



## **Los Agentes Comunitarios en Salud como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud:**

Una experiencia hacia la eliminación de la  
tuberculosis en poblaciones vulnerables  
de Colombia

# 2012 - 2016



International Organization for Migration (IOM)  
The UN Migration Agency



**Los Agentes Comunitarios en Salud  
como enlaces entre la comunidad  
y los servicios de salud:**

una experiencia hacia la eliminación de la  
tuberculosis en poblaciones vulnerables de  
Colombia

**2012 - 2016**



**Los Agentes comunitarios en salud como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud:** Una experiencia hacia la eliminación de la tuberculosis en poblaciones vulnerables de Colombia **2012 - 2016**

**Primera Edición**, mayo de 2017

**Organización Internacional para las Migraciones (OIM)** Misión en Colombia

Cra. 14 No 93 B – 46 Conmutador: 6397777

<http://www.oim.org.co>

**Alejandro Guidi**

Jefe de Misión

**Kathleen Kerr**

Jefe de Misión Adjunta

**Fernando Calado**

Director de Programas

**Beatriz Elena Gutiérrez**

Oficial de Salud y Migración

**Equipo técnico OIM**

Norman Gil

**Coordinador DOTS y Articulación Intersectorial**

David Rodríguez

**Epidemiólogo Monitoreo y Evaluación**

Paula Quintero

**Especialista en Investigación y Evaluación**

Ginna Hernández

**Especialista en Gestión Técnica**

Adriana Montoya

**Contratista**

**©Organización Internacional para las Migraciones (OIM), 2017**

**ISBN: 978-958-8977-38-6**

Fotografías: archivo OIM

Impreso por: Da Vinci Publicidad y Medios

Impreso en Colombia/Printed in Colombia


La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) está consagrada al principio de que la migración en forma ordenada, en condiciones humanas beneficia a los migrantes y a la sociedad. En su calidad de principal organización internacional para las migraciones, la OIM trabaja con sus asociados de la comunidad internacional para ayudar a encarar los desafíos que plantea la migración a nivel operativo; fomentar la comprensión de las cuestiones migratorias; alentar el desarrollo social y económico a través de la migración y velar por el respeto de la dignidad humana y el bienestar de los migrantes.

Esta publicación es posible gracias al apoyo del Fondo Mundial de lucha contra el VIH, la Tuberculosis y la Malaria, y la OIM.

Se autoriza la reproducción total o parcial de esta publicación para fines educativos u otros fines no comerciales, siempre que se cite la fuente.



# Agradecimientos



**A** los Agentes Comunitarios en Salud para TB (ACS-TB), hombres y mujeres valientes que sin distinción de edad, raza o nivel educativo, dieron lo mejor de sí para llevar a cabo esta ardua labor, donde en muchas ocasiones tuvieron que sortear diversas dificultades de índole geográfico, climático, político y de seguridad tanto en zona rural como urbana; que por su carisma y dedicación incondicional con los pacientes, sus familias y con las comunidades afectadas lograron los resultados y experiencias que compartimos a través de este documento.

A las aguerridas enfermeras del pacífico, que le dieron sustento profesional, alto nivel técnico y soporte logístico a la Estrategia en entornos precarios con limitadas redes de prestación de servicios.

A las incansables auxiliares de enfermería que se articularon de manera excepcional con los ACS-TB en las ocho ciudades priorizadas por el proyecto durante la Fase II, y por supuesto a los gestores de atención integral, innovadores y dedicados profesionales que coordinaron las acciones locales de cada agente y auxiliar con los prestadores de servicios y demás actores del sistema de salud en esta fase del proyecto.

Agradecemos al Mecanismo Coordinador de País, al Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis en el Ministerio de Salud y Protección Social; al Instituto Nacional de Salud, a su Laboratorio Nacional de Referencia para Micobacterias y los referentes de Vigilancia Epidemiológica del

Evento por ser parte de esta experiencia, su disposición para los entrenamientos y apoyo constante durante el desarrollo de la misma.

En todos los departamentos, distritos y municipios donde se desarrolló la estrategia de ACS-TB, un especial agradecimiento a los tomadores de decisiones en las diferentes Secretarías con quienes se articularon esfuerzos y en especial a la Secretaría de Salud y su Programa local de Control de Tuberculosis por la confianza depositada y el empeño con que algunos no solo recibieron la Estrategia sino que la adoptaron, adaptaron y la han implementado como un ejercicio sostenible.

Agradecemos muy especialmente a la Liga Antituberculosa Colombiana y de Enfermedades Respiratorias - LAC nuestro socio estratégico en el Proyecto, y en todo el proceso de la Estrategia por su ayuda idónea; en particular a su presidente Dr. Guido Cháves Montagno y segunda vicepresidenta Silvia Merino de De La Roche por su admirable fortaleza, asesoría y acompañamiento.

A los líderes de la sociedad civil, otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que participaron activamente y fueron actores claves en el desarrollo de la Estrategia.

A las EPS, IPS y Prestadores de Servicios de Salud para la atención integral del VIH, por su receptividad y espíritu de cooperación con la Organización Internacional para las Migraciones (OIM).

# ▶ Índice de figuras y tablas

<b>Figura 1.</b>	Objetivos del proyecto en la Fase I .....	31
<b>Figura 2.</b>	Área geográfica priorizada Fase I del Proyecto TB/FM.....	38
<b>Figura 3.</b>	Objetivos de la Fase II del proyecto Alto a la Tuberculosis.....	46
<b>Figura 4.</b>	Mapa de una de las zonas priorizadas .....	49
<b>Figura 5.</b>	Área geográfica priorizada Fase II del Proyecto TB/FM .....	52
<b>Figura 6.</b>	Caja de herramientas TB-VIH Juntos por una vida libre de Tuberculosis y VIH....	57
<b>Figura 7.</b>	Esquema de la transmisión de la TB entre los centros penitenciarios y la población general .....	59
<b>Figura 8.</b>	Campaña penitenciaria y juego “Tribal”.....	60
<b>Figura 9.</b>	Volante para captación de SR.....	60
<b>Figura 10.</b>	Desprendible del volante para captación de SR.....	61
<b>Figura 11.</b>	Rompecabezas sobre TB realizado en la cárcel La 40.....	63
<b>Figura 12.</b>	Los cinco pilares de la resiliencia .....	100
<b>Figura 13.</b>	Rol de la comunidad en la ruta de atención de personas con TB y VIH .....	115

<b>Tabla 1.</b>	Principios, pilares y componentes de la Estrategia Fin de la TB.....	16
<b>Tabla 2.</b>	Propuesta de proyecto para el Fondo Mundial para TB .....	27
<b>Tabla 3.</b>	Criterios de priorización para el proyecto del Fondo Mundial para TB.....	28
<b>Tabla 4.</b>	Perfil del ACS-TB Fase I – Proyecto TB / FM.....	32
<b>Tabla 5.</b>	Número de casos nuevos BK+ notificados a la autoridad nacional de salud.....	40
<b>Tabla 6.</b>	Número y porcentaje de pacientes TB (todas las formas) con tratamiento acortado estrictamente supervisado por la comunidad .....	41
<b>Tabla 7.</b>	Porcentaje de pacientes BK+ tratados exitosamente (curados + tratamiento terminado) .....	42
<b>Tabla 8.</b>	Porcentaje de tratamientos exitosos en la región en el 2012.....	43
<b>Tabla 9.</b>	Análisis de indicadores epidemiológicos del programa de TB.....	48
<b>Tabla 10.</b>	Perfil del ACS-TB Fase II – Proyecto TB/FM.....	50
<b>Tabla 11.</b>	Actividades y resultados más sobresalientes de la Fase II.....	54
<b>Tabla 12.</b>	Talleres para involucrar a la sociedad civil en el apoyo a los programas de prevención y control de la TB .....	63
<b>Tabla 13.</b>	Proceso de sistematización por fases .....	68
<b>Tabla 14.</b>	Estrategia de agentes comunitarios en salud para TB–Fase I.....	81
<b>Tabla 15.</b>	Estrategia de agentes comunitarios en salud para TB–Fase II. ....	95
<b>Tabla 16.</b>	Papel del ACS en VIH, SMNI y ECNT .....	116
<b>Tabla 17.</b>	Cronograma de actividades de la capacitación de ACS-TB .....	123
<b>Tabla 18.</b>	Características relacionadas con Agentes Comunitarios en Salud.....	127



# Contenido

▶ INTRODUCCIÓN	14	Debilidades de la Estrategia	75
La estrategia DOTS	17	Actores participantes	76
▶ ¿POR QUÉ AGENTES COMUNITARIOS PARA TB Y TB/VIH?	20	La experiencia de Chocó	77
Epidemiología	21	La experiencia de Cali y Buenaventura	80
Antecedentes de la estrategia	22	Reconstrucción de la línea de tiempo - Estrategia Fase I	81
Aspectos normativos	24		
Justificación	25	▶ RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN PARA LA FASE II	83
▶ ESTRATEGIA DE AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD PARA TB -ACS/TB	26	Los ACS-TB como enlace entre la comunidad y los servicios de salud	84
▶ FASE I PROYECTO TB FONDO MUNDIAL	30	El aporte de los ACS- TB a los PCT	86
Localización geográfica de la Fase I	38	El aporte de los ACS-TB a los pacientes y sus familias	87
Resultados en la fase I	40	Fortalezas de la Estrategia	89
Nuevo modelo de financiación del FM al finalizar la fase I	43	Debilidades de la Estrategia	90
▶ FASE II PROYECTO TB FONDO MUNDIAL	44	Actores participantes	91
Fase II y el replanteamiento de la propuesta	45	La experiencia en el territorio: Bucaramanga, Pereira y Villavicencio	91
Localización geográfica de la Fase II	52	Reconstrucción de la línea de tiempo - Estrategia Fase II	95
Resultados en la Fase II	53	▶ LECCIONES APRENDIDAS	97
▶ LOS ACS-TB Y SU APOYO AL DESARROLLO DE OTRAS INICIATIVAS	56	▶ AGENTES COMUNITARIOS, MIGRACIÓN Y RESILIENCIA FRENTE A UN EVENTO CATASTRÓFICO COMO LA TB	99
Caja de Herramientas TB/VIH	57	Agente Comunitaria - Migrante/Resiliente a la TB - Originaria de Quibdó/Chocó	101
Escalera en la localidad de Bosa	58	Agente Comunitario - Migrante/Resiliente a la TB - Originario de Buenaventura/ Valle del Cauca	102
Convenio 547 entre OIM/MSPS - Estrategia educacional para HC y PPL en siete ciudades de Colombia	62	▶ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	105
▶ PASO A PASO DE LA ESTRATEGIA INICIALMENTE	64	▶ REFERENCIAS	108
▶ EXPERIENCIA DESDE LOS ACTORES PARTICIPANTES	65	▶ ANEXOS	113
Participantes	67	Anexo 1. Evidencia y Otras Alternativas para el trabajo con ACS-TB en Intervenciones Comunitarias	114
Técnicas e instrumentos utilizados	67	Anexo 2. Capacitación Dirigida a la Formación de Agentes Comunitarios en Salud para Tuberculosis ACS-TB	121
▶ RESULTADOS DE LA SISTEMATIZACIÓN PARA LA FASE I	69	Anexo 3. Perfil y Costos del Agente Comunitario en Salud para TB	127
Los ACS-TB como enlace entre la comunidad y los servicios de salud	70		
El aporte de los ACS- TB a los PCT	71		
El aporte de los ACS-TB a los pacientes y sus familias	72		
Fortalezas de la Estrategia	73		

# Lista de siglas y abreviaturas

<b>ACS-TB</b>	Agente Comunitario en Salud para TB
<b>ALF</b>	Agente Local del Fondo Mundial
<b>APS</b>	Atención Primaria en Salud
<b>APV</b>	Asesoría para la Prueba Voluntaria VIH
<b>BK</b>	Baciloscopia
<b>BK+</b>	Baciloscopia positiva
<b>CICR</b>	Comité Internacional de la Cruz Roja
<b>CP</b>	Centros Penitenciarios
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DLS</b>	Dirección Local de Salud
<b>DOTS/TAES</b>	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
<b>DOTS-R</b>	Estrategia DOTS/TAES Residencial
<b>EAPB</b>	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud
<b>ECNT</b>	Enfermedades Crónicas no Trasmisibles
<b>ESE</b>	Empresa Social del Estado
<b>EPS</b>	Empresas Promotoras de Salud
<b>FM</b>	Fondo Mundial
<b>FONADE</b>	Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo
<b>GDF</b>	Servicio Farmacéutico Mundial
<b>GLC</b>	Comité Luz Verde
<b>IBC</b>	Intervenciones Basadas en la Comunidad

<b>HC</b>	Habitante de Calle	<b>OSC</b>	Organizaciones de Sociedad Civil
<b>IBC</b>	Intervenciones Basadas en la Comunidad	<b>PAL</b>	Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar
<b>INPEC</b>	Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario	<b>PCT</b>	Programas Locales de Control de la Tuberculosis
<b>INS</b>	Instituto Nacional de Salud	<b>PIC</b>	Plan de Intervenciones Colectivas
<b>IPS</b>	Institución Prestadora de Salud	<b>PNCT</b>	Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis
<b>ISTC</b>	Normas Internacionales de Atención a la TB	<b>PPL</b>	Población Privada de la Libertad
<b>LAC</b>	Liga Antituberculosa Colombiana y de Enfermedades Respiratorias	<b>PPM</b>	Alianzas Público Privado Mixtas
<b>LDSP</b>	Laboratorio Departamental de Salud Pública	<b>SC</b>	Sociedad Civil
<b>MPS</b>	Ministerio de Protección Social	<b>SCO</b>	Sociedad Civil Organizada
<b>MSF</b>	Médicos Sin Fronteras	<b>SGSSS</b>	Sistema General de Seguridad Social en Salud
<b>MyE</b>	Monitoreo y Evaluación	<b>SMN</b>	Salud Materna Neonatal
<b>MSPS</b>	Ministerio de Salud y Protección Social	<b>SMNI</b>	Salud Materna Neonatal Infantil
<b>ODM</b>	Objetivos de Desarrollo del Milenio	<b>SR</b>	Sintomático Respiratorio
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible	<b>TB</b>	Tuberculosis
<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones	<b>TBTF</b>	Tuberculosis Todas las Formas
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud	<b>TB/MDR</b>	Tuberculosis Multidrogorresistente
<b>ONG</b>	Organización No Gubernamental	<b>TDO</b>	Tratamiento Directamente Observado
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud	<b>TSC</b>	Trabajadores de Salud Comunitarios
		<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana



# Presentación

**H**oy en día, en el mundo una de cada siete personas es migrante. Debido a las adversas condiciones que enfrentan en su trayectoria y destino, los migrantes están expuestos constantemente a enfermedades por su limitado acceso a servicios de salud, desigualdades socioeconómicas y en ocasiones a políticas discriminatorias.

En el 2016, durante la celebración del Día Mundial de la Lucha contra la Tuberculosis, el Director General de la Organización Internacional para las Migraciones, Sr William Swing, reconoció la importancia de “entablar asociaciones multisectoriales productivas para promover la salud y el bienestar de los migrantes y las poblaciones móviles en todo el mundo. Al hacerlo, podemos ayudar a eliminar la tuberculosis”. La Organización -OIM- trabaja con la sociedad civil, los grupos investigadores y los propios migrantes, colaborando estrechamente con la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Alto a la Tuberculosis, el Fondo Mundial y otras asociaciones mundiales y nacionales para garantizar el cumplimiento del Plan Mundial hacia el Fin de la Tuberculosis 2016-2020.<sup>1</sup>

Colombia, aunque históricamente ha sido catalogado como país de origen de migrantes, con los fenómenos recientes, se ha posicionado cada vez más como país de tránsito y destino. Bajo esta perspectiva, la OIM ha venido trabajando junto con la Liga Antituberculosa Colombiana y de Enfermedades Respiratorias - LAC, como Receptor Principal - RP No Gobierno del proyecto financiado por el Fondo Mundial: **“Alto a la tuberculosis en municipios priorizados de Colombia”** 2012 - 2017, aportando a la transición del país de la estrategia “Alto a la TB” a la estrategia “Fin de la TB”.

Dicho proyecto resalta la implementación de un ejercicio con Agentes Comunitarios en Salud para Tuberculosis (ACS-TB) desarrollado por la OIM y financiado por el Fondo Mundial y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia en el pacífico colombiano y ocho ciudades capitales con la carga más alta de TB en el país. Esta acción se ha enfocado en el mejoramiento de la atención centrada en el paciente, mostrando resultados significativamente más efectivos en la prevención, detección, diagnóstico y adherencia al tratamiento de personas con tuberculosis.

El documento que entregamos hoy, busca transferir los aprendizajes sobre cómo la OIM ha contribuido al fortalecimiento del gobierno nacional y territorial, posicionando el rol de los Agentes Comunitarios en Salud en Tuberculosis. Esta estrategia ha garantizado la atención de grupos vulnerables expuestos a la tuberculosis, -víctimas del conflicto y migrantes por desastres climáticos; niños y niñas, jóvenes y adolescentes desmovilizados o en riesgo de vinculación a grupos armados ilegales; personas dentro del proceso de reintegración a la vida civil, población privada de la libertad, personas habitantes de calle, entre otras poblaciones.

Asimismo, contribuye al desarrollo de nuevas estrategias para concretar alianzas intersectoriales que permitan enfrentar los retos en la eliminación de la Tuberculosis. De esta manera, queremos reafirmar que la OIM confía en ser parte de la solución, para lograr los objetivos y alcanzar las metas que propone la Estrategia “Fin de la Tuberculosis” de OMS y su adaptación en el país como Plan Estratégico “Hacia el Fin de la Tuberculosis” 2016 - 2025.

**Alejandro Guidi**  
Jefe de Misión OIM

1. <http://www.iomtkm.org/news/2016/world-tb-day-2016/>



# Introducción

Los procesos migratorios del país siguen mostrando que Colombia es un territorio de emigrantes, pero que en la actualidad se está convirtiendo no solo en origen sino en un lugar de tránsito y destino de migrantes (OIM, 2012, p. 26). Colombia presenta algunos avances en el conocimiento del fenómeno de la trata de personas a partir del estudio desarrollado por la OIM y la Universidad de Los Andes (Vargas, Flórez, & Mendoza, 2011), en el cual se identificó que las víctimas de este fenómeno provienen de departamentos de la zona cafetera, el Valle del Cauca y Antioquia, y que los destinos son Ecuador y el Caribe, principalmente, y España, en algunos casos.

La población víctima del desplazamiento forzado interno; los niños, niñas y jóvenes desvinculados de los grupos armados ilegales o en riesgo de vinculación; las personas en proceso de reintegración a la vida civil; las víctimas de los grupos armados ilegales; las víctimas de violencia intrafamiliar y de abuso sexual, entre otras, son poblaciones altamente vulnerables. Estos grupos poblacionales están frecuentemente envueltos en procesos de movilidad y migración interna y a menudo se ven afectados por enfermedades de interés en salud pública como la tuberculosis y el VIH, entre otras, las cuales, además, generan un impacto negativo en el contexto general de las comunidades y sus individuos. Es en este contexto donde cobran sentido y relevancia las alianzas que se realicen para enfrentar los retos en la eliminación de la Tuberculosis (TB).

La 67ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2014) generó un documento de resoluciones y decisiones, donde, en el anexo 1 -Estrategia mundial y metas para la prevención, la aten-

ción y el control de la tuberculosis después de 2015- al abordar el tema de la “adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial”, se dijo que

...en un mundo globalizado, las enfermedades como la tuberculosis pueden propagarse ampliamente y muy lejos a través de los viajes y el comercio internacionales. (...) la migración dentro del mismo país o hacia otros países plantea dificultades que requieren coordinación dentro de los países y colaboración transfronteriza. La coordinación mundial también es esencial para movilizar recursos para la atención a la tuberculosis y su prevención procedentes de diversas fuentes multilaterales, bilaterales y nacionales. (OMS, 2014, p. 11)

La OMS define la tuberculosis, como una enfermedad infecciosa que suele afectar los pulmones y es causada por una bacteria (*Mycobacterium tuberculosis*). Se transmite de una persona a otra a través de gotículas generadas en el aparato respiratorio de pacientes con enfermedad pulmonar activa. La infección por *M. tuberculosis* suele ser asintomática en personas sanas, dado que su sistema inmunitario actúa formando una barrera alrededor de la bacteria. Los síntomas de la tuberculosis pulmonar activa son tos, a veces con esputo que puede ser sanguinolento, dolor torácico, debilidad, pérdida de peso, fiebre y sudoración nocturna. La tuberculosis se puede tratar mediante la administración de antibióticos durante seis meses (OMS, 2016d).

La Estrategia Fin de la TB tiene como objetivo poner fin a la epidemia mundial de tuberculosis reduciendo el número de

muerres en un 95% y la tasa de incidencia en un 90% entre 2015 y 2035 y consiguiendo que ninguna familia tenga que hacer frente a gastos catastróficos debido a la tuberculosis. La Estrategia fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014. (OMS, 2017a)

La Estrategia cuenta con 4 principios, 3 pilares y 10 componentes que se pueden observar en Tabla 1.

**Tabla 1.** Principios, pilares y componentes de la Estrategia Fin de la TB

PRINCIPIOS			
1. Rectoría y rendición de cuentas por los gobiernos, con monitoreo y evaluación.	2. Coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades.	3. Protección y promoción de los derechos humanos, la ética y la equidad.	4. Adaptación nacional de la estrategia y las metas, con colaboración mundial.
PILARES Y COMPONENTES			
1. Atención y prevención integradas y centradas en el paciente			
1. Diagnóstico precoz de la tuberculosis, con inclusión de pruebas de sensibilidad a los antituberculosos y pruebas sistemáticas de detección en los contactos y los grupos de alto riesgo.	2. Tratamiento de todas las personas con tuberculosis, incluida la farmacorresistente, y apoyo a los pacientes.	3. Actividades de colaboración en relación con la tuberculosis y el VIH, y tratamiento de la comorbilidad.	4. Profilaxis para las personas con alto riesgo y vacunación contra la tuberculosis.
2. Políticas audaces y sistemas de apoyo			
5. Compromiso político, con recursos suficientes para la atención a la tuberculosis y su prevención.	6. Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención sanitaria de los sectores público y privado.	7. Política de cobertura sanitaria universal y marcos reguladores de la notificación de los casos, el registro civil, la calidad y el uso racional de los medicamentos, y el control de la infección.	8. Protección social, alivio de la pobreza y actuación para contrarrestar otros determinantes de la tuberculosis.
3. Intensificación de la investigación y la innovación			
9. Descubrimiento, desarrollo y aplicación rápida de nuevos instrumentos, intervenciones y estrategias.	10. Investigación para optimizar la aplicación y el impacto, y fomentar las innovaciones.		

**Fuente:** Adaptado de OMS



El pilar 2 incorpora un principio donde los actores comunitarios son claves: “Participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los proveedores de atención sanitaria de los sectores público y privado”. Adicionalmente, la OMS desde el año 2012 publicó unas orientaciones operacionales tituladas ENGAGE-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) y otras Organizaciones de Sociedad Civil (OSC); en 2013 editó un manual de capacitación; y en 2014 publicó el manual de aplicación del enfoque ENGAGE-TB<sup>1</sup>, que tuvo por objeto explicar más detalladamente cómo se pueden poner en práctica las intervenciones descritas en las orientaciones operacionales.

A pesar de ser los primeros manuales que desde la OMS desarrollan ampliamente el abordaje comunitario de la TB en diferentes países del mundo, ya se habían generado no solo documentos, sino estrategias que involucraban a la Sociedad Civil y la Sociedad Civil Organizada en la lucha contra la tuberculosis. Inclusive, algunos años después del lanzamiento de la estrategia DOTS (*Directly Observed Treatment Short*) por parte de la OMS a mediados de los 90, se observaban ejercicios autóctonos en donde la estrategia era apoyada por actores comunitarios en zonas rurales dispersas, entre grupos étnicos como pueblos

<sup>1</sup> Las publicaciones ENGAGE - TB, están disponibles en: <http://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/es/>

indígenas (OMS, 2002) o en las mismas ciudades de diversos países donde los servicios sanitarios no alcanzaban a cubrir en toda su extensión a las poblaciones afectadas con los Tratamientos Acortados Estrictamente Supervisados - Estrategia TAES (DOTS, por sus iniciales en inglés).

## La Estrategia DOTS

En los años noventa la OMS declaró la tuberculosis como emergencia global y por estos mismos años realizó el lanzamiento de la primera estrategia mundial de lucha contra la tuberculosis, la estrategia **DOTS/TAES (OMS. 2003)**. Los cinco elementos de la estrategia DOTS, considerada como esencial para el control mundial de la **TB son (OMS, 2005, p. 2):**

- ▶ **1.** Compromiso político con el control de la tuberculosis.
- ▶ **2.** Diagnóstico bacteriológico y una red de laboratorios eficaz.
- ▶ **3.** Quimioterapia breve estandarizada y apoyo al paciente a lo largo de todo el tratamiento.
- ▶ **4.** Suministro ininterrumpido de fármacos de calidad asegurada.
- ▶ **5.** Registro y notificación para medir los resultados a nivel de pacientes y del programa.

La alianza Alto a la Tuberculosis se creó en el año 2000 como un movimiento mundial para acelerar la acción social y política encaminada a detener la propagación de la tuberculosis en el mundo.(....), Uno de los primeros pasos de la Alianza fue desarrollar el Plan Mundial para Detener la Tuberculosis para el periodo 2001-2005. (...) El primer Plan Mundial exigió un gran esfuerzo y los asociados han aportado resultados extraordinarios: el número de pacientes tratados en programas **DOTS** se duplicó en 5 años, pasando de 2 millones en 2001 a más de 4 millones en 2004 (...) Sin embargo, aún había mucho por hacer, y la alianza elaboró un segundo Plan denominado “Plan Mundial para detener la Tuberculosis 2006 - 2015” el cual estaba alineado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), y para su elaboración se basó en los progresos realizados al aplicar el primer Plan- (Plan Mundial para Detener la Tuberculosis, 2006-2015 / Alianza Alto a la Tuberculosis). (Stop TB Partnership, 2006)

El DOTS continuó siendo el núcleo de la **Estrategia Alto a la TB**, sin embargo, para resolver los problemas conocidos y los nuevos obstáculos que se presentaban, fue necesario reforzar los cinco componentes básicos del enfoque **DOTS (OMS, 2017b)**:

1. ► Compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida. Legislación, planificación, recursos humanos, gestión y formación.
2. ► Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada. Fortalecimiento de los laboratorios de TB, vigilancia de la farmacorresistencia.
3. ► Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente.
4. ► Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos. Disponibilidad y gestión de antituberculosos, Servicio Farmacéutico Mundial (GDF), Comité Luz Verde (GLC).
5. ► Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto. Sistemas de registro y presentación de informes sobre la TB, informe sobre el control mundial de la TB, datos y perfiles de los países,

Directrices para el tratamiento y la gestión de los programas de lucha contra la TB, Normas Internacionales de Atención a la TB (ISTC), PPM, Enfoque Práctico de la Salud Pulmonar (PAL), participación de los pacientes y las comunidades.

instrumento de planificación y presupuestación de la lucha contra la TB, formación en línea de la OMS sobre epidemiología y vigilancia.

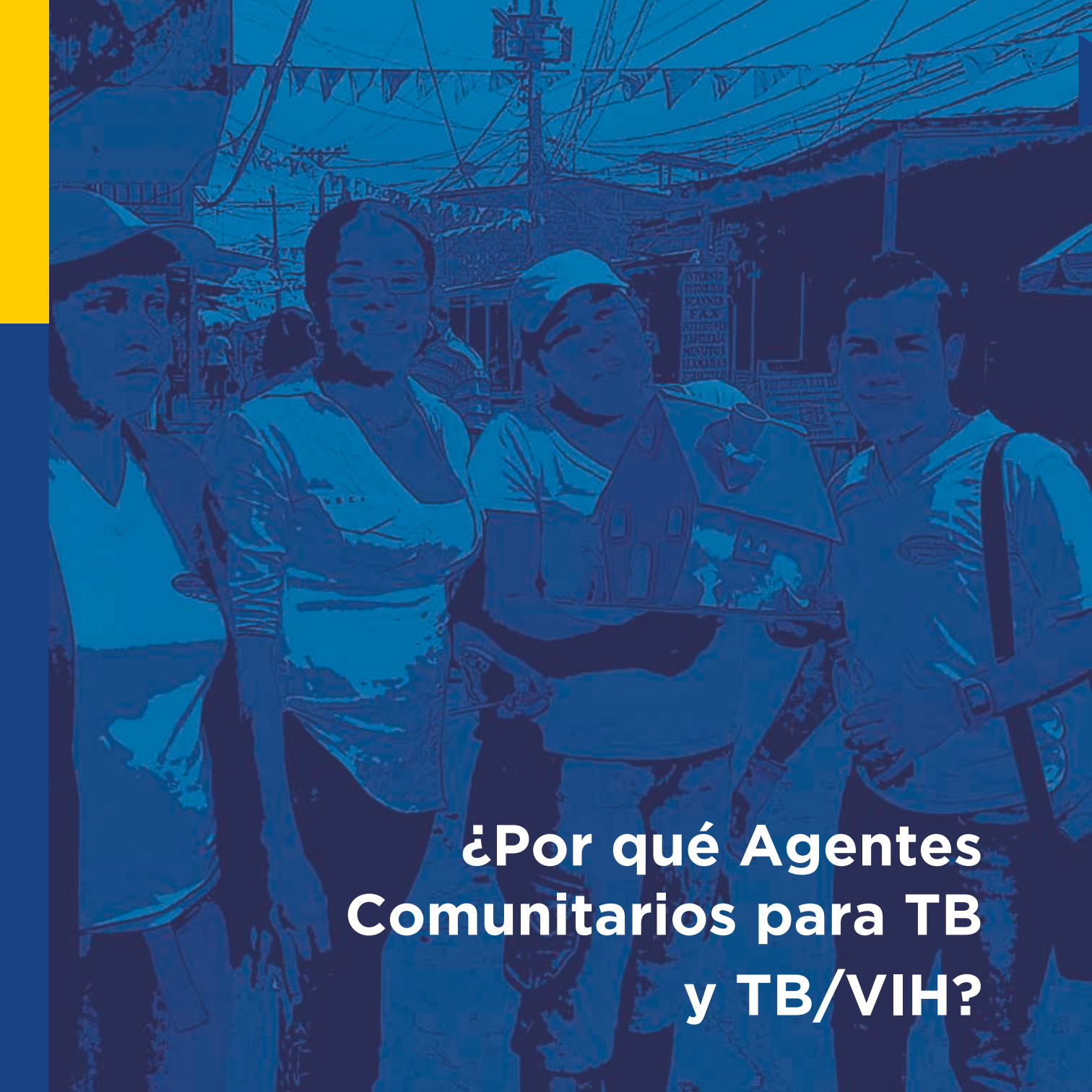
En Colombia, en el 2004, el Ministerio de la Protección Social (MPS) expidió la Circular 018 que priorizó la TB como un problema de salud pública y estableció metas para la implementación, expansión y desarrollo de la estrategia DOTS/TAES (Ministerio de Salud y Protección Social, 2010).

El abordaje de la tuberculosis con participación de la comunidad a través de Agentes Comunitarios en Salud (DOTS Comunitario) se ha planteado desde hace varios años y de diversas formas en algunos países del mundo y América Latina, incluido Colombia.

Esta experiencia propone describir una estrategia basada en Agentes

Comunitarios en Salud específicos para TB (ACS-TB) como enlace entre la comunidad y el sistema de salud, y su sistematización con los actores claves; en el marco del proyecto de tuberculosis financiado por el Fondo Mundial (FM) en Colombia y convenios de cooperación técnica entre la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

La propuesta incorporó aspectos como el **perfil del ACS-TB**, puntos claves de su entrenamiento, escenarios de intervención, resultados estratégicos de su trabajo y limitaciones encontradas. Con ella se quiso generar un documento a través del cual los tomadores de decisión en diferentes niveles del sistema de salud en Colombia y otros países puedan planificar intervenciones y se logre beneficiar tanto la salud pública como las comunidades.

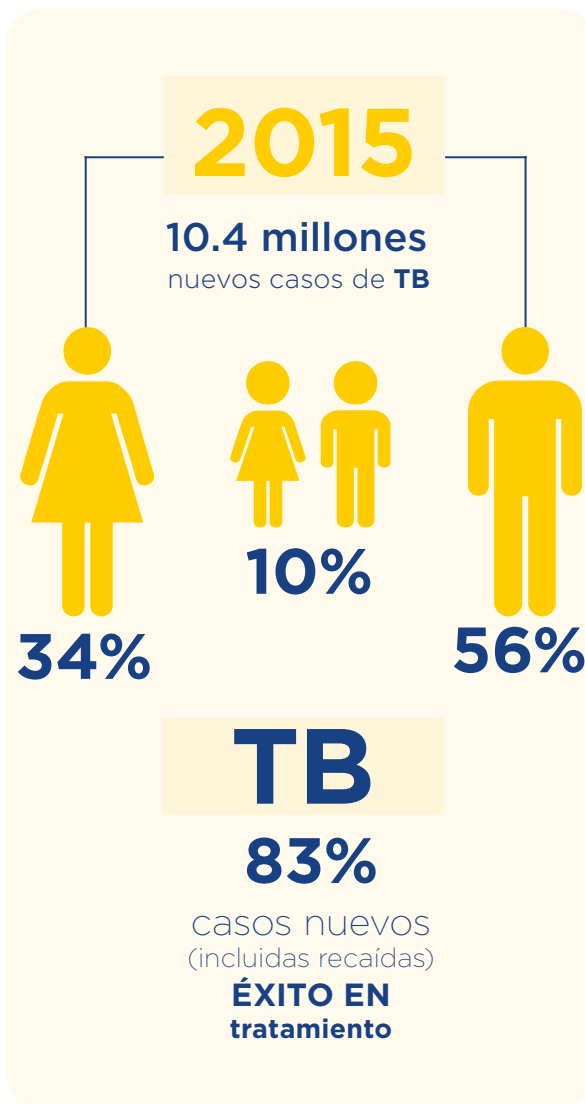


**¿Por qué Agentes  
Comunitarios para TB  
y TB/VIH?**

## Epidemiología

**E**n 2015, se estimaron 10.4 millones de nuevos casos de TB en todo el mundo, de los cuales 5,9 millones (56%) ocurrirían entre hombres, 3,5 millones (34%) entre las mujeres y 1,0 millón (10 %) entre los niños. Las personas que viven con el VIH representaron 1,2 millones (11%) de todos los nuevos casos de tuberculosis. Ese mismo año, hubo 1,4 millones de muertes a consecuencia de la TB y, adicionalmente, 400.000 muertes en personas con coinfección TB/VIH. Durante 2015 se notificaron 6,1 millones de nuevos casos de TB a las autoridades nacionales y a la OMS. El 83% de los casos nuevos (incluidas las recaídas) lograron éxito en su tratamiento (OMS, 2016b, p. 199).

A partir de 2016, el objetivo ha sido el poner fin a la epidemia mundial de TB mediante la aplicación de la Estrategia **Fin de la Tuberculosis**, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 y cuyas metas están relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) recientemente adoptados. La estrategia debe servir como modelo para que, de aquí a 2030, los países reduzcan la mortalidad por TB en un 90% con respecto al nivel de 2015, el número de nuevos casos descienda en un 80% y para que ninguna familia deba hacer frente a costos catastróficos debidos a la TB (OMS, 2016c).



Según el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, para el 2015, hasta la semana epidemiológica 52, se habían notificado al SIVIGILA 12.918 casos de tuberculosis de todas las formas, 11.647 correspondían a casos nuevos, 2089 a casos con coinfección TB-VIH y 926 se registraron con condición final muerte. El éxito terapéutico para la cohorte de casos nuevos TBTF 2014 fue 76,8% (INS, 2014, p. 28).

## Antecedentes de la Estrategia

El control efectivo de la tuberculosis requiere la colaboración de muchos socios (Maher, Van Gorkom, Gondrie & Raviglione, 1999) y la implementación de la estrategia DOTS depende de una amplia gama de proveedores de servicios de salud, incluyendo la comunidad (OMS, 2002 p. 5).

Las intervenciones desde el sector salud por sí solas no han sido suficientes debido a diversos factores, uno de los principales es que la transmisión y el desarrollo de la enfermedad en sus huéspedes es básicamente comunitario, y sus principales signos y síntomas, como la tos, son comúnmente asociados a resfríos o catarros persistentes; los cuales, al avanzar prolongan la transmisión de la enfermedad entre los contactos cercanos del enfermo, y él o ella, por temor a ser diagnosticado con TB (estigmatizada y discriminada culturalmente), prefieren buscar alternativas dentro de la medicina tradicional o se auto-medican. Solo en algunos casos consultan los servicios de salud donde, si corren con suerte, un(a) médico(a) con algo de entrenamiento

y conocimiento de las enfermedades prevalentes en su entorno, podría quizá enviarle exámenes bacteriológicos para diagnosticarle apropiadamente la TB.

Las intervenciones comunitarias regularmente se han dirigido a contribuir a la identificación de sospechosos de TB (Síntomas Respiratorios - SR), al diagnóstico de pacientes, y a apoyar la adherencia a tratamientos (puntos 2 y 3 de DOTS); pero también es posible que a través de los mecanismos de participación comunitaria, establecidos por y dentro del Estado, se logre un mayor compromiso político frente a la enfermedad y un frecuente suministro regular de medicamentos (puntos 1 y 4). En algunos casos, como el de esta experiencia, se aporta al rendimiento general del programa bajo un sistema de Monitoreo y Evaluación estandarizado (punto 5), alineado con los registros el Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis - PNCT.



En los últimos años ha venido incrementado el número de documentos e investigaciones que sustentan la importancia y el impacto de las intervenciones comunitarias, y que analizan la costó-efectividad de las mismas. En Colombia se cuenta con muy pocos documentos sobre metodologías co-

munitarias utilizadas, y ninguno en particular que cuantifique el aporte que dichos ejercicios han realizado para fortalecer los programas locales de control de tuberculosis en cuanto a mejora de indicadores. En el país se cuenta con dos estudios que evalúan y demuestran la costo-efectividad de las variaciones de la estrategia DOTS convencional, una de ellas en la ciudad de Medellín denominada DOTS Residencial/DOTS-R (Nieto, López, Del Corral, Marín, Lopera, Benjumea, Montes, Molina & Arbeláez, 2012) y la otra en la ciudad de Cali denominada DOTS Extra-Institucional (Girón Vargas & Mateus Solarte, 2013); en ninguno de los dos estudios se incluyen actividades donde líderes comunitarios contratados o voluntarios que han recibido entrenamiento, realizan acompañamiento, supervisión de tratamiento y educación a pacientes y sus convivientes.

Los ejercicios comunitarios para el fortalecimiento de los Programas Nacionales de Prevención y Control de la Tuberculosis (PNCT) y los Programas Locales de Control de la Tuberculosis (PCT) se han descrito en diversos países a nivel mundial (OMS, 2009), en Latinoamérica (Prado, Wada, Guidoni, Golub, Dietze, & Maciel, 2011) y en Colombia (OMS, 2002) desde diversas perspectivas.

Para el 2002, la OMS recogió la experiencia de tres ciudades colombianas, en las que se evidencia que: “(...) La magnitud de la contribución de estas organizaciones a la atención de la TB no se conoce (...)” y se afirma que “De hecho, el porcentaje de la contribución de la comunidad y su efecto no han sido establecidos ya que ninguna de las organizaciones mantiene registros sobre la atención que proveen” (OMS, 2002, p. 14).

Colombia, en el 2010, como parte de una propuesta al Fondo Mundial en su décima convocatoria, planteó una propuesta inicial de la estrategia de Agentes Comunitarios en Salud para TB en 46 municipios del pacífico colombiano, que se desarrolló durante los años 2012 y 2013. Esta estrategia fue replanteada para ocho ciudades principales del país para 2014, 2015 y 2016; de igual forma, la estrategia fue complementada en estos últimos tres años a través de convenios de cooperación técnica entre la Organización Internacional para las Migraciones y el Ministerio de Salud y Protección Social (convenios 363 y 547).

La propuesta inicial planteaba que:

...se pretende fortalecer y en algunos municipios implementar la estrategia DOTS con base comunitaria, con el fin de trabajar en la mejora de la detección, diagnóstico y seguimiento de pacientes con TB, para ello se conformara una red de agentes comunitarios, quienes serán previamente entrenados en el manejo del programa de TB, con énfasis en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes...(..) se contratará a 25 agentes comunitarios para los municipios con mayores necesidades (...) con el fin de realizar la asistencia técnica, el monitoreo y la evaluación del trabajo adelantado por la red de agentes comunitarios, se contará con 7 enfermeras, quienes trabajarán de manera coordinada con los actores del sistema con el fin de apoyar la gestión de los programas y asegurar la adopción para el sostenimiento de las acciones por parte de los diferentes actores en salud. (The Global Fund, 2010, p. 3).

## Aspectos Normativos

El Sistema de Salud Colombiano fue regulado por la Ley 100 de 1993, a través de esta se buscó garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población. La Protección Social se constituye como el conjunto de políticas públicas orientadas a disminuir la vulnerabilidad y a mejorar la calidad de vida de los colombianos e incluye el derecho a la salud, la pensión y al trabajo (Ley 789, 2002). En el 2000 se adoptaron las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública, incluidas allí la tuberculosis pulmonar y extra pulmonar (Resolución 412, 2000).

En el 2007 la Ley 1122 (art. 6) realizó ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios; se hicieron reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. Las Circulares 0058 de 2009 y 007 de 2015 fortalecieron y actualizaron aspectos operativos y establecieron los lineamientos actuales de los programas de TB y Lepra en Colombia. La Ley 1438 de 2011 en su artículo 6 establece que:

El Ministerio de la Protección Social elaborará un Plan Decenal de Salud Pública a

través de un proceso amplio de participación social y en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, en el cual deben confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental, garantizando que el proceso de participación social sea eficaz, mediante la promoción de la capacitación de la ciudadanía y de las organizaciones sociales (Ley 1438, art. 6)

Posteriormente, se adoptó *el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021* a través de la resolución 1841 de 2013 (Resolución 1841, 2013). Mediante la resolución 518 de 2015 se dictan disposiciones en relación con la gestión en salud pública, y se establecen directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas - PIC. Más recientemente adopta la Política de Atención Integral en Salud -PAIS-, y establece el Modelo Integral de Atención en Salud-MIAS (Resolución 429, art. 1 & 3); y subsecuentemente adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS donde se estipula que “La gestión de la salud pública como proceso dinámico, integral, sistemático y participativo, bajo el liderazgo y conducción de la autoridad sanitaria, está orientado a que las políticas, planes, programas y proyectos de salud pública se realicen de manera efectiva, coordinada y organizada, entre los diferentes actores del SGSSS y del Sistema General de Riesgos Laborales – SGRL, junto con otros sectores del Gobierno, de las organizaciones sociales y privadas y *la comunidad*” (Resolución 3202, numeral 2.1.7 )



## Justificación

Las enfermedades transmisibles como la tuberculosis (TB) cada día presentan un panorama más preocupante, porque a pesar de ser un evento prevenible y curable, las cifras no han disminuido en los últimos años, y sí aumentan anualmente los casos con mayor grado de dificultad para ser diagnosticados, tratados y curados, como son los casos de coinfección TB/VIH y de TB farmacorresistente. En la lucha contra la TB, las acciones individuales se convierten en beneficios colectivos, lo cual le enmarca como un evento en donde se deben incorporar y fortalecer acciones individuales de alta externalidad (Resolución 518, p3). Colombia trabaja en función de lograr la disminución en 75 % de las muertes por TB, en un 50 % de la incidencia de TB y en no tener ni una familia asumiendo costos catastróficos a raíz de la enfermedad para el 2025, en concordancia con las metas propuestas en la Estrategia Fin de la TB a nivel global.

Las instituciones dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia, tales como Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), o Direcciones Locales de Salud (DLS) tienen unas responsabilidades y competencias claras frente a la lucha contra esta enfermedad; donde es necesario que lideren estrategias efectivas en los roles que les asigna la ley 715 de 2001, pero en este proceso es

indispensable que se involucre a las comunidades y sus actores sociales en la planeación, construcción, puesta en marcha, seguimiento y sostenibilidad de estas estrategias.

El aporte de la comunidad en la lucha contra la TB debe involucrar elementos propios de la cultura de la comunidad, el apoyo a la gestión de riesgo y ser un enlace con la prestación de servicios. Solo con responsables remunerados y no remunerados se logra conformar una red social sostenible y armonizada con el SGSSS; para lo cual es imprescindible lograr el compromiso de personas de la comunidad, que fortalezcan directa o indirectamente los aspectos básicos de la lucha contra la TB contemplados en el enfoque ENGAGE TB (OMS, 2016a): su apoyo frente a la prevención y control de la tuberculosis, el acompañamiento afectivo, y la restauración de las áreas importantes del individuo que se pierden o deterioran a raíz de la enfermedad.

La Estrategia Fin de la TB propuesta por la OMS en el año 2015, plantea en uno de los principios la articulación sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades y dentro de los pilares y componentes, las políticas audaces y sistemas de apoyo, que incluye la participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los profesionales de los sectores público y privado.



**Estrategia de Agentes  
Comunitarios en Salud  
Para TB - ACS/TB**

**E**n el 2010 el MSPS, el equipo asesor nacional del PNCT y algunas organizaciones no gubernamentales (Organización Panamericana de la Salud-OPS, Organización Internacional para las

Migraciones y la Liga Antituberculosa Colombiana-LAC) contaron con la posibilidad de elaborar una propuesta de proyecto al Fondo Mundial para TB. En este ejercicio de la propuesta, se tuvo:

**Tabla 2.** *Propuesta de proyecto para el Fondo Mundial para TB*

**1** Un diagnóstico de lo que era la región del Pacífico con retroalimentación de expertos de TB del Fondo Mundial.

**2** Revisión de experiencias de otros países donde se había implementado el trabajo en TB con agentes comunitarios. Se encontraron en las referencias dos tipos de personas que trabajan con la comunidad, las remuneradas y las voluntarias. Para la propuesta específica del proyecto, se optó por la figura de agentes remunerados, debido a los tiempos extensos de dedicación que se requerían y a todo el sistema de entrenamiento, monitoreo y evaluación, además de las tareas que como facilitadores comunitarios debían asumir.

**3** La aspiración de generar una experiencia de país que sirviera como modelo para otras regiones de Colombia que comparten características similares como población localizada en área rural dispersa, altos índices de NBI, entre otras; y que ayudara a entender mejor cómo abordar este tipo de poblaciones frente a problemas de salud pública como la TB, donde además se lograra comprender un poco más sobre la migración y movilidad de personas con la enfermedad o con sospecha de ella, desde las zonas rurales hacia los cascos urbanos.

**4** Intención de rescatar la figura del Promotor de Salud que fue muy común y útil para el trabajo en salud pública durante algunos años en las zonas rurales de Colombia, pero que había desaparecido, y ahora se quería retomar con un enfoque exclusivo para tuberculosis.

**Fuente:** Elaboración propia

La estrategia se propuso para la región pacífica colombiana, que cumplía con los criterios de priorización definidos, entre los cuales estaba:

**Tabla 3.** Criterios de priorización para el proyecto del Fondo Mundial para TB

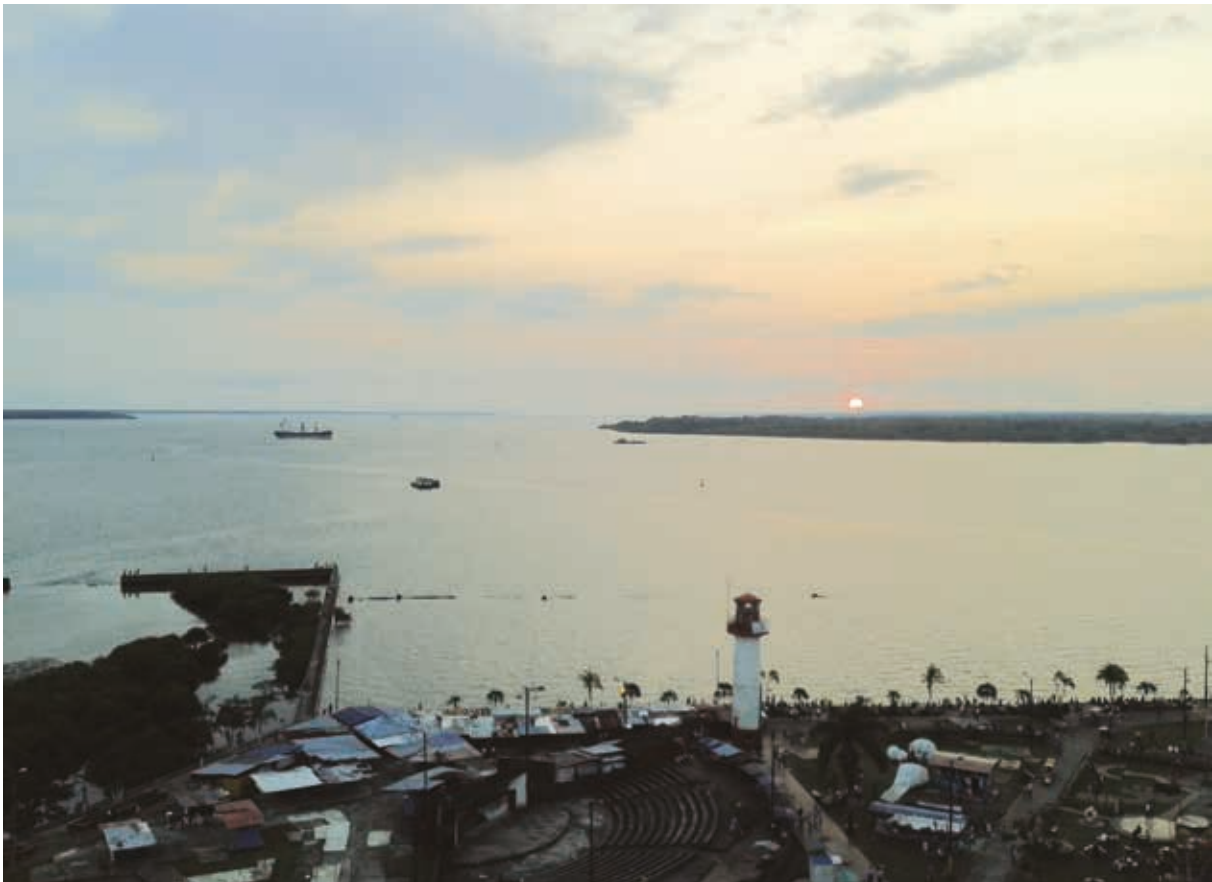
<b>1.</b> Los determinantes sociales en salud.	<b>2.</b> Pobre infraestructura de los servicios sanitarios.
<b>3.</b> Minorías: grupos étnicos y víctimas del conflicto armado.	<b>4.</b> Alta rotación del recurso humano en salud.
<b>5.</b> Desnutrición y pobre seguridad alimentaria y nutricional.	<b>6.</b> Desconocimiento de las enfermedades prevalentes en el contexto.
<b>7.</b> Conflicto Armado Interno.	<b>8.</b> Zona rural dispersa.
<b>9.</b> Pobre infraestructura para la movilidad y elevados costos por el difícil acceso.	<b>10.</b> Choques culturales por la diversidad étnica y las prácticas ilegales.
<b>11.</b> Otras actividades ilegales, como la minería controlada por actores armados.	<b>12.</b> Indicadores del programa con bajo rendimiento: pobre detección de casos (cerca de mil casos reportados y las estimaciones daban 3mil), el éxito del tratamiento estaba alrededor de un 68 %.

**Fuente:** Elaboración propia

Dentro del proyecto también se incluyó el municipio de Cali, el cual no cumplía con todos los criterios de priorización, sin embargo, su población aportaba una alta carga de TB, y además era el único municipio que tenía una población con alrededor de dos millones de habitantes. A pesar de no pertenecer como tal a la Costa Pacífica, sí se reconoce como un receptor importante de pacientes migrantes de Buenaventura (departamento de Valle del Cauca), Tumaco (departamento

de Nariño), y algunos municipios del Cauca (Guapi, López de Micay y Timbiquí) e incluso de algunos de la parte sur del Chocó.

La estrategia se formuló de acuerdo con el modelo de financiación con el que el Fondo Mundial solicitaba sus Proyectos en su décima convocatoria o décima ronda, en una fase inicial de dos años (fase I años 2012- 2013) y una fase de continuación y cierre de tres años (fase II 2014 - 2015 - 2016).



Puerto de Buenaventura foto archivo proyecto

A photograph of a group of people sitting on the ground in a slum. In the foreground, a woman with long hair, wearing a white t-shirt and black pants, sits with her hands clasped, looking directly at the camera. Behind her, several other people are sitting on the ground, some looking towards the camera and others looking away. The background shows a makeshift structure with a corrugated metal roof and walls. The overall scene is one of poverty and hardship.

# Fase I Proyecto TB Fondo Mundial

Figura 1. Objetivos del proyecto en la Fase I



Fuente: Elaboración propia




La estrategia de **Agentes Comunitarios para TB** se enmarcó dentro del objetivo tres del proyecto, aunque su participación evidenció resultados en el logro de todos ellos. El trabajo de los ACS -TB fue direccionado a tres aspectos claves:

- ▶ Mejorar la detección de **TB**.
- ▶ Fortalecer el diagnóstico por laboratorio.
- ▶ Mejorar la adherencia al tratamiento anti **TB** de los pacientes en municipios del pacífico colombiano.

Se partió de la premisa de que no había una buena detección de pacientes y se contaba con un alto porcentaje de ellos en pérdida del seguimiento (10,5%). El paso siguiente fue la definición del perfil de los ACS-TB y la realización de la convocatoria; la participación de las entidades territoriales fue fundamental, ya que era necesario involucrar dentro de la convocatoria a las comunidades que iban a ser intervenidas, más aun, teniendo en consideración que allí se presentaban condiciones de marginalidad y vulnerabilidad.

La selección de ACS-TB mantuvo el equilibrio entre los criterios técnicos que como Fondo Mundial y OIM se habían planteado y las sugerencias de algunos candidatos por parte de los territorios que contaban con amplia experiencia en terreno con las comunidades. (Ver tabla 4).

**Tabla 4.** Perfil del ACS-TB Fase I - Proyecto TB/FM

PERFIL DEL ACS-TB FASE I - PROYECTO TB/FM	
 <p><b>Educación</b></p>	Mínimo 4 años de educación básica secundaria.
 <p><b>Experiencia</b></p>	<p>Mostrar experiencia laboral de por lo menos 1 año, relacionada con ejecución de proyectos de salud municipal o con experiencia en procesos de participación y/o liderazgo de proyectos comunitarios.</p>
 <p><b>Otros</b></p>	<p>Reconocimiento dentro de sus comunidades, espacios municipales y departamentales; con comprensión de la realidad y las particularidades del contexto local. Actitud positiva, capacidad de trabajo en equipo, de negociación y de articulación de esfuerzos. Disponibilidad para viajar.</p>

**Fuente.** Elaboración propia

Una vez definido el **Grupo ACS-TB** se realizaron tres tipos de capacitación:

1. Entrenamiento técnico en cuanto a búsqueda y diagnóstico de la tuberculosis: fueron entrenados en identificación de sintomáticos respiratorios, toma y recolección de muestras de esputo, realización y lectura de la baciloscopia (BK), todo esto en coordinación con el Instituto Nacional de Salud (INS) y Laboratorios Departamentales de Salud Pública (LDSP). Procesamiento de muestras en laboratorio - Archivo del proyecto.





Procesamiento de muestras en laboratorio - Entrenamiento básico ACS-TB - Archivo del proyecto

2. Entrenamiento en todo lo relacionado con los aspectos básicos de la TB y los aspectos programáticos, este entrenamiento lo realizó el equipo coordinador nacional del Proyecto con la colaboración de los referentes de TB en los departamentos priorizados, donde los coordinadores fueron facilitadores de los talleres comunitarios para que hubiera un diálogo directo entre los agentes comunitarios y la autoridad local.
3. Entrenamiento en los temas administrativos y financieros de la OIM. De manera simultánea se hizo un ejercicio de planeación para definir la situación de cada municipio en particular en cuanto a la carga de enfermedad; ese ejercicio se realizó con la información epidemiológica registrada en los programas durante los cinco años anteriores (un quinquenio), y se partió del hecho de que, donde hubo casos con TB también debía haber contactos infectados y, por lo tanto, personas con TB latente o con TB activa.

Ya en terreno, se comenzó a identificar la verdadera procedencia de cada caso. Casi siempre, provenían de zonas rurales alejadas de la cabecera municipal del municipio intervenido o de otros fronterizos, pero igualmente distantes.

Contando con mayor claridad sobre estas zonas de procedencia de los casos, se organizaron mesas de trabajo con los equipos técnicos de los hospitales en los municipios, incluyendo enfermeras, auxiliares y médicos, con los que se trabajó coordinadamente con los ACS-TB, para abordar la temática de Atención Primaria en Salud (APS). Desde otra perspectiva, se organizaron otro tipo de mesas de trabajo con tomadores de decisión en alcaldías, otras instituciones públicas y privadas, y ONG, donde se logró la coordinación para realizar misiones médicas conjuntas, en las que estas instituciones aportaron recursos humanos, materiales o apoyaron la movilidad. En este ejercicio participaron instituciones como la Cruz Roja Internacional (CICR) y Médicos Sin Fronteras España y Holanda (MSF).



Transporte a zonas de difícil acceso - Archivo del proyecto

Dentro de las salidas conjuntas, el grupo de ACS-TB tenía líneas de trabajo bien definidas:

1. Búsqueda y captación de sintomáticos respiratorios.
2. Toma de muestras para baciloscopia (BK) y cultivo (como medio de transporte).

3. Extendido, coloración y lectura de la placa.
4. Inicio de tratamiento.
5. Retroalimentación al PCT y al LDSP.
6. Supervisión observada del tratamiento a pacientes diagnosticados por el proyecto.



7. Capacitación en los aspectos básicos de la TB a líderes de la comunidad y consecución de un encargado(a) de apoyar la supervisión del tratamiento en zonas rurales dispersas (algo así como un padrino de tratamiento), al cual el equipo asesoraba, contactaba, monitoreaba y visitaba periódicamente durante los seis meses de poliquimioterapia del paciente.



Captación de SR y procesamiento de muestras en terreno

El sistema de Monitoreo y Evaluación (MyE) del proyecto y sus medios de verificación fueron contemplados con base en los registros del PNCT, por lo cual en ningún momento se instauró un sistema paralelo de registro de las acciones realizadas. Los ACS-TB hicieron parte de la Evaluación Externa del Desempeño Indirecta (EEDI), que se realiza a las redes de laboratorios en todo el país, y en este caso en los cuatro departamentos del pacífico colombiano. Para esto el 100 % de las láminas correspondientes a las BK de sospechosos con TB se remitían al municipio y de ahí se revisaban en el LDSP (se documentó que el montaje de las láminas y las lecturas de los ACS-TB eran de

excelente calidad y había una concordancia muy alta, entre lo que leía el ACS-TB y lo que encontraba el profesional del laboratorio en los LDSP). Si por alguna razón no existía concordancia, se hacía un proceso de re-entrenamiento en lectura de BK al ACS-TB.

Una vez identificados los pacientes en comunidades alejadas del municipio base del ACS-TB, los agentes empoderaban a líderes locales para que voluntariamente supervisaran ese tratamiento, en este ejercicio participaron profesores, trabajadores de farmacias, Juntas de Acción Comunal (JAC), médicos tradicionales indígenas y otros líderes de la zona.



Proceso de empoderamiento de líderes locales - Archivo del proyecto

Antes de introducir lo que fue el despliegue de la estrategia en el pacífico colombiano, se describen a continuación algunas de las condiciones bajo las cuales el proyecto de TB del FM para Colombia, fue aprobado:

Este proyecto se planteó y aprobó inicialmente para un máximo de cinco años de intervención en el pacífico colombiano, en 46 municipios de cuatro departamentos. La planeación incluyó una fase Inicial o fase I





Proceso de empoderamiento de líderes locales - Archivo del proyecto

que abarcaba los dos primeros años de intervención (2012-2013), durante los cuales, a partir del desempeño de los Receptores Principales (RP) donde la OIM-LAC actuaron en calidad de Receptor Principal No Gobierno (RPNG), se negociaría la fase II, en este mismo escenario geográfico que era el pacífico colombiano, con fecha límite de finalización el 31 de diciembre de 2016.

El Fondo Mundial realizó la medición del desempeño sobre los cinco objetivos

establecidos a través de un Marco de Desempeño, que es una herramienta clave para establecer el progreso hacia las metas pactadas entre el FM y los Receptores Principales del proyecto. Esta herramienta incluyó 12 indicadores, y específicamente para el objetivo tres, que estaba directamente relacionado con el trabajo de la red de agentes que acercarían las actividades de diagnóstico y tratamiento a través del DOTS Comunitario, se establecieron los siguientes indicadores:

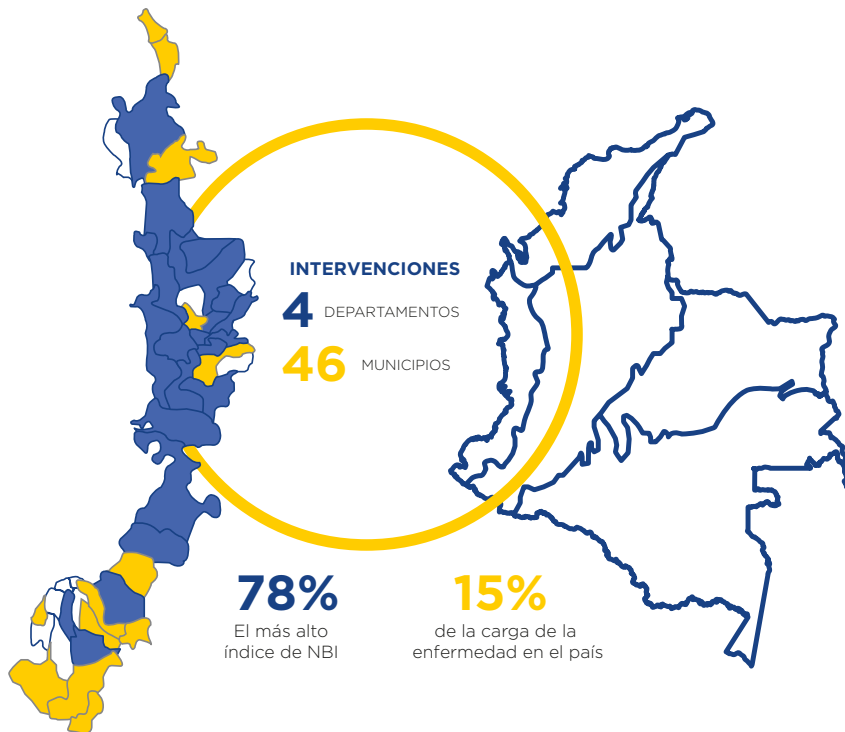
- ▶ Número de casos nuevos BK+ notificados a la autoridad nacional de salud por parte de la comunidad, en los 46 municipios priorizados.
- ▶ Número y porcentaje de pacientes con TB (todas las formas) en tratamiento acortado estrictamente supervisado por la comunidad / todos los pacientes con TB (todas las formas) notificados en los 46 municipios priorizados.
- ▶ Porcentaje de pacientes BK+ tratado exitosamente (curados + tratamiento terminado)/ todos los pacientes BK+ que reciben tratamiento acortado estrictamente supervisado por la comunidad.

## Localización Geográfica de la Fase I

**E**l pacífico colombiano corresponde a una región que ocupa la tercera parte de la totalidad de las costas del país y el 6% del territorio nacional. Se extiende cerca de 71.000 kilómetros cuadrados y comprende parte de los departamentos de Cauca, Nariño, Chocó y un municipio del Valle del Cauca. Cuenta con

una franja de superficie marina de 400.000 kilómetros cuadrados (López Gómez, 2009). La Región Pacífico contaba una población de 7.983.357 habitantes para el 2012, el 68,66 % se localizaba en el área urbana y el 31,34 % en el área rural (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

**Figura 2.** Área geográfica priorizada - Fase I del Proyecto TB/FM



**Fuente:** Elaboración propia

En el 2009 los municipios del pacífico colombiano presentaban el más alto índice de NBI del país con el 78%. La zona aportaba aproximadamente el 15% de la carga de TB de la nación y contaba con preocupantes indicadores del programa de control de TB: 70% de éxito de tratamiento, 10,5% de abandonos, 2,6% de fracasos, 4,3% de fallecidos y 12,1% de pacientes no evaluados o sin información (The Global Fund, 2010, p. 5).

Esta región tiene bajos niveles de cobertura en los servicios básicos y con indicadores de pobreza por encima del promedio nacional. En las últimas dos décadas, esta región ha estado sometida a un intenso proceso de colonización, acompañado de una creciente violencia político-social, provocada por la presencia de grupos de guerrilla y paramilitares, quienes, en los últimos años, han generado frecuentes violaciones a los derechos humanos y desplazamientos masivos de población (López Gómez, 2009).

Las comunidades, si bien cuentan con un gran legado de acción cooperativa y colectiva, no han logrado articular formas de organización efectivas que les permitan el despliegue de acciones que sirvan de puente para articular los intereses de los individuos y de las comunidades con el Estado y el resto de la sociedad civil.

En cuanto a su potencial, la región cuenta con un envidiable contexto étnico cultural, basado en la prevalencia de las comunidades negras e indígenas que, por tradición, historia y cultura, han logrado desarrollar formas

de cooperación basadas en el concepto de familia extensa y en la relación cultura-territorio, aspectos importantes para una gestión conducente a nuevos esquemas de desarrollo que combinen lo endógeno con el desarrollo humano sostenible (López Gómez, 2009).

La fase I se realizó bajo la propuesta de intervención de comunidades ubicadas en el pacífico colombiano donde no se contaba con una red de prestación de servicios apropiada, se tenían barreras de acceso de índole político-geográficas y donde los costos de desplazamiento y acceso a muchas de las comunidades que allí habitan era muy alto. La zona tenía una distribución poblacional que en su mayoría se localizaba en zona rural dispersa, compuesta por diversidad de grupos étnicos y con presencia de grupos al margen de la ley.

El Proyecto TB del Fondo Mundial (Proyecto TB/FM) para Colombia, a través de su Receptor Principal No Gobierno - OIM/LAC, documentó por medio de su marco de desempeño y el MyE de tres indicadores comunitarios, algunos de los aportes que la estrategia basada en los Agentes Comunitarios en Salud para TB (ACS-TB), adelantada con un grupo de 25 ACS-TB bajo la supervisión de siete enfermeras profesionales. La estrategia se realizó durante los años 2012 y 2013 conjuntamente con los Programas de Prevención y Control de la Tuberculosis (PCT) en los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Chocó.

## Resultados en la Fase I

En la fase I, la estrategia priorizó tres indicadores incorporados dentro del marco de desempeño del proyecto. La relevancia estaba en el apoyo al diagnóstico y el acompañamiento a la supervisión del tratamiento para el éxito terapéutico.

En la documentación de este ejercicio se logró evidenciar cómo fue posible pasar de un 70% a un 81% en el éxito de tratamiento de la cohorte de pacientes en solo dos años en una región donde muchas de las condiciones externas al proyecto y a los programas de

TB no eran muy favorables. En este proceso fue indispensable la contrapartida que el Ministerio de Salud y Protección Social brindó al proyecto a través de los convenios 464 y 363 de 2012 y 2013 respectivamente, celebrados entre la OIM y el MSPS.

El primer indicador trabajado por medio de la red de Agentes en el pacífico colombiano fue el “Número de casos nuevos BK+ notificados a la autoridad nacional de salud por parte de la comunidad, en los 46 municipios priorizados”.

**Tabla 5.** Número de casos nuevos BK+ notificados a la autoridad nacional de salud

AÑO	DEPARTAMENTO	CASOS NUEVOS BK+ CANALIZADOS POR LA COMUNIDAD	PCT NUEVOS BK+	APORTE*
2012	Chocó	46	202	22,8%
	Nariño	44	72	61,1%
	Valle del Cauca	11	771	1,4%
	Cauca	4	9	44,4%
<b>TOTAL</b>		<b>105</b>	<b>1054</b>	<b>10,0%</b>
2013	Chocó	69	178	38,8%
	Nariño	12	44	27,3%
	Valle del Cauca	36	638	5,6%
	Cauca	3	7	42,9%
<b>TOTAL</b>		<b>120</b>	<b>867</b>	<b>13,8%</b>

\*Los datos que se muestran corresponden al aporte realizado específicamente en los municipios priorizados en cada departamento: Chocó (30), Nariño (11), Cauca (3) y Valle del Cauca (2).

**Fuente:** Elaboración propia



El aporte realizado por la red de agentes a la detección de casos nuevos bacilíferos (los cuales son los que dan continuidad a la cadena de transmisión de la TB) en esta región fue de 10% durante el 2012 y 13,8% en el 2013, representado en 105 y 120 casos nuevos que fueron canalizados para diagnóstico o diagnosticados directamente por los ACS-TB, ya que contaban con entrenamiento, materiales y equipos de microscopía para el diagnóstico bacteriológico; actividad característica y exclusiva de los ACS-TB en la fase I, dada por las limitantes institucionales y carencia

de red de diagnóstico bacteriológico en estos municipios.

El segundo indicador trabajado fue “Número y porcentaje de pacientes TB (todas las formas) con tratamiento acortado estrictamente supervisado por la comunidad”. El aporte realizado desde el proyecto a la supervisión de pacientes con Tuberculosis Todas las Formas (TBTF) en los 46 municipios fue de 13% en el 2012 y 32% en 2013 (Ver tabla 6). Los pacientes supervisados podían estar dentro de los diagnosticados directamente por los agentes, o por la red de prestación de servicios de salud.

**Tabla 6.** Número y porcentaje de pacientes TB (todas las formas) con tratamiento acortado estrictamente supervisado por la comunidad

AÑO	DEPARTAMENTO	PACIENTES TBTF CON TRATAMIENTO SUPERVISADO POR LA COMUNIDAD	PCT TBTF	APORTE*
2012	Chocó	51	387	13%
	Nariño	29	109	27%
	Valle del Cauca	17	1487	1%
	Cauca	2	19	11%
<b>TOTAL</b>		<b>99</b>	<b>2002</b>	<b>5%</b>
2013	Chocó	93	288	32%
	Nariño	21	62	34%
	Valle del Cauca	56	1156	5%
	Cauca	6	12	50%
<b>TOTAL</b>		<b>176</b>	<b>1518</b>	<b>12%</b>

\*Los datos que se muestran corresponden al aporte realizado específicamente en los municipios priorizados en cada departamento: Chocó (30), Nariño (11), Cauca (3) y Valle del Cauca (2).

**Fuente:** Elaboración propia

El tercer y último indicador utilizado para medir el accionar de los agentes fue el “Porcentaje de pacientes BK+ tratados exitosamente (curados + tratamiento terminado)”. La co-

horte dentro de los pacientes supervisados por los ACS-TB tuvo como resultado un éxito de tratamiento del 94% en 2012 y del 87% para el primer semestre de 2013. (Ver tabla 7).

**Tabla 7.** Porcentaje de pacientes BK+ tratados exitosamente (curados + tratamiento terminado)

AÑO	DEPARTAMENTO*	ÉXITO DE TRATAMIENTO ENTRE LOS PACIENTES BK+ QUE TENÍAN TRATAMIENTO SUPERVISADO POR LA COMUNIDAD	
2012	Chocó	35/36	97%
	Nariño	23/24	96%
	Valle del Cauca	8/10	80%
	Cauca	2/2	100%
<b>TOTAL</b>		<b>68/72</b>	<b>94%</b>
2013 I SEMESTRE	Chocó	34/37	92%
	Nariño	6/7	86%
	Valle del Cauca	11/14	79%
	Cauca	1/2	50%
<b>TOTAL</b>		<b>52/60</b>	<b>87%</b>

**Fuente:** Elaboración propia

El aporte en cuanto al éxito de tratamiento en la región durante el año 2012 fue del 8%, pero un dato mucho más relevante y significativo es la contribución del 20% al

éxito de tratamiento, que el trabajo de los ACS-TB aportó a la cohorte específica en los 30 municipios del departamento de Chocó (Ver tabla 8).

**Tabla 8.** Porcentaje de tratamientos exitosos en la región en el 2012

AÑO	DEPARTAMENTO	PCT ÉXITO EN BK+	APORTE*
2012	Chocó	88% - (178/202)	20% - (35/178)
	Nariño	94% - (68/72)	34% - (23/68)
	Valle del Cauca	78% - (600/771)	1,3% - (8/600)
	Cauca	89% - (8/9)	22% - (2/9)
<b>TOTAL</b>		<b>81% - (854/1054)</b>	<b>8% - (68/854)</b>

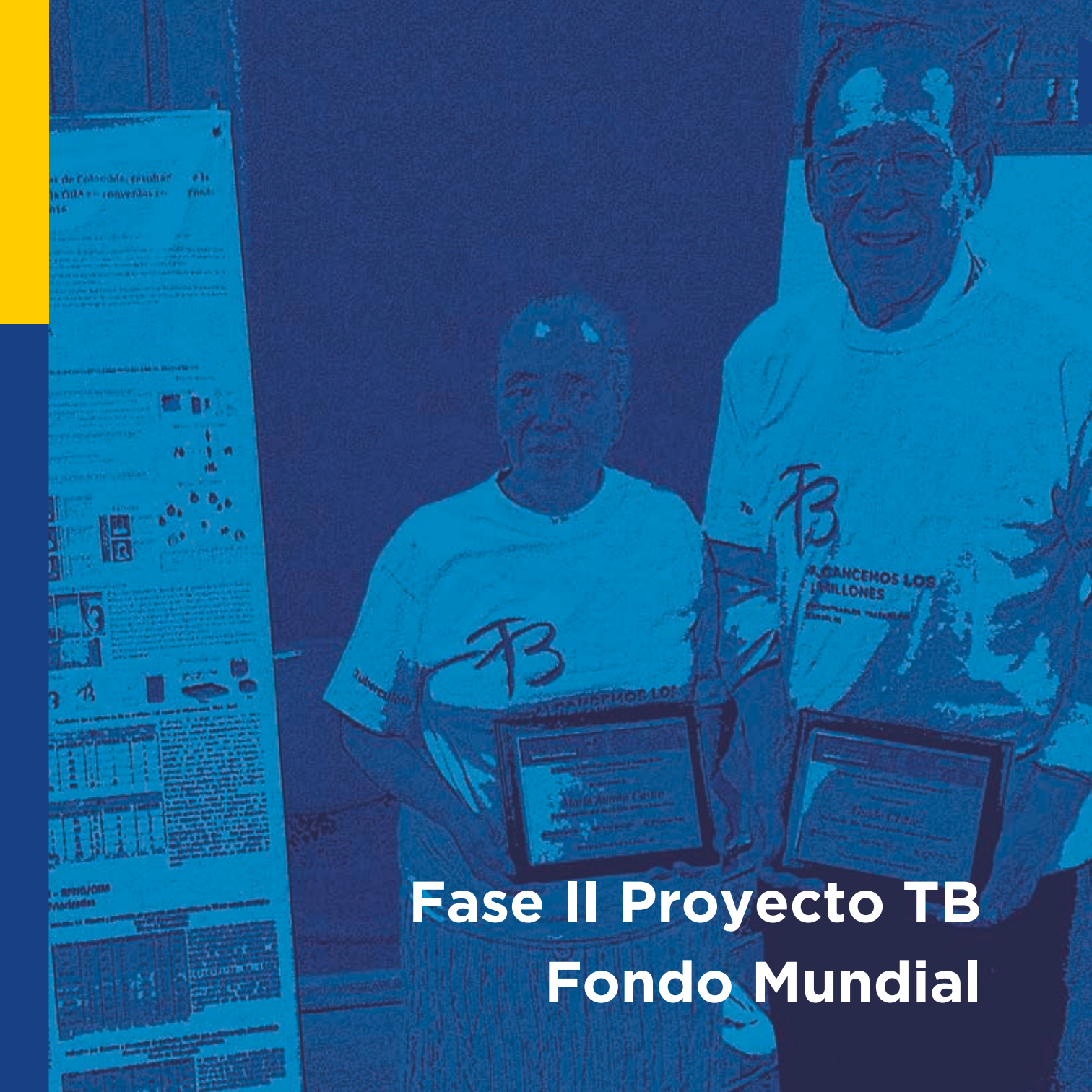
\*Los datos que se muestran corresponden al aporte realizado específicamente en los municipios priorizados en cada departamento: Chocó (30), Nariño (11), Cauca (3) y Valle del Cauca (2).

**Fuente:** Elaboración propia

Cada uno de los indicadores, instrumentos de recolección (que fueron los mismos que utiliza el PNCT dentro del programa regular) y datos colectivos e individuales que hicieron parte del Marco de Desempeño del RPNG - OIM/ LAC fueron auditados, supervisados y verificados por el Agente Local del Fondo (ALF) a través de la firma PricewaterhouseCoopers (PwC).

## Nuevo Modelo de Financiación del FM al Finalizar la Fase I

Finalizando la fase I se inició el proceso de negociación de la fase II, lo cual coincidió con un momento en el que el Fondo Mundial cambió su modelo de financiación de subvenciones. Con este nuevo modelo, era necesario financiar el apoyo a los países beneficiarios, tomando en cuenta que se lograra intervenir donde estuviera concentrada la carga de enfermedad y se presentaran mayores brechas para el logro de los indicadores internacionales y nacionales del programa de TB.



# Fase II Proyecto TB Fondo Mundial

# Fase II y el replanteamiento de la propuesta

Con este nuevo modelo de financiación del FM, fue necesario realizar un taller para el análisis detallado de la situación de TB en el país finalizando el 2013, y para ello se contó con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social, La Organización Panamericana de la Salud (con consultores nacionales y regionales) y expertos de instituciones nacionales, además de los equipos técnicos en los Receptores Principales (OIM/LAC - FONADE/INS). En este taller se analizaron los siguientes temas:

- ▶ Departamentos con mayor carga
- ▶ Incidencia de TB por grupos de edad
- ▶ Situación de la co-infección TB/VIH y las actividades colaborativas
- ▶ Situación de la Red Nacional de Laboratorios
- ▶ Situación de TB Farmacorresistente
- ▶ Situación de mortalidad en territorios de alta carga
- ▶ Avances del proyecto de primera fase en 46 municipios priorizados
- ▶ La nueva carta de invitación de FM
- ▶ Nuevos objetivos para Fase II

En el taller se identificaron los problemas existentes en el control de la TB en el país, y se realizó una primera priorización de ciudades donde el FM financiara las actividades consideradas en el proyecto, y el planteamiento de unos nuevos objetivos acordes a los retos que estas ciudades planteaban en sus PCT.

Posteriormente se realizó una reunión de consulta nacional, departamental y municipal para la implementación de la fase II del proyecto *Alto a la Tuberculosis*

financiado por el Fondo Mundial, a la que fueron convocados tomadores de decisión y profesionales de los programas de control de TB en las ciudades priorizadas. Allí se indagó sobre la voluntad política y técnica de hacer parte de esta nueva fase del proyecto y se discutieron los nuevos objetivos para los próximos tres años de financiación y las actividades que debían desarrollarse.

Los objetivos del proyecto en la fase II se pueden apreciar en la Figura 3.

**Figura 3.** Objetivos de la Fase II del proyecto Alto a la Tuberculosis



**Fuente:** Elaboración propia

**D**urante la fase II, la estrategia de ACS-TB contempló una variación debido al contexto y la negociación con el donante, no se incluyeron indicadores comunitarios en el marco de desempeño; y se focalizó la estrategia en el fortalecimiento de la educación en pacientes y sus convivientes, apoyo al estudio de contactos, y acompañamiento a casos especiales de algunos pacientes con dificultades de adherencia y/o en condiciones de vulnerabilidad. Eventualmente, en cuatro de las ocho ciudades, el trabajo de los agentes ayudó a la detección de casos, en jornadas en las que se apoyó adicionalmente con vasos recolectores de esputo; el trabajo de los agentes se centró en la búsqueda e identificación de sospechosos para TB en poblaciones vulnerables como Población Privada de la Libertad (PPL) y Habitantes de Calle (HC); estas búsquedas fueron organizadas por las secretarías de salud local, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (área de sanidad) y/o las secretarías de desarrollo social (que adelantan trabajos en población HC).

La financiación de ACS-TB para la fase II, al no estar ligada directamente con indicadores comunitarios del Marco de Desempeño, fue aprobada para montaje gradual: solo una de las ocho ciudades priorizadas con agente el primer trimestre, dos ciudades con agente el segundo trimestre, las ocho ciudades con agente por nueve meses y siete ciudades con agente el séptimo trimestre de la estrategia, para finalmente ser desmontada totalmente desde el FM. La estrategia duró, doce meses en casi todas las ciudades priorizadas.

La localización de los ACS-TB en comunas y barrios específicos para cada una de estas ocho ciudades principales del país (con entre aproximadamente 500 mil y ocho millones de habitantes - proyecciones DANE 2005) demandó un ejercicio individual de análisis de indicadores epidemiológicos del programa de TB (igual que en la fase I). Un ejemplo del ejercicio se observa a continuación en la tabla 9.



**Tabla 9.** Análisis de indicadores epidemiológicos del programa de TB

Barrio	Número de casos diagnosticados a nivel hospitalario 2009-II TRI 2014	Número de casos TBTF 2009-II TRI 2014	Casos TB pulmonar 2009-II TRI 2014	Casos TB extra-pulmonar 2009-II TRI 2014	Casos confirmados bacteriología ( BK + cultivo + genexpert ) 2009-II TRI 2014	Casos pulmonares BK + 2009 II TRI 2014	Casos TB FR 2009-II TRI 2014	Casos TB mono 2009 II TRI 2014	Casos de TB MDR-RR 2009 II TRI 2014	Casos con co-infección TB/VIH 2009-II TRI 2014
Campo Valdes 2	29	<b>82</b>	<b>63</b>	<b>19</b>	<b>56</b>	<b>42</b>	3	2	0	7
El Pomar	9	17	10	6	7	7	0	0	0	0
El Raizal	23	58	39	18	34	25	<b>5</b>	0	<b>4</b>	8
La Cruz	15	34	25	7	16	14	2	2	0	2
La Salle	<b>30</b>	<b>82</b>	<b>62</b>	18	<b>55</b>	<b>43</b>	1	0	0	<b>10</b>
Las Granjas	<b>47</b>	<b>148</b>	<b>120</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>81</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
Manrique Central	6	13	9	2	6	4	1	0	1	1
Manrique Oriental	<b>33</b>	78	60	17	45	40	<b>7</b>	2	<b>5</b>	<b>10</b>
María Cano Caram.	4	14	12	2	9	7	1	1	0	1
Oriente	3	18	14	3	11	11	1	1	0	1
San José Cima	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0
San José Cima 1	7	20	17	3	13	9	0	0	0	2
San José Cima 2	4	9	6	2	5	4	0	0	0	4
Santa Inés	18	51	39	12	30	22	1	1	0	5
Versalles 1	28	79	54	<b>21</b>	43	34	4	<b>3</b>	0	6
Versalles 2	3	19	16	3	12	10	0	0	0	0
<b>Totales</b>	<b>259</b>	<b>724</b>	<b>548</b>	<b>158</b>	<b>442</b>	<b>353</b>	<b>31</b>	<b>15</b>	<b>12</b>	<b>67</b>

\*Análisis real de una de las ciudades priorizadas

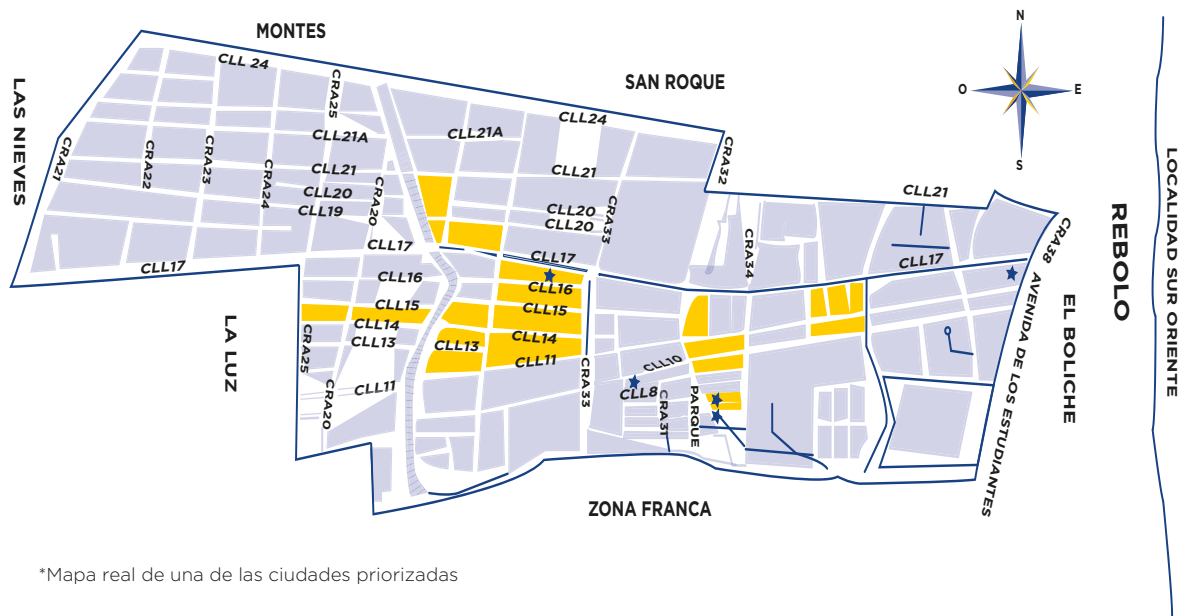
**Fuente:** Elaboración propia con base en los datos del PCT en cada ciudad



Se hizo un trabajo de elaboración de directorios de instituciones y líderes localizados en cada área geográfica priorizada, donde básicamente se registraban los nombres, direcciones, teléfonos (fijos y celulares),

el correo electrónico y la persona encargada en el caso de las instituciones; acompañado de un mapeo en cada zona priorizada donde se podían ubicar fácilmente los líderes e instituciones que se vinculaban con la estrategia.

**Figura 4.** Mapa de una de las zonas priorizadas



\*Mapa real de una de las ciudades priorizadas

**Fuente:** Adaptación de mapa facilitado por el programa de vectores de la Secretaria de Salud Distrital




El perfil del agente para estas ocho nuevas ciudades priorizadas se ajustó levemente con respecto a los seleccionados en el Pacífico (ver tabla 11), y se realizaron las convocatorias y procesos de selección, donde la participación de las entidades territoriales fue de gran importancia. Esta convocatoria,

al igual que la de fase I, fue de gran relevancia para el éxito de la estrategia y requirió de una muy buena planeación conjunta. Se trató de que fuera incluyente, fue necesaria una buena difusión para lograr que las personas que cumplieran con el perfil se decidieran a aplicar.

La selección de ACS-TB para algunas de estas ciudades, contó con la participación de agentes que trabajaron en la fase I en el pacífico colombiano; estos agentes habían

adquirido mucha experiencia durante esos dos años. Al final, dos de las ocho ciudades contaron con un agente, que traía toda la experiencia inicial de la estrategia del Pacífico.

**Tabla 10.** Perfil del ACS-TB Fase II - Proyecto TB/FM

PERFIL DEL ACS-TB FASE II - PROYECTO TB/FM	
 <p><b>Educación</b></p>	<p>Mínimo cuatro años de educación básica secundaria</p>
 <p><b>Experiencia</b></p>	<p>Demostrar experiencia laboral de por lo menos un año, relacionada con ejecución de proyectos de salud municipal o con experiencia en procesos de participación y/o liderazgo de proyectos comunitarios</p>
 <p><b>Otras Características y sus resultados evidenciados</b></p>	<p><b>1. Indispensable:</b> liderazgo comunitario y sensibilidad frente a los problemas de la comunidad, porque:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moviliza a pacientes, familiares y comunidad en pro de la lucha contra la enfermedad, el estigma y la discriminación.</li> <li>• Usa el lenguaje o jergas autóctonas.</li> <li>• La comunidad lo ve como un amigo.</li> <li>• Sirve de enlace entre comunidad y servicios de salud.</li> </ul> <p><b>2. No es indispensable,</b> pero potencia el accionar del agente: Condición de <i>Ex -paciente de TB</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Maneja la emocionalidad del paciente y cuenta con alta capacidad de ser solidario con él, porque entiende de manera vivencial, sentimientos y situaciones ligadas a padecer TB.</li> </ul> <p><b>3. No es indispensable,</b> pero potencia el accionar del agente: <i>Formación técnica - Auxiliar de Enfermería:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede apoyar eventualmente tratamientos que involucren medicamentos inyectables (TB- FR)</li> <li>• Puede realizar APV y pruebas de VIH</li> <li>• Maneja lenguaje técnico en salud</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia

Una vez seleccionados los ACS-TB se realizó la capacitación a través de un profesional de salud (que en casi todas las ciudades estaba especializado en epidemiología o salud pública) en temas como: aspectos básicos de la TB, identificación de sintomáticos respiratorios y aspectos programáticos y, a través del equipo nacional del proyecto, en el enfoque comunitario que se quería dar al trabajo de los agentes para apoyo a los aspectos básicos de los programas de control de tuberculosis (estrategia DOTS), en monitoreo y evaluación y en aspectos relacionados con la gestión técnica del proyecto. Finalmente se realizaron inducciones en los temas administrativos y financieros de la OIM.

Los agentes apoyaron diversas actividades en cada ciudad, donde el accionar fue diferente y particular para cada una, debido a muchas circunstancias relacionadas con la organización de las secretarías de salud, la integración y coordinación entre el programa de TB del municipio y el departamento al que pertenece (aplica solo para seis de las ocho ciudades; Barranquilla y Bogotá, en su condición de Distritos, no están ligadas geo-políticamente desde hace años a los departamentos de Atlántico y Cundinamarca respectivamente), entre otras. Pero las actividades en general para todas las ciudades estuvieron ligadas a tres aspectos fundamentales del programa:

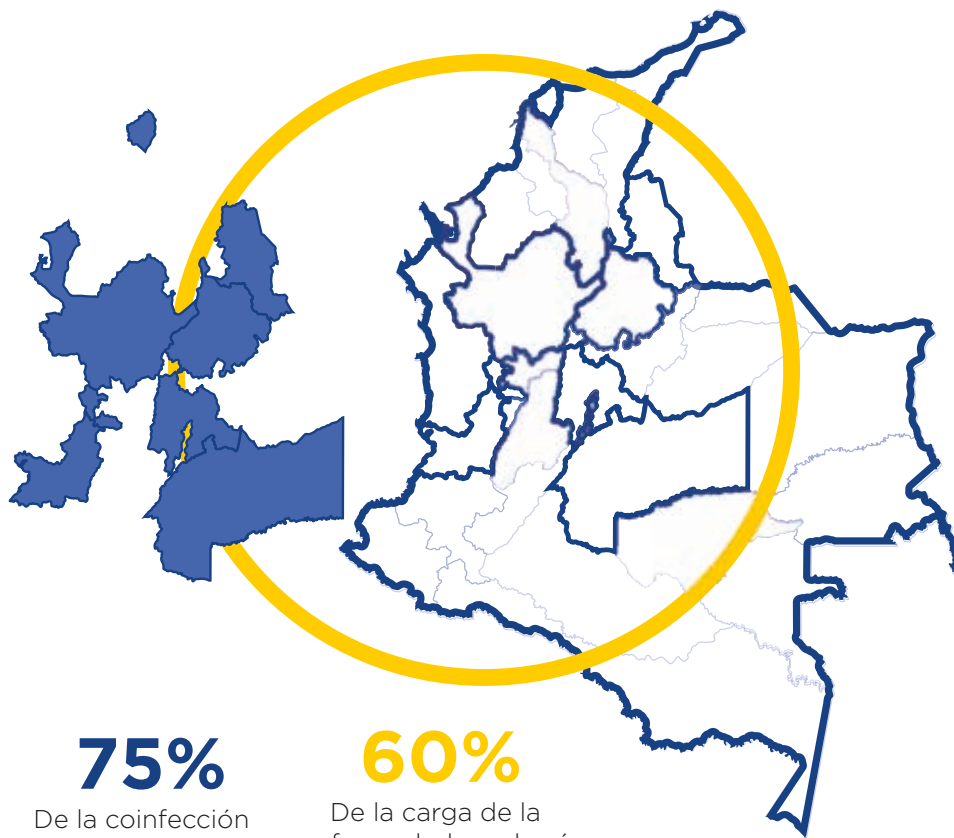
- ▶ Educación sobre la **tuberculosis** a pacientes, familiares y comunidad.
- ▶ Acompañamiento y apoyo a pacientes en el proceso de tratamiento, que incluyó la administración del **Tratamiento Directamente Observado**.
- ▶ Identificación y direccionamiento de sospechosos de **TB** para diagnóstico.

## Localización Geográfica de la Fase II

Ocho ciudades principales intervinidas: dos distritos y seis municipios capitales, que aportaban el 60% de la carga de la enfermedad, el 75% de la

coinfección TB/VIH, el mayor número de casos de TB farmacorresistente en el país para el año 2012 y un alto porcentaje de diagnóstico de TB en tercer y cuarto nivel de atención.

**Figura 5.** Área geográfica priorizada - Fase II del Proyecto TB/FM



**Fuente:** Elaboración propia

## Resultados en la Fase II



Educación sobre la tuberculosis - Archivo del proyecto Fase II

La educación sobre la tuberculosis a pacientes, familiares y comunidad fue el componente que se desarrolló con mayor fuerza durante la intervención con ACS-TB durante aproximadamente un año en las ocho ciudades.

El componente educativo se planteó como un proceso donde algunos grupos específicos de comunidad recibían actualizaciones sobre temáticas básicas y aspectos novedosos para el contexto (como el diagnóstico a través de

técnicas moleculares, por citar un ejemplo) relacionados con la TB, y en donde el agente, en compañía del gestor y en ocasiones de la auxiliar de enfermería del proyecto, recibían retroalimentación de las personas de la comunidad para entender mejor cómo las dinámicas comunitarias y los conocimientos, actitudes y prácticas que se dan en cada grupo de población, desde una perspectiva afectaban y desde otras podían usarse para modificar y adaptar mejor la estrategia de ACS-TB.

**Tabla 11.** Actividades y resultados más sobresalientes de la Fase II

CIUDAD	REUNIONES EDUCATIVAS	PACIENTES SUPERVISADOS	PACIENTES CON EGRESO EXITOSO	PACIENTES REINTEGRADOS EN IPS	APOYO DETECCIÓN DE NUEVOS CASOS
Barranquilla	17	11	9	2	2
Bogotá	70	2	1	1	-
Bucaramanga	20	4	-	4	-
<b>Cali</b>	45	23	20	3	2
<b>Cúcuta</b>	12	2	-	2	3 en PPL
<b>Medellín</b>	35	17	8	9	-
Pereira	32	8	4	4	-
<b>Villavicencio</b>	70	14	4	10	12 en PPL

**Fuente:** Elaboración propia

En el acompañamiento y apoyo a pacientes en el proceso de tratamiento, que incluía la administración del Tratamiento Directamente Observado, el enfoque de los agentes varió con diferencias significativas en el número de pacientes; mientras los agentes en Cali, Medellín, Villavicencio y Barranquilla acompañaron entre 11 y 23 pacientes, en Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta y Pereira acompañaron entre dos y ocho. Esto no solo dependió de la experiencia del agente en esta

labor, sino de los acuerdos que se lograron realizar con los PCT, EPS e IPS en cada ciudad en este sentido y de las acciones o valores agregados que incorporó cada agente en su labor, como el que se tiene en la ciudad de Cali, donde la ACS-TB, a través de su liderazgo comunitario, cuenta con un proyecto de comedor comunitario denominado “Girasoles de Vida”, desde donde pudo proveer alimentación a pacientes en condiciones de pobreza y vulnerabilidad.



Comedor comunitario "Girasoles de Vida" liderado por la ACS-TB Aurora Castro - Archivo del proyecto Fase II



Un grupo de pacientes al finalizar la contratación de los agentes, debió ser reintegrado a sus prestadores de servicios de salud de la red básica para continuar allí su TDO, porque no habían culminado la poliquimioterapia debido a prolongación de tratamientos por diversas causas (condiciones clínicas, inasistencias acumuladas, o condiciones especiales como adquisición o detección de co-morbilidades).

ACS-TB en su trabajo con las comunidades - Archivo del proyecto Fase II

Un último enfoque de trabajo fue la identificación y direccionamiento de sospechosos de TB para diagnóstico, que se desarrolló particularmente desde acciones conjuntas para poblaciones vulnerables como PPL y HC, aunque se logró apoyar la detección de algunos pacientes fuera de estas poblaciones también.





**Los ACS-TB y su  
Apoyo al Desarrollo  
de Otras Iniciativas**



## Caja de Herramientas TB/VIH

Los agentes comunitarios de Medellín y Cali y el equipo nacional del proyecto, hicieron parte del grupo de personas que apoyaron al MSPS en el diseño, elaboración y validación de la caja de herramientas para actividades comunitarias dirigidas al trabajo en coinfección TB/VIH

“Juntos por una vida libre de Tuberculosis y VIH”. En ciudades priorizadas por el proyecto, se apoyó la capacitación de personal de salud, profesionales de los programas de TB y VIH, y líderes comunitarios, en el uso de este importante instrumento.

**Figura 6.** Caja de herramientas TB-VIH Juntos por una vida libre de Tuberculosis y VIH

**CONTROL DE CITAS DE SALUD**

CONTROL CON:  FECHA:  HORA:


**JUNTOS POR UNA VIDA LIBRE DE TUBERCULOSIS Y VIH**

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

TRATAMIENTO QUE RECIBE: \_\_\_\_\_

PERIODO (MES): \_\_\_\_\_

**REMISIÓN DESDE LA COMUNIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD**

**JUNTOS POR UNA VIDA LIBRE DE TUBERCULOSIS Y VIH**

N: \_\_\_\_\_

Municipio / Loc: \_\_\_\_\_ Fecha de remisión: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona remitida: \_\_\_\_\_ Régimen: \_\_\_\_\_

Documento de identidad: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: F \_\_\_ M \_\_\_

Dirección de la vivienda o comunidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Aseguradora: \_\_\_\_\_

**REMITIDO A:**

Se remite porpara:

- Prueba para Tuberculosis: SI \_\_\_ NO \_\_\_
- Asesoría y prueba voluntaria para VIH: SI \_\_\_ NO \_\_\_

**OTROS MOTIVOS DE REMISIÓN:**

- Persona que no ha iniciado tratamiento \_\_\_\_\_
- Persona que abandonó el tratamiento \_\_\_\_\_
- Está presentando otras enfermedades \_\_\_\_\_
- Pasa tener una reacción adversa a medicamentos \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_

Nombre completo de quien remite: \_\_\_\_\_

Entidad a la que pertenece: \_\_\_\_\_

**RECUERDE:**

Numerar, Tomar copia, Archivar y Realizar Seguimiento de la Remisión



**Fuente:** Ministerio de Salud y Protección Social

## Escalera en la localidad de Bosa



Escalera de TB, desarrollada en Bosa, Bogotá, D. C. - Archivo del proyecto Fase II

La agente comunitaria en salud y el equipo de trabajo financiado por el FM para la ciudad de Bogotá (gestor y auxiliar de enfermería) desarrollaron un ejercicio específico con un grupo de sociedad civil en la locali-

dad de Bosa con el respaldo del PCT en las alcaldías local y distrital. Una de las ideas que se pudo materializar fue una escalera que permite aprender sobre la TB de una forma lúdica y participativa.

## Convenio 363 entre OIM/MSPS – Estrategia educacional con PPL en Cali

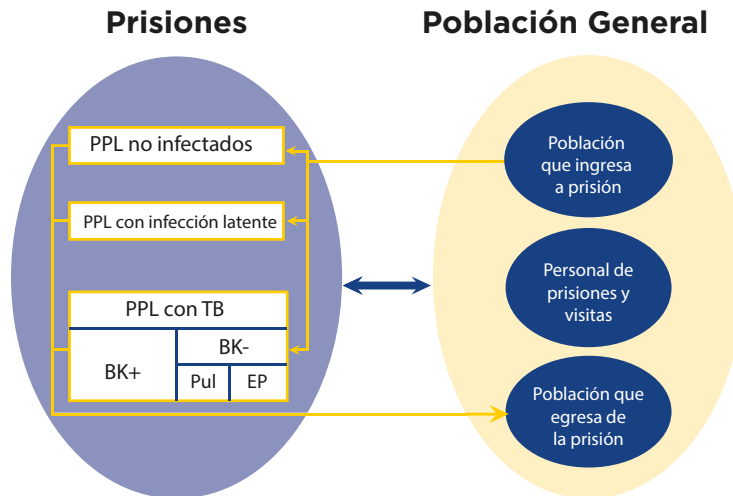
Actualmente se desconoce la situación real de la tuberculosis en los Centros Penitenciarios (CP) en América Latina. Una encuesta realizada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2007 en 17 países, donde se incluyeron 10 CP de Colombia, reveló que la incidencia notificada de Tuberculosis Pulmonar Baciloscopia Positiva (TB Bk+) fue en promedio 22,2 veces mayor que en la población general de estas naciones.

La mayoría de estos CP presentaban, además, serios problemas en la implementación de la Estrategia de Tratamiento Acortado Es-

trictamente Supervisado – DOTS/TAES para el control de la tuberculosis en estos contextos denominados también, de vulnerabilidad social.

Los centros penitenciarios son reservorios de tuberculosis, reciben TB, concentran TB, empeoran la enfermedad al no proveer adecuada búsqueda de casos y tratamiento, crean resistencia por los tratamientos erráticos o no supervisados, diseminan la enfermedad entre la población más vulnerable a la infección y exportan TB a través de visitas y otros contactos (OPS, 2008).

**Figura 7.** Esquema de la transmisión de la TB entre los centros penitenciarios y la población general



**Fuente:** Adaptado de Guía para el control de la tuberculosis en poblaciones privadas de libertad de América Latina y el Caribe. OPS/OMS, 2008, p.18.

Partiendo de estas ideas y de una realidad particular de la Cárcel de Villa Hermosa en la Ciudad de Cali, entre los años 2013 y 2014 la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali y la OIM, con el trabajo conjunto entre el programa de TB de Cali, La Empresa Social del Estado (ESE) Centro de la ciudad, el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) y el apoyo técnico brindado por el convenio 363 entre el MSPS/OIM se inició un proceso de fortalecimiento de la estrategia DOTS/TAES en su componente comunitario a través del cual se obtuvieron diversos logros, los más significativos fueron:

- ▶ Aumentar la captación y evaluación de SR, y la detección de casos entre 2013 y 2014; se logró igualar el número de personas investigadas y diagnosticadas

para TB en el año 2013, en tan solo los primeros cinco meses del siguiente año.

- ▶ Entrenar y realizar acciones de acompañamiento a una red de agentes comunitarios voluntarios que se basó en el grupo de promotores de atención primaria en salud que existía en el centro penitenciario.
- ▶ Identificar y reconocer las habilidades de cada uno de los líderes privados de la libertad de cada patio, como agentes comunitarios mediante talleres lúdico-teóricos que propiciaron la construcción de conocimiento en relación con el tema de la tuberculosis y la elaboración de materiales educomunicacionales como sopas de letras, busca palabras y la campaña penitenciaria alrededor del juego “Tribal: la TB es tu mayor rival” (Ver figura 8).

**Figura 8.** Campaña penitenciaria y juego “Tribal”

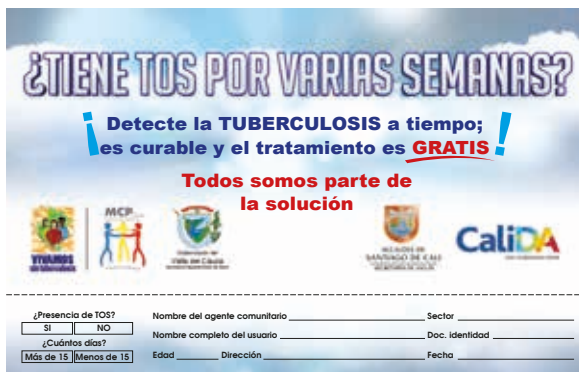


**Fuente:** Archivo Convenio 363 OIM/MSPS

Utilizar instrumentos adaptados para el trabajo comunitario en función del fortalecimiento del Programa de Control de la Tuberculosis en la Ciudad de Cali, como el

Volante para captación de SR, previamente elaborado por la Secretaria de Salud Pública de Cali y el Proyecto TB/Fondo Mundial.

**Figura 9.** Volante para captación de SR



**Fuente:** SSPM Programa Tuberculosis Cali-Proyecto TB/FM

La población privada de la libertad realizó una búsqueda de SR, lo que generó un trabajo articulado entre la institución y la comunidad que resultó efectivo en términos de vigilar desde la comunidad penitenciaria el comportamiento de la TB.

El soporte de este trabajo fueron los desprendibles del volante que conservaba cada uno de los promotores, con la información de la persona con sintomatología.

**Figura 10.** Desprendible del volante para captación de SR

The image shows two examples of detached forms for TB screening. Each form has a header with a handwritten number (F171 and F170) and a section for 'Presencia de TOS?' (Cough presence) with 'NO' checked. Below that is '¿Cuántos días?' (How many days?) with 'Más de 15' checked. The forms also include fields for 'Fecha' (Date), 'Nombre del agente comunitario' (Community agent name), 'Sector' (Sector), 'Nombre completo del usuario' (Full user name), 'Documento de identidad' (ID document), 'Edad' (Age), 'Dirección' (Address), and 'Teléfono' (Phone number). The first form is dated 28-2-2014, sector Villa Hermosa, ID 1298521, age 29. The second form is dated 3-3-2014, sector Villa Hermosa, ID 1272290, age 24.

**Fuente:** SSPM - Programa Control Tuberculosis, Líderes Comunitarios Población Privada de la Libertad, Sanidad-INPEC. Red de Salud Centro

Con estas acciones se presentó una mejora en el diagnóstico de pacientes durante el primer semestre del año 2014 y se incluyó un componente de integración entre la estrategia comunitaria de captación de SR y el procesamiento de muestras a través de pruebas moleculares, específicamente por el Xpert MTB/RIF, lo cual también fue una iniciativa del

convenio 363 entre el MSPS y la OIM. Se logró detectar pacientes que persistían con sintomatología, pero su baciloscopia permanecía negativa. Se pudo visualizar, así, la importancia y complementariedad del trabajo de los Agentes Comunitarios en Salud y contar con las tecnologías de punta para el diagnóstico de la TB, especialmente en poblaciones vulnerables.

## Convenio 547 entre OIM/MSPS – estrategia educacional para HC y PPL en siete ciudades de Colombia

Los agentes del proyecto financiado por el FM, desarrollaron la estrategia entre 2014 y 2015 en las ocho ciudades priorizadas. A partir del año 2016 el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) firmó un convenio de cooperación técnica con la OIM donde se planteó y desarrolló la estrategia de agentes comunitarios en salud para TB en PPL y HC, buscando mejorar el desempeño de los PCT en poblaciones vulnerables, a través de la participación comunitaria.

El convenio 547 de 2015, contempló la contratación de agentes comunitarios para los municipios de Cali, Bello, Guaduas, Villavicencio, Pereira, Bucaramanga y Barrancabermeja. Estos ACS contribuyeron con su trabajo en la formación de líderes en establecimientos carcelarios, en la realización de actividades educativas con fundaciones que trabajan con población habitante de calle, apoyaron los programas de tuberculosis municipales en el seguimiento del tratamiento en pacientes habitantes de calle o en detención domiciliaria, y en la realización de visitas de contacto. Además, facilitaron el proceso de atención integral de los pacientes que acompañaban.

El desarrollo de las actividades educativas buscó brindar herramientas a la comunidad para que participara activamente en las actividades de apoyo a los programas de tuberculosis en cada ciudad.

En población privada de la libertad (PPL), durante la ejecución del convenio, se

realizaron 46 capacitaciones dirigidas en su mayoría a la población de internos, con el objetivo de integrarlos al desarrollo de actividades de programa. En algunos de los establecimientos penitenciarios se realizó el abordaje del personal de guardia y de sanidad. En total 618 personas fortalecieron sus conocimientos sobre TB en este proceso.

En población habitante de calle (HC), en las ciudades de Pereira, Villavicencio y Bucaramanga se realizaron 55 capacitaciones a los miembros de instituciones que trabajan con esta población, sobre conceptos básicos de la enfermedad y del programa, para que estas personas tuvieran elementos apropiados para apoyar la identificación de sintomáticos respiratorios y el seguimiento de los pacientes en tratamiento. En este proceso se contó con la participación de 556 personas.

Adicionalmente se realizaron 40 actividades con estudiantes, personal de salud y comunidad en general, donde participaron 790 personas.

Finalmente, se realizaron ocho talleres, con el fin de fomentar la participación de la comunidad en las actividades de prevención y control de la tuberculosis, las actividades se realizaron en los municipios de Quibdó e Istmina en el departamento del Chocó, el distrito de Barranquilla, Palmira en el Valle del Cauca, Bello en Antioquia, Bucaramanga en Santander y Pereira en Risaralda.

El número de participantes en cada taller puede apreciarse en la tabla 12.

**Tabla 12.** Talleres para involucrar a la sociedad civil en el apoyo a los programas de prevención y control de la TB

DEPARTAMENTO / DISTRITO	CIUDAD	NÚMERO DE PARTICIPANTES
Barranquilla	Barranquilla	33
Chocó	Istmina	16
Chocó	Quibdó	16
Antioquia	Bello	17
Valle del Cauca	Palmira	34
Santander	Bucaramanga	27
Risaralda	Pereira	11
Valle del Cauca	Palmira	23

**Fuente:** Archivo Convenio 547 OIM/MSPS

En la cárcel La 40 de Pereira se elaboró un rompecabezas como parte de un ejercicio para obtener un material educomunicacional,

que lograra plasmar conceptos sobre la TB, expresados por la misma Población Privada de la Libertad.

**Figura 11.** Rompecabezas sobre TB realizado en la cárcel La 40



**Fuente:** Archivo Convenio 547 OIM/MSPS

# Paso a Paso de la Estrategia Inicialmente



**Nota:** estos son los pasos más relevantes en la estrategia original para el pacífico colombiano, explicados con más detalle en el interior del documento. La adaptación de la misma a ciudades principales del país y en ellas a poblaciones especiales como PPL y HC, requirió un análisis específico de cada contexto, y la modificación de la estrategia para adaptarla a los aspectos claves que el programa de TB requería en cada lugar y población.





# Experiencia desde los Actores Participantes

Una realidad en Colombia es que en la mayoría de los programas regulares de TB, no ha sido fácil enfrentar los desafíos que representa diagnosticar, seguir, curar y rehabilitar a las personas afectadas por tuberculosis. La OMS incluyó dentro de los pilares y objetivos contenidos en la Estrategia “Fin de la TB”, el involucrar a la sociedad civil para el apoyo en los programas de prevención y control de la TB, de manera tal que se alcancen algunas de las metas planteadas.

En este contexto para Colombia y otros países que comparten algunas características, puede resultar interesante conocer la estrategia Comunitaria Basada en los ACS-TB, desarrollada en el marco del Proyecto del Fondo Mundial con la OIM como receptor principal no gobierno. Se planteó entonces una sistematización con el objetivo general de reconstruir la experiencia en la implementación de la estrategia con ACS-TB en poblaciones vulnerables de Colombia en los años 2012 a 2016, desde la perspectiva de los actores participantes, donde no solo fuera visible el proceso, sino también las lecciones aprendidas que podrían ser tenidas en cuenta para replicar la estrategia en contextos similares.

La sistematización incorporó un único eje: “El papel del Agente Comunitario en Salud para Tuberculosis ACS-TB como enlace entre la comunidad y los servicios de salud, en la implementación de la estrategia Alto a la TB y sus componentes DOTS”.

## Metodología

Se utilizó un enfoque histórico - hermenéutico con análisis de tipo cualitativo de la

información, en el cual se realizaron las siguientes actividades:

### 1. Análisis documental:

- ▶ Se revisó la Guía de campo para la gestión del Proyecto TB Fondo Mundial. Fortalecimiento de la Estrategia ‘Alto a la Tuberculosis’ (TB) en municipios de mayor carga de la enfermedad, Fase II - Colombia.
- ▶ Además se revisó el documento en construcción “Estrategia de Agentes Comunitarios en Salud como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud en la eliminación de la tuberculosis en poblaciones vulnerables” que se elaboraba desde el programa de salud y migración en la OIM.
- ▶ Se revisó el Plan Operativo de trabajo. Convenio 363. Capítulo III. Línea 5. Fortalecimiento de las Líneas de acción del Plan Estratégico Colombia Libre de **Tuberculosis 2010- 2015**.
- ▶ Se revisó el producto 11 del Convenio entre el MSPS y la OIM del 24 de julio de 2013. Implementación de la estrategia DOTS Comunitario en las zonas priorizadas de los cuatro departamentos del Pacífico: Nariño, Valle del Cauca, Cauca y Chocó.

**2. Análisis por categorías:** se hizo para las entrevistas con actores clave con el fin de facilitar el análisis de la información recopilada y se definieron tres categorías: formulación, implementación y resultados.

**3. Procesamiento de información:** utilizando el software Atlas Ti versión 7.5.7 y se hizo un análisis reflexivo para los talleres.

## Participantes

- 1. Población beneficiaria de la estrategia de ACS-TB:** dentro de la población beneficiada se incluyeron algunos pacientes y familias que fueron elegidas para el acompañamiento por parte del ACS-TB durante su tratamiento, tanto en la fase I como en la fase II del proyecto; en las ciudades priorizadas de Cali, Pereira, Bucaramanga y Villavicencio.
- 2. Agentes Comunitarios:** en la reconstrucción de la experiencia participaron ocho agentes comunitarios que se desempeñaron en las áreas geográficas priorizadas de las ciudades de Cali (uno), Buenaventura (uno), Villavicencio (uno), Bucaramanga (uno), Pereira (dos) y dos más del departamento del Chocó que laboraron en varios municipios.
- 3. Actores institucionales como IPS, Entidades Territoriales, EAPB, ESE y Fundaciones Beneficiadas:** participaron activamente en este proceso funcionarios de la E.S.E. Ladera de Cali, referentes del PCT del departamento de Valle del Cauca y de la ciudad de Cali, la referente del PCT del Chocó y una profesional del Laboratorio Departamental de Salud Pública del departamento, el coordinador departamental del PCT en Nariño mientras el proyecto desarrollo su fase I (en la actualidad hay otra coordinadora), la referente municipal del PCT de Pereira, la referente departamental del PCT del Meta, la referente del PCT del municipio de Villavicencio, representantes de la Fundación Hijos de la Luz de Villavicencio, represen-

tantes de la IPS los Pinos de Villavicencio, funcionarios de la ESE ISABU de Bucaramanga y sanidad del INPEC de la cárcel de Bucaramanga.

- 4. Equipos técnicos del Proyecto TB/FM (auxiliares de enfermería y profesionales de fase I y II) y equipos técnicos de los convenios con MSPS (agentes comunitarios y profesionales):** hubo participación de una enfermera y una microbióloga que fueron parte de los equipos técnicos de la fase I (Chocó); un implementador de DOTS Comunitario del Convenio 547 entre MSPS/OIM en la ciudad de Cali; las gestoras de atención integral de salud y las auxiliares de enfermería de OIM en las ciudades de Pereira y Bucaramanga y el gestor del Distrito de Barranquilla.

## Técnicas e instrumentos utilizados

Para la recolección de la información se elaboraron dos instrumentos de trabajo, uno para las entrevistas semiestructuradas y el otro para los talleres reflexivos, los cuales fueron piloteados dentro del mismo estudio.

- 1. Entrevistas semiestructuradas:** se realizaron entrevistas a actores que participaron en cada una de las fases, con diferentes roles (beneficiarios): expacientes y familias beneficiadas con el acompañamiento de ACS TB, instituciones como IPS, ESE, INPEC, fundaciones y entidades territoriales priorizadas en el proyecto. Las entrevistas abordaron temas relativos al desarrollo de la estrategia desde la formulación, pasando por la implementación hasta los resultados

de la misma, de acuerdo con el rol desempeñado por las personas entrevistadas.

**2. Talleres reflexivos:** se realizaron cinco talleres reflexivos con actores participantes en la estrategia, el primer taller se realizó en la ciudad de Cali, con participación de actores de Cali y de Buenaventura, este taller permitió pilotear el instrumento guía para el resto de las ciudades. Los otros talleres se realizaron en Quibdó (Chocó), Villavicencio (Meta), Pereira (Risaralda) y Bucaramanga (Santander). Los talleres abordaron tres aspectos macro sobre los cuales los participantes compartieron sus percepciones:

- ▶ El desarrollo de la estrategia y sus hitos en cada fase a través de la construcción de la línea del tiempo.
- ▶ Los participantes contaron la experiencia [simulando un público desprevenido], mediante dibujos y/o cuentos.

▶ Los participantes identificaron las lecciones aprendidas a través de dos preguntas: ¿Qué cosas salieron bien para repetir las? y ¿qué cosas se deberían cambiar, si se fuera a repetir la estrategia?

**3. Análisis documental:** mediante una lectura analítica, se revisó el documento de la propuesta de implementación del Proyecto TB del Fondo Mundial y se revisaron los documentos de convenios celebrados entre la OIM y el MSPS, con el objetivo de contextualizar los aspectos relacionados con la formulación de la estrategia, objetivos y metodologías propuestas.

Para el análisis de la información obtenida en las entrevistas semiestructuradas a actores clave se hizo un análisis por categorías para lo cual se utilizó el Software Atlas Ti.

**Tabla 13.** Proceso de sistematización por fases

FASES DE LA SISTEMATIZACIÓN
1. Análisis documental
2. Construcción de los Instrumentos de recolección de la información
3. Entrevistas semiestructuradas
4. Talleres reflexivos
5. Recolección de la información
6. Consolidación de la información
7. Análisis de la Información: Análisis reflexivo de la información y Software Atlas T.I. 7.5.7
8. Construcción del documento con los resultados de la sistematización

**Fuente:** Elaboración propia



# Resultados de la Sistematización para la Fase I

# Los ACS-TB como enlace entre la comunidad y los servicios de Salud

Los actores participantes en la implementación de la estrategia coincidieron en que el rol del ACS -TB es clave en aquellas comunidades donde realizar el Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (DOTS por sus siglas en inglés), de forma convencional no es posible por diversas razones, entre ellas: la distancia entre los centros de salud y las comunidades afectadas por TB; la poca infraestructura institucional y las grandes limitaciones en las instituciones de salud en estos municipios para el abordaje de estas comunidades, los altos costos que representa el llegar a estas comunidades con los equipos de salud y los insumos necesarios para la atención.

Con lo anterior, la estrategia de los agentes comunitarios se convirtió en la única posibilidad de acceso oportuno a un diagnóstico, tratamiento y curación de las personas afectadas por tuberculosis. Por otro lado, para las instituciones el agente comunitario fue el portavoz directo de lo que pasa con la salud en estas comunidades y el medio para acceder a ellas, y llevar educación y servicios. A continuación se transcriben algunos comentarios de los actores participantes al respecto:

“

*...Bueno el enlace entre la comunidad y los servicios de salud es que el agente comunitario llega a la comunidad donde está el paciente, lo capta y lo cura.*

*...No sabía qué era un agente comunitario, pero al trabajar en este proyecto me di cuenta que el rol de agente comunitario es muy importante por la conexión paciente-familia y servicios de salud.*

(Doris Murillo. ACS-TB Chocó en los municipios de Medio San Juan, Sipi y Litoral del San Juan)

”

“

*el agente comunitario nos sirve mucho porque él puede desplazarse a las zonas rurales, donde los pacientes no pueden desplazarse a las cabeceras municipales, que es donde están los centros de salud.*

(Luz Dary Perea. Microbióloga Proyecto TB/FM Chocó)

”

La OMS en su enfoque ENGAGE TB, afirma que los Agentes de Salud Comunitarios (ASC) y los voluntarios comunitarios pueden desempeñar un importante papel como enlaces entre el sistema de salud y las comunidades a las que atienden. Afirma también que es primordial que las ONG/OSC que participan en actividades comunitarias de lucha contra la TB mantengan con ellos una relación de trabajo activa y basada en la cooperación.

En la fase uno estos dos aspectos fueron visibilizados por los actores participantes, con mayor fuerza en los departamentos de Nariño y Chocó, donde las comunidades priorizadas tienen pocas opciones de acceder de manera oportuna y efectiva a los servicios de salud para la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, detección temprana, tratamiento, seguimiento y curación de las personas afectadas por la TB.

## El aporte de los ACS- TB a los PCT

De acuerdo con los actores institucionales participantes, el trabajo del ACS-TB fue muy importante en las zonas que se priorizaron, de acuerdo con ellos, en muy poco tiempo se pudieron demostrar objetivamente cambios significativos en los indicadores programáticos y en las cohortes de pacientes. El consenso de las personas entrevistadas destaca el papel del ACS-TB como la persona que:

“ *...puede llegar al lugar donde está el paciente, reconocer su entorno, sus necesidades, entender sus tiempos e identificar las brechas para la realización del tratamiento, llevando la información a los referentes departamentales y municipales donde se hace la gestión del caso y en la mayoría de los casos posibilitan detectar, diagnosticar y tratar los pacientes en estos contextos donde no hay muchas opciones de realizar un DOTS convencional...*

*...Hay tres cosas muy valiosas que se logran con el trabajo del ACS-TB: i) Búsqueda de contactos y sintomáticos respiratorios; ii) Educación al paciente, a la familia y la comunidad; y iii), Supervisión del tratamiento al paciente.*

(Dr. Ernesto Varela. Referente departamental del Programa de Control de Tuberculosis Nariño)

“ *...Yo los veía cuando hacía el seguimiento, al revisar las tarjetas de tratamiento de los pacientes con supervisión por el ACS-TB siempre estaban todos los controles completos, todas sus valoraciones integrales de salud al día.*

(Liliana Forero. Referente departamental del Programa de Control de TB - Valle del Cauca)

“ *...El impacto positivo de los indicadores, especialmente el de la captación de Sintomáticos Respiratorios, el éxito del tratamiento y la detección de casos nuevos con TB pulmonar.*

(Lucy Luna. Referente municipal del Programa de Control de la TB en Cali).

Para contribuir con la salud, los proyectos y los programas comunitarios promovidos por las ONG/OSC pueden servir de los sistemas comunitarios, y ello a través de tres grandes tipos de actividades. En la esfera de la lucha contra la TB, por ejemplo, esas actividades pueden consistir en: prestar servicios sanitarios dentro de la comunidad, por ejemplo a través de iniciativas de sensibilización y prevención, atención domiciliaria, tamizaje de la TB, recolección y transporte de muestras de esputo y apoyo al tratamiento (por ejemplo, mediante Tratamiento Directamente Observado - TDO y educación para la salud). Los sistemas comunitarios pueden, asimismo, supervisar y documentar el modo en que las comunidades son capaces de hacer uso del sistema sanitario.

Uno de los principios de la estrategia Post 2015 (OMS, 2017a) propuesta por la OMS en el año 2016, es la coalición sólida con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades, y específicamente dentro del pilar 2, la participación de las comunidades, las organizaciones de la sociedad civil y los profesionales de los sectores público y privado. Estos principios y pilares se materializaron de manera transversal y tangible en las etapas de formulación e implementación de la estrategia desarrollada en el marco del Proyecto del Fondo Mundial. Se demostró que para contextos de alta vulnerabilidad estos dos aspectos bien desarrollados pueden marcar la diferencia especialmente en los indicadores clave para el éxito del tratamiento de las personas afectadas por TB que viven en estas comunidades, para lo cual el aporte del ACS TB fue muy significativo.

## El aporte de los ACS-TB a los pacientes y sus familias

Para algunos pacientes beneficiados, el acompañamiento del ACS-TB impactó de manera significativa en sus vidas, al convertirse en la posibilidad de acceder de manera fácil al tratamiento, los controles y la recuperación en general de su salud, pero también significó la oportunidad de acceder a otras oportunidades como alimento, inclusión en la comunidad, el aprender sobre la TB, el reciclaje y mucho más.

“ El agente comunitario representó para mí el poder curarme de esa enfermedad tan dura... yo estaría muerto, pude comer desde que me enferme y sigo participando de las actividades del programa en la comunidad.

(Expaciente de Cali. Beneficiario del acompañamiento de la ACS-TB)



## Fortalezas de la estrategia

Los actores coincidieron en varios aspectos que consideran son las principales ventajas del trabajo con los ACS-TB; la principal es la posibilidad dada a los pacientes de realizar el tratamiento supervisado por el ACS-TB, en los casos en los cuales el paciente no pudo desplazarse al centro de salud por alguna de las siguientes razones:

- ▶ Distancias muy largas entre el centro de salud y el domicilio del paciente.
- ▶ Limitaciones para el desplazamiento por las condiciones de salud del paciente.
- ▶ Falta de recursos necesarios para el transporte del paciente y su acompañante al centro de salud.
- ▶ Estigma y discriminación hacia el paciente por tener tuberculosis.
- ▶ En algunos casos el paciente no quería ser visibilizado en el servicio de salud como persona con TB para mantener en secreto su enfermedad y conservar su empleo.
- ▶ En otros casos, la familia de los pacientes no se podía enterar del diagnóstico del paciente porque ello implicaba para el paciente salir de su familia.

Este esfuerzo de los agentes por llevar la atención hasta el paciente y/o su familia, reduce considerablemente los costos catastróficos que las personas en condición de vulnerabilidad deben asumir, así como los costes que implica tanto física como económicamente para todo su sistema familiar, particularmente cuando los pacientes son niños, adolescentes, personas en condición de discapacidad y adultos mayores.

El segundo aspecto más valorado como fortaleza de la estrategia fue el aporte a la detección de casos nuevos con TB pulmonar y la curación de estos casos con el acompañamiento de los ACS-TB. Al respecto, los profesionales en el territorio expresaron:

“...El poder llegar a las zonas rurales donde están la mayoría de los pacientes los cuales no se pueden desplazar a las cabeceras municipales para diagnosticarse y realizar el tratamiento.

*La estrategia se adaptó perfectamente para las necesidades de este departamento (Chocó) ya que en la mayoría de los municipios, las personas se ubican en las zonas rurales dispersas.*

(Luz Dary Perea. Microbióloga  
Proyecto TB/FM Chocó)

*Se mejoraron significativamente las cohortes de los años donde hubo intervención de los agentes comunitarios.*

(Vannesa Córdoba. Enfermera  
Proyecto TB/FM Chocó)

De la misma forma, las fortalezas de la estrategia son percibidas por los mismos agentes, quienes desde su perspectiva y conocimiento pleno del territorio y la comunidad, aportan y enriquecen la reflexión en torno al valor de la estrategia:

“ *La fortaleza fue que nosotros alcanzamos a llegar donde estaban los pacientes, le tomábamos las muestras primeramente, lo captábamos, lo diagnosticábamos y le supervisábamos el tratamiento y el paciente podía salir curado.* ”

(Doris Murillo. ACS-TB Chocó en los municipios de Medio San Juan, Sipi y Litoral del San Juan)

“ *Muchos pacientes se beneficiaron no sólo del tratamiento supervisado por un agente comunitario sino también de otras cosas como ropa, mercados, capacitaciones y aprendieron sobre manualidades para seguir trabajando.* ”

(Aurora Castro. ACS-TB Cali)

“ *Se pudo empoderar a muchos líderes para apoyar las acciones del programa de TB en sus comunidades.* ”

(Julio Cesar González ACS-TB Buenaventura)

“ *Teníamos todo para curar a los pacientes.* ”

(Rosa Cecilia Mosquera.

ACS-TB Chocó en los municipios de Lloró, Bagadó y Atrato)

De acuerdo con la información obtenida de los actores participantes en la fase I del Proyecto TB/FM, con la estrategia de ACS-TB, algunas de las acciones y las contribuciones que propone la OMS para la SCO a través de la iniciativa ENGAGE TB (donde se incluyen la prestación de algunos servicios de salud en y por la comunidad a través de iniciativas de sensibilización y prevención, acompañamiento domiciliario, tamizaje para TB, recolección y transporte de muestras de esputo y apoyo al tratamiento) se visibilizaron en el pacífico colombiano (donde mejoraron significativamente los indicadores del PCT en las comunidades intervenidas). En este sentido, es importante resaltar que el trabajo se realizó de manera articulada con algunas ONG, la SC y los líderes comunitarios independientes reconocidos en las comunidades; pero el eje central de la estrategia elegida y financiada en el marco del Proyecto del Fondo Mundial para el logro de los objetivos, fueron los Agentes Comunitarios en Salud para TB remunerados, que en coordinación y articulación estrecha con las entidades territoriales departamentales y municipales, y con el resto de los actores participantes, lograron un trabajo mancomunado del cual se tienen los resultados anteriormente mencionados.

## Debilidades de la estrategia

En general los participantes consideraron que una de las debilidades de la estrategia fue no haberse desarrollado durante los cinco años planteados inicialmente en esta región, sino solo en los dos primeros (fase I), ya que tal como se planteó (según estos mismos actores) pudo generar un mayor impacto positivo y en poco tiempo. En algunas zonas consi-

deraron que los ACS-TB fueron insuficientes para las necesidades de estas comunidades, y se mencionó como una dificultad, la alteración del orden público (en Buenaventura) como una causa indirecta de dificultades operacionales para el desarrollo del trabajo de campo de los agentes. A continuación se transcriben algunas de las percepciones al respecto:

“ *Creo yo que hizo falta más agentes comunitarios, si se hubieran tenido más agentes comunitarios, las cifras de los pacientes captados y curados hubieran aumentado.* ”

(Luz Dary Perea. Microbióloga  
Proyecto TB/FM Chocó)

“ *La sostenibilidad del Agente comunitario. Estas comunidades necesitan de los ACS-TB de manera permanente para poder cortar la cadena de infección.* ”

(Doris Murillo. ACS-TB Chocó en los  
municipios de Medio San Juan, Sipi  
y Litoral del San Juan)

“ *La planeación del trabajo en algunas zonas que se priorizaron en las cuales no se pudieron desarrollar todas las actividades por algunos problemas de conflicto armado.* ”

(Julio Cesar González. ACS-TB  
Buenaventura)

Las debilidades referidas por los actores que fueron participes en la estrategia, reflejan puntos álgidos para muchos de los programas y proyectos de salud pública que se han desarrollado y se desarrollan en Colombia; algunos de estos con resultados exitosos no han logrado su sostenibilidad, en parte por la falta de compromiso político, sin el cual las entidades territoriales no tienen la capacidad operativa para sostener las estrategias, planes o proyectos. El compromiso político permitiría no solo la asignación de recursos, sino también realizar gestión transectorial para generar acciones mucho más integrales que busquen aportar a las comunidades soluciones coyunturales y

abordajes desde sus mismos determinantes sociales en salud.

Lo anterior sumado a problemas estructurales que afrontan los gobiernos de países que no lograron alcanzar las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) definidos para TB, y que en la actualidad se encuentran en proceso de transición hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la Estrategia Fin de la TB de la OMS; desafíos que los gobiernos locales deben asumir con gran determinación para lograr impactar de manera significativa las complejidades de esta enfermedad.

“ *La nueva estrategia integral de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por los 194 Estados Miembros en la Asamblea Mundial de la Salud del 2014, coloca a los pacientes y las comunidades en el centro de la respuesta.*

(Dr. Mario Raviglione en la Estrategia Fin de la TB. Página 1)

”

## Actores participantes

En los talleres realizados en el territorio se pidió a los participantes que a través de dibujos sobre papel, pudieran contar la experiencia de los agentes durante la fase I.

## La experiencia de Chocó

### Proceso de selección



### Reunión en Bogotá



### Organización equipos

ZONA 1



ZONA 2



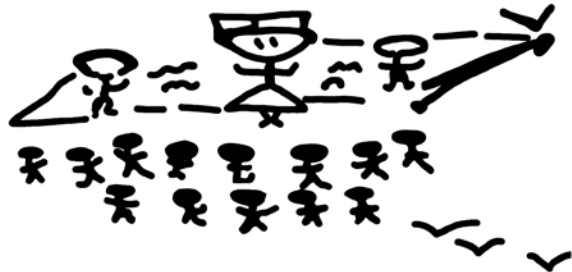
ZONA 3



### Desplazamientos en Terreno



### CHOCO



AGENTES  
COMUNITARIOS  
Y ENFERMERAS

Diagramación de los dibujos originales de ejercicio realizado en taller con los actores participantes

## Escenarios de la Estrategia



Diagramación de los dibujos originales de ejercicio realizado en taller con los actores participantes

Los participantes describen su experiencia durante la implementación de la estrategia, a partir de la organización comunitaria que fue necesaria para enfrentar los desafíos que planteaban las condiciones culturales, geográficas y sociopolíticas del departamento del Chocó; definiendo junto con el equipo tres zonas de intervención, en donde se asegurara la participación de al menos una enfermera profesional y agentes comunitarios que pudieran cubrir las necesidades del territorio:

“ *Todo empezó con la selección del equipo en terreno: examen y entrevista. Ya seleccionado el grupo, viajamos a Bogotá, donde nos hicieron la inducción y definieron la distribución de los equipos quedando así una enfermera para la zona uno con cuatro agentes comunitarios para los municipios de Istmina, Alto, Medio y Bajo Baudó, Medio San Juan, Sipí, Litoral, Novita, Condoto y Río Iró.*

*...Una enfermera de la zona dos con tres agentes comunitarios para los municipios de Bojayá, Bahía, Medio Atrato, Río Sucio, Nuquí, Juradó, Acandí y Carmen del Darién.*

*...Una enfermera y cuatro agentes comunitarios para Quibdó, Lloró, Bagadó, Atrato, San Juan del Palmar, Certeguí, Unión Panamericana, Cantón de San Pablo, Tadó y Río Quito.*

De la misma manera, en el dibujo se pudieron plasmar las dificultades geográficas del territorio, y los retos que esto supone para la implementación de la estrategia en campo. Esto exigió tanto a los agentes como a los equipos en general, una disposición y capacidad de enfrentar y resolver situaciones imprevistas y atípicas en las comunidades.

“ Para llegar a estos municipios se requería de carro, lancha o mulas. Iniciamos el proceso con las visitas de los agentes comunitarios a los municipios de manera individual, allí cada agente comunitario tenía las siguientes funciones: capacitar a la comunidad, buscar sintomáticos respiratorios, llenar los formatos del programa; sin embargo el tiempo del agente comunitario en terreno era insuficiente ya que no era fácil realizar todas las tareas en cada comunidad, además, en el caso por ejemplo de Griseldino Lana, él estaba en un municipio compuesto por comunidades en tres ríos diferentes y cada que realizaba una búsqueda en una comunidad, de 8 SR, 2 salían con BK positiva.....

...empezamos a realizar las salidas en equipo; así nos distribuíamos las tareas y se hacían más operativas las visitas, para ello se hizo además una articulación con las instituciones locales: iglesias, colegios, Juntas de Acción Comunal y los cabildos; se capacitaron en el manejo de la TB, ellos nos ayudaban en las actividades de Búsqueda de SR y supervisión del tratamiento, toda la información recogida se entregaba a DASALUD y la entidad territorial municipal y se iniciaba nuevamente el proceso. Como resultado de este trabajo se encontraron varios pacientes con tuberculosis pulmonar Bk positiva y pacientes con tuberculosis fármaco resistente, y la meta que teníamos era curar a todos los pacientes diagnosticados en el Proyecto, y fueron muy pocos los que abandonaron el tratamiento, sólo uno se murió de todos los pacientes en la actualidad solo hay tres pendientes los demás se curaron y ahora pueden trabajar y llevar los alimentos a sus familias.

(Equipo de Enfermeras y ACS-TB del departamento de Chocó).

”

## La experiencia de Cali y Buenaventura

### Hospital



Diagramación de los dibujos originales de ejercicio realizado en taller con los actores participantes

Para estos dos entornos geográficos, los participantes describen su experiencia durante la implementación de la estrategia, a partir de una de las principales dificultades que se presenta dentro de los programas de TB en estas dos ciudades, y en general de los municipios priorizados por el proyecto y los convenios, el estigma y la discriminación en los ámbitos institucional, familiar y comunitario.

“ La introducción con dibujos algo muy escénico, muy sencillo....

...representa un paciente que sale del Hospital y la gente se da cuenta que sale del programa y se ve como lo rechazan, lo estigmatizan y luego llega a la familia y también se siente estigmatizado, lo vemos aislado en un rincón solo, lo estigmatiza también su propia familia...

...el punto clave es que aún hay mucho estigma social... éste es uno de los mayores problemas que tenemos aun cuando se ha trabajado discriminación en los escenarios que se han abordado como proyecto y convenios.

(Actores participantes de Cali y Buenaventura)

”



## Reconstrucción de la línea de tiempo - Estrategia Fase I

En un ejercicio participativo se reconstruyó una línea de tiempo, para la cual se tomaron aportes tanto de los actores en terreno, como del equipo nacional del proyecto; consolidado año tras año, durante la

implementación de la fase I, las acciones que contribuyeron a la construcción de hitos en el desarrollo del proyecto. Tomando como base el objetivo específico de esta fase, el resultado se muestra en la tabla 14.

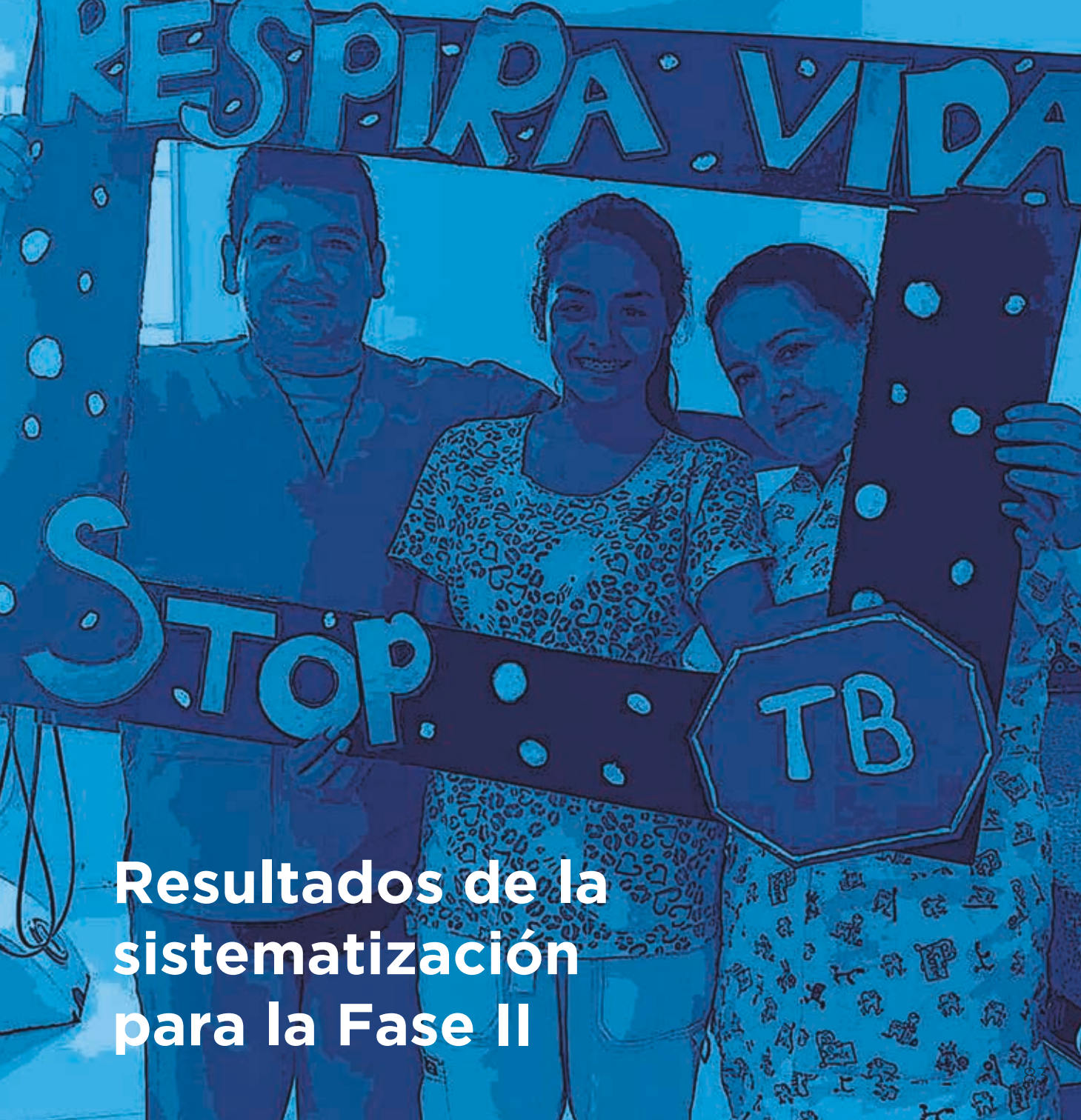
**Tabla 14.** Estrategia de agentes comunitarios en salud para TB -Fase I

<b>ESTRATEGIA DE AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD PARA TB - FASE I</b>		
<b>Objetivo:</b> Acercar las actividades de diagnóstico y tratamiento oportuno a través del DOTS comunitario.		
<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014 Primer trimestre</b>
<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios.</li> <li>▶ Realización y lectura de baciloscopias.</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Recuperación de pacientes en condición de abandono de su tratamiento para TB.</li> <li>▶ Educación a pacientes, familias y comunidades.</li> <li>▶ Socialización de resultados a las autoridades locales y nacionales.</li> </ul>	<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios.</li> <li>▶ Realización y lectura de baciloscopias.</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Educación a pacientes, familias y comunidades.</li> <li>▶ Activación de planes de contingencia en el terreno (por conflicto armado).</li> <li>▶ Canalización de ayudas alimentarias.</li> <li>▶ Acompañamiento emocional al paciente y su familia.</li> <li>▶ Educación a pacientes, familias y comunidades.</li> <li>▶ Apoyo a las Secretarías de Salud en los estudios de contactos.</li> </ul>	<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Búsqueda de Sintomáticos Respiratorios y realización y lectura de baciloscopias (con menor intensidad).</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Canalización de ayudas alimentarias.</li> <li>▶ Acompañamiento emocional al paciente y su familia.</li> <li>▶ Educación a pacientes, familias y comunidades.</li> <li>▶ Apoyo a las Secretarías de Salud en los estudios de contactos.</li> <li>▶ Socialización de resultados a las autoridades locales y nacionales.</li> </ul>

**Tabla 14.** Estrategia de agentes comunitarios en salud para TB-Fase I

2012	2013	2014 Primer trimestre
<p><b>Hitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Llegada de los equipos de terreno a las comunidades, estableciendo contacto directo con líderes y autoridades.</li> <li>▶ Adaptación a las dinámicas socio culturales del territorio y de las comunidades.</li> <li>▶ Articulación con los Cabildos en las comunidades indígenas, las juntas de acción comunal, las comunidades afro o consejos comunitarios, coordinadores de salud pública de cada municipio, chamanes, yerbateros, docentes, madres comunitarias, sacerdotes y otros líderes comunitarios.</li> <li>▶ Reconocimiento de los agentes comunitarios como parte del equipo interdisciplinario de los programas departamentales de TB.</li> <li>▶ Búsqueda y recuperación de pacientes en estado de abandono para iniciar DOTS con acompañamiento de agentes.</li> </ul>	<p><b>Hitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Diseño e implementación de planes de contingencia para contrarrestar el impacto del conflicto armado en los territorios sobre la ejecución del proyecto.</li> <li>▶ Ajuste en la conformación de equipos de agentes comunitarios, capacitación y procesos de formación permanente.</li> <li>▶ La estrategia DOTS comunitario inicia actividades con población privada de la libertad en varios municipios priorizados del pacífico colombiano.</li> <li>▶ A partir de los resultados del acompañamiento de los agentes comunitarios a pacientes identificados en el año I de la estrategia, se supera la expectativa de éxito en el pacífico colombiano, especialmente en el Departamento del Chocó.</li> <li>▶ Cambio en el modelo de financiamiento del Fondo Mundial: nueva priorización geográfica.</li> </ul>	<p><b>Hitos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Cambio de priorización geográfica (de 46 municipios del pacífico colombiano a 8 ciudades principales de Colombia)</li> <li>▶ Se inició la reducción de los equipos en los municipios y se priorizaron solo los de mayor carga de TB.</li> <li>▶ Hubo vergüenza para contarles a las comunidades que el proyecto ya no iba por 5 años sino que ya se había terminado. No teníamos justificación para darle a las comunidades ya que su apoyo fue incondicional.</li> <li>▶ Se desmonta el proyecto en el pacífico colombiano.</li> </ul>

**Fuente:** Elaboración propia



**Resultados de la  
sistematización  
para la Fase II**

**E**n el ejercicio de conocer el punto de vista de los actores, se reconstruyeron momentos tanto de la fase I como de la fase II de la implementación de la estrategia. Tomando en cuenta que las dos

fases tenían objetivos, zonas geográficas, territorios priorizados y actores involucrados diferentes, a continuación se presentan los resultados de los ejercicios en campo que recogen los momentos de la segunda fase.

## Los ACS-TB como enlace entre la comunidad y los servicios de Salud

De acuerdo con la percepción de los actores en la implementación de la estrategia en la fase II, los ACS TB establecieron enlaces entre los pacientes, la comunidad y los servicios de salud, lo cual mejoró la disponibilidad de información desde los servicios de salud hacia los pacientes y sus familias y desde los pacientes y familias hacia los servicios de salud; esto último permitió identificar barreras para la adherencia al tratamiento y la gestión de casos de manera oportuna.

*“ El agente comunitario es la manera más sencilla de establecer las relaciones paciente, familia y servicios de salud por el hecho de que es una persona de confianza tanto para la comunidad como para los servicios de salud. Es así como la comunicación entre pacientes y las instituciones de salud fluyen. ”*

**(Sandra Amézquita. Gestor de Atención Integral - Bucaramanga)**

*“ Es una figura fundamental que acorta barreras de acceso y brechas en la supervisión del tratamiento a pacientes en la comunidad en general y las IPS. ”*

**(Diana Zapata. Gestor de Atención Integral - Pereira)**

El agente comunitario implementa, dentro de su labor, el monitoreo y evaluación de los procesos; esto permite dar cuenta de los resultados de manera muy precisa, lo cual genera un flujo de información clara y oportuna entre los servicios de salud, que pueden identificar necesidades en la comunidad y atenderlas eficazmente y las personas de la comunidad, que teniendo la información de los servicios, pueden acceder a ellos a través de las rutas adecuadas.



“ El agente hace empalme en las comunidades al socializar y validar las rutas de atención para los pacientes con la comunidad, aplica planes de monitoreo y evaluación con la comunidad.

(Ramiro López. Gestor de Atención Integral - Barranquilla)



“ El agente comunitario tiene como tarea unir la comunidad, educarla, llevarla, hacer el enlace con los centros de salud van mejorando al perder el miedo de ir al centro de salud.

(Paola Valencia. Auxiliar de Enfermería - Bucaramanga)



Un factor importante reconocido por los actores de la estrategia, es la confianza que genera el agente comunitario como catalizador de procesos. Esto va más allá de la relación paciente-servicios de salud, y permea procesos de articulación interinstitucional que favorecen la protección social de las comunidades y generan así una sinergia Estado-servicios de salud - comunidad. Esto atrae la oferta de otros servicios institucionales, que de manera organizada suman en beneficio de las pacientes.



“ Todas las alianzas se consiguen con confianzas y esto trasciende lo institucional y esto es claro, nosotros le copiamos a ella (agente). Cuando llegan a imponer, las cosas no funcionan, cualquier estrategia que quieran implementar lo primero es el feeling, intangibles que a veces no se evidencian pero son los que permiten que las cosas funcionen.

(Diana Castrillón. Directora de Zona 3 y Coordinadora de Gestión Social y Convenios ESE Ladera - Cali)



## El aporte de los ACS- TB a los PCT

De acuerdo con la percepción de los grupos, los agentes comunitarios aportan considerablemente al funcionamiento de los programas regulares de prevención y control

de la tuberculosis. En la voz de los participantes, se reconocen tres aportes que son comunes a todos ellos:

I. Romper barreras de acceso en doble vía: de una parte, el servicio de salud logra llegar con su oferta a comunidades de difícil acceso tanto por su ubicación geográfica, como por las distintas dinámicas de funcionamiento y organización (violencia, grupos organizados, delincuencia). De otro lado, las comunidades pueden acceder a la oferta a la que tienen derecho, a través de las rutas más eficaces, ganando así oportunidad para evaluación y diagnóstico, así como adherencia al tratamiento y conocimiento para la prevención de nuevos casos. En la voz de los participantes:

*“ Poder acceder a grupos poblacionales donde institucionalmente es difícil ya sea por falta de este recurso o por barreras comunitarias como inseguridad, empatía, tiempo, etc.*

(Yeniffer Palacios. Referente PCT - Pereira) ”

En la voz de un familiar de paciente egresado del programa:

*“ ...esta ayuda la necesitan los pacientes porque no todos tienen los recursos para pagar el transporte diario al centro de salud, algunos no tienen ni para comer y sale muy caro hacer el tratamiento, además algunos pacientes no trabajan y sus necesidades son muchas en general.*

(Familiar expaciente -Pereira) ”

II. Tratamiento Directamente Observado, centrado en el paciente. La estrategia permite que la atención de los pacientes con TB y sus familiares esté centrada en ellos, así el paciente puede acceder a su tratamiento acortado estrictamente supervisado, no solo en los servicios de salud, sino en su lugar de residencia, trabajo u otro.

*“ Lo más importante es darle la opción al paciente de que se puede tomar el tratamiento en casa o en centro de salud, con esto el paciente no tiene excusa para no tomarse el tratamiento. Lo cierto es que por ser el agente comunitario de la comunidad, entonces el paciente se identifica con él.*

(Débora Villa V. Coordinadora Programa de TB en la ESE ISABU – Bucaramanga) ”

III. Humanización de la atención. Los agentes son a su vez líderes con una calidad humana reconocida por las comunidades. Un trato empático con los pacientes y sus familias, favorece su disposición para recibir los servicios que el agente facilita, reconociéndolo como un apoyo importante en el trabajo de eliminación del estigma que trae consigo la tuberculosis.

“ *que tiene el agente comunitario para establecer la comunicación con el paciente muchas veces por ser una persona reconocida en la zona, lo que hace que el paciente se sienta seguro.* ”

(Claudia Jaimes. Auxiliar de Enfermería del programa de TB ESE ISABU- Bucaramanga)

“ *Los más valioso de tener un agente comunitario en los programas de control de la TB, es la calidad humana que el agente comunitario ha tenido porque eso hace que el paciente continúe el tratamiento* ”

(Yolima Sáchica. Referente departamental del Programa de Control de la TB en Meta)

## El aporte de los ACS-TB a los pacientes y sus familias

“ *El agente comunitario es una figura muy importante, ya que enseña acerca de la tuberculosis quitando esas creencias erróneas que se tienen en cuanto a las formas de contagio, además, cuando uno adquiere un conocimiento, lo que generalmente hace es compartirlo cuando se presenta la oportunidad o hay alguna persona que no sabe, uno le habla de lo que uno ya aprendió.* ”

(Sandra Loaiza, expaciente y agente comunitaria - Pereira)

Para las personas que tienen limitaciones de tiempo, físicas, económicas o de otro tipo, que se traducen en problemas de adherencia al tratamiento, contar con el acompañamiento de un agente comunitario en salud representa en muchas ocasiones, la única oportunidad que tienen de tratarse, curarse y no continuar contagiando a sus convivientes.

En la experiencia tanto de ex pacientes, como de familiares, profesionales y la comunidad, el agente representa un valor agregado en cuanto al proceso de tratamiento y cura, en tanto que posibilita tener la información suficiente y adecuada sobre la enfermedad, y esto permite que los mitos alrededor de la tuberculosis puedan ser derribados y reemplazados por buenas prácticas de prevención,

así como una desaparición progresiva del estigma sobre la enfermedad y la indiferencia hacia los pacientes. La familia del paciente se ve también beneficiada del acompañamiento de los agentes, puesto que la información y el conocimiento que adquieren les ayuda a fortalecerse como red de apoyo para el mismo paciente, entendiendo que la tuberculosis es una enfermedad prevenible y curable.

En la voz de algunos de los participantes en los encuentros:



*“ ...tener conocimiento en cuanto a la enfermedad y el tratamiento para evitar las creencias erróneas que nos llevan a abandonar el tratamiento y a aislarnos por miedo al contagio.*

(Expaciente en Villavicencio)

*“ Gracias al agente comunitario uno como paciente se siente más tranquilo ya que nos enseña cuándo acudir al médico, de presentarse un síntoma de TB en un familiar ya que es uno de los temores más grandes que tuve durante el proceso de la enfermedad.*

(Expaciente en Bucaramanga)

*“ El Agente comunitario facilita que la comunidad conozca la enfermedad y tenga menos prejuicios sobre la misma.*

(Expaciente de Bucaramanga)

De la misma manera, el aporte del agente en el proceso terapéutico de los pacientes con tuberculosis es reconocido con mucha fuerza en sus discursos, en tanto que el proceso de diagnóstico y tratamiento es fuerte emocionalmente tanto para él como para su familia. Respecto a esto, el agente

provee seguridad y confianza, a la vez que se constituye en un aliado, que acompaña y mientras que monitorea, garantiza el tratamiento directamente observado en boca y da soporte emocional constante durante el tratamiento. Esto genera indiscutiblemente una garantía en términos de adherencia



y por tanto asegura el éxito del proceso. Al respecto, las voces de los expacientes y familiares refuerzan este argumento:



“ Fue una experiencia muy gratificante ya que mi diagnóstico fue de TB extrapulmonar y no tenía conocimientos acerca de la enfermedad, aislándome para no afectar a mi familia, sometíendome así a un estado depresivo ya que soy madre de familia de dos hijos y solo el estar alejada de ellos era muy triste para mí.

(Expaciente de Pereira). ”

“ ... si no hubiera sido por este acompañamiento yo no hubiera podido terminar el tratamiento. Hubo muchos momentos en los que pensé abandonar por baja en el estado de ánimo.

(Expaciente de Bucaramanga) ”

“ ...definitivamente deben implementar la estrategia porque no saben la adherencia que uno logra cuando hay un agente comunitario que lo busca a uno como paciente, lo apoya, lo acompaña y que logra motivarlo para que no abandone el tratamiento.

(Expaciente Bucaramanga) ”

“ ... hubo muchas veces que el paciente quería abandonar el tratamiento pero el agente comunitario estuvo ahí para motivarlo hasta que terminó.

(Familiar de expaciente de Pereira) ”


## Fortalezas de la Estrategia

Al identificar las fortalezas del trabajo con agentes comunitarios en la segunda fase de implementación, los actores reconocen varios aspectos a resaltar. De un lado, el empoderamiento a través de la capacitación de grupos en las comunidades como una forma

efectiva de dejar capacidad instalada en los territorios; también fortalece la estrategia, en tanto que amplía naturalmente la cobertura de las acciones implementadas. En una ecuación directamente proporcional, a mayor información, mayor empoderamiento para

emprender acciones de prevención y atención oportuna.

En este mismo sentido, la utilización de estrategias de innovación tecnológica y aprovechamiento de las redes sociales como un medio para cohesionar grupos, ayudó a mantener las redes de apoyo sólidas al estar constantemente comunicadas y en tiempo real. En la voz de los agentes:



“ ...por ejemplo las redes sociales (un grupo de WhatsApp en donde estaban; el paciente, un familiar, la EAPB, la IPS, un líder comunitario y el equipo del Fondo Mundial y así supervisamos todos el tratamiento y el paciente se curó.


”

En la misma vía de la capacitación como fortaleza, la ampliación de la cobertura de información hacia grupos de población vulnerable garantiza indudablemente una prevención a mayor plazo y de manera más

amplia. En el caso particular de la red de guardianes capacitados en el INPEC, se logra acceso e inclusión de población vulnerable, personas privadas de la libertad, entre otras.

## Debilidades de la Estrategia

Los actores afirman que como estrategia para ser aplicada desde las instituciones del SGSSS requiere de un marco normativo, dado que en las instituciones gubernamentales y muchas del sector privado diferentes a ONG, trabajan bajo un sistema de contratación de personal que requiere una formación mínima certificada por una institución de educación superior. Una de las apreciaciones en la voz de los participantes fue:



“ Todo depende de cómo las entidades territoriales conciben el rol del agente comunitario; las Empresas Sociales del Estado tienen unos requisitos mínimos de contratación que la mayoría de ellos no cumplen. Si yo los contrato tienen que entrar a cumplir con unas obligaciones y ellos no están en condiciones de cumplir lo que las ESE exigen.

(Lucy Luna. Referente municipal del Programa de Control de la TB en Cali)

”

Algunas de las principales debilidades que los participantes encontraron dentro de la estrategia fueron la continuidad y permanencia de la figura de los agentes; el número de ellos que se requieren para abordar todas las poblaciones vulnerables y todos los pacientes con dificultades de adherencia y la

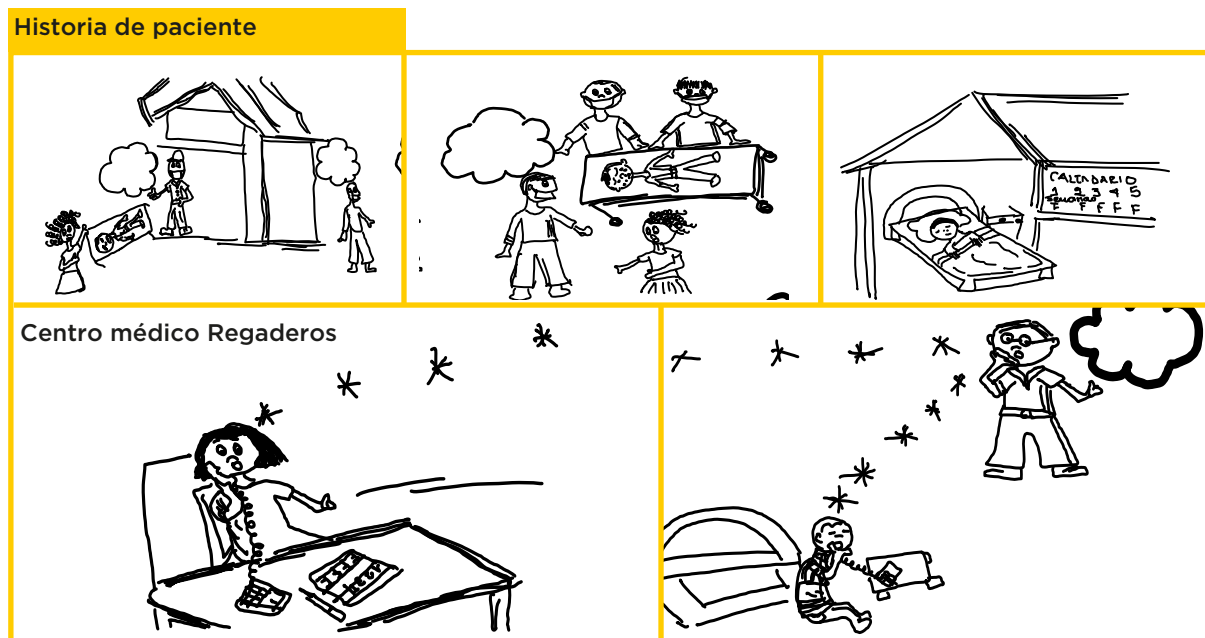
falta de compromiso de algunos funcionarios e instituciones públicas donde se cuenta con atención de pacientes y que no han reconocido las enormes ventajas de una sinergia apropiada con la figura del agente y que, más bien, han descargado sus responsabilidades en estos.

## Actores participantes

En los talleres realizados en el territorio se pidió a los participantes que a través de una estrategia que ellos mismos escogieran, se pudiera contar la experiencia de los agentes durante la fase II. En la ciudad de Bucaramanga dibujaron los cortos de una obra de

teatro que crearon en el 2015 para el empoderamiento comunitario, en la ciudad de Pereira describieron la estrategia mediante un cuento, y en la ciudad de Villavicencio realizaron un dibujo para narrar cómo fue la estrategia.

## La experiencia de Bucaramanga



Diagramación de los dibujos originales de ejercicio realizado en taller con los actores participantes



## Barrio la Juventud



Diagramación de los dibujos originales de ejercicio realizado en taller con los actores participantes

Los participantes describen su experiencia durante la implementación de la estrategia, a partir de una obra de teatro que montaron en la ESE ISABU, con actores institucionales, comunitarios y expacientes en el año 2015 cuando hicieron el proceso de

empoderamiento comunitario en TB. Con una serie de dibujos representaron algunos cortos de la obra, para dar a conocer la estrategia comunitaria basada en los ACS-TB como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud.

“

*Mediante estos gráficos en los que presentamos todo el proceso (...) una mujer llevó a un paciente a un centro de salud grave para que le den valoración y auxilio médico pero al no encontrar cita médica, lo llevó a un hospital más grande donde le realizaron una baciloscopia encontrando el resultado positivo, luego lo llevaron al centro del salud donde le suministraron el tratamiento. Él estuvo muy juicioso durante la primera semana pero ya la segunda semana se perdió y faltó (.....). La jefe del centro médico lo llamó preocupada pero él le respondió con muchas evasivas, que no podía ir porque de pronto no tenía plata, que se sentía mal para caminar, en fin le sacó muchas excusas entonces la jefe al saber que existía el agente comunitario buscó a uno que vivía cerca al paciente y le hizo llegar el tratamiento a la casa; así fue que el agente comunitario fue a la casa del paciente, le explicó la importancia de que se tomara el tratamiento y le ofreció la opción de ir diario al centro de salud pero el paciente no tenía los recursos entonces el ACS-TB le ofreció llevarle el tratamiento a la casa y fue así como el paciente aceptó tomarse el tratamiento en su casa y fue supervisado por el ACS-TB. El agente comunitario, bajo la supervisión del equipo de salud, logró que el paciente culminara el tratamiento de manera exitosa.*

”

*(Actores participantes Bucaramanga).*

## La experiencia de Pereira

Los actores participantes en la ciudad de Pereira construyeron un cuento para ejemplificar parte de lo que fue la estrategia allí.

### **Don Julito ‘El repartidor de PEPAS’**

*Había una vez una comunidad muy pobre y vulnerable, con muchos problemas psicosociales como pobreza, drogadicción, habitantes de calle, desempleo y pandillas, pero además con una enfermedad que rondaba y que cada vez se hacía más frecuente entre sus miembros, esta enfermedad altamente contagiosa. Entre el desconocimiento de sus habitantes, crecía el temor de contagiarse, no sabían qué hacer, a donde acudir o a quien preguntar, solo sabían que era una enfermedad que los podía matar. Presentaban ahogo, calentura, dolor de cabeza, desgano, cansancio y se iban consumiendo poco a poco.*

*Muchos pensaban que era castigo de Dios, otros que era brujería o que simplemente habían hecho algo muy malo. Se creía que al tocar estas personas se podían contagiar, al comer en sus platos, beber de su mismo vaso, vestir sus ropas, abrazarlos, o besarlos. Después de tomar por mucho tiempo los remedios recomendados por la abuela, los vecinos, las farmacias y sin encontrar mejoría, terminaban por acudir al médico y en muchos casos ya no había nada que hacer y terminaban muertos a causa de una bacteria muy peligrosa.*

*Pero muchos fueron diagnosticados y por medio de ellos se dio a conocer la enfermedad de la tuberculosis, la cual tiene cura, pero todos no lograban hacer el tratamiento completo, lo que complicaba más la situación ya que los casos continuaban multiplicándose y la bacteria se hacía más fuerte.*

*Fue así como un día apareció ‘Don Julito’ quien se entera de las dificultades que había en esta comunidad, y con conocimiento sobre la en-*

*fermedad y con el apoyo del centro de salud del pueblo, decide prestar su ayuda dando educación e información sobre la enfermedad a la comunidad y las familias, apoyando a los pacientes en su tratamiento para lograr la cura de la enfermedad y acabar con la bacteria.*

*Don Julito se levantaba muy temprano, todos los días, pasaba por el centro de salud, recogía el tratamiento de estas personas y luego se pasaba de casa en casa y por los diferentes lugares a hacer la supervisión de los medicamentos y los pacientes le decían ya viene el ‘repartidor de pepas’.*

*Se sentaba con las familias y los pacientes y les enseñaba que era la enfermedad, cómo se transmitía, cuáles eran sus síntomas, su prevención, forma de diagnóstico y despejaba las dudas de estos.*

*Don Julito se convirtió en amigo y ayudador de esta comunidad, todos lo conocían como ‘el repartidor de las pepas de la salud’, poco a poco fueron viendo la mejoría que presentaban aquellos que lograban terminar su tratamiento, entendieron que esta era una enfermedad que le podía dar a cualquiera y que tenía cura. Entendieron que las personas no tenían por qué morir y ahora acuden al médico ante cualquier síntoma sospechoso.*

*Don Julito vio que la comunidad ya estaba comprometida con todas las herramientas para apoyar a las nuevas personas con tuberculosis y decide viajar a enseñar y a ayudar a otras comunidades donde no se conoce la enfermedad de la tuberculosis. Colorín colorado, el repartidor de pepas ha terminado.*

*(Actores participantes municipio de Pereira)*

## La experiencia de Villavicencio

En este municipio el grupo de participantes realizó un dibujo para reflejar cada uno de los pasos a seguir en la implementación

de la estrategia y lo que hace un agente comunitario en su comunidad resaltando que:

*El agente comunitario debe ser alguien familiarizado con la comunidad, idealmente allí mismo para no generar pánico (...) y que la comunidad le crea con los conocimientos que adquirió en las capacitaciones. El líder lleva los conocimientos de la TB, síntomas, explica que la TB sí tiene cura, cuánto dura el tratamiento, cómo se transmite la TB, ese líder tiene que tener un tiempo suficiente y disponible y que quiera realmente a la comunidad, ayuda al agente comunitario a supervisar el trata-*

*miento para prevenir que la enfermedad se propague en la población. La función del agente comunitario es estar en comunicación con los pacientes, la comunidad y los profesionales de la salud de las IPS, las ESE. Además, está pendiente de la comunidad y monitorea que sí se esté controlando la enfermedad.*

*(Actores participantes municipio de Villavicencio)*



Taller sistematización villavicencio - Archivo del proyecto Fase II



## Reconstrucción de la línea de tiempo - Estrategia Fase II

De manera simultánea con la reconstrucción de la línea de tiempo en la fase I, los actores, en los diferentes niveles de participación, aportaron al mismo ejercicio, para la segunda fase de la estrategia, tal como se muestra en la siguiente matriz:

**Tabla 15.** Estrategia de agentes comunitarios en salud para TB -Fase II.

ESTRATEGIA DE AGENTES COMUNITARIOS EN SALUD PARA TB - FASE II		
<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Adaptar la estrategia de agentes comunitarios en un contexto sociodemográfico diferente a los territorios priorizados en la fase I.</li> <li>▶ Extender la cobertura de la estrategia a poblaciones vulnerables a la tuberculosis (PPL - habitantes de calle - PVV).</li> <li>▶ Fortalecer el componente educativo de la estrategia hacia los pacientes y sus comunidades.</li> </ul>		
2014	2015	2016
<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Búsqueda de sintomáticos respiratorios.</li> <li>▶ Educación a la comunidad.</li> <li>▶ Apoyo a la Secretaría de Salud en el estudio de contactos.</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Levantamiento de mapas de actores sociales y construcción de directorios de líderes e instituciones locales en la zona priorizada, con el apoyo del profesional especializado del proyecto en cada ciudad.</li> <li>▶ Trabajo de los auxiliares de enfermería en co-infección TB /VIH.</li> </ul>	<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Educación a la comunidad.</li> <li>▶ Apoyo a la Secretaría de Salud en el estudio de contactos.</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Estudio sobre conocimientos, actitudes y prácticas en TB entre contactos domiciliarios.</li> <li>▶ Trabajo de los auxiliares de enfermería en co-infección TB /VIH</li> </ul>	<p><b>Acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fortalecimiento a instituciones que atienden PPL y HC.</li> <li>▶ Educación y sensibilización en TB, a fundaciones, INPEC y a la comunidad.</li> <li>▶ Acompañamiento a pacientes en su proceso de Tratamiento Directamente Observado.</li> <li>▶ Trabajo de los auxiliares de enfermería en co-infección TB / VIH.</li> <li>▶ Búsqueda de Sintomáticos respiratorios en PPL y HC.</li> <li>▶ Apoyo a las Secretarías de Salud en los estudios de contactos.</li> </ul>

2014	2015	2016
<p><b>Hitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En ciudades con infraestructura en salud y hospitalaria hasta IV nivel, se posiciona la figura del agente comunitario ante los tomadores de decisiones en zonas priorizadas.</li> <li>▶ Se conforman grupos con sociedad civil y otros líderes comunitarios para construir de manera participativa planes de capacitación permanente.</li> <li>▶ En la supervisión del tratamiento directamente observado se incorporan algunos pacientes con co-infección TB/VIH.</li> </ul>	<p><b>Hitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Los ACS-TB apoyaron la realización de una encuesta de CAP a contactos.</li> <li>▶ Se realizó proceso de empoderamiento en DOTS comunitario en instituciones donde se capacitaron grupos como los CDI, las Damas rosadas, fundaciones, etc.</li> <li>▶ Se formaron nuevos líderes para el apoyo al programa en las mismas capacitaciones se hacía búsqueda de SR y se recogían las muestras y se llevaban al laboratorio.</li> <li>▶ La mayoría de los pacientes con apoyo del ACS TB salieron curados, excepto algunos casos de consumo de sustancias psicoactivas que no fue posible curarlos.</li> <li>▶ El ACS-TB continúa las acciones en comunas vulnerables y la auxiliar de enfermería para coinfección TB/VIH más cercana a las IPS.</li> <li>▶ Se firmó el convenio 547 entre el MSPS y la OIM como contrapartida para fortalecer las entidades territoriales, las instituciones públicas y privadas en el abordaje integral de poblaciones vulnerables: PPL y HC, llegan los ACS-TB con acciones específicas en estas dos poblaciones.</li> </ul>	<p><b>Hitos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Identificación, sensibilización y empoderamiento a instituciones que atienden HC, identificación, actualización y/o formulación de la ruta de atención a la población HC.</li> <li>▶ Construcción conjunta de piezas comunicativas en TB para la sensibilización a la PPL (Pereira).</li> <li>▶ Se aplica un instrumento del MSPS para medir el nivel de implementación de las estrategias de abordaje en PPL y HC y de acuerdo a los hallazgos se hacen recomendaciones a las entidades territoriales</li> <li>▶ Se dejan líderes comunitarios empoderados para apoyar al PCT en la supervisión del tratamiento</li> <li>▶ Articulación de las Secretarías de Salud municipal y las Secretarías de Desarrollo social para fortalecer el abordaje de la población HC</li> <li>▶ Extensión de las actividades de sensibilización y capacitación a algunos colegios sobre la TB</li> <li>▶ Se dejaron redes de líderes comunitarios empoderados en la supervisión de tratamiento en las zonas vulnerables en Villavicencio (más de 60 líderes empoderados)</li> <li>▶ Cierre de las actividades de los ACS-TB en terreno</li> <li>▶ Se eliminan por completo las posiciones de agentes comunitarios financiados por el fondo mundial, y se cubre su financiamiento a través del convenio 547 MSPS - OIM</li> </ul>



# Lecciones Aprendidas



**T**rabajar con ACS-TB bajo los criterios expuestos en este documento contribuye a mejorar el desempeño de los programas de TB, y se evidencian resultados en múltiples aspectos de las estrategias que se han venido implementando: primero DOTS, luego Alto a la TB y ahora Fin de la TB. Los resultados más evidentes están en la educación y sensibilización de la comunidad; el fortalecimiento a la adherencia en el tratamiento; y solventando dificultades de acceso a servicios de salud de diversas índoles (geográficas, de seguridad, reduciendo costos en desplazamientos, discapacidades, etc.), lo que incrementa el éxito de tratamiento dentro de los programas.

La estrategia mostro grandes bondades al trabajar con poblaciones vulnerables como Habitantes de Calle – HC y Población Privada de la Libertad – PPL; alcanzando al interior de estas, no solo mejorar la búsqueda y detección de personas con TB, sino, el desarrollo de otras formas novedosas de educación a través de la elaboración conjunta de herramientas educomunicacionales, que permiten un aprendizaje sobre la enfermedad de forma lúdica, y en términos elaborados y validados con ellos para que sean aplicables dentro de su contexto y en otros, como fue el caso de juego “Tribal: la TB es tu mayor rival” el cual se elaboró en la cárcel de Villa Hermosa en Cali con los reclusos de los distintos patios, y sirvió para trabajar con todo tipo de públicos, como se observa en la portada de este documento.

El ejercicio con agentes comunitarios en salud para TB, propició que personas afectadas con la enfermedad, beneficiarias de la estrategia, se vincularan a ella una

vez se curaban, ya fuera como ACS-TB con remuneración o como voluntarios apoyando procesos de capacitación o movilización social.

En muchos de los municipios beneficiados con la estrategia durante los 5 años, líderes comunitarios que fueron entrenados y empoderados para apoyar el programa, continúan colaborando activamente con los procesos para encaminar a los PCT de Colombia, a un abordaje apropiado de los principios, pilares y componentes que propone “Fin de la TB”, gracias a que la estrategia procuro articularse con todos los actores institucionales y comunitarios claves, que manifestaron su interés y permitieron un trabajo conjunto.

Los agentes comunitarios con su capacidad de liderazgo, más que por su preparación técnica, propiciaron el posicionamiento de la TB como un aspecto relevante para instituciones de salud, académicas, otros actores del sector público y privado, e indiscutiblemente de la(s) comunidad(es), entre los pacientes y familiares objeto de su intervención.

El apoyo en la gestión del conocimiento, también fue un aspecto fortalecido a través de la estrategia, ya que agentes comunitarios en las ciudades de Cúcuta, Bucaramanga, Villavicencio, Pereira y en la localidad de Bosa (Bogotá D.C.); fueron actores claves en la realización de un estudio operativo sobre Conocimientos, Actitudes y Practicas de la TB, entre convivientes de pacientes con Tuberculosis. Dicho estudio aún no ha publicado sus resultados, por lo cual solo se realiza mención del mismo.

A group of diverse people, including men and women of various ages and ethnicities, are gathered for a community event. The scene is overlaid with a blue tint. In the background, there are decorative elements like a banner with the word 'BIEN' and heart-shaped ornaments. The people are dressed in casual to semi-formal attire. Some are standing, while others are seated on white plastic chairs. The overall atmosphere appears to be one of a community gathering or support event.

**Agentes Comunitarios,  
Migración y Resiliencia  
frente a un evento  
catastrófico como la TB**

**R**esiliencia es la capacidad de una persona, un hogar, una comunidad, un país o una región de convivir, adaptarse o recuperarse rápidamente de crisis y presiones. El término resiliencia

viene de la física (“capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación”) y se ha generalizado para aplicarse a otros ámbitos (ACF -CE, 2015).

**Figura. 12** *Los cinco pilares de la resiliencia*



**Fuente:** (ACF -CE, 2015)

Durante la fase II del Proyecto TB financiado por el Fondo Mundial en Colombia, la OIM como Receptor Principal No Gobierno - RPNG, ha logrado ser partícipe de muchas experiencias de vida, tanto en las personas que son pacientes, como en su personal contratado, y hemos visto como alrededor de un evento catastrófico como lo es la TB en las personas que lo padecen, se puede construir en función no solo de la vida de un

paciente o de dos ex pacientes en nuestro caso, sino también afectar la vida de muchos otros al lograr sobreponerse de la TB como un evento desafortunado, para volverlo una oportunidad de trabajar por las personas más vulnerables, estructurar redes sociales para la lucha contra este flagelo, desde sitios que no son el lugar de origen, de dos jóvenes resilientes que ha decidido luchar sin tregua contra la TB después de que esta les afectara

con una de sus formas más crueles y difíciles de curar “la TB/MDR”.

La OIM dentro del proyecto TB para Colombia, ha contado desde el inicio del mismo con una estrategia para fortalecer la lucha contra la enfermedad partiendo de las comunidades, y para ello ha trabajado con redes de Agentes Comunitarios en Salud, en donde han participado algunos de los mejores líderes que hay abanderando la batalla contra la enfermedad desde la sociedad civil en Colombia, que por cierto no son muchos.

## **Agente Comunitaria – Migrante/Resiliente a la TB – Originaria de Quibdó/Choco**

Karen Rivas es una joven de 29 años que se desempeñó como Agente Comunitario en Salud de la OIM para la ciudad de Medellín, y es como lo mencionamos una expaciente de TB/MDR del municipio de Quibdó en el departamento del Choco. Ella era una joven como cualquier otra en esta región, hasta que en el año 2008 inicio con síntomas como pérdida de peso, pérdida de apetito, fiebre y diarrea. Después de muchos exámenes, incluidas algunas baciloscopias negativas realizadas en Quibdó entre los años 2008 – 2009 fue remitida en este último año a la ciudad de Medellín (departamento de Antioquia) donde le diagnosticaron tuberculosis pulmonar bacilifera (contagiosa). Inicia tratamiento para TB en Medellín, pero al ser maltratada verbalmente y humillada, a causa de su enfermedad, frente a los demás usuarios en el servicio de salud donde recibía su tratamiento, se va sin avisar para el Choco, sin poder enterarse que los resultados de sus

Compartiremos la historia de estos dos expacientes, que siendo originarios de una de las regiones más pobres de Colombia, el pacífico colombiano, migraron al interior del país, dejando sus hogares y sus familias para llevar la fuerza que los caracteriza a dos de las 8 ciudades que mayor carga de enfermedad reportan en Colombia (Medellín y Pereira), convencidos de poder apoyar a personas que como ellos, al ser diagnosticados, discriminados, apartados, excluidos, etc., necesitan una voz de aliento de un par comunitario.



pruebas mostraban que era resistente a todos los medicamentos que estaba tomando.

Desconociendo dichos resultados, continúa tratamiento para TB sensible en Quibdó sin mejoría de síntomas en los siguientes meses y hasta marzo de 2010, donde su BK se mantuvo positiva. En marzo 2010 consulta de nuevo en Medellín con un especialista en infectología, el cual le envía otros exámenes

y contacta a la Secretaria de Salud Departamental de Antioquia donde le informan de la resistencia a los medicamentos y de la forma en que huyo sin poderle dar los resultados y cambiar su medicación un año atrás. Inicia Tratamiento para TB/MDR en el mes Abril de 2010, en el cual resulta que su cuerpo hace intolerancia a algunos de los medicamentos y le es cambiado por otro. En este esquema dura hasta el año 2012, después de muchas dificultades y una lobectomía de pulmón superior izquierdo egresa como curada con 6 cultivos negativos.

Karen finalizando este proceso tan duro, en donde muchas veces no tenía para un bocado de comida y debía ir a las plazas de mercado a buscar sobras de negocios y restaurantes, decide en el año 2011 que es su deber comenzar a apoyar a otros pacientes con TB, porque tiene la claridad que “la catástrofe de la TB” se supera más fácil si alguien está apoyando, consintiendo y cuidando emocionalmente a los pacientes.

Siendo aún paciente emprendió su labor de apoyo a otras personas que padecían TB, TB/MDR y TB/VIH, y se consolida como la líder más fuerte de apoyo a pacientes con TB en el Departamento de Antioquia y en Colombia no solo en aquella época sino también en la actualidad. En el año 2014 al iniciarse la fase II del Proyecto TB financiada por el FM, Karen se vincula como la Agente Comunitaria de Salud para la ciudad de Medellín, dentro de la iniciativa de DOTS Comunitario liderada por el Receptor Principal No Gobierno RPNG - OIM Colombia. En este ejercicio acompaña a más de veinte pacientes y sus familiares para ayudar a superar dificultades con la enfermedad, el estigma (propio y ajeno) y la discriminación (propia y ajena). Karen cuenta que una vez aparece su diagnóstico, ella (y cree que en general le sucede a todos los pacientes) se llena de sentimientos de culpa, piensa que hizo mal para merecer esa enfermedad, que más que un problema físico es un problema “que te avergüenza” como paciente.

## **Agente Comunitario – Migrante/Resiliente a la TB – Originario de Buenaventura/Valle del Cauca**

Julio Cesar González Arias tiene 31 años de edad y es oriundo de la ciudad de Buenaventura en el departamento del Valle del Cauca, en el año 2007 cuando estaba realizando sus estudios de enfermería en la ciudad de Cali, presento una fuerte afectación pulmonar durante aproximadamente tres semanas, la cual empezó a estar acompañada de fiebre, sudoración y expectoración con sangre, razón por la cual se decidió a acudir a un médico privado quien me receto algunos medicamentos;

de regreso a casa al salir del consultorio médico recibió una llamada de un tío que por coincidencia estaba visitando la ciudad de Cali, y quien al sentir su voz tan entrecortada y agitada por la afectación, le dijo que lo esperara en la casa para llevarlo a Buenaventura donde su madre para que ella lo cuidara. Ese día el tío al ver su verdadero estado de salud dijo: “Julio estas muy pálido y delgado prepara tus maletas que nos vamos”. Viajo ese mismo día a la ciudad de Buenaventura y

al día siguiente se dirigió al Hospital Municipal de Buenaventura en donde le atendieron y ordenaron algunos exámenes de laboratorio entre ellos la Baciloscopia, y le pidió que regresara al día siguiente por los resultados. Cuando volvió por los resultados de los exámenes el médico refirió que yo había sido diagnosticado con la TB y le refirió cosas muy básicas sobre el tema, y le refirió al lugar en el cual darían inicio a su tratamiento.

El paso de ser una persona que pesaba 72 kg a una de 54 kg, y refiere que parecía un cadáver ambulante, ya que había perdido el apetito, le dolían todas las articulaciones, sentía que los pulmones se me iban a desprender cuando respiraba y llegó a un punto en el cual le era casi imposible hablar sin agitarse. Inicio su tratamiento antiTB y las cosas comenzaron a mejorar, después de cinco meses con controles bacteriológicos negativos, comenzó de nuevo a desmejorar por lo cual su cuidador más cercano (su madre) acudió al Centro de Salud donde socializo su situación con el coordinador del programa de TB a nivel municipal, quien le hizo saber a la madre que a esa institución no había llegado el resultado del cultivo y que hiciera el favor y lo fuera a buscar al Hospital Municipal.

El examen fue recogido y emitía un resultado de resistencia a Rifampicina e Isoniacida, los principales medicamentos contra la TB, lo cual quería decir que él era un paciente Multidrogorresistente (MDR), razón por la cual el medicamento que estaba recibiendo no era eficaz. Después de toda esta situación se presentaron múltiples inconvenientes porque su asegurador no quería reconocer el tratamiento (en aquella época excesivamente costoso

en Colombia), y luego de algunas acciones legales, logro un nuevo tratamiento mucho más complejo con el que casi perdió la audición en el oído derecho. En el año 2009 Julio egresa como curado del programa de TB en Buenaventura, y retoma sus estudios de Auxiliar de Enfermería en el año 2010 los cuales logra culminar.

En el año 2011 cuando se encontraba ejerciendo su labor como enfermero en el servicio de salud de Buenaventura que se especializa en el manejo de pacientes con TB, se entera de una vacante en la OIM, donde se buscaban dos personas para trabajar como Agentes Comunitarios en Salud en el proyecto Alto a la tuberculosis en 46 municipios de Colombia, y aplica obteniendo una de las vacantes. En la primera fase del proyecto trabajo como Agente Comunitario en el municipio de Buenaventura desde el año 2012 hasta el 2014 trabajando tanto en zona rural como urbana y en Instituciones Penitenciarias, donde realizo actividades educativas en TB, búsqueda activa de sintomáticos respiratorios, captación de pacientes con TB, procesamiento y lectura de baciloscopias y supervisión de tratamiento de pacientes logrando un excelente desempeño y una gran empatía con los pacientes supervisados. En el año 2015 se le presento la oportunidad de continuar con el proyecto pero esta vez en la ciudad de Pereira, en un escenario muy diferente al que no estaba acostumbrado, ya que esta vez le tocaba laborar en uno de los sectores más marginados y vulnerables de esta ciudad que no conocía, y en donde lidero el apoyo a la realización de DOTS-Comunitario con pacientes habitantes de calle,

consumidores de sustancias ilícitas, vendedores ambulantes y pacientes con confección TB-VIH. En el 2016 termina la vinculación a OIM a través de la sostenibilidad que el Ministerio de Salud y Protección Social ha brindado mediante un convenio con la Organización (igual que Karen).

“ Julio manifestó querer compartir: “Yo quiero simplemente decir lo siguiente, Dios es el único que sabe en realidad cuando y el por qué suceden las cosas en nuestras vidas, más que un pensamiento es un sentimiento ya que para mí vivir con la enfermedad de la TB y luego trabajar combatiéndola, han sido una las experiencias más enriquecedoras tanto en mi vida personal como profesional, por qué me ha enseñado a ser una persona mucho más humilde y más humana”.

Karen y Julio no solo son Migrantes por la TB, también un vivo retrato de lo que ejemplifica la Resiliencia frente a esta enfermedad.





# Conclusiones y Recomendaciones

## Conclusiones

El reconocimiento de las diferencias sociales y los entornos de intervención no debe limitarse en el nivel territorial a una visión macrosocial de los grupos de riesgo para TB, son necesarios procesos de convivencia, aprendizaje y adaptación a la dinámica de grupos sociales en desventaja significativa frente a otros con respecto a oportunidades diagnósticas y de curación de la enfermedad. Ese microanálisis de la vulnerabilidad de personas en estos grupos de riesgo, y las intervenciones individuales y colectivas necesarias para superar las barreras de acceso en ellos, sus convivientes y a sus comunidades, constituyen el rol de un ACS-TB dentro de la experticia adquirida por el proyecto.

Conocer sobre la tuberculosis en grupos de riesgo no es suficiente para que los indicadores del programa de TB y los interprogramáticos sufran cambios favorables, para esto, es necesario un aprendizaje colectivo sobre la gestión diferencial en poblaciones vulnerables. Un aprendizaje institucional enlazado con el aprendizaje comunitario sobre la atención en salud ante la TB presuntiva, activa, resistente, asociada a VIH, etc., de algún miembro de la comunidad. Es allí donde se requiere alguien que catalice y articule los procesos de atención en salud entre la comunidad y las instituciones prestadoras de servicios, un agente de cambio social, que maneje los dos lenguajes, el técnico y el comunitario, que puede traducirlos y ser interprete, armonizando la comunicación necesaria

para que exista una atención en salud con resultados positivos para las personas más necesitadas.

La gestión diferencial de poblaciones vulnerables, requiere intervenciones pedagógicas constantes en los actores del sistema de salud y sus proveedores de servicios, para entender y aplicar el enfoque diferencial, entendiendo los determinantes sociales en salud de sus usuarios; siendo este un entorno caracterizado por sobrecarga laboral, un ACS-TB puede señalar dentro de la multitud, la prioridad en la atención al de mayor vulnerabilidad y riesgo. La pedagogía en la comunidad debe apuntar a que los pacientes, familiares e individuos en su red de apoyo, tengan la confianza para mantener la adherencia al tratamiento y su compromiso con la salud, pero la confianza es frágil, especialmente en escenarios donde existe inequidad y exclusión social, es por esto que debe haber credibilidad, la cual hemos evidenciado, logra un ACS-TB cuando la comunidad lo ha observado trabajando entre ellos, comunicándose sensible y eficazmente, cumpliendo y siendo coherente con lo que dice.

El trabajo con ACS-TB trasciende el número de sintomáticos respiratorios captados, el cual, ha sido el indicador trazador para medir el desempeño del promotor, técnico de salud pública, caminantes, gestor y demás trabajadores de la comunidad con funciones transversales en salud pública que tienen la TB como una más de sus múltiples responsabilidades en el terreno. Como se aprecia en este documento, el ACS-TB

acompaña integralmente el proceso: apoya la detección de pacientes; aumenta el éxito de tratamiento; y mejora la educación sobre la enfermedad en pacientes, familiares y comunidad, rompiendo mitos que causan estigma y discriminación sobre los afectados y convivientes.

Basados en la experiencia de los ACS-TB como enlaces entre la comunidad y los servicios de salud, consideramos que la figura del agente permite integrar las acciones de lucha contra la TB en otras esferas como la atención del VIH. En este sentido, el enfoque ENGAGE TB: Manual de Aplicación (OMS, 2014b) incluye dentro de su propuesta, la forma en que las actividades comunitarias de lucha contra la TB se pueden integrar dentro de la Salud Materna, Neonatal e Infantil (SMNI), los sistemas de agua y saneamiento, la agricultura, la generación de ingresos y la educación. (Ver anexo 1).

Los conocimientos, entrenamiento y experiencia debe ser específica para tuberculosis, el ACS-TB tiene un día a día lleno de actividades, solo con una docena de pacientes a seguir, la inclusión de otras actividades no relacionadas con enfermedades respiratorias y VIH, puede hacer que le quite el potencial de buenos resultados en el terreno, sin que eso quiera decir que no se articule con otros programas de salud pública como: control de crecimiento y desarrollo, prevención del embarazo en adolescente entre otros.

## Recomendaciones

La financiación para la contratación de ACS-TB puede provenir de fuentes gubernamentales como no gubernamentales. En Colombia, por ejemplo el PNCT cuenta con recursos de destinación específica para TB que permiten contratar directamente ACS-TB dentro de los programas locales, si estos logran certificar una formación técnica. Se recomienda no restringir la posibilidad de contratación de líderes comunitarios sin educación formal, como agentes, puesto que si se identifica una persona con liderazgo, reconocimiento de la comunidad, compromiso con los objetivos y deseo de aprender; la experiencia nos ha mostrado que su contratación tiene gran potencial hacia muy buenos resultados y sostenibilidad, y que las falencias en conocimientos por falta de educación formal, pueden sortearse con entrenamiento y direccionamiento calificado. (Ver Anexo 2).

A través de convenios interadministrativos con ONG, fundaciones, u otras instituciones no gubernamentales, se viabiliza la incorporación de personal comunitario de apoyo a la lucha contra la TB, que cuente con las cualidades óptimas para el desarrollo de acciones en determinadas zonas de difícil acceso por condiciones geográficas, de seguridad, etc. Las ONG y la OSC a través de su personería jurídica, el conocimiento de los contextos sociales y la operatividad en poblaciones vulnerables, pueden seleccionar e incorporar fácilmente recurso humano

idóneo para trabajar en estos entornos, de forma tal que líderes comunitarios sin educación formal puedan hacer parte del proceso de forma remunerada, y características como el reconocimiento social al interior de grupos de riesgo para TB, la gestión para el cambio, y la educación comunitaria, sean criterios de inclusión en los términos de referencia, donde no debe existir ninguna discriminación en cuanto a edad, género, etnia, antecedentes o discapacidad física, entre otros.

Los expacientes que quieran y puedan, deben considerarse como una población clave a vincular en procesos comunitarios para apoyar los PCT. Estos son sensibles a la problemática y generan rápidamente y de forma muy eficiente técnicas de abordaje de pacientes no adherentes, que responden diferente, al sentir su solidaridad y comprensión ante la propia experiencia de vida del ACS-TB. Estos expacientes a pesar de tener conocimientos de tuberculosis, deben ser entrenados para ser técnicos y poder interlocutar con los servicios de salud.

En el sistema de salud colombiano, la gestión del riesgo en salud de los ciudadanos está a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), quienes deberían contemplar la figura del ACS-TB como una excelente estrategia para reducir el riesgo de diseminación de la enfermedad o el contagio entre sus afiliados del mismo núcleo familiar, abordando oportunamente el entorno de convivientes de sus pacientes; y tratando oportuna y eficazmente no solo los casos de TB activa, sino también, los casos de TB latente que pueda identificar

en personas vulnerables (niños, PVVS y otras poblaciones en que se indica la Terapia Preventiva con Isoniacida - TPI). Las redes de prestación de servicios que usualmente contratan, cuentan con diversas limitantes para el abordaje de las poblaciones vulnerables, y viceversa, estas poblaciones tienen barreras de diferente índole para acceder a los servicios de salud.

Las instituciones del SGSSS en los departamentos, distritos y municipios que recibieron el apoyo a través de la estrategia, cuentan actualmente con un importante capital social a través del trabajo que se desarrolló con el proyecto, y deberían potenciar las redes comunitarias constituidas en donde se cuenta con muchos líderes empoderados que desean trabajar por y con el programa de TB.

Finalmente se recomienda a cualquier institución gubernamental y no gubernamental que desee vincularse en el trabajo de lucha contra la TB, que contemple la estrategia de ACS-TB como una opción de intervención por bajos costos y buenos resultados a corto y mediano plazo; y se considera que en el largo plazo puede y debe adaptarse para dar respuesta a nuevas necesidades, que ayuden en el abordaje de otros procesos en salud con base comunitaria (Ver anexo 3).

# Referencias

- ▶ACF-CE. (2015). *100 Ejemplos de resiliencia*. Disponible en <https://www.accion-contraelhambre.org/sites/default/files/documents/100resiliencias.pdf>
- ▶Congreso de Colombia. (9 de enero de 2007). *Ley 1122 de 2007*. Disponible en [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1122\\_2007.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1122_2007.html)
- ▶Congreso de Colombia. (27 de diciembre de 2002). *Ley 789 de 2002*. Disponible en [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_0789\\_2002.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0789_2002.html)
- ▶Congreso de Colombia. (19 de enero de 2011). *Ley 1438 de 2011*. Disponible en [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1438\\_2011.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1438_2011.html)
- ▶Girón Vargas, S. L. & Mateus Solarte, J. C. (2013). *Costo-efectividad de dos formas de entrega del tratamiento directamente observado en un área demostrativa de la estrategia DOTS en Colombia*. Disponible en [http://www.fundacionfes.org/attachments/308\\_Informe%20Tecnico%20Final%20DOTS%20Version%20web.pdf](http://www.fundacionfes.org/attachments/308_Informe%20Tecnico%20Final%20DOTS%20Version%20web.pdf)
- ▶INS. (2014). *Informe final del evento tuberculosis, Colombia, 2015*. Disponible en <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Tuberculosis%202015.pdf>
- ▶López Gómez, D. (2009). *El pacífico colombiano: problemática regional e integración del Gobierno Nacional en los últimos veinte años 1987-2007*. Bogotá: Universidad del Rosario. Disponible en [http://www.urosario.edu.co/cpg-ri/Investigacion-CEPI/documentos/papers/Documento\\_33/](http://www.urosario.edu.co/cpg-ri/Investigacion-CEPI/documentos/papers/Documento_33/)
- ▶Maher, D., Van Gorkom, J.L., Gondrie, P.C., & Raviglione, M. (1999). Community contribution to tuberculosis care in countries with high tuberculosis prevalence: past, present and future. *Int J Tuberc Lung Dis*. 3(9); 762-768.
- ▶Ministerio de Salud. (25 de febrero de 2000) *Resolución 412 de 2000*. Disponible en <http://www.convergenciagnoa.org/images/Documentospdf/legislacion/Resolucion%20412.pdf>
- ▶Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010 - 2015. Vivamos sin tuberculosis*. Bogotá: Minprotección social. INS. OPS. Disponible en [http://www.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361](http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=431:plan-estrategico-colombia-libre-de-tuberculosis-2010-2015&Itemid=361)
- ▶Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de situación salud según regiones Colombia*. Disponible en <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/An%C3%A1lisis%20de%20situaci%C3%B3n%20de%20salud%20por%20regiones.pdf>

- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. (28 de mayo de 2013). Resolución 518. *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021*. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf)
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de febrero de 2015) *Resolución 518 de 2015*. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200518%20de%202015.pdf)
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. (25 de julio de 2016). *Resolución 3202 de 2016*. Disponible en <http://gpc.minsalud.gov.co/recursos/SitePages/resolucion-3202-de-2016.pdf>
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de febrero de 2016). *Resolución 429 de 2016*. Disponible en [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf)
- ▶ Nieto, E., López, L., del Corral, H., Marín, D., Lopera, L.D., Benjumea, D., Montes, F., Molina, G. & Arbeláez, M. P.. (2012). Costo-efectividad de un tratamiento antituberculoso alternativo: seguimiento a convivientes residenciales de los pacientes. *Rev Panam Salud Publica*, 32(3);178-84.
- ▶ OIM. (2012). *Perfil Migratorio*. Disponible en <https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/pbn/docs/Perfil-Migratorio-de-Colombia-2012.pdf>
- ▶ OMS. (2002). *Contribución de la comunidad a la atención de la tuberculosis: una perspectiva latinoamericana*. Biella, Italia: Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67593/1/WHO\\_CDS\\_TB\\_2002.304\(S\).pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67593/1/WHO_CDS_TB_2002.304(S).pdf)
- ▶ OMS. (2003). *Diez años después de declarar la tuberculosis emergencia mundial, la OMS señala que 10 millones de afectados por la enfermedad han sido tratados satisfactoriamente con DOTS*. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr25/es/>
- ▶ OMS. (2005). *La carga mundial de tuberculosis*. Disponible en [http://www.who.int/tb/publications/tb\\_global\\_facts\\_sep05\\_sp.pdf](http://www.who.int/tb/publications/tb_global_facts_sep05_sp.pdf)
- ▶ OMS. (2009) *Personas curadas de la tuberculosis ayudan a tratar esta enfermedad en Tanzania*. Disponible en [http://www.who.int/features/2009/tb\\_tanzania/es/](http://www.who.int/features/2009/tb_tanzania/es/)
- ▶ OMS. (2014a). *67ª Asamblea Mundial de la Salud. Resoluciones y Decisiones*. Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-sp.pdf)
- ▶ OMS. (2014b). *Engage TB: Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC*. Disponible en <http://www.who.int/tb/areas-of-work/community-engagement/faqs/es/>

- ▶OMS. (2016a). *Informe*. Disponible en [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/en/](http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/)
- ▶OMS. (2016b). *Informe mundial sobre la tuberculosis 2015*. Disponible en [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr2015\\_execsummary\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_execsummary_es.pdf?ua=1)
- ▶OMS. (2016c) *Tuberculosis*. Disponible en <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>
- ▶OMS. (2017a). *Estrategia fin a la TB de la OMS*. Disponible en <http://www.who.int/tb/strategy/es/>
- ▶OMS. (2017b). *Proseguir la expansión y mejora de un DOTS de calidad*. Disponible en <http://www.who.int/tb/dots/es/>
- ▶OPS. (2008). *Guía para el control de la tuberculosis en población privada de libertad de América Latina y el Caribe*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <http://www1.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-prisiones-guia-ctl.pdf>
- ▶Prado, T.N., Wada, N., Guidoni, L.M., Golub, J.E., Dietze, R., & Maciel, E.L.N. (2011). Cost-effectiveness of community health worker versus home-based guardians for directly observed treatment of tuberculosis in Vitória, Espírito Santo State, Brazil. *Cad Saude Publica*, 27(5);944-52.
- ▶Stop TB Partnership. (2006). *Actuar para salvar vidas. Hacia un mundo sin tuberculosis*. Ginebra: Suiza. Disponible en [http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/gpii\\_spversion%20finale.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/gpii_spversion%20finale.pdf)
- ▶The Global Fund. (2010). *Formulario de propuesta de la Décima Convocatoria del Fondo Mundial - Colombia 2010*.
- ▶Vargas, E., Flórez, C. E., & Mendoza, L. M. (2011). *Trata de personas en Colombia: una aproximación a la magnitud y comprensión del problema*. Bogotá: Ministerio del Interior. Universidad de los Andes. Unión Europea. OIM. MDGIF. Disponible en [http://www.mdgfund.org/sites/default/files/GEN\\_ESTUDIO\\_Colombia\\_Trata%20de%20personas%20en%20Colombia.pdf](http://www.mdgfund.org/sites/default/files/GEN_ESTUDIO_Colombia_Trata%20de%20personas%20en%20Colombia.pdf)
- ▶WHO. (2017). World TB day 2017. *Unite to end TB. Leave no one behind*. Disponible en: ([http://www.who.int/tb/people\\_and\\_communities/engage\\_tb\\_im/es/](http://www.who.int/tb/people_and_communities/engage_tb_im/es/)).
- ▶OMS. (2014). *Engage-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones de la sociedad civil. Manual de aplicación*. Disponible en [http://www.who.int/tb/people\\_and\\_communities/engage\\_tb\\_im/es/](http://www.who.int/tb/people_and_communities/engage_tb_im/es/)



# Anexos

## Anexo 1

# Evidencia y Otras Alternativas para el trabajo con ACS-TB en Intervenciones Comunitarias

**A**lgunos estudios que han revisado la evidencia existente sobre la costo-efectividad de los Agentes Comunitarios en Salud, denominados en la literatura mundial como Trabajadores de Salud Comunitarios - TSC, o CHW por sus siglas en inglés (Community Health Workers), sugieren que, en comparación con los servicios de salud estándar, cuando se utilizan los TSC en programas de salud se pueden lograr intervenciones más costo-efectivas en países de ingresos bajos y medios, particularmente para enfermedades como la tuberculosis, y con una evidencia más débil

en otras áreas como la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil y la malaria (Vaughan, Kok, Witter & Dieleman 2015).

Las Intervenciones Basadas en la Comunidad - IBC (CBI, por sus siglas en inglés) se están realizando y analizando en todo el mundo, una evaluación sistemática de 41 estudios publicados, sugiere que algunas IBC para la prevención de la tuberculosis y diagnóstico de casos, mostraron un aumento significativo en las tasas de detección de tuberculosis (Arshad, Salam, Lassi, Das, Naqvi, & Bhutta, 2014).

## Agentes Comunitarios para TB y otras intervenciones comunitarias en el control de enfermedades transmisibles

En Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social, y el grupo de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos han identificado y reconocido la relevancia de las acciones comunitarias y el papel crucial del Agente Comunitario en Salud para el desarrollo de intervenciones que apoyen el abordaje de acciones colaborativas TB/VIH al interior de las comunidades y las poblaciones claves

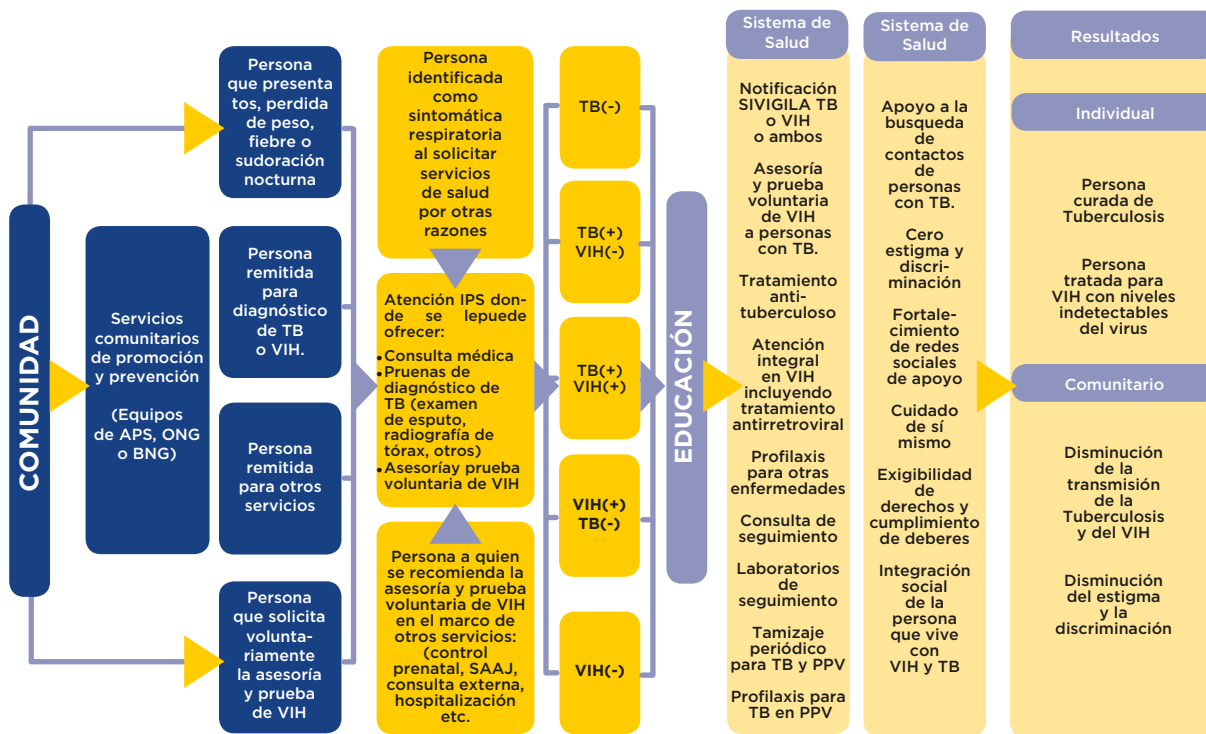
para ambas enfermedades. Así, en el 2015 el MSPS, con apoyo de la OIM y otras instituciones, elaboran una “caja de herramientas” para abordar y dar elementos para la lucha contra la TB, el VIH y la coinfección TB/VIH en el ámbito comunitario en donde se pueden encontrar herramientas claves como: el carnet del paciente coinfectado, volantes informativos, instrumentos de registro para

ACS y voluntarios, y el manual para el ACS - Juntos por una vida libre de tuberculosis y VIH; este último documento "...busca precisamente orientar y desarrollar habilidades en todos aquellos que trabajan con y desde la comunidad en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y detección temprana de las personas con tuberculosis o VIH y se constituye en una herramienta

práctica de prevención de los diferentes problemas de salud que pueden presentarse en el contexto comunitario." (p. 4)

En este documento, además, se describe como la comunidad y actores como el AC cuentan con un rol dentro de la ruta de atención para personas con TB, el VIH y la coinfección TB/VIH.

**Figura 13.** Rol de la comunidad en la ruta de atención de personas con TB y VIH



**Fuente:** Manual del Agente Comunitario (p.51) - Juntos por una vida libre de tuberculosis y VIH.

## Coordinación interprogramática entre TB y VIH, salud materna neonatal e infantil y enfermos crónicos

El enfoque ENGAGE TB: Manual de Aplicación (OMS, 2014) incluye dentro de su propuesta, la forma en que las actividades comunitarias de lucha contra la TB se pueden integrar en algunas esferas como la atención del VIH, la Salud Materna Neonatal e Infantil (SMNI), los sistemas de agua y saneamiento, la agricultura, la generación de ingresos y la educación; lo cual es un gran avance tanto para los programas de TB como para la intersectorialidad, con el fin de hacer frente a

diversos determinantes sociales en salud que favorecen la aparición de muchas enfermedades. Para fines prácticos en este documento consideramos tomar las esferas de VIH, SMNI, e introducirle una esfera adicional: las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT); y frente a las cuales describiremos algunas acciones que puede realizar o apoyar la figura del ACS-TB de la mano de las instituciones que la implementen y los sectores aliados.

**Tabla 16.** Papel del ACS en VIH, SMNI y ECNT

	VIH	SMNI	ECNT
<b>Prevención de la TB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sensibilización sobre la TB en entornos de atención del VIH.</li> <li>▶ Sensibilización sobre la coinfección TB/VIH y reducción de la estigmatización en el nivel comunitario.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sensibilización sobre la TB, control de la infección. (Incluida una buena higiene de la tos), reducción de la estigmatización, IEC y CCC.</li> <li>▶ Apoyo a la elaboración de guías de tareas y material de IEC sobre prevención de la TB para su uso por voluntarios y parteras.</li> <li>▶ Mejora de la cobertura de vacunación, en particular la administración de la vacuna BCG a lactantes.</li> <li>▶ Organización de campañas de BCC e iniciativas de reducción de la estigmatización específicas que tengan por objeto facilitar información a las mujeres y sus familias y disipar los falsos mitos en relación con la TB y el VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sensibilización sobre la TB en entornos de atención de las ECNT como diabetes, hipertensión, e incluso en los servicios donde hay manejo de personas que son candidatos a trasplantes o que ya han recibido trasplantes.</li> <li>▶ Sensibilización sobre el control de la infección. (Incluida una buena higiene de la tos), reducción de la estigmatización, IEC y CCC.</li> <li>▶ Promover acciones como el adecuado control de la diabetes desde los servicios de salud, y otras acciones que garanticen una mejor calidad de vida a los enfermos crónicos y una disminución en los riesgos para pasar de TB latente a TB activa.</li> </ul>

	VIH	SMNI	ECNT
<b>Detección, derivación y vigilancia de casos de TB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tamizaje</li> <li>▶ Recolección y transporte de muestras de esputo.</li> <li>▶ Localización de Contactos.</li> <li>▶ Canalización de los pacientes hacia su IPS básica o centro de referencia de la EAPB para evaluación y diagnóstico de la TB.</li> <li>▶ Sensibilización a los Prestadores de servicios de salud para facilitar el aporte de la comunidad en cuestión de referencia y contrareferencia de SR.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tamizaje en las mujeres, y sus parejas e hijos, para identificar casos sospechosos y remitirlos al centro de salud, con fines de diagnóstico y tratamiento de la TB y el VIH.</li> <li>▶ Educación sobre la importancia de las pruebas de la TB y la vinculación con las pruebas y el asesoramiento en relación con el VIH para todas las madres y familiares que puedan sacar provecho de ello.</li> <li>▶ Localización de contactos y transporte de muestras de esputo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Tamizaje.</li> <li>▶ Recolección y transporte de muestras de esputo.</li> <li>▶ Localización de contactos.</li> <li>▶ Canalización de los pacientes hacia su IPS básica o centro de referencia de la EAPB para evaluación y diagnóstico de la TB.</li> <li>▶ Sensibilización a los Prestadores de servicios de salud para facilitar el aporte de la comunidad en cuestión de referencia y contrareferencia de SR.</li> </ul>
<b>Apoyo al cumplimiento terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asesoramiento y apoyo para mejorar el cumplimiento de la Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ DOT domiciliario para la TB y asesoramiento para la mejora del cumplimiento terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asesoramiento y apoyo para mejorar el cumplimiento de la Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI), en los casos que tengan dicha indicación DOT domiciliario para la TB y asesoramiento para la mejora del cumplimiento terapéutico.</li> </ul>

	VIH	SMNI	ECNT
<b>Apoyo al cumplimiento terapéutico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Apoya servicios domiciliarios de atención de la TB y el VIH, incluidas medidas de reducción de la estigmatización dentro de la familia y la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ DOT domiciliario para la TB y asesoramiento para la mejora del cumplimiento terapéutico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Asesoramiento y apoyo para mejorar el cumplimiento de la Terapia Preventiva con Isoniacida (TPI), en los casos que tengan dicha indicación DOT domiciliario para la TB y asesoramiento para la mejora del cumplimiento terapéutico</li> </ul>
<b>Apoyo social y a la mejora de los medios de subsistencia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Apoyo nutricional y suplementación con nutrientes</li> <li>▶ Fomenta la generación de ingresos y formación Profesional entre pacientes y convivientes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Direccionamiento y apoyo para que las embarazadas y madres accedan a los beneficios de protección social que se brindan a nivel local</li> <li>▶ Medidas para que los demás miembros del hogar contribuyan a crear un entorno domiciliario apropiado para el tratamiento de la TB y otras afecciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Direccionamiento y apoyo para que los enfermos crónicos accedan a los beneficios de protección social que se brindan a nivel local</li> <li>▶ Apoyo nutricional y suplementación dietaria indicada en cada caso</li> </ul>
<b>Reducción de la estigmatización de la TB</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Aumento de la concienciación pública sobre la estigmatización asociada a la TB y el VIH.</li> <li>▶ Apoya la adopción de medidas contra la discriminación.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sensibilización de la comunidad sobre la estigmatización de la que son objeto las embarazadas, las madres y los niños pequeños con TB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Sensibilización de la comunidad sobre la estigmatización de la que son objeto los/las personas afectadas por eventos crónicos no transmisibles y TB</li> </ul>

**Fuente:** adaptado de la presentación “Capacitación para el Enfoque ENGAGE-TB Integración de las actividades comunitarias de lucha contra la TB en el trabajo de las ONG y otras OSC” ([www.portal.pmnch.org/tb/people\\_and\\_communities/EngageTB\\_TM\\_slides\\_es.pdf](http://www.portal.pmnch.org/tb/people_and_communities/EngageTB_TM_slides_es.pdf)).

## Coordinación para la protección social en barrios con población vulnerable

Frente a ciertos aspectos de la protección social, el enfoque ENGAGE TB: Manual de Aplicación (OMS, 2014) propone algunas acciones y actividades (algunas palabras o expresiones se cambiaron por los conceptos equivalentes dentro del SGSSS en Colombia):

- 1.** Vincular a las embarazadas y madres con los mecanismos de apoyo locales:
  - ▶ Asegurar que puedan acceder, según sea necesario, a mecanismos de transferencia de dinero, planes de seguro, servicios de apoyo nutricional, programas de préstamos y ahorros voluntarios y proyectos de generación de ingresos.
- 2.** Lograr que otros familiares contribuyan a crear un entorno domiciliario apropiado para el tratamiento de la TB y de otras posibles afecciones.
  - ▶ Asegurar la disponibilidad de medios de apoyo psicológico y físico tanto en el hogar como en los centros de apoyo entre pares para las madres y sus hijos.
  - ▶ Para este tipo de actividades, los ASC pueden poner en contacto a los usuarios con las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) locales/Organizaciones de Sociedad Civil (OSC).
- 3.** Apoyo nutricional y suplementación con nutrientes
  - ▶ Asegurar que los pacientes que reciben tratamiento tengan acceso a una alimentación adecuada y equilibrada que les ayude a recuperarse de la TB y las infecciones oportunistas asociadas al VIH, en particular durante las primeras etapas del tratamiento antituberculoso o antirretroviral. Téngase en cuenta que se trata de una necesidad médica específica, al margen de cualquier cuestión de acceso a los alimentos a largo plazo.
- 4.** Generación de ingresos y formación profesional
  - ▶ Si la organización está llevando a cabo actividades de generación de ingresos y formación profesional, etc., incluir específicamente a personas con VIH y TB, o afectadas por estas infecciones o en riesgo de contraerlas.
- 5.** Proporcionar redes de seguridad social para apoyar a las personas afectadas por la TB, sobre todo durante la fase de recuperación del tratamiento.
  - ▶ Considerar la conveniencia de introducir programas de alimentación complementaria y suplementación con nutrientes, así como programas de transferencias de efectivo condicionadas y/o no condicionadas.
  - ▶ Concebir planes de seguros comunitarios y facilitar a los dispensadores de atención la capacitación necesaria para ayudar a las personas a acceder a los mercados inclusivos, los programas de préstamos y ahorros voluntarios y a las actividades generadoras de ingresos.

- ▶ Vincular a las organizaciones con capacidad limitada a otras organizaciones que llevan a cabo iniciativas sociales, de apoyo nutricional y de mejora de los medios de subsistencia.
- 6.** Integrar el control de la TB en los programas de mejora de las habilidades para la vida diaria y fomento de la confianza, dentro de las iniciativas de aprendizaje agrícola.
- ▶ Facilitar a los grupos de productores y cuidadores de entornos extremadamente pobres capacitación sobre cribado, nutrición, producción y consumo de alimentos nutritivos y generación de ingresos, con miras a brindar apoyo a las familias afectadas.
  - ▶ Crear/establecer grupos de ahorro para apoyar a los cuidadores y hogares de entornos extremadamente pobres.
  - ▶ Establecer programas de mejora de los medios de subsistencia y mecanismos de
- transferencia de dinero para los hogares afectados.
- ▶ Facilitar a determinados miembros de la comunidad capacitación sobre apoyo al cumplimiento terapéutico.
- 7.** Proporcionar apoyo adicional a los pacientes con TB dentro de los programas de mejora de los medios de subsistencia, por ejemplo a través de:
- ▶ Estipendios especiales de ayuda a la generación de ingresos durante el periodo de tratamiento antituberculoso;
  - ▶ Apoyo nutricional especial para respaldar la recuperación del paciente; y
  - ▶ Movilización de una atención adicional por parte de los comités de aldea, por ejemplo en forma de promoción de la atención infantil.

## Referencias

- ▶ Arshad, A., Salam, R. A., Lassi, Z. S., Das, J. K., Naqvi, I., & Bhutta, Z. A. (2014). Community based interventions for the prevention and control of tuberculosis. *Infectious diseases of poverty*, 3(1), 27.
  - ▶ OMS. (2014). *Engage-TB: integración de las actividades comunitarias de lucha contra la tuberculosis en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales y otras organiza-*
- ciones de la sociedad civil. Manual de aplicación.* Disponible en [http://www.who.int/tb/people\\_and\\_communities/engage\\_tb\\_im/es/](http://www.who.int/tb/people_and_communities/engage_tb_im/es/)
- ▶ Vaughan, K., Kok, M. C., Witter, S., & Dieleman, M. (2015). Costs and cost-effectiveness of community health workers: evidence from a literature review. *Human resources for health*, 13(1), 71.



## Anexo 2

# Capacitación Dirigida a la Formación de Agentes Comunitarios en Salud para Tuberculosis ACS-TB

## Propuesta de Capacitación en 3 Fases

1. **Fase previa - preparación**
2. **Fase operativa - desarrollo de la capacitación**
3. **Fase posterior a la capacitación - monitoreo y evaluación**

### 1. Preparación

Para pensar en una contribución específica desde la comunidad hacia los programas de control de tuberculosis, es necesario pensar en los indicadores que el programa maneja y los desafíos operativos que presenta en su ejecución diaria.

Por esto, es necesario plantear que un proceso de capacitación para Agentes Comunitarios en Salud para Tuberculosis ACS-TB, debe estar ligado a un análisis previo de la situación del programa local de TB. El programa local permite que se conozcan cuáles son las dificultades reales allí: no hay o es deficiente la captación y evaluación de sintomáticos respiratorios, existen problemas de adherencia de los pacientes, el sistema

de información y registro es deficiente en algunas localidades, la educación sobre la tuberculosis es nula o escasa, entre muchas otras situaciones.

El análisis del programa, debe ir acompañado con una claridad geográfica de dónde se realizará la intervención con ACS-TB, ya que no todos los barrios, veredas, comunas y/o localidades lo requieren o es prioritario para ellos; ni tampoco todos los pacientes requieren un acompañamiento de un agente para culminar exitosamente su tratamiento.

Una vez definida el/las área(s) geográfica(s) donde se desea implementar la estrategia, se requiere la identificación de instituciones, organizaciones, líderes, asociaciones y en general, de los actores sociales presentes allí, y realizar un mapeo de estos teniendo claro su rol y funciones dentro de la zona y la sociedad en general (algunas empresas pueden estar en el área de intervención, sin embargo, sus productos o servicios no necesariamente tiene un impacto allí, por citar un ejemplo).

Una vez se tenga claridad en estos aspectos, es menos complejo pensar dónde se quiere enfocar el trabajo comunitario para el fortalecimiento del programa de TB con base en una estrategia con ACS-TB, ya que la estrategia de agentes ha mostrado que aporta grandes resultados, sí y solo sí, está muy bien definido su rol, sus actividades, tiempos, recursos, posibilidades de articulación sectorial e intersectorial, y a qué específicamente le apuntan todos ellos. Indudablemente es un error pretender la solución de muchas cosas a la vez o que el ACS cumpla con gran cantidad de funciones no solo en TB sino en muchas otras áreas de la salud pública.

### ¿Quiénes pueden ser capacitados?

Un primer paso para preparar el plan de capacitación es identificar quiénes la recibirán. La estrategia de ACS-TB y sus resultados ha sido ejecutada bajo un criterio de remuneración monetaria por concepto de honorarios para la figura del agente, exceptuando un ejercicio de voluntariado que se ha realizado con algunas PPL, en donde el agente no obtiene un salario, sino una rebaja en el tiempo de su reclusión a través de un beneficio aplicable en el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario - INPEC.

Los ACS-TB deben ser indispensablemente personas con capacidad de liderazgo, idealmente reconocido al interior de las comunidades; quienes si además tienen la condición de ser expacientes de TB, cuentan con gran capacidad de llegar a los enfermos por su condición de par. Si cuentan con estudios técnicos en salud, logran apoyar a pacientes o situaciones relacionadas con TB farmacorresistente y co-infección

TB/VIH. Cabe resaltar que se considera solo indispensable para el ACS-TB, ser un líder comunitario reconocido, con alta capacidad de ser solidario.

### ¿Quién debe facilitar la capacitación?

El o los facilitadores del proceso de capacitación deben contar con experiencia de trabajo no solo en programas de prevención y control de TB, sino que requieren de experiencia de trabajo con grupos de población y comunidades, especialmente con aquellas que sean similares o iguales en sus aspectos sociales, culturales, económicos, geográficos y políticos a las que se quiere intervenir.

## 2. Desarrollo del proceso de capacitación

Para el desarrollo apropiado del proceso de capacitación se deben tener en cuenta algunos factores, dentro de estos se recomienda:

- ▶ Selección del lugar(es) para el proceso de capacitación: los líderes escogidos deben sentirse a gusto, en muchas ocasiones los lugares sencillos, con entorno campesino o dentro de las mismas comunidades (áreas geográficas a intervenir) facilitan el proceso de capacitación. En ocasiones salones en hoteles, clubes o instituciones con instalaciones y personal muy sofisticados logran intimidar o cohibir a personas que ingresan en estos procesos de capacitación. Este aspecto logra influir incluso en los aspectos financieros y en la sostenibilidad de la estrategia, ya que si se realizan las reuniones de capacitación

y las de seguimiento en escenarios públicos o privados facilitados por las mismas instituciones u organizaciones que están dentro del área geográfica priorizada (u otra), los costos logísticos son menores.

- ▶ El grupo de facilitadores para la capacitación y el seguimiento de la estrategia, debe contar con alta capacidad para escuchar y modificar tiempos dentro del proceso, ya que las personas de la comunidad (así sean técnicos en salud) anhelan ser escuchados sobre su realidad diaria frente a la temática; para lo cual se deberá contar con la habilidad y experiencia para volver a direccionar discusiones e intervenciones que no sean objeto de la temática de la capacitación hacia ella.
- ▶ El grupo de facilitadores para la capacitación y el seguimiento de la estrategia no debe mostrar ansiedad, molestia, e inten-

tar imponer posiciones personales frente a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la TB, que se van evidenciando en el proceso, pero debe ser muy hábil para elaborar mensajes amables técnicamente correctos, que utilizará durante todo el proceso para romper con mitos elaborados culturalmente alrededor de la enfermedad.

El proceso de capacitación se plantea bajo el concepto de ser un dialogo bi-direccional, en donde los facilitadores cuentan con unos conceptos técnicos de los temas, pero las personas y líderes participantes cuentan con conocimientos, actitudes, prácticas y vivencias que requieren explorarse para poder conocer mejor el entorno socio-cultural en el cual se pretende introducir la estrategia para poder, entre todos los participantes, realizar una apropiada adaptación de la misma al contexto.

**Tabla 17.** Cronograma de actividades de la capacitación de ACS-TB

PRIMER DÍA		
Hora estimada	Actividad - Aspecto a tratar	Importancia
08:00 - 08:30	Inscripciones y evaluación de conocimientos previos sobre la TB	Registro - soporte - análisis posterior
08:30 - 09:00	Presentación participantes	Entrar en confianza
09:00 - 10:00	Aspectos básicos de la enfermedad: antecedentes históricos, agente causal, historia natural de la TB en el ser humano.	Conocer los aspectos esenciales del problema de TB

Hora estimada	Actividad – Aspecto a tratar	Importancia
<b>10:00 – 10:20</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>10:20 – 12:20</b>	Desmitificación de la TB – abordaje de conocimientos, actitudes y prácticas locales sobre la enfermedad	Comenzar a romper con los mitos sociales y culturales que rodean la TB
<b>12:30 – 14:00</b>	<b>Almuerzo</b>	
<b>14:00 – 16:00</b>	Aspectos básicos de la enfermedad: factores de riesgo, y mecanismos de transmisión	Conocer los aspectos esenciales del problema de TB
<b>16:00 – 16:30</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>16:30 – 17:30</b>	Desmitificación de la TB – abordaje de conocimientos, actitudes y prácticas locales sobre la enfermedad	Comenzar a romper con los mitos sociales y culturales que rodean la TB
<b>17:30 – 18:00</b>	Repaso de los aspectos y conceptos claves del día	Afirmar conceptos a través de la repetición

<b>SEGUNDO DÍA</b>		
Hora estimada	Actividad – Aspecto a tratar	Importancia
<b>08:00 – 10:00</b>	La TB y su asociación con otras condiciones del ser humano	Sensibilizar sobre grupos de riesgo para TB
<b>10:00 – 10:20</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>10:20 – 12:20</b>	Aspectos programáticos que el ACS-TB debe conocer	Inducción al programa de TB y a los aspectos de este que en su accionar apoyará
<b>12:30 – 14:00</b>	<b>Almuerzo</b>	
<b>14:00 – 15:00</b>	Actividad lúdica para representación de roles	Propone que los participantes representen algún (os)rol(es) desde los actores institucionales y comunitarios que regularmente tienen relación con la TB
<b>15:00 – 16:00</b>	Aspectos programáticos que el ACS-TB debe conocer	Inducción al programa de TB y a los aspectos de este que en su accionar apoyará

<b>Hora estimada</b>	<b>Actividad - Aspecto a tratar</b>	<b>Importancia</b>
<b>16:00 - 16:30</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>16:30 - 17:30</b>	Monitoreo y evaluación de las acciones comunitarias - sistema de información y registro	Acercamiento a los instrumentos e indicadores que debe utilizar, alimentar y por lo cuales debe trabajar
<b>17:30 - 18:00</b>	Repaso de los aspectos y conceptos claves del día	Afirmar conceptos a través de la repetición

<b>TERCER DÍA</b>		
<b>Hora estimada</b>	<b>Actividad - Aspecto a tratar</b>	<b>Importancia</b>
<b>08:00 - 10:00</b>	Monitoreo y evaluación de las acciones comunitarias - sistema de información y registro	Acercamiento a los instrumentos e indicadores que debe utilizar, alimentar y por lo cuales debe trabajar
<b>10:00 - 10:20</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>10:20 - 12:30</b>	Estigma y discriminación hacia los pacientes con TB - Rompiendo prejuicios	El ACS -TB debe ser actor clave en la red de apoyo a pacientes y familiares
<b>12:30 - 14:00</b>	<b>Almuerzo</b>	
<b>14:00 - 16:00</b>	El ACS-TB y su rol en la relación paciente, instituciones de salud y la comunidad	El rol integrador del ACS-TB para el éxito del PNC y la implementación apropiada de la estrategia "FIN DE LA TB"
<b>16:00 - 16:30</b>	<b>Refrigerio</b>	
<b>16:30 - 17:00</b>	El ACS-TB y su rol en la relación paciente, instituciones de salud y la comunidad	El rol integrador del ACS-TB para el éxito del PCT y la implementación apropiada de la estrategia "FIN DE LA TB"
<b>17:00 - 17:30</b>	Evaluación de conocimientos sobre la TB post-test	Conocer si se adquirieron nuevos conceptos y se modificaron algunos previamente adquiridos
<b>17:30 - 18:00</b>	Repaso de conceptos claves y plan de trabajo (previamente elaborado por quien coordinara la red de agentes para TB)	Recordar lo aprendido y saber que el ACS-TB hace parte de un proceso que solo inicia con esta capacitación

### 3. Continuidad del proceso, el monitoreo y la evaluación

Para el desarrollo apropiado de un proceso de capacitación se deben establecer espacios en donde continuamente (se sugiere al menos dos veces por semana en espacios de mínimo de 2 horas cada día) el ACS-TB reciba nuevamente repastos sobre los conceptos relacionados con la enfermedad que se trataron, el programa de TB y los pacientes, su familia y la comunidad. Estos espacios deben ser liderados por un profesional de la salud que tenga experiencia en el tema y que esté vinculado al proceso o sea la persona que coordine a los agentes entrenados (red de agentes). Si dicho profesional tiene formación en epidemiología y/o salud pública se ve potenciado el ejercicio de los agentes por su capacidad de conectarlo con la situación de salud del contexto local.

El monitoreo y evaluación de la estrategia debe ser continuo, igual que el acompañamiento de profesionales de la salud y otras áreas (profesionales de las ciencias sociales y humanas por ejemplo para temas de TB y salud mental) a las inquietudes, necesidades y apoyo requeridos por el ACS-TB dentro de su accionar con la comunidad. Debe existir

una revisión conjunta semanal del trabajo del agente con su coordinador, en donde se motive al agente, se evalúen sus logros y dificultades y se reorienten las acciones que sean necesarias para mejorar y potenciar su desempeño en las actividades asignadas.

El registro de las actividades de los ACS-TB deben ser acordadas con el PCT y las instituciones de prestación de servicios en el área de influencia, para poder medir el aporte de estos a las acciones e indicadores del programa. Por ningún motivo se debe trabajar sistemas de información paralelos al programa de TB establecidos por el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud y Protección Social, ya que se puede generar confusión, en vez de un aporte significativo a la mejora del programa. La evaluación del aporte del trabajo de ACS-TB al PCT debe ser evaluado mensualmente, para que se pueda observar si la estrategia está aplicándose correctamente y si está realmente generando un apoyo desde la comunidad hacia el PCT y si ayuda a avanzar hacia el “FIN DE LA TB”. ◀

## Anexo 3

# Perfil y Costos del Agente Comunitario en Salud para TB

En este documento sobre el pacífico colombiano y ocho grandes ciudades, se describe cómo se lograron los objetivos con una dedicación exclusiva de los ACS-TB para las acciones de TB. Esperamos que bajo los costos que se

describirán, otras instituciones u organizaciones que deseen replicar la experiencia puedan hacerse una idea de la inversión aproximada a realizar cuando se trabaja con Agentes Comunitarios en Salud para TB.

**Tabla 18.** Características relacionadas con Agentes Comunitarios en Salud

AGENTE COMUNITARIO EN SALUD PARA TB	
Educación mínima	Cuatro años de educación básica secundaria
Experiencia	Demostrar experiencia laboral de por lo menos 1 año, relacionada con ejecución de proyectos de salud municipal
Honorarios mensuales	Entre un salario mínimo legal vigente (SMLV) y un millón doscientos mil pesos mensuales salario integral (\$1.200.000)
Capacitación	El Programa de TB local o personal de salud con experticia en el tema de tuberculosis debe realizar capacitación, si es específico para TB o TB/VIH
Gastos de viaje / desplazamientos (recomendado)	Para esto se debe realizar un costeo de la movilidad que requeriría y si esta es solo en casco urbano o requiere desplazamiento a la zona rural. Para casco urbano (trabajo de terreno del ACS-TB en un solo municipio) se reconocieron ciento cincuenta y tres mil pesos mensuales (\$153.000) En zona rural puede variar significativamente dependiendo de los costos locales del transporte
Telefonía celular y paquete básico de datos (recomendado)	Se recomienda el apoyo a las acciones de los ACS-TB, con ayuda para comunicación y utilización de redes sociales, lo cual le permite ser más eficiente al contactarse con referentes técnicos en instituciones de salud, coordinación de PCT, coordinación de estrategia de ACT-TB y en los casos de supervisión de tratamiento con los pacientes y familiares; además, puede motivarlos a través de mensajes, videos, memes, audios e incluso puede eventualmente realizar ejercicios de Tratamiento Observado Virtualmente (VOT por sus siglas en inglés).
Inversión año	\$14.400.000 COP Aproximadamente

A estos aspectos se le deben adicionar tres características que son de gran relevancia, la primera es indispensable y las dos siguientes son valores agregados de suma importancia a la hora de seleccionar un Agente Comunitario en Salud para TB:

**1. Liderazgo Comunitario y sensibilidad frente a los problemas de la comunidad.**

El ACS-TB ayuda a movilizar a pacientes, familiares y comunidad en pro de la lucha contra la enfermedad, el estigma y la discriminación; brinda ventajas porque usa la variedad lingüística autóctona; la comunidad lo ve como un amigo y sirve de enlace entre comunidad y servicios de salud.

**2. Condición de ex-paciente de TB.** Le permite en muchos casos comprender y manejar apropiadamente la emocionalidad del paciente, además de tener una alta capacidad de ser solidario con él porque ha vivido la experiencia de la enfermedad y sus consecuencias.

**3. Formación técnica.** Auxiliar de Enfermería. Puede ser de gran ventaja en el apoyo a tratamientos que impliquen manejo de inyectables (TB- FR); puede apoyar en el tamizaje para realizar pruebas de VIH; y maneja el lenguaje técnico en salud.







International Organization for Migration (IOM)  
The UN Migration Agency