuales, o quienes son excluidas por su orientación sexual, LGTBI pobres van a tener mayores posibilidades de tener TB, entonces hay diversas situaciones en nuestra sociedad que terminan como resultado un alto índice de personas con TB. La Tb es resultado de un conjunto de problemas de discriminación, exclusión y vulneración de derechos humanos que hay en la sociedad; y ese resultado en términos de abordaje”

“... abordar las condiciones de no enfermar lo que significa no tener condiciones de vulnerabilidad y no tener las condiciones de riesgo, tener soporte emocional, educación, por eso el enfoque multidimensional de la TB es tan relevante, el hecho de no estar expuesto tendría que ver como vives, donde vives, donde y como trabaja, son una dimensión de condiciones de la vida...”

“...Es importante Priorizar la TB declararla una prioridad sanitaria, establecer un comité de seguimiento multisectorial, y fortalecer las coordinaciones a nivel nacional y territorial”

7.3.3. Entorno legislativo y de políticas: igualdad y equidad de género.

7.3.3.1. Leyes o políticas que impactan la igualdad de género.

Si bien en nuestro país la mayor carga de tuberculosis recae en los varones, es necesario tener en cuenta las necesidades de las PAT como acceso a seguro, disponibilidad de horarios en la atención en salud, que permita un mejor acceso y seguimiento de los casos. Promover el respeto a la identidad de género y sexual, la igualdad de oportunidades que haga frente a la exclusión e injusticia.

“... como sabemos la población masculina en edad económicamente activa es la población más afectada por TB, ese dato nos debería llevar a replantear los horarios de atención, porque con los horarios regulares que estamos acostumbrados a que lleguen las madres con sus hijos, debería cambiarse para que las personas que trabajan puedan acceder a su tratamiento, más aún si es tratamiento DOT. Es muy complicado para muchos pacientes que trabajan acceder a su tratamiento todos los días y luego tres veces por semana, ahora el MINSA trabajo un modo de acceder al DOT vía Web, ni siquiera necesitaban internet, grababan el video y luego los

enviaban, esa puede ser una salida para hombres y mujeres que trabajan que tienen muchas dificultades...”

“obviamente mayor desprotección va a tener las personas con menores opciones de acceder en general a los sistemas, ¿Quiénes pueden tener mejores oportunidades de acceder a servicios de salud? Los que tienen trabajo y tienen un seguro, y ¿Quiénes son los que tienen un trabajo y un seguro? Vemos que las mujeres tienen menores oportunidades de empleabilidad, si vemos quienes están en el sector informal son más mujeres que varones, por lo tanto, tienen que acceder al SIS, con todos los problemas que tiene el SIS, que está desfinanciado, con pocos recursos para atender estos problemas. Los problemas que tenemos de exclusión se reflejan también en las cuestiones de género. Por lo tanto, no hay un enfoque de género, igualdad y equidad de género, igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, no hay un enfoque en cuanto a la igualdad sexual, la identidad de género de las comunidades de los trans, las poblaciones excluidas, obviamente es el reflejo. La lucha contra la TB no es una isla por el contrario se incrementa por toda la exclusión e injusticia.”

“En el caso de las mujeres trans con TB, a pesar de existir políticas de equidad de igualdad de género, no se incluye de manera tácita su identidad de género para el acceso a los servicios de salud”

Al interior de los establecimientos penitenciarios se presenta situaciones de vulneración de derechos en cuanto a la identidad de género en la población trans no atendiendo las necesidades propias de su identidad.

“En el caso de las mujeres trans es una población muy importante, encontramos situaciones especiales que requieren atención, por ejemplo con respecto en el registro por la identidad de género, se está mejorando el registro penitenciario, mejorar la normatividad, una persona PPL se le identifica por el DNI y se determina el penal a donde se le debe internar, para las trans femeninas se está haciendo abogacía para que conozcan este tema las autoridades y establezcan tratamiento específico, incluso dentro de los EP se trabaja algunas actividades específicas con ellas”

En el caso de las mujeres privadas de la libertad, existen restricciones para las mujeres internas en penales mixtos quienes no tienen un espacio de aislamiento disponible ya que la mayoría de las salas están destinadas a la población de varones por ser más casos.

“Hasta para eso como mujeres tenemos restricciones, hay penales donde la población es femenina exclusivamente, digamos que una interna que se afecte por tuberculosis va a tener un espacio de aislamiento, el problema viene donde hay penales mixtos donde el 98% de los afectados por TB son varones entonces las salas de aislamiento están destinadas a ellos...”

7.3.3.2. Sistemas para gestionar casos de género.

De acuerdo con los entrevistados, no se identifica un sistema oficial dirigido a gestionar casos de género; sin embargo, el Estado peruano ha implementado una serie de normas en el marco de las convenciones internacionales dirigidas a proteger la equidad e igualdad de género frente a ello, existen esfuerzos individuales y también colectivos de ONG que brindan soporte a las mujeres trans quienes ven vulnerados sus derechos de acceso a la

salud con relación al estigma y la discriminación.

“La lucha contra la TB no es una isla por el contrario se incrementa por toda la exclusión e injusticia. . Los problemas que tenemos de exclusión se reflejan también en las cuestiones de género. Por lo tanto, no hay un enfoque de género...Hay esfuerzos individuales y colectivos...”

“Si bien es cierto que se han implementado una serie de normas en el marco de convenciones dirigidas a proteger la equidad de género e igualdad de género sean respetadas, el problema es la aplicación de estas normas, hay limitaciones, incluso hay mujeres trans...”

7.3.3.3. Enfoque de género en las leyes o políticas relacionadas a TB.

La vigente norma técnica de atención de casos de TB establece un manejo especial en el tratamiento para las gestantes para prevenir problemas de teratogenicidad, un teratógeno es un agente capaz de causar un defecto congénito y malformaciones en el niño.

“...lo que si tenemos en la norma es el manejo de la gestante, que es una cosa aparte, si se tiene que manejar porque las drogas y cada medicamento de TB, tiene una categoría para evitar lo que son los problemas de teratogenesis y de malformaciones en el niño”.

Para la atención de casos TB/VIH existe un documento normativo emitido en el 2018, el cual requiere actualización, ya que existen nuevos medicamentos, así como tener en cuenta lo referido a los procesos de hormonización de las mujeres trans, para ello se requiere un trabajo articulado entre las direcciones de prevención de control de tuberculosis y VIH/ITS y Hepatitis.

“...se tiene que actualizar la norma de TB-VIH, ..., porque hay nuevos medicamentos, nuevas cosas, hay aspectos de ese tipo de hormonización que se tiene que incluir, porque la población TB-VIH tiene ese tipo de problemas, y eso tiene que estar en una norma actualizada, se tiene que incluir también los nuevos esquemas de terapia preventiva para estos pacientes y trabajar de una forma más articulada...”

En la Política Nacional de DDHH se está formulando una serie de indicadores que reconozcan las vulnerabilidades y necesidades particulares de las comunidades teniendo en especial consideración el enfoque de género, etario e interseccionalidad.

7.3.3.4. Sistema o proceso para apoyar la equidad/igualdad de genero

No se identifica un sistema claro sobre el apoyo a la igualdad y equidad de género. Si bien es cierto que se han implementado una serie de normas en el marco de convenciones dirigidas a proteger la equidad de género e igualdad de género sean respetadas, el problema es la aplicación de estas normas.

“...hay limitaciones, incluso hay mujeres trans que no son atendidas les cierran las puertas o no son atendidas como debería ser...”

8. CONCLUSIONES

A través de la evaluación cualitativa realizada se presenta las conclusiones sistematizadas de acuerdo con los objetivos específicos del presente estudio:

8.1. Sobre poblaciones clave

1. Las personas afectadas por TB están en todos los estratos sociales, en todos los géneros y de todas las etapas de vida, hay poblaciones clave que están contempladas por el Estado peruano a través de la Dirección General de Prevención y Control de Tuberculosis (DPCTB) MINSA implementando el Sistema Gerencial de Información de TB SIGTB que todas las instituciones del país que manejan casos de TB deben reportar: MINSA, FFAA, FFPP, ESSALUD, INPE. Con el análisis de esta información y de los escenarios político-sociales se determinan las estrategias a ser implementadas a nivel nacional, a fin de cumplir con algunos objetivos de la estrategia Fin de la TB, de la Organización Mundial de la Salud a los cuales se deben alinear e implementar de acuerdo con nuestro escenario político social. A partir de este análisis deviene que las poblaciones más afectadas por TB son aquellas cuyas condiciones de vida las expone al Bacilo de Koch como aquellas que viven en situación de pobreza, los contactos de las personas afectadas por TB, personas con comorbilidades como Diabetes o diabéticos no controlados y coinfecciones como TB/VIH, entre las que se destacan las poblaciones trans, que disminuyen su capacidad inmunológica y por tanto tienen un alto porcentaje de fallecimiento; así como las personas privadas de su libertad, que por sus condiciones de hacinamiento las hacen muy vulnerables a la TB; existe otras poblaciones clave identificadas en la priorización realizada para este estudio a las cuales se debe tener en cuenta como son las poblaciones indígenas que generalmente están dispersas pero que las condiciones de vulnerabilidad que están expuestas son evidentes, así como a la población migrante (en especial las TB/VIH) que en los últimos años han llegado a nuestro país, en especial la población venezolana que requieren una atención prioritaria. El impacto de las políticas en la población en pobreza o extrema pobreza se centra en la falta de abordaje de los determinantes sociales de la TB, produciendo un alto porcentaje de casos y abandonos al tratamiento.

2. Las personas afectadas por tuberculosis reconocen que tienen una enfermedad contagiosa que debilita su salud; ante la presencia de los primeros síntomas muchos no suelen asociarlo con la tuberculosis, por lo que han recurrido a la automedicación o a la compra de medicamentos en farmacias (automedicación), la población indígena considera la curación por medicina tradicional como la primera alternativa para hacer frente a situaciones de salud, también hay quienes no han tenido síntomas propios de la TB por lo que el diagnóstico se ha producido a raíz de otras dolencias. En general, la población afectada identifica entre las causas más frecuentes para contraer la tuberculosis sus condiciones de vivienda, falta de medios económicos, los malos hábitos alimenticios como ingesta de alimentos no nutritivos, postergación de la alimentación por priorizar otras actividades como estudios y/o el trabajo, y en el caso de las mujeres el cuidado de los hijos e hijas u otras personas enfermas en su entorno familiar, estar en contacto con otras personas con síntomas y no haber tomado medidas de protección. Las personas viviendo con VIH y mujeres trans comprenden que sus condiciones de vida las expone por el deterioro de su sistema inmunológico, esta misma causa es reconocida por las personas con diabetes; mujeres y varones reclusos en establecimientos penitenciarios perciben que están expuestos a la TB por su condición de reclusión, consumo de sustancias, depresión, deficiencias en la alimentación y por las condiciones de hacinamiento y poca ventilación de las celdas.

3. Entre las principales barreras para acceder a la atención se identifica, la percepción de una atención “muy lenta”, debiendo estar muy enfermo para ser atendido, por lo que deben regresar en varias oportunidades corriendo el riesgo de deteriorar más su estado de salud. Se reconoce la gratuidad del servicio, pero sienten que se pierde mucho tiempo en la espera de atención; a esto se añade las dificultades relacionadas a los trámites administrativos para el acceso a los servicios de salud debido a procesos engorrosos o no ser orientados de manera efectiva, sino se cuenta con el SIS se accede recién al servicio de tratamiento gratuito a la TB, después de ser diagnosticado, por ello frente a la presencia de síntomas debieron acudir a médicos particulares, en los cuales tuvieron dificultades para recibir un diagnóstico preciso, al ver que los síntomas persisten retornan al establecimiento de salud del Estado.
Si bien contamos con el Seguro Integral de Salud- SIS, el cual asegura la gratuidad en todo el camino de la TB, no todas las poblaciones clave están incluidas en este sistema como es el caso de la población migrante que tiene TB, que en su mayoría ingresaron al país con Cédula de Identidad, y les toma tiempo tramitar su Carnet de Extranjería, y ven

limitada la gratuidad en los exámenes radiológicos u otras pruebas como perfil hepático que requieren, es un punto importante para trabajar intersectorialmente con la Dirección de Migraciones, con la propuesta de una Ley.

El aspecto financiero es un desafío que deben afrontar las personas en situación de pobreza, a pesar de que el tratamiento es gratuito para quienes tienen SIS, se dan casos de falta de disponibilidad de algunos medicamentos en el establecimiento de salud, por lo que deben adquirirlos en farmacias generando un gasto de bolsillo que afecta más aún a los PAT que provienen de lugares urbano-marginales, y carecen de recursos económicos. Durante el tratamiento, algunos precisaron haber comprado los medicamentos para contrarrestar los efectos adversos de los medicamentos, también hubo gastos por internamiento, ya que no contaba con SIS.

Una situación que dificulta el proceso de diagnóstico en los establecimientos penitenciarios es la limitada dotación de equipos de laboratorio y personal para cubrir la gran demanda de atención, debiendo recurrir a los laboratorios del MINSA, los cuales tienen sobrecarga laboral y reducido personal. Otro aspecto que afecta el proceso de recuperación de las PAT PPL es que no están considerados como población beneficiaria de las canastas PANTB, que la Ley establece que toda persona afectada por TB debe estar incluida en el Programa Complementación Alimentaria, esto se convierte en una vulneración de derechos, por lo que al interior de los establecimientos penitenciarios se realizan gestiones para mejorar la nutrición de las PAT, así como el apoyo de organizaciones benéficas.

Las personas indígenas asentadas en Lima perciben como barrera de acceso a la salud que el personal no toma en cuenta sus costumbres o su lenguaje, por la falta de comprensión de su cultura o la incompreensión de la información que se les brinda muchas de ellas les es difícil entender las indicaciones en el camino de la TB lo cual se convierte en una forma de discriminación.

El principal desafío que deben afrontar las personas con coinfección TB/VIH se relaciona a la adherencia al tratamiento, las reacciones adversas a los medicamentos, más si son diagnosticadas con TB MDR y XDR, así como los inadecuados horarios de atención que dificulta el acceso y el recojo de la medicación.

Además de las repercusiones físicas que la enfermedad conlleva identifican el impacto emocional del diagnóstico, aunado a las manifestaciones de estigma percibido tanto en el ámbito familiar como en el comunitario, que se evidencia por el alejamiento de no querer estar en el mismo espacio, por lo cual han tenido que alejarse, además por el temor de contagiar a otras personas.

Otros desafíos que debe afrontar las poblaciones clave y vulnerables son las repercusiones en el aspecto laboral, con la pérdida de trabajo, lo cual se complica más aún la situación económica, ya que viendo afectada su salud requieren asistir al establecimiento de salud en reiteradas

ocasiones.

Si bien los establecimientos de salud del Estado están ubicados en las cercanías de los domicilios, muchos deben tomar los servicios públicos para trasladarse, hacia el establecimiento de salud para el recojo de sus medicamentos ya que su estado de salud no les permite moverse.

En nuestro país existen mecanismos para canalizar denuncias relacionadas a la vulneración de derechos en salud, como son: SUSALUD, Defensoría del Asegurado, entre otros, pero las PAT mayormente desconocen estos procedimientos, y quienes los han utilizado perciben que no han sido escuchados al ver que no se ha dado solución a sus demandas, quedando sus denuncias sin resolver, otros no lo utilizan por temor a represalias. En este mismo sentido hay escaso conocimiento de mecanismos de participación en las que puedan hacer visible sus demandas como redes de apoyo comunitario u organizaciones de afectados por TB, frente a la vulneración de derechos o situaciones de discriminación que puedan estar expuestos.

4. Así como se presentan barreras en el camino de la TB, también hay facilitadores destacables, la mayoría expresa satisfacción por la atención brindada por los proveedores de salud, respecto a la atención desde el inicio de tratamiento, información que reciben sobre el tratamiento; valoran el interés de los profesionales de salud en cuanto al seguimiento para evitar el abandono, además de las visitas domiciliarias como parte del acompañamiento y seguimiento de detección de TB en los familiares, pero así mismo se hace referencia a la necesidad de que presten mayor atención a sus necesidades inmediatas de salud, sin esperar a que los síntomas se agraven. En este proceso se da énfasis a la importancia del apoyo psicológico y emocional necesario frente a las situaciones de depresión producto del diagnóstico, este soporte emocional es indispensable para evitar el abandono y fortalecer la adherencia al tratamiento, el cual se brinda a través de charlas, o en su momento reuniones grupales, lo cual también les ha permitido hacer frente a las situaciones de estigma y discriminación. El apoyo familiar es trascendental como facilitador en el camino de la TB, generalmente los familiares los apoyan desde el inicio de los síntomas, brindan el acompañamiento al centro de atención, al conocer el diagnóstico y durante el tratamiento, proporcionando ayuda económica, alimentos, como también refieren apoyo moral y cuidados.

Otro facilitador es la asistencia del Estado a través del Programa de Complementación Alimentaria PANTBC, mediante la entrega de canastas mensuales para fortalecer su estado nutricional, la cual en algunos casos no llega a tiempo o tardan en incluirlos en este beneficio. En el caso de las PPL hay un reconocimiento de la labor de los delegados y/o promotores de salud en todo el camino de la TB: identificación de sintomáticos respiratorios, acompañamiento y seguimiento para la toma de medicamentos, incluyendo apoyo emocional, a través de abordaje

individual el cual se brinda a través de sus propios testimonios de vida y también charlas grupales.

En las personas indígenas existe un fuerte vínculo de apoyo en la comunidad, lo cual les brinda seguridad, soporte emocional, económico y en el cuidado de los hijos e hijas.

La gratuidad de la atención y de medicamentos es reconocida como muy favorable ya que las condiciones socioeconómicas de la mayoría de las personas afectadas por TB no les permite asumir los gastos que conlleva la enfermedad.

El monitoreo de los medicamentos se centra en el seguimiento que realiza el personal de salud para verificar el cumplimiento de la toma de medicamentos, así como, flexibilizar la entrega de medicamentos de manera semanal y a raíz de la pandemia de COVID-19 se implementó el seguimiento a través de vídeo llamada a fin de verificar la toma del tratamiento.

8.2. Sobre Género

1. Con respecto a las mujeres: En general las opiniones están dirigidas a que la mujer debe ser considerada con las mismas capacidades que los varones, cumple muchos roles ya que además de dirigir el hogar y hacerse cargo del cuidado de los hijos y otros miembros de la familia realiza otras actividades laborales a fin de brindar sustento al hogar; se considera que debe tener las mismas oportunidades para desarrollarse, la misma libertad de poder hacer lo que desee en diferentes entornos donde se desenvuelva. Es capaz de hacerse cargo de su salud, asistir sola a un centro de salud, tener el control de su tratamiento. La mayoría percibe que no existe vulnerabilidad a la infección por cuestiones de género, consideran que la TB afecta de igual a manera hombres y mujeres.
Si bien el ser mujer no se reconocen como una barrera en el camino de la TB, sus vivencias, sus necesidades y su rol en la sociedad evidencia la priorización de su actitud maternal de protección y cuidado de sus hijos, lo cual hace que muchas mujeres posterguen su atención, también expresan sentimientos de depresión o angustia por el temor de contagiar a otros miembros de la familia, pero esta situación se convierte en la principal motivación para culminar con el tratamiento dando muestra de una actitud resiliente. En el caso de las mujeres embarazadas se presenta efectos de rechazo a los medicamentos por el mismo estado de gestación lo cual refieren es pasajero.
2. Con respecto a los varones: La vulnerabilidad a la TB en los varones se identifica por el descuido que tienen respecto a su alimentación, algunos más jóvenes priorizan sus actividades como estudios y trabajo y postergan su alimentación, o ingieren *“comida chatarra para engañar al estómago”*;

otros son más vulnerables por el consumo de sustancias psicoactivas. Los propios varones refieren que frente a la presencia de síntomas son más temerosos o sienten vergüenza al acudir a un establecimiento de salud para prevenir alguna enfermedad y solo llegan cuando se agrava el estado de salud, esto se convierte en una barrera personal para el acceso de los servicios de salud, durante el camino de la TB no se identifica otros factores como barreras o facilitadores distintivos a los mencionados anteriormente.

3. Con respecto a las personas transgénero. Es importante mencionar que existen percepciones diversas y contrapuestas, algunos refieren que son mal vistas por la sociedad, y son rechazadas por su comportamiento y estilo de vida, y por ello, están más expuestas a muchas enfermedades como al TB, el VIH, entre otras; por otro lado, encontramos opiniones que reconocen sus derechos como ciudadanos y ciudadanas, respetando su identidad de género e identidad sexual, por lo que no deben ser juzgadas ni estigmatizadas ya que son actitudes machistas de nuestra sociedad que produce un impacto negativo en su autoestima. Frente a las situaciones de vulneración de sus derechos en nuestro país existe intervenciones tanto del Estado como de ONG dirigidas al cuidado de su salud, así como organizaciones de las mismas personas trans que trabajan su empoderamiento y realizan acciones de incidencia ante diferentes sectores del Estado para hacer valer sus derechos.
4. Las diferencias de género varones-mujeres no tienen impacto en la calidad de la asistencia recibida, pero sí existe un marcado nivel de estigma y discriminación hacia las personas trans lo cual impacta negativamente en todo el camino de la TB; se identifica como barrera de acceso a la atención en salud las limitadas oportunidades laborales que determinan la poca asistencia a los servicios de salud ya que los horarios de atención no se adecuan a su disponibilidad, esta barrera es fundamental que requiere ser trabajada.

8.3. Sobre el Contexto Legal relacionado a la TB

1. Se identifica que el principal problema del acceso a la justicia es la disponibilidad de recursos, ya que se requiere recursos económicos para tener asesoría legal, tiempo para seguir los procesos, a pesar del daño que tiene la persona afectada frente a la vulneración de derechos; lamentablemente según los entrevistados en nuestro país el índice de corrupción es muy elevado lo cual obstaculiza el acceso a la justicia.

2. A través de la Dirección de Acceso a la Justicia y Medios alternativos del MINJUS se da solución a conflictos relacionados al acceso a la justicia, para ello se cuenta con una mesa de partes virtual a nivel nacional donde se recibe los reclamos, en caso se vulneren algún derecho es derivado de acuerdo con la temática; sin embargo, existe poca difusión de este mecanismo.
3. Específicamente para denunciar los hechos relacionados a la vulneración de derechos en salud existe la entidad SUSALUD cuya finalidad es velar por el cumplimiento de los derechos de los usuarios; de acuerdo con los entrevistados existe una lentitud en los procesos y finalmente no encuentran eco a sus denuncias. Por otro lado, la Defensoría del Pueblo emite Informes Defensoriales con observaciones relacionadas a los servicios de atención, pero se percibe limitada disposición para enmendar las observaciones vertidas.
4. Si bien en nuestro país, el Estado a través del MINSA da muestra de sus esfuerzos a través de la emisión de diferentes documentos normativos para disminuir la incidencia de tuberculosis orientando sus intervenciones en la disminución de los casos de tuberculosis en todas sus formas, mediante acciones de detección, diagnóstico, tratamiento oportuno y adecuado; y de esta manera, interrumpir la cadena de transmisión en la comunidad, el enfoque político básicamente está dirigido con una mirada clínica, biomédica, pero no se están abordando los determinantes que influyen a que nuestro país siga teniendo las altas tasas de TB a nivel mundial, esto es consecuencia del limitado compromiso intersectorial que permita un trabajo multidimensional de la TB a pesar que la Ley de TB lo plantea.
5. En la Ley de TB y otros documentos normativos se reconoce la importancia de constituir mecanismos de participación ciudadana a través de las mesas de trabajo, mesa de diálogo, reuniones o talleres informativos, de capacitación, entre otros, organizados con el fin de recoger propuestas y entablar diálogo con la sociedad civil y las instituciones vinculadas al trabajo con la tuberculosis; de acuerdo a los entrevistados no se está logrando una real participación comunitaria de acuerdo a lo estipulado, sin embargo en los últimos meses se están generando espacios de encuentros entre la DPCTB y la sociedad civil a través del OBSERVA TB-Perú.
6. El enfoque legal de las personas privadas de la libertad se enmarca en el Código de Ejecución Penal, a partir de ello rigen los deberes como personal de salud, los derechos de los internos de recibir atención en

salud; y específicamente en TB, el documento normativo es la Norma Técnica vigente, las directivas y protocolos que dicta el MINSA.

7. El Programa de Complementación Alimentaria del MIDIS, que se implementa a través de los gobiernos locales, establece el beneficio de las canastas PANTBC para todas las personas afectadas por TB quienes tienen derecho a la adecuada alimentación la cual se fortalece mediante la entrega de productos nutricionales; lamentablemente entre los beneficiarios no se ha incluido a las personas privadas de la libertad, debido a que de acuerdo al Código de Ejecución Penal el INPE le debe dar todo a los internos, este vacío perjudica la recuperación de las personas afectadas por TB recluidas en los penales a pesar que es un derecho para todos los pacientes, independiente de su condición de libertad.
8. Actualmente existen organizaciones de afectados por TB (OATs) quienes realizan acciones, como vigilancia en la entrega de canastas del PANTB, para ello las OAT realizan trabajos de índole territorial coordinando con los gobiernos locales, canalización y seguimiento de casos y así comprobar que la entrega se realice de manera oportuna y con calidad a las PAT; también hay participación en espacios nacionales como la Junta de usuarios de SUSALUD y el Observatorio de TB; una dificultad expresada es que aún la participación comunitaria no se visibiliza en la toma de decisiones de implementación en las normativas, al respecto desde el Observa TB, se viene informando a la DPCTB indicadores relacionados al aporte de la sociedad civil a la respuesta nacional de la TB.

9. RECOMENDACIONES

9.1. Sobre Poblaciones clave

1. Es evidente que la mayor carga de TB se concentra en las grandes ciudades y es en ellas donde se dan también los desafíos socioeconómicos relacionados a la TB, en nuestro país tenemos extensas zonas urbanas donde habitan personas en situación de pobreza y pobreza extrema en las cuales se evidencia tugurización, escasos de servicios de saneamiento, viviendas hacinadas donde habitan un número elevado de personas; personas en edad económicamente activa que mayormente labora de manera informal, con escasos hábitos saludables; estas circunstancias de vulnerabilidad afectan el acceso oportuno a los diagnósticos, cuidados y prevención de salud que influyen en la diseminación de la tuberculosis, por lo tanto se requiere de un enfoque político en las intervenciones desde una mirada integral, multisectorial y de DDHH, considerando un abordaje desde los determinantes sociales de la TB.
2. Teniendo en cuenta que la tuberculosis es un problema multidimensional, se requiere asegurar el compromiso político multisectorial que permita el abordaje de los determinantes sociales de la salud que impactan en la TB, con enfoques articulados con otros sectores del estado asegurando el financiamiento de las actividades de prevención y control de TB en todos los subsectores incluyendo en INPE.
3. Con respecto a la atención en salud es imprescindible una adecuación de los servicios con enfoque en la persona, identificando sus necesidades sociales, económicas, culturales que faciliten la accesibilidad, horarios adecuados a las necesidades de las diferentes poblaciones claves, acelerar los trámites administrativos e inclusión universal al SIS que son barreras en el acceso, disponibilidad de pruebas de diagnóstico y tratamiento oportuno; debe considerarse las recomendaciones internacionales basadas en evidencias que permitan incluir nuevas tecnologías sanitarias, como la inclusión de tratamientos más cortos y menos invasivos para todos los tipos de TB, de este modo asegurar la adherencia y evitar los abandonos; un claro ejemplo es lo que está ocurriendo con los tratamientos para TB MDR y XDR en que los inyectables causan alta toxicidad, secuelas y abandonos por la baja tolerancia.

4. Siendo el estigma y la discriminación situaciones de vulneración de derechos es necesario difundir los diferentes canales de denuncias y dar celeridad a estos reclamos que se presentan ante las diferentes instancias gubernamentales, ya que a la fecha no hay una respuesta efectiva que favorezca a los afectados por TB; es necesario fortalecer los espacios de vigilancia social comunitaria, a través de las cuales se podrían canalizar denuncias.
5. A fin de mejorar la participación de las poblaciones clave se requiere una sociedad civil fortalecida en aspectos de vigilancia e incidencia ante las autoridades para colocar en la agenda el tema, otorgándole un posicionamiento y visibilidad necesarios para garantizar la real gobernabilidad democrática; activar el monitoreo comunitario como una herramienta de vigilancia e incidencia que permita reflejar donde se concentra la TB y cuáles son las acciones que se están realizando para su debido control; ello requiere entre otras acciones dar sostenibilidad al Observatorio Social de Tuberculosis del Perú, que es una instancia de la sociedad civil cuyo rol clave es monitorear la respuesta nacional de lucha contra la TB, y en la incidencia política y la movilización de recursos (incluyendo los recursos financieros en apoyo a las actividades comunitarias de la sociedad civil), así como el fortalecimiento de capacidades para la participación e involucramiento de las organizaciones de sociedad civil en la prevención y control de la TB en especial las organizaciones de afectados (OAT).
6. Se requiere incluir en el presupuesto acciones comunicacionales de prevención de la TB considerando las características de las diversas poblaciones vulnerables, así como incrementar las campañas de despistaje en los espacios de interacción social de estas poblaciones. Asimismo, por la experiencia identificada en este estudio es necesario ampliar y asegurar la participación de los delegados o promotores de salud en por lo menos los Establecimientos Penitenciarios de mayor prevalencia de TB.

9.2. Género

1. Si bien no se ha identificado barreras de género sustanciales, es necesario identificar horario que permita el acceso a los servicios de salud a las mujeres considerando sus diversos roles que cumple, asimismo es necesario institucionalizar la Ley de Identidad de Género, y poner en práctica todo lo dictaminado por la Ley en todos los servicios del Estado con énfasis en los servicios de atención, de modo que la

población LGTB y sobre todo la población trans tenga o no TB o VIH, no sea expuesta a vulneración de derechos que determina una barrera en el acceso a la salud integral.

2. Es necesario promover y desarrollar estudios que permita conocer el real impacto del género en la TB, el género y la vulnerabilidad, así como conocer cómo afecta el género en todo el camino de la TB, incluyendo el abandono y adherencia a los tratamientos.
3. Se requiere incorporar dentro del Sistema de Información de TB del MINSA todos los géneros que permita visualizar la carga de TB, así como el impacto de la pertenencia de género, tal es el caso de las mujeres trans, de modo que se establezcan estrategias pertinentes.

9.3. Sobre Contexto Legal relacionado a la TB

1. En nuestro país tenemos un punto a favor que es la LEY 30287 Ley de Tuberculosis del 2014, que entre sus importantes aspectos considera las responsabilidades de los diferentes ministerios para hacer frente a la TB, la cual requiere una revisión y actualización que responda al contexto actual, asimismo es necesario realizar un monitoreo y seguimiento al cumplimiento de la Ley desde la sociedad civil.
2. Revalorar el rol de la Dirección de Prevención y Control de la TB como el órgano que dirige las intervenciones en TB en el país y evitar la gran segmentación que existe en los diferentes sectores de salud en el país.
3. Revisión y adecuación de los diferentes documentos normativos emitidos por el MINSA como de otros sectores y subsectores que garanticen la incorporación de las normas internacionales, el respeto a los derechos humanos, tomemos un claro ejemplo que los PPL no están incluidos como beneficiarios del Programa de Complementación Alimentaria PANTB.
4. Desde el MINJUS, el Plan Nacional de Derechos Humanos, que en esencia da espacio a la participación ciudadana con la inclusión de las diferentes poblaciones vulnerables e incluye a las organizaciones de afectados por TB y PVV que a la fecha ya caducó, pero que en la actualidad se espera dar paso a la propuesta de generar una Ley de Derechos Humanos.
5. Seguimos enfatizando que, para garantizar los derechos de las personas afectadas por tuberculosis se sugieren cambios sustanciales en el enfoque de las políticas, debiendo encarar los temas de salud desde una

mirada integral, multisectorial y de Derechos Humanos, poner en la agenda política la necesidad de compromiso intersectorial, con una participación ciudadana sólida, declarando como *“Situación de Emergencia Nacional la Tuberculosis”*, por ello se requiere que el Ministerio Economía y Finanzas destine los fondos necesarios desde un Plan Nacional y Multisectorial de lucha contra la Tuberculosis.

6. Finalmente, existen poblaciones que por diversas circunstancias no están accediendo al sistema de salud, como es el caso de la población migrante, por ello, es necesario contar con la normatividad que garantice el ingreso al SIS.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Global Tuberculosis Report 2020. WHO; Geneva, Switzerland: 2020. [Consultado 29 mayo 2021]. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
2. Organización Panamericana de la Salud. Temas Tuberculosis 2019. Pan American Health Organization; Washington, DC, USA: 2019. [Consultado 29 mayo 2021]. Disponible en : <https://www.paho.org/es/temas/tuberculosis>.
3. Organización Mundial de la Salud. Reporte de perfil de tuberculosis por país.2019. . WHO; Geneva, Switzerland: 2020. [Citado 22 mayo 2021]. Disponible en:https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22ES%22&iso2=%22BR%22.
4. Ranzani OT, Pescarini JM, Martínez L, Garcia-Basteiro AL. Increasing tuberculosis burden in Latin América: an alarming trend for global control efforts. *BMJ Glob Health*. 2021 Mar;6(3).
5. Roberts T, Sahu S, Malar J, Abdullaev T, Vandeveld W, Pillay YG, et al. Turning threats into opportunities: how to implement and advance quality TB services for people with HIV during the COVID-19 pandemic and beyond. *J Int AIDS Soc*. 2021 Apr;24(4):e25696.
6. Romero Hernández C. Diferencias de género en las redes de apoyo social entre los pacientes con tuberculosis pulmonar: estudio cualitativo en dos poblados del estado de Veracruz, México. *Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*. 2004;17:80-90.
7. Rossetto M, Maffaccioli R, Rocha CMF, Oliveira D, Serrant L. Tuberculosis/HIV/AIDS coinfection in Porto Alegre, RS/Brazil - invisibility and silencing of the most affected groups. *Rev Gaucha Enferm*. 2019 jun 10;40:e20180033.
8. Alianza Alto a la Tuberculosis. TB CRG Country-Level Assessment Protocol. Ginebra,2021. disponible en: <http://www.stoptb.org/communities/default.asp#CRG>.
9. Walter KS, Martínez L, Arakaki-Sanchez D, Sequera VG, Estigarribia Sanabria G, Cohen T, et al. The escalating tuberculosis crisis in central and South American prisons. *Lancet*. 2021 Apr 24;397(10284):1591-6.
10. Herramienta de evaluación de género para la respuesta nacional al VIH y la tuberculosis 2016. Disponible en: http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/acsm/Gender_Assessment_Tool_TB_HIV_UNAIDS_FINAL_2016%20ENG.pdf.
11. Begum V, de Colombani P, Das Gupta S, Salim AH, Hussain H, Pietroni M, et al. Tuberculosis and patient gender in Bangladesh: sex differences in diagnosis and treatment outcome. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2001 jul;5(7):604-10.
12. Fondo Mundial. Informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos. Ginebra 2019. Disponible en: https://www.theglobalfund.org/media/6522/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_es.pdf.

13. Alarcón V, Alarcón E, Figueroa C, Mendoza-Ticona A. Tuberculosis en el Perú: Situación epidemiológica, avances y desafíos para su control. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2017;34:299-310.
14. Datos sobre poblaciones para la acción contra la tuberculosis, poblaciones clave vulnerables y desatendidas Disponible en: <http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/Data%20for%20Action%20for%20Tuberculosis%20Key,%20Vulnerable%20and%20Underserved%20Populations%20Sept%202017.pdf>.
15. Alianza Alto a la Tuberculosis. People living with HIV: Key populations brief. Ginebra, 2016.
16. Evaluaciones del entorno legal para la tuberculosis: una guía operativa 2017. Disponible en: http://www.stoptb.org/assets/documents/communities/StopTB_TB%20LEA%20DRAFT_FINAL_Sept%2027.pdf.
17. Ugarte-Gil CsA. Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. *Acta Médica Peruana*. 2009;26:55-7.
18. Ushio M. [Amendment of tuberculosis prevention law and prospect of tuberculosis control program]. *Kekkaku*. 2005 Jul;80(7):541- 6.
19. Gibson JL, Forman L, Nixon SA. Bioethics and the Right to Health: Advancing a Complementary Agenda. *Health Hum Rights*. 2015 Jun 11;17(1):E1-5.
20. Gianella C, Pesantes MA, Ugarte-Gil C, Moore DAJ, Lema C. Vulnerable populations and the right to health: lessons from the Peruvian Amazon around tuberculosis control. *Int J Equity Health*. 2019 Jun 3;18(1):28.
21. Collins CJ, Greenall MN, Mallouris C, Smith SL. Time for full inclusion of community actions in the response to AIDS. *J Int AIDS Soc*. 2016;19(1):20712.
22. Oga-Omenka C, Bada F, Agbaje A, Dakum P, Menzies D, Zarowsky C. Ease and equity of access to free DR-TB services in Nigeria- a qualitative analysis of policies, structures and processes. *Int J Equity Health*. 2020 Dec 10;19(1):221.
23. Bouvet R, Le Gueut M. [Tuberculosis and refusal of treatment: resorting to legislation on serious health threats]. *Rev Mal Respir*. 2013 Jun;30(6):451-7.
24. Leneck CM. Definition of gender. *CMAJ*. 1994 Jan 15;150(2):130.
25. Villa Vélez L, Arbelaez Montoya MP. Gender Differences in the Interpretation of Experiences of Patients with Tuberculosis in Medellín, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2015;33:217-25.
26. Munayco CV, Mujica OJ, León FX, del Granado M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 Sep;38(3):177-85.
27. Bernal O, López R, Montoro E, Avedillo P, Westby K, Ghidinelli M. Determinantes sociales y meta de tuberculosis en los Objetivos de Desarrollo Sostenible en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e153. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.153>.
28. Llanos-Zavalaga LF, Velásquez-Hurtado JE, García PJ, Gottuzzo E. Tuberculosis y salud pública: ¿derechos individuales o derechos colectivos? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. 2012;29:259-64.
29. UNOPS-STOP TB PARTNERSHIP. Género y TB. 2020.

11. ANEXOS

Anexo 1: Relación de centros de salud que participaron en el estudio.

DIRIS/DIRESA/GERESA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
DIRIS LIMA ESTE	C.S. ÉXITO
	C.S. SAN ANTONIO
	C.S. MICAELA BASTIDAS
	HOSPITAL HUAYCAN
DIRIS LIMA NORTE	C.S. RAUL PORRAS BARRENECHEA
DIRIS LIMA SUR	C.S. SAN MARTÍN DE PORRES VES
DIRIS LIMA CENTRO	CS PEREZ CARRANZA
DIRESA LORETO	C.S. BELLAVISTA NANAY
	C.S. MORONA COCHA
	C.S. PROGRESO
	C.S. SAN JUAN DE MIRAFLORES
GERESA CALLAO	C.S. MÁRQUEZ
	C.S. ALAMO
	C.S. AEROPUERTO
	C.S. JOSE BOTERIN
	C.S. JOSE OLAYA
	C.S. VILLA LOS REYES
	C.S. MI PERÚ
	C.S. CIUDAD DE PACHACUTEC
	C.S. SANTA FE
	C.S. CARMEN DE LA LEGUA

INSTITUCION/ORGANIZACIÓN	LUGAR DE APLICACIÓN
INPE	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO LURIGANCHO
	ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE MUJERES CHORRILLOS
COMUNIDAD INDIGENA SHIPIBO-CONIBO CANTAGALLO	COMUNIDAD CANTAGALLO

Anexo 2: Resumen de normas legales relacionadas a TB.

El entorno legal de la TB en el Perú se ha elaborado en base a la declaración de los derechos de las personas afectada de tuberculosis publicada en el 2019. Un enfoque basado en los derechos humanos y sensible a las cuestiones de género para hacer frente a la tuberculosis y a otros problemas de salud implica integrar normas y principios relacionados (como la no discriminación, la transparencia y la rendición de cuentas) en el diseño, la ejecución, el seguimiento y la evaluación de los programas, así como capacitar a los grupos vulnerables y las poblaciones clave, creando los programas necesarios para atender a sus vulnerabilidades y necesidades, garantizando su participación en la toma de decisiones que les afectan, y asegurando que existan mecanismos de denuncia y restitución cuando se vulneren sus derechos. Los servicios basados en los derechos humanos deben fundamentarse en una evaluación y un análisis exhaustivos que permitan determinar dónde existen obstáculos relacionados con los mismos y desigualdad de género, así como a quiénes afectan. Una medida importante para garantizar los derechos humanos puede ser adaptar los programas existentes para asegurar la inclusión de las personas marginadas²⁶.

Los tratados internacionales de derechos humanos en el marco de Naciones Unidas y de la Organización de los Estados Americanos son numerosos y abarcan diversas materias, en este sentido el Estado peruano ha suscrito los siguientes convenios y tratados que la legislación internacional y regional en materia de derechos humanos comanda y proporciona el contenido de la Declaración de los Derechos de las Personas Afectadas por la Tuberculosis, la cual aplica sus prescripciones y aclara las obligaciones legales de los Estados en el contexto de la epidemia de tuberculosis:

Principales Tratados Universales de DDHH	Órgano de Tratado (Comité)	Suscripción y vigencia por el Estado Peruano ²⁷
La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)		Resolución Legislativa N.º 13282, publicada el 24 de diciembre de 1959.
El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales, y Culturales	CESCR	Suscrito por Perú el 11 de agosto de 1977 ratificación del 9 de setiembre de 1980, Vigente desde el 3 de enero de 1981.
El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966)	CCPR	Suscrito por Perú el 11 de agosto de 1977 y aprobado por el Decreto Ley N.º 22129. Vigente desde el 28 de julio de 1978.

²⁶ Informe técnico Tuberculosis, género y derechos humanos. The Global Found. Ginebra Suiza. Noviembre 2019

²⁷ Compendio de Derechos Humanos: Tratados Internacionales de los que el Perú es Parte. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Perú octubre 2012

Principales Tratados Universales de DDHH	Órgano de Tratado (Comité)	Suscripción y vigencia por el Estado Peruano ²⁷
La Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979)	CEDAW	Suscrita por Perú el 23 de julio de 1981 y aprobada por Resolución Legislativa N.º 23432. Vigente desde el 13 de octubre de 1982.
La Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965)	CERD	Aprobada por Perú mediante el Decreto Ley N.º 18969, publicado el 22 de setiembre de 1971. Vigente desde el 29 de octubre de 1971.
La Convención de los Derechos del Niño (1989)	CRC	Suscrita por el Perú el 26 de enero de 1990, y aprobada mediante Resolución Legislativa N.º 25278, Vigente desde el 4 de octubre de 1990.
Convención Contra la Tortura y Otros Tratos Crueles Inhumanos o Degradantes (1984)	CAT	Suscrita por Perú el 29 de mayo de 1985 y aprobada por Resolución Legislativa N.º 24815 Vigente desde el 6 de agosto de 1988.
La Convención Internacional para la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migrantes y los Miembros de sus familias (1990)	CMW	Suscrita por Perú el 22 de setiembre de 2004. Aprobada mediante Resolución Legislativa N.º 28602 Vigente desde el 1 de enero de 2006
La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad; (2006)	CRPD	Aprobada por Perú mediante Resolución Legislativa N.º 29127, publicada el 1 de noviembre de 2007 Vigente desde el 3 de mayo de 2008.
La Convención sobre el Estatuto de los Refugiados		Convención (21/12/1964) Protocolo (15/09/1983)
Convención Americana sobre los Derechos Humanos (1969)		Suscrita por Perú el 27 de julio de 1977 y aprobada mediante Decreto Ley N.º 22231 Vigente desde el 28 de julio de 1978.

Debe tenerse en cuenta que los tratados internacionales de derechos humanos de los cuales el Perú es parte tienen jerarquía constitucional dentro del ordenamiento jurídico peruano. Cada uno de los tratados mencionados poseen un órgano encargado de supervisar el cumplimiento de los mismos en los Estados partes. Dichos órganos de tratados encargados de la vigilancia de los derechos son conocidos como Comités.

Norma legal relacionada a TB en el Perú	Finalidad/Objetivos
Ley N°26842, Ley General de Salud	La salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla
Ley N°30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú	Tiene el objeto de regular los mecanismos de articulación entre los sectores involucrados en la prevención y el control de la tuberculosis, garantizando la cobertura y continuidad de una política de Estado de lucha contra esta enfermedad
Decreto Supremo N°021-2016-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N°30287, Ley de prevención y control de la tuberculosis en el Perú, modificado por Decreto Supremo N°035-2016-SA.	Regula las disposiciones señaladas en la Ley N°30287, Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis, garantiza los derechos y deberes fundamentales de las personas afectadas por tuberculosis y establece los mecanismos y procedimientos referidos a la coordinación entre el sector público y privado vinculados a la prevención y control de la tuberculosis.
Plan estratégico institucional PEI 2019-2023 Ampliado del MINSa	En el OEI.01 prevenir, vigilar, controlar y reducir el impacto de las enfermedades daños y condiciones que afectan la salud de la población, con énfasis en las prioridades nacionales. Considera el Indicador: Tasa de mortalidad de tuberculosis por 100,000 habitantes. En la acción estratégica AEI.01.02: Cobertura de detección de casos de TB y Proporción de abandono a tratamiento TB sensible
Decreto Supremo N°010-2010-SA, que aprueba el Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis en el Perú 2010-2019.	Es la resolución que aprueba el último Plan Estratégico al 2019, La presente Documento Técnico está diseñado para orientar e incorporar de manera sistémica a los sectores públicos, la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales, así como organismos de cooperación técnica internacional, en la prevención y control de la tuberculosis en el Perú.
Modificatoria de la NTS N°104-MINSa/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la atención Integral de las Personas afectadas por Tuberculosis". Aprobada por RM 752-2018/MINSa	Modifica los esquemas de tratamiento para TB, factores de riesgo para TB resistente, esquema para TB sensible, procedimiento para inicio y monitoreo de tratamiento antituberculosis entre otros.
RM 020-2017/MINSa. Directiva Administrativa para notificación del caso y tratamiento de la tuberculosis sensible en Instituciones prestadoras de servicios de salud privadas del país.	Finalidad: Contribuir a disminuir la incidencia de la tuberculosis en el país a través del establecimiento de procedimientos administrativos para la notificación de casos y el acceso al tratamiento de la tuberculosis sensible en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPRESS privadas que son establecimientos de salud
Norma Técnica de Salud para la Prevención y Control de la Coinfección Tuberculosis y Virus de la Inmunodeficiencia Humana en el Perú (NTS N° 143-MINSa/2018/DGIESP, aprobada por R.M. N°895-2018/MINSa),	Objetivo general Estandarizar los procedimientos para la atención integral de las personas diagnosticadas con Tuberculosis y Virus de Inmunodeficiencia Humana en los servicios de salud a nivel nacional
RM 1095-2017/MINSa aprueba	Finalidad:

Norma legal relacionada a TB en el Perú	Finalidad/Objetivos
Directiva Sanitaria para la Vigilancia Epidemiológica de la Tuberculosis	Contribuir con la prevención y control de la tuberculosis (TB) en el país, mediante la generación de información epidemiológica oportuna para la toma de decisiones. Objetivo general: Establecer los lineamientos para la notificación de casos de TB Objetivos específicos: Establecer los procesos e instrumentos para la notificación de casos al sistema de vigilancia epidemiológica de TB en el país. Establecer la investigación y control epidemiológicos de eventos de importancia en Salud Pública relacionados a TB.
RM 1098-2017/MINSA aprueba Directiva Sanitaria 080-MINSA/2017/DGEIESP. Directiva Sanitaria para la Intervención ante la Presencia de un Caso de Tuberculosis en una Institución Educativa	Finalidad: Contribuir a reducir la incidencia de tuberculosis en las instituciones educativas del país Objetivo: Estandarizar los procedimientos para la intervención sanitaria ante la presencia de un caso de tuberculosis en una institución educativa.
RM 025-2017/MIDIS aprueba Directiva 001-2017-MIDIS Funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis PANTBC del Programa de Complementación Alimentaria.	Objetivo: Regular el Funcionamiento de la modalidad de complementación alimentaria para la persona afectada por tuberculosis PANTBC, así como establecer las responsabilidades y procedimientos, en el marco de las funciones de los sectores correspondientes y gobiernos locales que intervienen en la gestión del PANTBC
Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021	En el Lineamiento estratégico N°3: "Diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección" incluye personas afectadas por el VIH-SIDA y personas afectadas por la tuberculosis. personas afectadas por el VIH-SIDA y personas afectadas por la tuberculosis. Por sus características y la situación de vulnerabilidad que enfrentan, el Estado tiene la obligación de adoptar medidas dirigidas a garantizar el goce y ejercicio de sus derechos
DS 054-2011-PCM. Plan Bicentenario CEPLAN: El Perú hacia el 2021. 2011	Considera entre los Programas estratégicos el Programa de tuberculosis y VIH, Resultado esperado: Reducir el riesgo de transmisión de la tuberculosis y el VIH en la población.
RM 1148-2006/MINSA aprueba Documento Técnico Consejería en Tuberculosis, Coinfección VIH/TB, TBMDR	Objetivo general: Establecer un conjunto de herramientas que permita orientar al personal que desarrolla acciones de consejería y acompañamiento al paciente con TB, Coinfección TB/VIH, TB MDR Objetivos específicos: Facilitar el desarrollo de habilidades y destrezas en las personas con TB y su familia para que asuman conscientemente la recuperación de su salud, Apoyar a la persona con TB y a su familia en los momentos de crisis o angustia promoviendo la cohesión familiar. Facilitar el proceso educativo de la persona con TB y a su familia identificando factores determinantes (estilos de vida, medio ambiente) para acortar el tiempo entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento.

Norma legal relacionada a TB en el Perú	Finalidad/Objetivos
	Mejorar los canales de comunicación entre la persona con TB, su familia, el equipo multidisciplinario, el personal de salud y la comunidad con un enfoque integral e integrado de salud.
Guía Metodológica “¿Cómo contribuir al control de la tuberculosis en el lugar de trabajo?”	Principal herramienta de consulta de empleadores y trabajadores en el proceso de elaboración de políticas e implementación de programas de control de la TB en el lugar de trabajo. En esta guía se brindó indicaciones sobre el manejo de la TB en entornos laborales, donde se sugiere cómo contribuir al control de la TB protegiendo los derechos de los trabajadores afectados por la TB, a nivel de prevención, asistencia y apoyo.
Decreto Supremo 002-2020-SA reglamenta la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N° 1346	Establece disposiciones para optimizar los servicios que son financiados a través del Seguro Integral de Salud (SIS) incluye el concepto de Vulnerabilidad Sanitaria específicamente a los afectados por TB como beneficiarios del SIS independientemente de su condición de pobreza. Art. 3. Poblaciones en la condición de vulnerabilidad sanitaria priorizadas. En el marco de la progresividad de la política de aseguramiento universal en salud, se incluye dentro de la afiliación regular al régimen subsidiado del Seguro Integral de Salud prevista en la Primera Disposición Complementaria Final del Decreto Legislativo N°1346, a las personas en situación de vulnerabilidad sanitaria que viven con el VIH/Sida, aquellas con el diagnóstico de TB y aquellas con discapacidad severa.
Resolucion_Ministerial_N_591-2018-MINSA aprobó las Prioridades Nacionales de Investigación en Tuberculosis en Perú 2018-2021	A efectos de direccionar la investigación en Tuberculosis que desarrollan universidades y otras instituciones en el ámbito nacional a las necesidades de evidencia científica para la prevención y control de la tuberculosis en el país

Anexo 3: Programa del Taller de priorización de poblaciones clave en Tuberculosis.

Viernes 18 de marzo de 2022

Programa

15:00	Bienvenida al taller
	Sr. Oscar Ramírez Koctong Coordinador Proyecto Regional Observa TB Socios en Salud
15:10	Presentación de la “Evaluación cualitativa en poblaciones clave, barreras de género y contexto legal relacionado a Tuberculosis en 11 países de la Región LAC”
	Sr. Julio Acosta Consultor Responsable de la Evaluación Regional INDICE
15:20	Metodología del Taller
	Ps. Clara Buendia Franco Responsable de la Evaluación Nacional CEPESJU
15:25	Presentación de la situación epidemiológica de la Tuberculosis en el Perú”
	Dra. Julia Ríos Vidal Directora Ejecutiva de la Dirección de prevención y control de Tuberculosis MINSA
15:40	Trabajo grupal.
16:15	Plenaria Presentación por grupos de resultados de priorización de poblaciones clave
	10 min. por grupo
17: 15	Presentación de conclusiones de la priorización de poblaciones clave
	Ps. Clara Buendia Franco Responsable de la Evaluación Nacional CEPESJU
17: 30	Cierre del taller
	Sr. Oscar Ramírez Koctong Coordinador Proyecto Regional Observa TB Socios en Salud

Anexo 4: Matriz de calificación de poblaciones clave en Tuberculosis.

GRUPO 1

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas	
Personas que viven con el VIH	1	1	1	0.5	0.5	4	5	9	
Personas con silicosis	1	1	1	0.5	0.5	4	4	8	
Pobres de zonas rurales	0.5	1	1	0.5	1	4	2	6	
Trabajadores penitenciarios	1	0.5	0.5	0.5	0.5	2.5	2	5	
Lesbianas, Gay, Bisexuales y Transexuales	1	0.5	0.5	0.5	0.5	3	3	6	

Resultados del trabajo grupal:

A efectos de priorización se tomará en cuenta a la POBLACIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH teniendo en cuenta los altos niveles de vulnerabilidad tanto físicas, sociales y epidemiológicas, es importante señalar que de acuerdo a las estadísticas en esta población las mujeres trans tienen los porcentajes más altos de incidencia

POBLACION PRIORIZADA Puntaje total:

PVVS (9)

- .-Desconocimiento de información de autocuidado.
- 2.- Son vulnerables de adquirir la TB porque tienen riesgo al asistir a los hospitales para recoger su tratamiento.
- 3.- Se relacionan con personas con TB cuando van a los hospitales.
- 4.- Tienen riesgo de adquirir la TB ya que las PVV tienen el sistema de defensa bajo
- 5.- En algunos casos las personas con VIH suelen tener depresión por el Impacto emocional del diagnóstico y ello podría bajar sus defensas.
- 6.- Normativas que impidan atender oportunamente, no se cumplen las normas de diagnóstico de TB en los PVV y viceversa.
- 7.- El estigma y discriminación que es una barrera para el acceso al DX, TX.
- 8.- La tuberculosis es la infección oportunista más frecuente en los pacientes con VIH.

PACIENTES CON SILICOSIS (8)

- 1.-Exposición al medio ambiente contaminado (entorno físico)
- 2.-La contaminación ha afectado los pulmones y eso expone más a esta población.
- 3.-Barreras sociales asociadas a las actividades que desarrollan.

POBRES DE ZONAS RURALES (6)

- 1.-Hacinamiento
- 2.- Inadecuada alimentación que puede afectar su sistema inmunológico que los expone a la TB.
- 3.-Barreras estructurales (no contar con centros de Salud cercanos)
- 5. Dificultad de Acceso a los servicios de salud.

Lesbianas, gais, Bisexuales y Transexuales (6)

- 1.-Interacción social frecuente
- 2.-Estigma, discriminación

Puntaje 5: TRABAJADORES PENITENCIARIOS (5)

- 1.-Hacinamiento en cárceles en donde trabajan
- 2.- Tienen acceso a recibir tratamiento, pero puede haber barreras personales relacionados al estigma y a la discriminación.
- 3.- Obligados a concluir el tratamiento

Grupo 2

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6 Contribución estimada(y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto			Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Migrantes	1	1	1	1	0.5	4.5	2	6.5	
Poblaciones peri-mineras	0	0.5	0.5	0	0.5	1.5	2	3.5	
Comunidades peri-carcelarias	0.5	0.5	0	0	0.5	1.5	2	3.5	
Miembros de familia de personas que consumen drogas	0.5	0	0	0.5	0	1	1	2	
Mineros	0.5	1	0.5	0	0.5	2.5	1	3.5	
Menores de edad	1	0.5	0	0.5	0.5	2.5	4	6.5	

Resultados del trabajo grupal:

A efectos de priorización se tomará en cuenta a la POBLACIÓN MIGRANTE ya que requieren un abordaje especial de acuerdo al contexto actual

MIGRANTES Puntaje total 6.5

Puntaje 1: (1) Llegan sin un domicilio fijo, se alojan en lugares con alto riesgo de hacinamiento porque se alojan en habitaciones pequeñas donde viven muchas personas, se movilizan de distrito a distrito, no consiguen trabajo, o los trabajos no tienen medidas de protección,

Puntaje 2: (1) Muchos deciden salir de su país con la infección del VIH, esto implica un nivel de inmunosupresión que los expone a la TB, más aún porque en nuestro país hay muchos casos de TB somos un país endémico y ellos se alojan en distritos de la periferia de las grandes ciudades.

Puntaje 3: (1) Tienen problemas con sus documentos y de primera instancia no pueden acceder al SIS, como personal de salud tratamos de apoyarlos para que no avance la enfermedad porque llegan con la enfermedad avanzada.

Puntaje 4: (1) Ciertamente en la sociedad hay problemas de discriminación por ser venezolanos y muchas veces cometen delitos, esto no es generalizado, en los EESS se les trata igual que a los nacionales porque requieren atención integral para evitar que su caso se agrave más y para que no contagien a otros de su entorno.

Puntaje 5: (0.5) No encontramos dificultades para el acceso a nuevos conocimientos, es más ellos siempre tratan de estar conectados a las redes sociales y además su nivel educativo y de entendimiento es bueno, muchos tienen hasta 2 profesiones.

Puntaje 6 (2) de acuerdo a las estadísticas presentadas los migrantes aportan una carga de enfermedad menor del 2%, si es necesario hacerles un seguimiento para evitar que sigan enfermando y aumentando los casos en esta población.

MENORES DE EDAD Puntaje total: 6.5

Puntaje 1: (1) Sabiendo que, si en un hogar hay personas afectadas por TB, lo más probable es que el niño también se contagie, si en un hogar donde hay una persona con TB y no guarda las medidas de protección también va estar expuesto Un adulto con TB es un niño con TB, las barreras muchas veces son los padres

Puntaje 2: (0.5) Debido a la pandemia del COVID-19 hubo una disminución en la vacuna de BCG que protege a los niños, ello los expone a la TB debido a la inmunosupresión

Puntaje 3: (0) No hay barreras que impidan su acceso a los servicios de salud, todos los niños están incluidos en el SIS

Puntaje 4: (0.5) Muchas veces son los mismos padres que limitan el cuidado

Puntaje 5: (0.5) Está condicionado a la actitud y cuidado de los padres, los propios padres son una barrera en este aspecto, dependiendo de su grado de instrucción.

Puntaje 6: (4) De acuerdo a las estimaciones aportan una carga de 6% por ello su riesgo es Alto

Grupo 3

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Prisioneros y detenidos	1	1	1	1	0.5	4.5	5	9.5	
Personas que usan drogas	1	1	1	1	0.5	4.5	4	8.5	
Personas sin hogar	0.5	0.5	1	1	0	3	2	5	
Clientes de las trabajadoras sexuales	0.5	0	0	0	1	1.5	1	2.5	
Familiares de Mineros	0	0	0	0	1	1	1	2	
Visitantes del hospital	0.5	0.5	0.5	0	1	2.5	1	3.5	
Visitantes de Prisiones	1	1	0	0	1	3	1	4	

Resultados del trabajo grupal:

A efectos de priorización se tomará en cuenta a la POBLACION PRIVADA DE LA LIBERTAD ya que se requiere atender necesidades urgentes

PRISIONEROS Y DETENIDOS 9.5

- 1.- Alto hacinamiento
- 2.- Enfermedades como diabetes no tratadas.
- 3.- Por su condición, difícil acceso a tratamiento.
- 4.- Estadísticas elevadas y de difícil tratamiento

PERSONAS QUE USAN DROGAS 8.5

- 1.- Algunos si tienen información

PERSONAS SIN HOGAR 5

- 1.- por no tener una población específica por la exposición a todo tipo de enfermedades y a las circunstancias donde se encuentran
- 2.- probabilidad de falta de documentación al no tener documentación no hay acceso a la atención
- 3.- no tienen comunicación

CLIENTES DE TRABAJADORAS SEXUALES 2.5

- 1.- Mediana exposición, pero no hay estadísticas propiamente, pero desde la experiencia el riesgo existe.
- 2.- No presenta problemas para el acceso a los establecimientos de salud
- 3.- Facilidad para adquirir nuevos conocimientos.

FAMILIARES DE MINEROS 2

- 1.- Bajo la incidencia en tuberculosis en minas es bajo, no hay mucho contacto con los familiares.

VISITANTES DE HOSPITALES 3.5

- 1.- La mayoría de las salas de espera no hay ventilación, existe el riesgo, pero no es mucho

VISITANTES DE PRISIONES 4

- 1.- Por estadísticas altas de TB en penales los visitantes están en contactos y es alto la probabilidad de contagio
- 2.- si hay acceso a la atención

Grupo 4

	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 – Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Personas con diabetes	0.5	1	0.5	1	1	4	5	9	
Personas con dependencia del alcohol	0.5	0.5	1	1	1	4	2	6	
Fumadores	0.5	0.5	0	1	1	3	2	5	
Trabajadores comunitarios	1	0	0	0	0	1	1	2	
Personas en riesgo de TB Zoonótica	0	0	0	0	0	0	0	0	
Pobres urbanos	1	1	1	1	1	5	5	10	

Resultados del trabajo grupal:

A efectos de priorización se tomará en cuenta a la población POBRES URBANOS teniendo en cuenta que la TB se concentra en aquellos que por sus condiciones socioeconómicas están en mayor riesgo, y las estadísticas dan cuenta del nivel de riesgo

POBRES URBANOS 10

- 1.- TB se da donde hay más pobreza y hacinamiento, problemas nutricionales
- 2.- Poca accesibilidad a servicios básicos
- 3.- Riesgo biológico alto por otros factores que pueden sufrir, anemia, entre otros
- 4.- Viven en zonas periféricas o en cerros, priorizan para otras necesidades

PESONAS CON DIABTES 9

- 1.- porcentaje de personas con diabetes en periodo del 2011 al 2018
- 2.- Va a depender de la condición social de la persona
- 3.- Por el estigma
- 4.- La diabetes ocurre más en personas mayores que no tienen acceso a información

PERSONAS ON DEPENDENCIA AL ALCOHOL 6

- 1.- De un grupo de 20 aprox. hay 03 personas que consumen alcohol desde las OATS
- 2.- Hay resistencia a acercarse al ES
- 3.- Por el estigma de ser consumidor

FUMDORES 5

- 1.- Se fuma en espacios abiertos y hay menos probabilidad de contagio
- 2.- En espacios cerrados ya no se permite fumar
- 3.- Los fumadores tienen los pulmones comprometidos, están asociados a cáncer de pulmón
- 4.- Menor adherencia al tratamiento, abandono

TRABAJADORES COMUNITARIOS 2

- .- No hay muchos TC ,hay más en zonas rurales o dispersas
- 2.- Los TC no reciben medidas de protección por parte del Estado

RIESGO DE ZOONOSIS 0

- 1.MINSA ya tiene un sistema de vigilancia de TB zoonótica

GRUPO 5

Poblaciones clave a considerar	Puntaje 1	Puntaje 2	Puntaje 3	Puntaje 4	Puntaje 5	Puntajes Subtotales Riesgo, barrera y nuevos conocimientos (Suma de puntajes 1-5) Máx. 5	Puntaje 6	Puntaje combinado para facilitar el debate sobre la priorización	
	Riesgos de exposición Exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Riesgos biológicos Probabilidad de inmunosupresión susceptible a desarrollar TB activa 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras al acceso a la atención Barreras de género, legales, sociales y estructurales 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Barreras para completar el cuidado Estigma, circunstancias de la vida, dificultades para continuar el acceso 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto	Probabilidad de nuevos conocimientos Dinámica social insuficientemente entendida 0 - Bajo 0.5 Medio 1 - Alto		Contribución estimada (y/o datos oficiales, si están disponibles) a la carga de enfermedad de TB del país (Casos de TB activa de todas sus formas) 1 - Muy bajo (<1%) 2.- Bajo (1-3%) 3.- Medio (3-5%) 4.- Alto (5-10%) 5.- Muy Alto (>10%)	Puntuación Total (Suma de puntuaciones 1-6) Máx. 10	Discusión sobre la priorización y justificación de las poblaciones clave priorizadas
Poblaciones indígenas	0.5	0.5	1	1	1	4	3	7	
Trabajadoras sexuales	0.5	0.5	1	1	0.5	3.5	3	6.5	
Trabajadores Hospitalarios	1	0	0	0	0	1	3	4	
Personas con discapacidad física y mental	0.5	0.5	1	1	1	4.5	2	6	
Personas de edad avanzada	0.5	0.5	0.5	0.5	1	3	3	6	

Resultados del trabajo grupal:

A efectos de priorización se tomará en cuenta a la POBLACIÓN INDÍGENA porque son poblaciones dispersas, pero cuando se desplazan a las grandes ciudades están en mayor riesgo, además de sus condiciones socioeconómicas y requieren ser abordadas.

POBLACIONES INDÍGENAS Puntaje total: 7

Puntaje 1: (0.5) El entorno en el cual viven muchas veces los pone en exposición para adquirir la enfermedad, el hacinamiento, carencia de servicios básico, aspectos relacionados a los determinantes sociales de la salud. Viven en regiones y en zonas de alto riesgo de exposición.

Puntaje 2: (0.5) Algunos pobladores no cuentan con los recursos para mantener estilos de vida saludable, algunos viven en zonas que los pone en situación de vulnerabilidad como son las zonas mineras, esto los hace más susceptibles y genera una mala respuesta inmunológica frente a las enfermedades.

Puntaje 3: (1) Respecto a las barreras de género, legales, sociales y estructurales, se consideró puntaje alto por la dificultad de acceso a servicios de salud debido a grandes barreras culturales, como son los mitos y costumbres, no aceptan medicina occidental, asimismo, presentan muchas barreras de género en sus comunidades.

Puntaje 4: (1) Aún se ven expuestos a estigma. Presentan dificultades para el acceso a diversos servicios por barreras culturales como, el idioma o algunas costumbres propias de sus comunidades. No aceptan la medicina occidental.

Puntaje 5: (1) La probabilidad para adquirir nuevos conocimientos es limitada por las barreras culturales existentes, idioma, otra cosmovisión respecto a la salud. Todo esto limita el llegar a esta población con mayor información para la prevención de enfermedades.

Puntaje 6: (3) Aunque no se cuenta con información exacta respecto a la contribución de esta población a la carga enfermedad por TB, se considera de contribución media. El tema de la TB no está visibilizado, sin embargo, en base a la información de la exposición y a la experiencia de trabajo con estas poblaciones, se considera que la contribución estimada a la carga de enfermedad es media, si bien las cifras no lo reflejan, debe haber más casos, las zonas de rojo están en rojo para TB y es muy probable que si buscamos TB en las comunidades indígenas encontremos más casos.

TRABAJADORAS SEXUALES Puntaje total: 6.5

Puntaje 1: (0.5) Respecto a riesgos de exposición a personas infecciosas, bacilos concentrados, Esta población tiene mediana prevalencia al VIH lo cual los expone a la coinfección TB VIH, asimismo, tienen alto riesgo por sus estilos de vida, por ejemplo, los horarios de trabajo durante toda la noche, así como alto consumo de alcohol y drogas.

Puntaje 2: (1) La probabilidad de inmunosupresión susceptibilidad a desarrollar TB activa es debido al riesgo de alta prevalencia de VIH, lo cual afecta su sistema inmunológico.

Puntaje 3: (0.5) Existen grandes barreras legales. Por el tipo de trabajo que realizan se exponen a vulneración de sus derechos lo cual afecta a su situación económica, este es un determinante social que influye en la posibilidad de exponerse a la TB.

Puntaje 4: (1) Hay fuerte estigma y discriminación, esto genera barreras para acceder a los diversos servicios sobre todo en los servicios de salud.

Puntaje 5: (0.5) Dinámica social insuficientemente entendida. Poca información respecto a las enfermedades como la TB, debido a su bajo nivel educativo.

Puntaje 6: (3) En relación a la contribución estimada a la carga de enfermedad de TB del país, considerando que no hay datos exactos, pero, siendo una población de alto riesgo de casos de VIH, se considera que debe haber un alto riesgo de casos de TB.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD FÍSICA Y MENTAL Puntaje total: 6

Puntaje 1: (0.5) El riesgo de exposición a personas infecciosas se considera alta por que al estar en contacto con varias personas como por ejemplo los cuidadores, la transmisión puede ser a través ellos.

Puntaje 2: (0.5) En esta población la inmunosupresión puede ser generada por algún tipo de discapacidad orgánica, hay algunas enfermedades relacionadas a inmunosupresión, aunque no ocurre con todos.

Puntaje 3: (1) Se identifican diversas barreras como legales y sociales. Muchos no tienen DNI sobre todo en regiones lo cual genera una barrera legal para el acceso a servicios y beneficios. Asimismo, depende de otras personas para acceder a los servicios.

Puntaje 4: (1) Se identifica estigma y discriminación considerando que no pueden desempeñar diversas actividades por su condición de discapacidad. Comorbilidades por una serie de patologías que se desarrollan a partir de sus limitaciones físicas. Dificultades para el acceso a servicios de salud y diversos servicios porque dependen de otras personas para su movilización.

Puntaje 5: (1) Es limitado el acceso a información, por ej. el personal de salud a veces se olvida de las personas con discapacidad, que, no solo basta con informarles por las redes, ellos necesitan información a través de lenguaje de señas o escritura en Braille. Los formatos o materiales comunicacionales no consideran estos aspectos, además porque el acceso a la educación es otra de las circunstancias que los afecta.

Puntaje 6: (2) A pesar de no contar con los datos sobre contribución a la carga enfermedad de TB, se considera medio por la información obtenida a través de la experiencia de trabajo con esta población.

