

**“EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE CONTROL Y  
PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE  
SALUD DE BOGOTÁ D.C. EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA  
TUBERCULOSIS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL  
HABITANTE DE CALLE EN EL HOGAR UNO DÍA NOCHE DURANTE  
2009 Y 2010”.**

**YOLANDA ROCIO BURBANO CHAPID**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**

**Programa de Posgrado en Administración de Salud**

**Maestría en Administración en Salud**

**Bogotá, DC., Octubre de 2012**

**“EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE CONTROL Y  
PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE  
SALUD DE BOGOTÁ D.C. EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA  
TUBERCULOSIS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL  
HABITANTE DE CALLE EN EL HOGAR UNO DÍA- NOCHE DURANTE  
2009 Y 2010”**

**YOLANDA ROCIO BURBANO CHAPID**

**Trabajo de Grado presentado como  
Requisito para optar al título de  
Maestría en Administración de Salud**

**Tutora:**

**Dra. María Margarita Ronderos**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS**

**Programa de Posgrado en Administración de Salud**

**Maestría en Administración en Salud**

**Bogotá, DC., Octubre 2012**

El trabajo de grado EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DEL PROGRAMA DE CONTROL Y PREVENCIÓN DE TUBERCULOSIS DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ D.C. EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS COMO PARTE DE LA ATENCIÓN INTEGRAL AL HABITANTE DE CALLE EN EL HOGAR UNO DÍA NOCHE DURANTE 2009 Y 2010, ha sido aprobado como requisito para optar el título de Maestría en Administración de Salud.

---

Tutora: Dra. María Margarita Ronderos

---

Director de los programas

Dr. Francisco Yepes Lujan

Bogotá, D.C. Octubre de 2012

## **Advertencia**

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus estudiantes en sus trabajos de tesis. Sólo velara porque no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque las tesis no contenga ataques o polémicas personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la verdad y la justicia”

**Artículo 23 de la Resolución 123 de 1945**

*A Dios por darme la fuerza y la compañía en este camino*

*A mi familia que me apoyo y fue mi alegría*

## **Agradecimientos**

La autora expresa su gratitud a las siguientes personas y entidades que colaboraron con la preparación y culminación del presente trabajo de grado.

A la doctora María Margarita Ronderos Torres, directora de la tesis, por su orientación y dedicación en el desarrollo de este trabajo

A los compañeros, docentes, dirección de la Maestría en Administración de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas de la Pontificia Universidad Javeriana, por su acompañamiento en la realización de este proceso

Al grupo de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud por su colaboración y apoyo en este trabajo

A la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, a la Coordinadora del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Trasmisibles, al Laboratorio de Salud pública Distrital y al coordinador del área de transmisibles del Hospital del Sur, por su colaboración para acceder a la información fuente de análisis de este estudio.

Al Hogar uno día noche, Área de Salud por su atenta colaboración y disposición para el desarrollo de este estudio.

A mi familia por su apoyo incondicional durante todo el proceso de este estudio

A todas las personas que de una u otra manera aportaron para la realización de este estudio.

## Resumen

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa producida por *Mycobacterium tuberculosis*, su presencia se relacionó en el pasado con alta mortalidad, sin embargo los adelantos en la terapéutica y la mejoría en las condiciones de vida hicieron que la enfermedad sea susceptible de control y que la muerte se pueda evitar. No obstante, las poblaciones en extrema pobreza como los habitantes de calle continúan siendo afectados por esta enfermedad en sus formas agresivas, además sus condiciones de vida hacen difícil el cumplimiento y efectividad del tratamiento. En Bogotá la población Habitante de calle se estimó en 8.385, según censo 2007, la Alcaldía adelanta desde 2009 un programa específico de control de tuberculosis dirigido a esta población. Por ello el presente estudio tuvo como objetivo: Evaluar las acciones del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de salud de Bogotá enmarcada en la Estrategia “Alto a la Tuberculosis” llevada a cabo en el *Hogar uno día noche* en la atención del Habitante de calle durante los años 2009 y 2010. Se realizó un: estudio de caso y evaluación con diseño descriptivo, retrospectivo de las acciones desarrolladas por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis según la Organización Mundial de la Salud bajo la Estrategia “Alto a la TB”, incluye: revisión documental, entrevistas semiestructuradas y análisis de indicadores. Los resultados mostraron que: el Programa estableció una relación coordinada entre el sector de integración social y el sector salud y demostró su capacidad de operar en forma continua, atendiendo el 32% del total de casos de tuberculosis ocurridos en la población Habitante de calle. La acción del Programa permitió obtener un éxito de tratamiento de 39%, afectado principalmente por el abandono de la terapéutica. En conclusión; el reconocimiento del derecho a la salud de los habitantes de calle determino que acciones intersectoriales favorecieran el acceso a los servicios de salud y facilitó acciones de educación, diagnóstico y seguimiento a los enfermos con TB.

**Palabras claves:** tuberculosis, Habitante de calle, Estrategia Alto a la TB, acción intersectorial.

## Tabla de contenido

RESUMEN.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	11
LISTA DE TABLAS .....	13
LISTA DE SIGLAS .....	16
INTRODUCCIÓN .....	17
CAPITULO 1. CONTEXTO DEL ESTUDIO .....	20
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	20
1.2. JUSTIFICACIÓN.....	21
1.3. PROPÓSITO.....	23
1.4. OBJETIVOS.....	24
1.4.1. Objetivo General.....	24
1.4.2. Objetivos Específicos .....	24
1.5. MARCO TEÓRICO .....	25
1.5.1. Estado de la Tuberculosis en el Mundo y en Colombia. ....	25
1.5.2. Estrategias Mundiales Implementadas en la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Marco de la Estrategia Alto a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud. ....	33
1.5.3. La Población Habitante de calle. ....	44
1.5.4. Habitante de calle como población vulnerable ante la tuberculosis. ....	53
1.5.5. Estado del Arte.....	57
CAPITULO 2. METODOLOGÍA .....	62
2.1. TIPO DE ESTUDIO.....	62
2.2.1. Revisión documental.....	62
2.2.2. Revisión de Bases de datos de la Secretaria Distrital de Salud del Programa Prevención y Control de Tuberculosis.....	63
2.2.3. Entrevistas semiestructuradas:.....	64
2.3. MÉTODOS EPIDEMIOLÓGICOS .....	65
2.3.1. Definición de casos de tuberculosis.....	65
2.3.2. Indicadores para la Evaluación. Los indicadores de resultado a comparar comprenden: indicadores de captación, curación y los indicadores complementarios que incluyen:.....	65
2.4. PLAN DE ANÁLISIS.....	66
CAPITULO 3. RESULTADOS, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN.....	70



3.1. EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS EN LA ATENCIÓN AL HABITANTE DE CALLE DE BOGOTÁ EN DESARROLLO DEL COMPONENTE UNO DE LA ESTRATEGIA ALTO A LA TUBERCULOSIS .....	70
3.1.1. La Política Pública en la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Habitante de calle en el Distrito de Bogotá. ....	70
3.1.2. La Intersectorialidad en la Prevención y Control de la Tuberculosis en los Habitantes de calle. ....	80
3.1.3. Punto dos del enfoque DOTS: Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada .....	89
3.1.4. Punto 3 del enfoque DOTS: Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente. ....	92
3.1.5 Punto 4 del enfoque DOTS: Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos. ....	96
3.1.6. Punto 5 del enfoque DOTS: Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.....	97
3.2.1. Derecho a la atención en salud del Habitante de calle en la ciudad de Bogotá. .	99
3.2.2. Atención del Habitante de calle en la red Hospitalaria Distrital.....	99
3.2.3. Atención en salud del Habitante de calle con TB en el Hogar uno día noche.	101
3.2.4. Elementos de proceso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la población Habitante de calle atendida en el Hogar uno día noche durante los .... años 2009 y 2010 .....	105
3.2.5. Componente 3 de la Estrategia Alto a la TB: Contribuir a fortalecer los sistemas de salud .....	110
3.3. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS INDICADORES DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DIRIGIDO A HABITANTES DE CALLE Y LOS DEL PROGRAMA DE CONTROL DE TUBERCULOSIS DIRIGIDO A POBLACIÓN DE BOGOTÁ.....	118
3.3.1. Situación de la Tuberculosis en las diferentes poblaciones según las condiciones socio-demográficas y de afiliación al sistema de salud, Bogotá año 2009 y 2010.....	120
3.3.2. Análisis comparativo de los indicadores de resultado del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis dirigido a Habitantes de calle y a la población general de Bogotá, 2009 y 2010 .....	143
3.3.3. La coinfección TB-VIH/SIDA, la tuberculosis multirresistente en la población Habitante de calle de Bogotá durante los años 2009 y 2010, en desarrollo del componente 2 de la Estrategia Alto a la Tuberculosis.....	162
3.4. EVALUAR EL IMPACTO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN A LOS HABITANTES DE CALLE DE BOGOTÁ A PARTIR DE LOS INDICADORES DE IMPACTO Y EL PROGRAMA INTEGRAL OFRECIDO POR HOGAR UNO DÍA NOCHE .....	179

3.4.1. Incidencia de tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá atendida en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010. ....	180
3.4.2. Mortalidad por tuberculosis en la población Habitante de calle atendida en el Hogar uno día noche de Bogotá durante los años 2009 y 2010.....	186
CAPITULO 4. DISCUSIÓN.....	190
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	199
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....	202
ANEXOS .....	216

## Lista de Figuras

Figura 1. Dinámica de la Atención en salud del Habitante de calle en el <i>Hogar uno día noche</i> de la ciudad de Bogotá.....	102
Figura 2. Distribución de Tuberculosis en Población Habitante de calle con y sin intervención y la población general de Bogotá durante 2009-2010.....	119
Figura 3. Grupos etareos afectados con tuberculosis en la población total de Bogotá .....	120
Figura 4. Distribución de las formas de tuberculosis en la población de Bogotá durante 2009 y 2010.....	121
Figura 5. Distribución de tuberculosis todas las formas en casos antes tratados en la población total de Bogotá durante 2009 y 2010.....	123
Figura 6. Formas de tuberculosis en casos nuevos y antes tratados en la población general de Bogotá 2009-2010 .....	125
Figura 7. Distribución de tuberculosis extrapulmonar según localizaciones afectadas en población general de Bogotá.....	128
Figura 8. Afiliación al Régimen de salud de los casos de Tuberculosis extrapulmonar en la Población general de Bogotá 2009-2010 .....	129
Figura 9. Distribución por sexo de tuberculosis meníngea en la población general Bogotá en el año 2010 .....	130
Figura 11. Distribución por sexo de la población Habitante de calle de Bogotá desde 1997 a 2007.....	131
Figura 12. Grupos etareos de la población Habitante de calle de Bogotá más afectados con tuberculosis todas las formas 2009-2010 .....	132
Figura 13. Distribución de las formas de tuberculosis en la población habitante de calle de Bogotá con intervención 2009-2010 .....	133
Figura 14. Distribución de la afiliación al sistema de salud de los habitantes de calle de Bogotá enfermos con tuberculosis .....	133
Figura 10. Distribución por sexo de tuberculosis TF en la población Habitante de calle de Bogotá con intervención 2009-2010 .....	134

Figura 15. Distribución por sexo de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención afectados por tuberculosis 2009-2010.....	137
Figura 16. Grupos etareos afectados con tuberculosis todas las formas en la población Habitante de calle con y sin intervención en el año 2009.....	138
Figura 17. Diagnóstico por baciloscopia según el número de cruces en población habitante la calle de Bogotá con y sin intervención 2009-2010.....	152
Figura 18. Porcentaje del éxito del tratamiento antituberculoso en la población general de Bogotá y habitantes de calle con y sin intervención 2009-2010.....	153
Figura 19. Egreso de pacientes del Programa de prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población general de Bogotá 2009-2010. ...	155
Figura 20. Indicadores complementarios del tratamiento antituberculoso en la población general de Bogotá 2009-2010. ....	156
Figura 21. Egreso de pacientes del Programa de Prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población en habitantes de calle de Bogotá con intervención 2009-2010.....	158
Figura 22. Egreso de pacientes del Programa de prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población en habitantes de calle de Bogotá sin intervención 2009-2010.....	160
Figura 23. Coinfección TB-TF/VIH-SIDA y fallecimiento en población Habitante de la calle sin intervención 2009-2010. ....	166
Figura 24. Coinfección TB-TF/VIH-SIDA y fallecimiento en población Habitante de la calle de Bogotá con intervención 2009-2010.....	170
Figura 25. Tasa de incidencia x 100.000 habitantes en la población de Bogotá y Habitantes de la calle de Bogotá con intervención.....	180
Figura 26. Tasa de mortalidad x 100.000 habitantes causada por tuberculosis en la población de Colombia y Bogotá.....	187

## Lista de Tablas

Tabla 1. Estrategia Alto a la Tuberculosis .....	35
Tabla 2. Funciones específica del escenario dos del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015.....	43
Tabla 3 Número de habitantes de calle de Bogotá según los censos realizados 1997-2007	49
Tabla 4 Normativa del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud .....	51
Tabla 5 Normatividad emitida por el Distrito de Bogotá para el Habitante de calle .....	52
Tabla 6 Entidades que conformaron el DABS.....	75
Tabla 7 Acciones de intersectorialidad entre la SDIS y la SDS de Bogotá. ....	82
Tabla 8 Actividades de bacteriología de TB realizadas por la Red de laboratorios de Bogotá durante 2009.....	90
Tabla 9 Resultados de la EEDI de la BK 2009 y 2010 del CAMI Trinidad Galán .....	91
Tabla 10 Indicadores de seguimiento del tratamiento antituberculoso en habitantes de calle de Bogotá atendidos en el Hogar uno día noche. ....	95
Tabla 11 Atención del Habitante de calle en la red hospitalaria Distrital y el Hogar uno día noche, caos diagnosticados con tuberculosis .....	107
Tabla 12 Conformación del Talento Humano de la SDIS y la SDS de Bogotá en atención al Habitante de calle del Hogar uno día noche.....	109
Tabla 13 Distribución de los casos de Tuberculosis en Población General, Habitantes de calle sin intervención y Habitantes de calle con intervención. ....	119
Tabla 14 Distribución de casos de Tuberculosis nuevos y antes tratados en la población total del Bogotá 2009-2010.....	121
Tabla 15 Distribución de la población total de Bogotá según la condición de egresó del Programa de Prevención y Control de TB .....	122
Tabla 16 Afiliación al SGSSS de la población total de Bogotá.....	124

Tabla 17 Distribución de casos de Tuberculosis pulmonar en población general de Bogotá .....	126
Tabla 18 Afiliación al SGSSS de la población general de Bogotá en afectados por tuberculosis pulmonar .....	127
Tabla 19 Casos nuevos y antes tratados de TB Extrapulmonar en población general de Bogotá año 2009 .....	127
Tabla 20 Distribución de por sexo de Tuberculosis extrapulmonar en la población general de Bogotá año 2009-2010. ....	128
Tabla 21 Población Habitante de calle de Bogotá afectada con tuberculosis con y sin intervención años 2009-2010. ....	137
Tabla 22 Tuberculosis Extrapulmonar en Habitantes de calle de Bogotá con y sin intervención años 2009 y 2010 .....	140
Tabla 23 Indicadores de control de gestión del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle con intervención de Bogotá enferma con tuberculosis. ....	144
Tabla 24 Indicadores del Control de Gestión de casos pulmonares nuevos en la totalidad de la población de Bogotá 2009 y 2010.....	146
Tabla 25 Indicadores del Control de Gestión de casos pulmonares nuevos en la totalidad de la población Habitante de calle de Bogotá con intervención 2009 y 2010 .....	147
Tabla 26 Número de casos con condición de egreso de tratamiento terminado y paciente curado en la población general de Bogotá y población Habitante de calle con y sin intervención 2009- 2010 .....	154
Tabla 27 Condición de ingreso al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2009 .....	173
Tabla 28 Condición de ingreso al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2010 .....	174
Tabla 29 Condición de egreso de los casos antes tratados de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2009.....	174
Tabla 30 Condición de egreso de los casos antes tratados de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2010.....	175

Tabla 31 Número de PSF y pacientes con Coinfección TB-VIH/SIDA en la población  
Habitante de calle con intervención 2009-2010..... 177

Tabla 32 Número de PSF y pacientes con Coinfección TB-VIH/SIDA en la población  
Habitante de calle sin intervención 2009-2010..... 177

## Lista de siglas

<b>SIGLAS</b>	<b>Términos</b>
ADA	Adenosina deaminasa
BAAR	Bacilos ácido alcohol resistentes
BK	Baciloscopia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DOTS	Directly Observed Treatment Short-Course (Tratamiento Acortado Administrado Estrictamente Supervisado)
EPS	Empresa Prestadora de Servicios
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución prestadora de Servicios
LSPD	Laboratorios de salud pública Departamental y Distrital
MGIT	Micobacteria Growth Indicator Tube
MESEP	Misión para el empalme de las series de empleo, pobreza y desigualdad
MPS	Ministerio de la Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCT	Programa Nacional contra la Tuberculosis
PSF	Pruebas de Sensibilidad a los Fármacos
SDIS	Secretaría Distrital de Integración Social
SDS	Secretaría Distrital de Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia humana
SISBEN	Identificación de Beneficiarios Potenciales para los Programas Sociales
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública
SR	Sintomático respiratorio
TAES	Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado
TB	Tuberculosis
TB-TF	Tuberculosis todas las formas
TB-MDR	Tuberculosis multidrogorresistente
TB-XDR	Tuberculosis extensamente resistente
UPC	Unidad de Pago por Capitación
UPGD	Unidad Primaria Generadora de Datos
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana



## Introducción

Durante los últimos años la población Habitante de calle se ha hecho visible como un efecto de la crisis social y de seguridad asociada al aumento de la pobreza como lo indica el informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (Comisión Económica para América y el Caribe, 2010), en donde señala que en 2009, el porcentaje de indigencia para Colombia fue de 16.5% y el de pobreza de 45.7%. Para el caso de Bogotá en el 2007, fueron calculadas 8.385 personas en estado de indigencia. Situación que se explica en nuestro país por circunstancias particulares que han generado su incremento, entre ellas se encuentran problemas económicos y sociales como la violencia intrafamiliar, conflicto armado, desplazamiento, desempleo y la farmacodependencia. (Tirado & Correa, 2009).

También se ha hecho visible porque la indigencia no solo afecta en los individuos la vida social por las características de su comportamiento, sino que además se afecta su estado de salud, por su pobre nivel nutricional, las condiciones de hacinamiento en que se ven obligados a habitar, el consumo de sustancias psicoactivas y la infección por VIH (Virus de inmunodeficiencia Humana). Esto incrementa el riesgo de contagio de enfermedades transmisibles como la tuberculosis. (Badiaga, Raoult, & Brouqui, 2008)

En Colombia existe una alta incidencia de la enfermedad, anualmente son reportados más de 11.000 casos, al mismo tiempo se ha identificado poblaciones con alto riesgo de contraerla, como población con VIH-SIDA, afrocolombianos e indígenas (6%) (OPS, 2012), sin embargo otros grupos vulnerables como los habitantes de calle carecen de información, no obstante la importancia que ha tenido en los últimos años en el mundo debido al alto número de afectados por la enfermedad tuberculosa. Bogotá es uno de las ciudades con mayor cantidad de casos de tuberculosis después de Valle y Antioquia, así

mismo concentra una alta proporción de personas con habitabilidad en calle del país (INS, 2011).

La presencia de enfermedades que afectan a esta población, entre ellas las enfermedades de interés en salud pública, se convirtió en una preocupación de los gobiernos locales lo cual incentivó la gestión de programas especiales de control y prevención específicos para los ciudadanos habitantes de calle. En la ciudad de Bogotá se estableció una alianza entre la Secretaria de Integración Social (SDIS), encargada de la política social en la capital colombiana, con la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (SDS), en principio para abordar los problemas de salud en general que afectaban al Habitante de calle (Decreto 136 de 2005); sin embargo la presencia frecuente de la TB en esta población y el riesgo de contagio del personal que la atendía, condujo a establecer un programa específico para contrarrestar este problema. (López, 2009).

De esta manera, en el año 2009 la SDS como parte de la vigilancia de las enfermedades transmisibles estableció la conformación de un grupo permanente para la captación de sintomáticos respiratorios (SR) entre los habitantes de calle, mediante búsqueda activa, acompañado de un proceso de educación y sensibilización frente a la enfermedad en el Hogar de paso denominado *Hogar uno día noche*, que se encuentra bajo la administración de la SDIS. Esta intervención cumplió dos años de funcionamiento, sin embargo hasta la fecha no se conocen sus resultados. En consecuencia es importante establecer bajo los lineamientos de la estrategia Altos a la TB el efecto de las acciones realizadas y el estado de la enfermedad en la población Habitante de calle, con el fin de instaurar medidas que contrarresten los efectos de la patología y al mismo tiempo eviten un foco de contaminación para la comunidad en general.

En el presente trabajo se expone en primer lugar el proceso social y político mediante el cual se visibiliza en Bogotá a la población Habitante de calle como un fenómeno social de responsabilidad del Estado y la respuesta generada a partir de la aparición de enfermedades importantes en salud pública como la TB.

En segundo lugar se describe y evalúan a partir de la estrategia “Alto a la Tuberculosis” de la Organización Mundial de la Salud los procesos y el impacto del servicio de salud organizado por instituciones del gobierno de la ciudad mediante un programa especial: Programa de Prevención y Control de Tuberculosis para los Habitantes de calle ofrecido en el “*Hogar uno día noche*” durante los años 2009 y 2010.

Teniendo en cuenta que la TB en la población Habitante de calle constituye un problema de salud pública de importancia en la ciudad de Bogotá, por tratarse de una minoría vulnerada y vulnerable que requiere de una atención especial, los programas dirigidos a atenderlos son de la mayor relevancia y deben continuar en proceso de construcción y extensión, tendiendo hacia la inclusión social de esta población.

## **Capítulo 1. Contexto del estudio**

### **1.1. Planteamiento del Problema de Investigación**

Los habitantes de calle constituyen una población con características particulares de vulnerabilidad (desnutrición, alta tasa de abandono, farmacodependencia, VIH/SIDA) frente al padecimiento de tuberculosis (Badiaga, Raoult, & Brouqui, 2008), el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis dirigido a esta población a través de la acción conjunta de la Secretaría de Salud de Bogotá y la Secretaria de Integración Social del gobierno del Distrito Capital, desde 2009 busca que se detecte la enfermedad de manera oportuna y se dé tratamiento adecuado de tal forma que se contribuya a la humanización del Habitante de calle, se evite la morbilidad severa y se minimice el riesgo de focos de tuberculosis farmacorresistente en la población haciendo más grave el problema de salud pública para la comunidad. El problema a investigar es que pese al tiempo de funcionamiento (más de dos años) del Programa dirigido a esta población especial, no se cuenta con información sobre su proceso y resultados a la fecha.

## 1.2. Justificación

La vulnerabilidad de los habitantes de calle los hace más sensibles a las enfermedades transmisibles, específicamente a la tuberculosis (TB), siendo esta una enfermedad infecciosa, crónica, transmitida de persona a persona al toser, estornudar o hablar; está asociada a la desnutrición, farmacodependencia y las malas condiciones de higiene y vivienda. (Tirado & Correa, 2009). Por este hecho es motivo de preocupación para la sociedad porque si no se trata morirá inexorablemente y además porque se constituye en un problema de salud pública al ser un foco de contagio para la comunidad.

La población Habitante de calle en la ciudad de Bogotá, D.C. según el V Censo de Habitantes de calle realizado en 2007, fue de 8.385 personas, de ellos, el 86.9% fueron hombres y el 13.1% mujeres, el 8.4% fueron menores de 18 años, el 17.9% fueron jóvenes entre 19 y 25 años, el 38.9% fueron adultos entre 26 y 40 años y el 32%, adultos mayores (Ramos, Ortiz, & Nieto 2009).

En Bogotá El reconocimiento de los habitantes de calle como población vulnerable a factores sociales y de salud ha permitido establecer formas de inclusión a la sociedad y le ha otorgado al ser identificado como ciudadano derechos como el de la salud, al mismo tiempo la creación de programas especiales para su atención ha posibilitado desarrollar Programas de salud pública como el Programa de Prevención y Control de la tuberculosis en el *Hogar uno día noche* a partir del año 2009.

En consecuencia, el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá se ha unido a la Secretaria de Integración Social, como una acción de intesectorialidad para fortalecer e implementar la “*Estrategia Alto a la TB*”,

proporcionando un soporte técnico científico para la instauración del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y los componentes de la Estrategia DOTS a los habitantes de calle diagnosticados con TB y de esta manera tratar de detener la cadena de transmisión y garantizar la adherencia al tratamiento.

Sin embargo, este proceso no se ha documentado y no se conocen resultados de la situación de TB en el Habitante de calle de Bogotá, que den cuenta de las implicaciones de las medidas establecidas por el Programa de Prevención y Control de TB en esta población para contrarrestar la enfermedad. Se considera evaluar esta gestión tanto en términos de los procesos seguidos como de su impacto, reconociendo la importancia de la implementación de una metodología de evaluación, elemento esencial dentro del proceso de intervenciones en salud, la cual determina el cumplimiento de los objetivos y proporciona elementos para la toma de decisiones en las políticas, al igual que determina continuidad, conocimiento asignación de recursos o extensión de los programas hacia otros contextos.

Además, por tratarse de una población altamente vulnerable con poco contacto con los servicios de salud, resulta necesario que puede servir de modelo para otras ciudades u otros problemas.

Con este fin se utilizó el marco conceptual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la estrategia “Alto a la tuberculosis” así como en el “Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados en salud”.

### **1.3. Propósito**

El propósito de este trabajo es a partir de la información obtenida en la evaluación de lo ocurrido en los dos años del Programa de Prevención y Control de tuberculosis dirigido a los habitantes de calle del Distrito Capital, identificar los logros y limitaciones de un programa de salud como este y así retroalimentar el quehacer del gobierno en este programa así como para que sirva de estudio de caso en otras ciudades con problemas similares a los que encuentra Bogotá.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General.**

Evaluar las acciones del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de salud de Bogotá enmarcada en la “*Estrategia Alto a la TB*” llevada a cabo en el *Hogar uno día noche* en la atención del Habitante de calle durante los años 2009 y 2010.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Describir los antecedentes de la política pública en la atención al Habitante de calle para el control y prevención de la tuberculosis en desarrollo del componente uno de la Estrategia “Alto a la tuberculosis”.

Evaluar los elementos del proceso para alcanzar el éxito del tratamiento antituberculoso en la población Habitante de calle atendida en el *Hogar uno día noche*, de acuerdo al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud y el marco de la Estrategia “Alto a la Tuberculosis”.

Efectuar un análisis comparativo entre los indicadores de los resultados del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis dirigido a habitantes de calle y la población general de Bogotá

Evaluar el efecto del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en atención a los habitantes de calle de Bogotá a partir de los indicadores de impacto y el programa integral ofrecido por *Hogar uno día noche*.



## 1.5. Marco teórico

**1.5.1. Estado de la Tuberculosis en el Mundo y en Colombia.** La tuberculosis (TB) es una enfermedad crónica infecciosa causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*, no produce toxinas, de manera que puede permanecer dentro de la célula. Su capacidad de crecimiento depende de la tensión de oxígeno, además la presencia de antígenos en su estructura producen respuesta inmune variable en el huésped (MPS, 2007); es transmitida de persona a persona por vía aérea y afecta principalmente los pulmones. La enfermedad puede presentarse en dos formas, la pulmonar y la extrapulmonar, la primera es la presentación más común y es la que genera contagio, el síntoma principal es la tos con expectoración por un periodo mayor a 15 días, en esta etapa el paciente es denominado Sintomático Respiratorio (SR) y puede estar acompañando por otros síntomas inespecíficos. (MPS, 2009 diciembre)

La otra forma de TB es la extrapulmonar, ocurre cuando la infección se encuentra en un órgano diferente al pulmón, la localización más frecuente es la pleura, seguida por la ganglionar, entre otras; es de difícil diagnóstico debido a la diversidad en las manifestaciones, pronóstico y duración de la enfermedad, se puede hallar como infección en latencia y reactivación focal o diseminación a múltiples órganos. (MPS, 2009 diciembre).

El diagnóstico de la TB pulmonar se realiza mediante dos metodologías: el examen con microscopio óptico de muestras teñidas con los colorares de fucsina básica de Ziehl-Neelsen, para lo cual se requiere tres muestras seriadas de expectoración del paciente. El otro método es el cultivo de la muestra que es considerado el estándar de oro en el diagnóstico de esta enfermedad (Takahashi Velásquez, 2009)

En la actualidad la TB es uno de los principales problemas de salud en todo el mundo, en abril de 1993 la organización mundial de la Salud (OMS) declaró a la TB como emergencia global en salud pública en 1996 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ante el evento epidemiológico de la enfermedad en la región, la declara como prioridad, (WHO, 2006). Cada año hay alrededor de nueve millones de nuevos casos y cerca de dos millones mueren por esta enfermedad. Todos los países se encuentran afectados, pero la mayoría de los casos (85%) ocurren entre África (30%) y Asia (55%) (WHO, 2010). Además, existen 22 países denominados países con alta carga que cuentan con el 80% de los casos de TB. Globalmente esta enfermedad es la octava causa de muerte en los países de ingresos bajos y medios (séptimo para los hombres y noveno para las mujeres) en adultos en edades de 15 a 59 años y es la tercera causa de muerte después del VIH/SIDA y la enfermedad cardiaca isquémica (Baker, 2007).

En cuanto a la tasa de mortalidad a nivel global, esta ha disminuido alrededor del 35% entre 1990 y 2009 debidas a las estrategias de tratamiento, con lo cual el objetivo de su reducción al 50% para el 2015 podría ser alcanzado si la actual tasa de disminución es sostenida. A nivel regional el objetivo de la mortalidad podría ser alcanzado en cinco de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), (WHO, 2010)

Sin embargo, se ha observado un aumento proporcional entre el número de la población y la aparición de nuevos casos incidentes de TB, no obstante la OMS asegura que esta tasa está disminuyendo lentamente, a menos del 1% al año a nivel general, aunque existen países donde por el contrario la tasa de casos incidentes ha aumentado, como en África donde la probabilidad de alcanzar la meta de mortalidad es poco probable (WHO, 2009).

Pese a esta situación la TB es una enfermedad curable, su tratamiento se fundamenta en dos bases bacteriológicas, una de ellas es la asociación de fármacos para evitar la selección de

microorganismos mutantes y resistentes y la eliminación del agente etiológico en sus diferentes fases de crecimiento metabólico mediante un tratamiento prolongado (Caminero, 2003). Los fármacos que se emplean son los denominados de primera línea, en función de su eficacia y tolerabilidad, (isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E)), el tiempo de administración es de 6 meses. (García, R., 2003) y hace parte de la estrategia DOTS/TAES (Directly Observed Treatment Short-Course o tratamiento observado estrictamente supervisado) que pretende además prevenir la transmisión de la enfermedad, la aparición de farmacoresistencia, asegurar la adherencia al tratamiento y controlar la TB mediante la observación de la administración de los medicamentos a los pacientes supervisado por personal de la salud entrenado (WHO, 2010) (Smith, I., compilado por Toman, K., 2006)

Sin embargo, la ocurrencia de esquemas de tratamientos inapropiados en ausencia de supervisión estricta en la administración del medicamento, abandono del mismo, y dificultades de acceso a los servicios de salud produjeron la aparición de microorganismos resistentes a los medicamentos, (Sanz Barbero, Blasco Hernández & Galindo Carretero, 2009), esto condujo al fracaso del tratamiento (MPS, 2010)

Los tipos de resistencia generados se denominaron: Multidrogorresistente (MDR-TB de sus siglas en inglés): es la presencia de resistencia a dos de los antibióticos más efectivos que son la Isoniacida y la Rifampicina. Se conoce que las tasas de curación para estos casos son bajas, aproximadamente del 50 al 70% (WHO, 2010) y Extensivamente farmacoresistente XDR TB: es una forma severa de MDR TB, la resistencia se extiende a la Isoniazida y la Rifampicina e incluye resistencia a una fluoroquinolona y al menos uno de los medicamentos inyectables de segunda línea (amikacina, kanamicina, capreomicina) (Francis J. Curry National Tuberculosis Center, 2007).

En la actualidad, la TB farmacorresistente ya es considerada un problema de salud pública, se estima que cada año aparecen cerca de 500.000 casos nuevos MDR TB en el mundo lo que representa alrededor del 5% de todos los casos nuevos. (Magis Rodríguez, & Barrientos Barcenás, 2009).

De acuerdo a la información suministrada por la Organización Mundial de la Salud (2004), aproximadamente 50 millones de personas están infectadas por aislamientos resistentes a múltiples fármacos y cada año se registran 300.000 nuevos casos. Esta situación podría ser la fuente de una epidemia de TB incontrolable (Garzón M, et al 2008). Entre los pacientes de TB notificados en 2009, se estimó que 250.000 (intervalo, 230.000-270.000) tenían MDR-TB; de estos, un poco más de 30.000 (12%) fueron diagnosticados y notificados con MDR-TB. (WHO, 2010).

Otro obstáculo planteado en el control de las enfermedades fue la aparición de la epidemia de VIH/SIDA, en las personas con coinfección (TB-VIH/SIDA), las investigaciones concluyeron que el virus promueve la progresión a TB adquirida recientemente o en situación de latencia, el riesgo de desarrollar la enfermedad se ha determinado en 50%, comparado con el 5% a 10% de riesgo en las personas sin VIH, esta condición presenta un mayor grado de transmisión de TB a la población general (OPS, abril 2006).

Así mismo, estos pacientes que padecen TB pulmonar tienen menor probabilidad de que se detecten bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) mediante BK de esputo, esto ha causado el incremento de casos pulmonares BK negativa y TB extrapulmonar, de manera que la mortalidad por TB y por VIH/SIDA se encuentra correlacionadas, indicando que a medida que aumenta la mortalidad por VIH aumenta la mortalidad por TB en estos pacientes (Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica, 2006 enero). Al menos una de cada cuatro defunciones de personas infectadas por el VIH puede atribuirse a la TB y muchas de

estas defunciones tienen lugar en entornos con recursos limitados (Organización de la Salud, Stop TB Partnership, TB/HIV Working Group, 2011)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la epidemia del VIH en Latinoamérica y el Caribe incrementó la prevalencia de TB en 1.3%, en el año 2003 (WHO, 2006). En 2008, 1.8 millones de personas murieron de TB incluyendo medio millón de defunciones asociadas con VIH, muchos de ellos porque no estaban recibiendo tratamiento antirretroviral. (WHO, 2009).

Pese a la generación de nuevos avances tecnológicos, el incremento del acceso a los servicios de salud y los intentos por mejorar la calidad de vida, no han logrado modificar el estado de la TB (MPS, 2009 diciembre).

En Colombia la situación frente a la TB reporta una alta ocurrencia, anualmente más de 11.000 casos nuevos de la enfermedad en todas las formas son presentadas y fue considerada como un evento prioritario en salud pública (WHO, 2009)

En el país a partir de 1997 la incidencia de tuberculosis ha presentando una tendencia sostenida. Según el análisis de la incidencia de casos notificados entre 1993 y 2008 hecho en el Plan Estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010-2015 (2009) el 50% del territorio puede ser clasificado en zonas de riesgo muy alto (por encima de 41.39 casos por 100.000 habitantes), o alto riesgo (entre 30.15 y 41.39 casos por 100.000 habitantes). Las regiones más afectadas fueron: Orinoquía, Amazonía y los departamentos de Chocó, Quindío y La Guajira.

De igual manera, la información recolectada en los últimos 10 años mostro que existen altas tasas de incidencias de la enfermedad por año (25 por 100.000 habitantes promedio año) y además el análisis de este indicador epidemiológico en cada departamento, mostro que existen diferencias entre cada uno, de manera que algunos presentaron incidencias mayores al promedio nacional y otros por debajo. Esto indicó que aún existen debilidades en las actividades vitales como la captación de SR, que para 2008 fue de 54.4 ante la meta de 70% (MPS, 2009, Diciembre).

Para 2008, la incidencia de todas las formas fue de 25.7 casos por 100.000 habitantes; el total de casos nuevos reportados fue 11.344, de los cuales, 7.196 presentaron BK positiva; los casos en menores de 15 años fueron 719, de los cuales, 269 (37,4%) demostraron BK positiva (Garzón, Angee, Llerena, Orjuela & Victoria, 2008) (Rodríguez & Vera, 2010)

En el 2009 la OMS situó a Colombia como un país con incidencia intermedia en el mundo con una tasa de 24.4 por 100.000 habitantes frente a una estimada de 35 x 100.000 habitantes (MPS, Programa Nacional de Tuberculosis., Fundación Neumológica Colombiana., Instituto Nacional de Salud - Grupo de Micobacterias., & Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2010, Diciembre).

En general la distribución por género y edad de la TB en Colombia en el último quinquenio se acerco al 60% en el género masculino y 40% en el género femenino, con predominio en la población joven económicamente activa de 15-59 años. (Dirección de Salud Pública., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá., 2009, Abril).

La tasa de mortalidad según el DANE fue de 2.5 muertes por 100.000 habitantes, donde la TB es la cuarta causa de mortalidad por enfermedades transmisibles, lo que equivale al 10% de las muertes por esta patología, (MPS, 2009).

En cuanto al tratamiento, de acuerdo a los parámetros planteados por la OMS, en Colombia son suministrados dos tipos de esquemas estandarizados: categorías I y IV, basadas en la clasificación de ingreso de los pacientes. (MPS, 2010).

Según la guía para el manejo programático de pacientes con TB farmacorresistente (2010) en Colombia, el diagnóstico tiene dos fases: sospecha y confirmación. Dado que no hay una presentación clínica o radiográfica característica, la sospecha se establece por la identificación de factores de riesgo. La confirmación se hace mediante cultivo y Pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos (PSF) (MPS., Programa Nacional de Tuberculosis., Fundación Neumológica Colombiana., Instituto Nacional de Salud - Grupo de Micobacterias., & Organización Panamericana de la Salud – OPS, 2010, Diciembre).

En el país los datos de la farmacorresistencia corresponden a tres estudios de vigilancia de la resistencia de *M. tuberculosis* a los fármacos antituberculosos en pacientes no tratados y tratados para el último estudio. El primero de ellos fue en 1992, la resistencia global fue de 14.1% y una MDR-TB de 1.8%. El segundo estudio, se realizó entre 1999 y 2000, con una resistencia global de 15.6% y una MDR-TB de 1.5% (León, C. I., Sierra, C., Naranjo, N., Garzón, M. C., & Guerrero, M.I., 2002) y el último estudio (2004 y 2005) evaluó a casos no tratados, el análisis identificó una resistencia global de 11.8% y una MDR TB de 2.4%. Adicionalmente se evaluó la resistencia a los medicamentos antituberculosos en pacientes previamente tratados de los cuales 110 (41.7%) fueron abandonos, 72 (27.3%) recaídas y 60 (22.7%) fracasos, con una prevalencia de resistencia global de 44.3% y MDR-TB 31.4%; cifra mucho mayor que en pacientes nuevos; del total de estos casos de MDR TB, el

50.6% correspondió a pacientes que fracasaron a un tratamiento previo, 25.3% a abandonos y 19.3% a recaídas de la enfermedad (Garzón, Angee, Llerena, Orjuela & Victoria, 2008).

Por su parte la situación de la coinfección TB-VIH/SIDA en Colombia también se mostro preocupante, teniendo en cuenta que la infección por VIH se ha asociado con mayor posibilidad de aparición de MDR TB o XDR TB debido a un mayor riesgo de infección por cepas menos virulentas como las cepas resistentes (MPS., et al., 2010, Diciembre), además la prevalencia de la infección por el VIH/SIDA en TB es un indicador importante de la propagación del VIH a la población general (MPS, Universidad CES, Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de Salud, 2009, Mayo).

En el periodo 1983 a 2007 se diagnosticaron cerca de 57.500 personas que viven con el virus de VIH o han desarrollado la enfermedad del SIDA, 24.000 de estos fallecieron, con una cobertura de tratamiento de 72%. A partir de 2003, en la mayoría de aseguradoras se inició la búsqueda activa por diagnósticos relacionados, ofreciendo la prueba presuntiva y la asesoría a pacientes con TB y otras ITS (MPS., Dirección General de Salud Pública, ONU sida Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH Y SIDA. 2008, Enero)

Para su atención se estableció el Plan nacional de respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011, que busca superar la brecha de cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios a siete grupos de población con vulnerabilidad frente al VIH y SIDA como: personas viviendo con el VIH o con SIDA (PVV), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales, (TS), personas privadas de la libertad (PPL), personas en situación de calle, (HC), jóvenes desplazados o viviendo en contextos de desplazamiento (JD) y personas desmovilizadas de grupos armados irregulares (DESM) (MPS., et al., 2008, Enero)



La proporción de casos con coinfección VIH/TB en 2009 fue de 10.42%, con una amplia variación en la incidencia en diferentes regiones del país, algunas de ellas superaron los 50 por 100.000 habitantes. De igual manera dificultades en la información sistemática en zonas apartadas del país no permitió establecer la representatividad nacional del dato. (MPS., et al., 2010, Diciembre)

De acuerdo con la Guía para El Manejo Programático de Pacientes con TB Farmacorresistente en Colombia del MPS (2010, Diciembre) el Plan Nacional de Control de Tuberculosis (PNCT) establece que todo paciente con infección VIH/SIDA en quien se sospeche TB debe tener cultivo para micobacterias, pruebas de tipificación y PSF y todo paciente del PNCT debe tener serología para VIH.

Estas acciones deben garantizar el diagnóstico temprano de las probables resistencias que el paciente VIH pueda tener a los fármacos antituberculosos, al igual que el diagnóstico de TB y MDR TB en los pacientes VIH. (MPS., et al., 2010, Diciembre)

**1.5.2. Estrategias Mundiales Implementadas en la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Marco de la Estrategia Alto a la Tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud.** Ante la grave situación de la re-emergencia de la TB en todo el mundo la OMS invitó en 1991 a los PNCT al cumplimiento de dos metas para el año 2000: tratar exitosamente al 85% de los casos detectados con TB pulmonar BK positiva y detectar el 70% de estos casos (Cuervo, 2001), metas que siguen vigentes, a través de la estrategia DOTS/TAES (Directly Observed Treatment Short-Course o tratamiento observado estrictamente supervisado) con el fin de garantizar la curación prevenir la transmisión y controlar la TB. El marco de la estrategia se desarrollo a partir de cinco componentes: 1)Asegurar el compromiso político y sostenibilidad financiera, 2)Asegurar la detección temprana de casos y diagnóstico a través de bacteriología de calidad garantizada, 3)

Proporcionar un tratamiento normalizado con supervisión y apoyo al paciente, 4) Asegurar el suministro y administración eficaz de medicamentos, 5) Monitorear y evaluar el desempeño y el impacto (WHO, 2010) (Smith, I., compilado por Toman, K., 2006)

Sin embargo, las limitaciones para el rápido crecimiento de la estrategia DOTS debidas a recortes financieros, infraestructura inadecuada, insuficiente recurso humano, falta de abastecimiento de medicamentos de buena calidad, hizo que se creara la Alianza Alto a la TB en el año 2000 que lanzo en 2001 el Plan Global Alto a la TB 2001-2005 para acelerar la acción política y social en la detención de la transmisión de TB alrededor del mundo con el objetivo de eliminarla como problema de salud pública (WHO, 2010)

De esta manera, la expansión del DOTS alcanzo en el 2003 una cobertura del 78% de la población de las Américas y amplió la capacidad técnica de los Programas Nacionales. Aunque se lograron buenos resultados en algunos países en 2004, en el continente aparecieron 370 mil nuevos casos y 53 mil muertes por TB, localizados en su mayoría en países pobres (WHO, 2006).

En 2006 se estableció un plan más avanzado para transformar los principios en acciones, mediante la estrategia “Alto a la tuberculosis” para reducir la carga de TB, conformada por seis puntos y basada en el enfoque DOTS/TAES e incluyo nuevas problemáticas que expone la enfermedad como: la co-epidemia TB y VIH/SIDA y la TB farmacorresistente. Además, tuvo en cuenta los obstáculos al acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud (WHO, 2010) ver tabla 1.

**Tabla 1. Estrategia Alto a la Tuberculosis**

1.	Componentes de la estrategia DOTS Continuar el mejoramiento y la expansión del DOTS de alta calidad mediante:
a.	Asegurar el compromiso político y sostenibilidad financiera
b.	Asegurar la detección temprana de casos y diagnóstico a través de bacteriología de calidad garantizada
c.	Proporcionar un tratamiento normalizado con supervisión y apoyo al paciente
d.	Asegurar el suministro y administración eficaz de medicamentos
e.	Monitorear y evaluar el desempeño y el impacto
2.	Atender la TB / VIH, y las necesidades de la población pobre y vulnerable.
a.	Ampliar la colaboración entre las actividades de los programas TB / VIH
b.	Ampliar la prevención y manejo de la
c.	Atender las necesidades de los contactos de tuberculosis y de la población pobre y vulnerable
3.	Contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud
a.	Ayudar a mejorar las políticas de salud, desarrollo del recurso humano, financiación, suministros, la prestación de servicios, y la información
b.	Fortalecer el control de infecciones en los servicios de salud, otras instituciones colectivas y hogares
c.	Mejorara la red de laboratorios e implementar practicas de acercamiento de pulmones saludables.
d.	Adaptar acercamientos exitosos de otros campos y sectores y fomentar acciones en determinantes sociales de la salud.
4.	Involucrar a todos los proveedores de atención
a.	Comprometer a todos los sectores a través de una alianza público privada.
b.	Promover el uso de estándares internacionales para el cuidado de la TB
5.	capacitar a las personas con TB y a las comunidades mediante la asociación
a.	Continuar con acciones de abogacía, comunicación y movilización social.
b.	Fomentar la participación comunitaria en el cuidado de la TB la prevención y promoción
c.	Promover el uso del capítulo del cuidado del paciente con TB
6.	Permitir y promover la investigación.
a.	Manejar la base del programa bajo la búsqueda operacional
b.	Apoyar y participar en la búsqueda del desarrollo de nuevas técnicas diagnosticas, medicamentos y vacunas.

Fuente (WHO, 2010). (OMS, 2012)

Esta última estrategia va en consonancia con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) en la meta numero 6: combatir HIV/ SIDA, malaria y otras enfermedades de alta prevalencia, con los siguientes objetivos: reducir la prevalencia y la tasa de muertes por TB a un 50% comparado con los niveles de 1990 y en el 2050: eliminar la TB como problema de salud pública, definida como la incidencia global de TB activa menor a un caso por millón de habitantes por año; dadas las proyecciones de la alianza Alto a la TB, según las cuales aproximadamente 10 millones de personas morirán en el año 2015. (WHO, 2010). Además, incluyeron tres indicadores más para la medición de los progresos en el Control de

la enfermedad: las tasas de prevalencia, mortalidad y la proporción de casos que son detectados y curados bajo el DOTS. (WHO, 2011).

A nivel regional la OPS junto con los gobiernos y los programas nacionales de TB desarrollaron planes locales que aseguraron los componentes de la “Estrategia alto a la TB” adaptadas al contexto, para disminuir la carga social, económica y de inequidad que impone la enfermedad (WHO, 2006),

En Colombia la implementación de la estrategia DOTS fue tardía con una lenta expansión lo que mantuvo la tasa de incidencia constante (mayor de 50 por 100.000 habitantes) con una cobertura para el 2003 de 19% (OPS, 2006); pese a que fue de obligatorio cumplimiento desde el año 2000 (resolución 412). De igual manera no se conoce la cifra de cobertura real debido a la ausencia de monitoreo y seguimiento a nivel territorial. La información del nivel nacional hasta 2005 indicó una cobertura aproximada del 20%. (Garzón M, et al 2008).

Este panorama hizo que la estrategia fuera fortalecida mediante el Compes No 91 en el 2005 y en el 2006 el Ministerio de Protección Social (MPS) lanzó el Plan Estratégico “Colombia libre de tuberculosis 2006-2015 para la expansión de la Estrategia DOTS-TAES”, para combatir la coinfección TB-VIH/SIDA y la farmacorresistencia, así mismo la TB fue incluida en el Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039 de 2007) (Ministerio de Protección Social Plan Estratégico 2009) y en el año 2009 se implemento la circular 058 de 2009 que ajusto los lineamientos para fortalecer algunos aspectos operativos en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. (MPS Circular 058, 2009).

Los datos reportados en el 2006 mostraron una tasa de éxito (curación y tratamiento completo) de 71% y una cobertura de la estrategia DOTS de 60% (WHO, 2008), para el año 2007 el porcentaje de tratamiento exitoso fue de 76.7% y mediante estimaciones externas la cobertura del DOTS en el 2008 fue de 60% (MPS, 2009, Diciembre)

Aunque existe normativa sobre el manejo de la TB, el PNCT del país sigue presentando dificultades en el sistema de información que no permiten obtener datos confiables, existen diferencias entre la información que ingresa por el programa y el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA). Así mismo existen falencias en la ejecución de actividades de vigilancia, se determinó que en los últimos 10 años la oportunidad en el diagnóstico se vio afectada debido a la disminución de la concentración de la BK, así mismo el uso del cultivo en el diagnóstico se implementó lentamente con un porcentaje de positividad para el 2008 de 1.9% (MPS, 2009, Diciembre)

Con respecto a las actividades operativas del Programa en bacteriología para asegurar la integración de la red de laboratorios y la calidad en los procedimientos de diagnóstico y control, el Laboratorio Nacional de Referencia (LNR) de Micobacterias del Instituto Nacional de salud dirigido por el Ministerio de Salud, realizó diferentes actividades a partir de las líneas estratégicas de la vigilancia en salud pública, la gestión de la calidad, la prestación de servicios y la investigación, su injerencia se dio a través de un sistema jerárquico organizada en una red de laboratorios, normalizada bajo el Decreto 2323 de 2006 por el cual se reglamentó parcialmente la Ley 9 de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios; el primer nivel fueron los Laboratorios de Salud Pública Departamental (LSPD) a su vez estos actúan sobre la red de laboratorios en cada departamento y municipio y esta a su vez maneja su red local. Las actividades desarrolladas comprenden la asistencia técnica, la referencia, transferencia de tecnología, capacitación, vigilancia, asesoría y Evaluación Externa del Desempeño (EED) en bacteriología de tuberculosis (MPS, 2009, Diciembre).

La evaluación y monitoreo de la detección de casos de TB mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada se realizó a través de la gestión de calidad, esta fue desarrollada a través de la Evaluación Externa del Desempeño Indirecta (EEDI) enfocada a evaluar la concordancia de la lectura de BK mediante la supervisión del LSPD a la red de laboratorios departamental o distrital, es de carácter retrospectivo e incluye la valoración del extendido de la muestra y la coloración.

De igual forma, las acciones de evaluación en cuanto al seguimiento y monitoreo desarrolladas por el Programa de Prevención y control de TB van encaminadas a determinar el cumplimiento de las metas de la estrategia alto a la TB. En particular este Programa presenta un modelo clásico de evaluación, que consiste en la consecución de Objetivos.

Como lo mencionó: Ernest House: sobre la metodología de evaluación señalada:

Toma los objetivos del programa, tal como aparecen enunciados y luego recopila evidencia sobre si alcanzado o no esos objetivos. Los objetivos sirven como fuente exclusiva de normas y criterios. El evaluador valorara lo que los programas afirman que este intenta alcanzar. La discrepancia entre los objetivos enunciados y los resultados alcanzados constituyen la medida del éxito del programa. (House, 1980 p. 26)

Así mismo, Segura del Pozo (2009) aclaró:

La etapa de evaluación se constituye en la fase más álgida de un programa, aunque la recolección de datos es fundamental en el análisis de este tipo de evaluación, esta no debe quedarse sin la construcción de una crítica que evidencie la realidad del programa, lo que requiere una disposición al cambio de lo no satisfactorio, lo cual algunas veces va en contra de dinámicas económicas o políticas. Por lo tanto se debe valorar la evaluación como una herramienta de mejora del programa y no como un control de castigo.

El monitoreo y evaluación de un programa de prevención y control de TB tomo en cuenta: Los elementos de proceso que comprenden la cobertura de las actividades del programa, disponibilidad de insumos, talento humano entrenado y la organización de las redes de centros de salud y laboratorios, la frecuencia de supervisión y la calidad de las intervenciones.

Los indicadores de resultado, dentro de los cuales se encuentran los indicadores de evaluación conformados por dos componentes: los indicadores de control de gestión o de programación y los indicadores de seguimiento y epidemiológicos, esta información fue tomada según la Guía de Atención de la Tuberculosis pulmonar y Extrapulmonar (Ministerio de Salud, 2002, Mayo)

Los indicadores de Control de Gestión son:

- Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios (SR): mide el porcentaje de cumplimiento en la captación y examen de sospechosos de padecer la enfermedad, establece la programación que determina la proporción de la población en quienes se focalizara las actividades; inicialmente identifica el número de pacientes mayores de 15 años que han consultado por primera vez y por cualquier causa en los centros de salud del año inmediatamente anterior, posterior a esto estima el 5% de ellos, obteniendo la meta de captación, el porcentaje mínimo aceptado es de 80%.
- Positividad de la baciloscopia (BK): mide la probabilidad de que un SR sea positivo al examinarse, esta falsamente elevado cuando hay una baja captación de SR.
- Concentración de la baciloscopia (BK): determina la sensibilidad diagnóstica de la primera, segunda y tercera BK.

Indicadores de seguimiento Los indicadores de seguimiento se calculan de los datos de las cohortes de enfermos incluidos en el programa de control y prevención de TB que son seguidos a través del tiempo, estos son:

- Porcentaje de curación: se tienen dos tipos de casos con respecto al tratamiento: caso curado: caso con BK inicial positiva que termino el tratamiento y tuvo BK de esputo negativa en por lo menos dos ocasiones, una de ellas al concluir el tratamiento; tratamiento terminado: caso con BK inicial positiva pero que no se le realizo BK de control al final del tratamiento. La meta es lograr que el 85% de los casos de TB pulmonar BK positiva egresen por curación
- 
- Indicadores complementarios:
  - Porcentaje de abandono: el valor debe estar por debajo de 5%, cada caso de abandono requiere un análisis para identificar los factores de riesgo que influyeron y los correctivos que se tomaron.
  - Porcentaje de fracaso: proporción de pacientes que al quinto mes de tratamiento tiene BK positiva, no debe ser mayor de 1-2%
  - Porcentaje de transferidos: proporción de pacientes que se remitieron a otras instituciones antes de culminar su tratamiento, es probable que no se conozca el resultado.
  - Porcentaje de negativización bacteriológica al segundo mes: es una indicación de la eficacia de un programa, determina la capacidad del mismo para transformar los casos infecciosos en no infecciosos.

Indicadores epidemiológicos:

- Incidencia: general y especifica, por edad sexo tipo de TB, lugar y su tendencia en el tiempo
- Mortalidad: general y especifica por edad, sexo, tipo de TB, lugar y si tendencia en el tiempo



*1.5.2.1. Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en Bogotá.* La situación de TB en Bogotá conservó una tendencia variable, en los últimos siete años Bogotá ha presentado incidencias de TB Pulmonar que oscilan entre 7 y 9 casos por cada 100.000 habitantes, debido a diferentes factores que benefician la aparición de esta enfermedad, entre ellas las que se mencionaron anteriormente con respecto a la dinámica demográfica y la relación entre el VIH y la TB (Dirección de Salud Pública, 2009).

La vigilancia de la TB en el Distrito Capital contó con una red amplia de laboratorios distribuidos en 20 localidades, los pacientes con TB fueron diagnosticados en su mayoría por la red pública y privada de las localidades de Usaquén, Chapinero, Teusaquillo y Suba; sin embargo las localidades de residencia de los casos fueron Engativá, Suba, Kennedy y Ciudad Bolívar, ubicadas en la periferia de la ciudad (Dirección de Salud Pública, 2009).

Bogotá para el año 2007, aportó un 12.2% del total de pacientes del país con 1023 casos nuevos de TB, con una incidencia de 13.7 casos por cada 100.000 habitantes. El género masculino fue el más afectado con una relación de 2 hombres por 1 mujer, el grupo etario con mayor peso porcentual fue el de edad económicamente activa, es decir de 15 a 59 años, sin embargo el grupo que presentó una mayor incidencia fue el de mayores de 60 años, quienes superaron los 80 casos por cada 100.000 habitantes. (Secretaría distrital de salud, 2008). En cuanto al tipo de TB las formas pulmonares con 67%, predominaron sobre las extrapulmonares con 33%. (Dirección de Salud Pública, 2009), (Alcaldía Mayor de Bogotá., Secretaría de Salud de Bogotá, 2009)

De acuerdo al Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, el país fue clasificado en escenarios para definir las acciones y las metas a alcanzar, tuvo en cuenta la carga de la enfermedad y la tasa de éxito de tratamiento de cada departamento; Bogotá fue clasificada en el escenario No 2, conformado por territorios con alta carga de la enfermedad

(promedio igual o superior a 382,8 casos nuevos detectados por año) y con un promedio de éxito de tratamiento menor al 85%. Los territorios de este grupo diagnostican en promedio el 59.8% de los casos de TBTF (todas las formas) (MPS, 2009, Diciembre)

Así mismo el Distrito capital también fue catalogado como una de las entidades territoriales con mayor tasa de TB extrapulmonar en el 2008, al igual que Antioquia, Cartagena, Caldas, Meta, Quindío, Risaralda, Tolima y Valle.

En el año 2009 se presentaron 1.147 nuevos casos de TB, frente a 1.131 en el 2008. La tasa de incidencia de la enfermedad fue de 15.8 casos por cada 100.000 habitantes. La distribución de la TB extrapulmonar se reportó en 689 casos, siendo más frecuente la TB pleural, seguida de la miliar y la ganglionar, en 458 pacientes se identificó TB pulmonar. El total de pacientes que fallecieron debido a la enfermedad fueron 149. (Collazos, Carrasquilla, Ibáñez & López, 2010).

En Bogotá, el diagnóstico se hizo principalmente en las instituciones de tercer nivel de atención (70% de los casos) y en estados avanzados de la enfermedad; debido a la poca búsqueda activa de pacientes SR entre los consultantes y al reducido número de BK ordenados por el personal de salud, (Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud, 2009)

El comportamiento de la infección concomitante TB y VIH, diagnosticada en Bogotá, se ubica entre los más altos índices del país, con una incidencia de 12.5%, frente al promedio nacional de 5.8%, siendo los hombres en edad económicamente activa los más afectados (Collazos, et al., 2010).

Las debilidades detectadas según el Plan Estratégico fueron: el sistema de información y el seguimiento del tratamiento de pacientes, evidenciado por la diferencia en la evaluación de la condición de egreso y su baja tasa de éxito de tratamiento. También se encontró que concentra un gran número de la población del país y tienen una adecuada infraestructura de servicios de salud, además son centros de referencia para municipios propios y de otros departamentos. (MPS, 2009, Diciembre)

Para la implementación del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015, se establecieron actividades específicas según el escenario. Ver tabla 2.

**Tabla 2.** *Funciones específica del escenario dos del Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015.*

Actividades específicas escenario No 2
<i>Implementación y extensión de la estrategia DOTS/TAES</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar seguimiento estricto en la administración de tratamiento.</li> <li>▪ Implementar estrategia de búsqueda institucional de SR.</li> </ul>
<i>Fortalecimiento del trabajo interprogramático</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Conformar grupos de trabajo y comités de expertos en el manejo de TB/VIH y formular un plan de acciones colaborativas de acuerdo a su perfil.</li> <li>▪ Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica de la coinfección mediante la asesoría y prueba voluntaria de VIH a personas con TB.</li> <li>▪ Implementar acciones de prevención y control de TB en población privada de la libertad Penitenciario y Carcelario (INPEC), que incluyan además del diagnóstico y tratamiento en coordinación con el Instituto Nacional, actividades colaborativas TB/VIH, prevención de MDR-TB y actividades de Abogacía Comunicación y Movilización Social.</li> <li>▪ Implementar acciones de prevención y control de TB en habitantes de calle y población en situación de desplazamiento en coordinación con otros programas del nivel departamental y municipal, que incluyan apoyo social, habitacional y nutricional.</li> </ul>
<i>Promoción de las alianzas estratégicas entre todos los proveedores de la salud para el logro de las metas</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Realizar asistencia técnica a las aseguradoras para que incluyan la TB como una de sus prioridades, destinen recursos para lograr los objetivos y metas del PCT y disminuyan las barreras de acceso al tratamiento.</li> </ul>
<i>Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fortalecer en todos los municipios el sistema de información y generar espacios de análisis en los que se incluyan los indicadores básicos del programa para consolidar, analizar y difundir la información del programa y mejorar la correlación entre las diferentes fuentes de información (Sivigila, estadísticas vitales, laboratorio y PCT), para la toma de decisiones basadas en la evidencia.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Implementación y fortalecimiento del manejo programático de MDR-TB</i></li> <li>▪ <i>y vigilancia de la resistencia de m. tuberculosis a los fármacos</i></li> <li>▪ <i>antituberculosos</i></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mejorar el acceso a los medicamento de segunda línea con el fin de garantizar el seguimiento y supervisión de los casos que reciben estas medicaciones.</li> </ul>

Fuente: Plan Estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010-2015

Una de las actividades específicas destacadas dentro de las actividades de este escenario fue la vigilancia de poblaciones vulnerables como los habitantes de calle para fortalecer el trabajo interprogramático y como parte del cumplimiento de la circular 058 de 2009, en donde se encuentran otras disposiciones con referencia al cultivo y al tratamiento de la enfermedad para estos grupos poblacionales.

**1.5.3. La Población Habitante de calle.** El fenómeno de la vida en la calle es antiguo la búsqueda de las causas lleva a posturas sociales diversas y argumentos multicausales, aunque puede precipitarse por un problema habitacional, hay otros factores que también la componen y perpetúan, como: la escasez de ingresos, la inseguridad, la estigmatización, la vulnerabilidad, la falta de elección, carencias familiares y la incapacidad para planificar (Universidad Nacional, MPS., 2007, Noviembre) que conducen a las personas a un proceso de exclusión sucesivo, acumulativo y degenerativo. (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica, 2009 marzo)

La habitabilidad en calle en una gran proporción está relacionado con la pobreza, atribuida a los modelos de desarrollo económicos que generan exclusión social, visto desde la ausencia de los beneficios básicos del progreso humano como la salud, la educación, la vivienda la seguridad social, participación y nutrición (Correa A, 2007, Octubre). Por otra parte, algunos autores han postulado otra visión frente a este hecho como “una opción de vida que se toma activamente y de manera pensada, en lugar de ser una decisión patológica” (Suarez, García, C, 2010).

En la búsqueda de una definición para el grupo poblacional en estudio las investigaciones realizadas han expresado que es compleja su construcción debido a la presencia de numerosas características (Universidad Nacional, MPS., 2007, Noviembre), sin embargo se hizo un acercamiento a su definición.

Inicialmente, esta población fue denominada indigente, sin embargo de acuerdo con Correa (2007, Noviembre) este término hace referencia a un punto de vista económico que según Gronnemeyer, (citado por Correa A, 2007, Noviembre) “es un estado en el que un individuo es carente de recursos para alimentarse, vestirse, entre otras necesidades básicas que no son satisfechas”, De esta manera cuando se hace alusión al Habitante de calle como un indigente se cae en una concepción equívoca (Correa, A, 2007, Noviembre).

Otros autores hacen referencia al termino persona en situación de calle, definida como la persona que se halla pernoctando en lugares públicos o privados, sin contar con una infraestructura tal que pueda ser caracterizada como vivienda aunque la misma sea precaria, y a aquellos que, por carecer de alojamiento fijo, regular y adecuado para pasar la noche, encuentran residencias nocturnas, pagando o no por este servicio, en alojamientos dirigidos por entidades públicas, privadas o particulares y que brindan albergue temporal. Así mismo, a aquellas personas que por encontrarse sin hogar o residencia, y sin apoyo de familiares u otros significativos, dependen de programas sociales que ofrecen residencia permanente o por períodos importantes, con apoyo bio-psico-social (Gobierno de Chile, 2005).

De igual manera fue encontrada en el trabajo de Orozco Salazar, (2007) una definición general que habla sobre Habitantes en situación de calle,

que corresponde al grupo de personas que sin distingo de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, mental u oficio, viven en la calle de manera permanente o por períodos prolongados, y con ella (la calle) establecen una estrecha relación de pertenencia y de identificación, haciendo de su vida allí una opción permanente en contextos de una racionalidad y de unas dinámicas socioculturales que les son propias y particulares y reúne al total de los habitantes de calle y de los habitantes en la calle.

Correa también realiza una categorización de las personas que viven en la calle ellas son:  
Habitante de calle: es “aquella persona de cualquier edad que generalmente ha roto en forma definitiva los vínculos con su familia y hace de la calle su espacio permanente de vida”

Habitante en la calle: es el menor de 18 años edad que hace de la calle el escenario propio para su supervivencia y la de su familia, alternando la casa, la escuela y el trabajo.

Mientras para Ruíz et al. (Citado por Universidad Nacional, Min Protección Social, 2007) los habitantes de calle son grupos de personas que:

Sin distingo de edad, sexo, raza, estado civil, condición social, condición mental u oficio, viven en la calle permanentemente o por periodos prolongados, y con ella establecen una estrecha relación de pertenencia y de identidad, haciendo de la vida de la calle una opción temporal o permanente, en contextos de una racionalidad y de una dinámica sociocultural que les es propia y particular. (p 8).

Por último Ramos, Ortiz, & Nieto. (2009) considera como habitantes de calle a:

Toda persona que no residen de manera permanente en lo que se considera una vivienda proto-típica como casa, apartamento o cuarto, por lo menos 30 días continuos y de manera estable, al menos 60 días en la misma unidad, además por su condición económica, física o mental se encuentran en circunstancia de vulnerabilidad en diferentes aspectos como salud, seguridad y desarrollo humano. (p.29)

Conociendo las diferentes denominaciones de la población en cuestión, este estudio tomo para su desarrollo el término Habitante de calle como lo considerado por la investigación chilena (2005) en la cual hace alusión precisa de la forma como el Habitante de calle se establece en lugares por periodos cortos y a su vez hace uso de programas sociales que

ofrecen residencia, así mismo se tomo en cuenta lo expresado por Ramos, et al., (2009) al referirse a las condiciones de vulnerabilidad frente a circunstancias como salud y seguridad.

Como se mencionó antes, una de las causas que origino la aparición de habitantes de calle fue el contexto económico, estos datos dan cuenta que la pobreza es la forma más relacionada. En el año 2009 la CEPAL informó que la incidencia de la pobreza alcanzó 33.1% de la población de la región, incluido un 13.3% en condiciones de pobreza extrema, estas cifras significaron 183 millones de personas pobres y 74 millones de habitantes de calle (CEPAL 2010)

En Colombia durante la crisis al finalizar los años noventa, la pobreza se incremento en las zonas rurales y urbanas, pasó de 51% (1996) a 57.5% (1999) (Campusano MR, 2008). No obstante en 2009, la tasa de pobreza extrema cayó de manera significativa alcanzando 16.5% de indigencia, con un porcentaje de pobreza de 45.7% (CEPAL 2010), en este año 7'159.172 personas vivieron en condición de indigencia (Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP), 2010, abril). Para el 2010 la pobreza disminuyo a 37.2% (MESEP, 2012, Mayo). En un informe de la Contraloría General de la República, 2004 (Citado por Universidad Nacional, Ministerio de Protección Social, 2007) se encontró que el 70% de esta población se concentro en las ciudades más grandes como: Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Cartagena.

De igual manera la situación particular de Colombia frente al conflicto armado aumento el desplazamiento forzado, en el 2009 fue 2.871.549 personas y en el 2010 aumento a 3.630.987 (Codhes, 2010); así mismo aumentaron las tasas de violencia intrafamiliar y de género (Tirado & Correa, 2009 Abril). También, las condiciones estructurales de la sociedad promovieron el incremento de esta población debido a la constante inequidad social, particularmente Bogotá es una sociedad que no es favorable a la distribución

económica equitativa, con ausencia de políticas que atiendan la solución de problemas como: la carencia de educación, el desempleo y el déficit de vivienda (Secretaría Distrital de Integración Social, 2008).

En 2007 el porcentaje de población bajo la línea de pobreza en Bogotá fue de 32.1% y el porcentaje de población bajo la línea de indigencia fue de 7.4% (Alcaldía Mayor de Bogotá., Secretaría Distrital de Planeación, 2009); en el 2009 la pobreza alcanzó el 20% y el nivel de indigencia fue de 4.1% (MESEP, 2010, abril), para el 2010 Bogotá redujo el porcentajes de pobreza (15,5%) e indigencia (2,6%) (Medellín cómo vamos, 2012, 17 de enero).

Frente a esta situación las intervenciones de protección social se realizaron para la mitigación de la pobreza como un hecho histórico, en primera instancia desde la caridad y después mediante la implementación de políticas públicas (Gobierno de Chile, 2005), dirigidas a tres ejes: asistencia básica que se ejecuta desde las distintas instancias de promoción social, salud y gobierno, este último se enfoca al desarrollo de control para garantizar la seguridad de la población general (Universidad Nacional, Ministerio de Protección Social, 2007).

Para la implementación de la política pública fue importante determinar las características de la población objetivo, en el país varias ciudades, entre ellas las que presentaron mayor densidad poblacional, desarrollaron estrategias para conocer el número de habitantes de calle, entre ellas se encontraron las siguientes: Medellín en el censo de 2002 encontró 6913 habitantes de calle de los cuales el 75% correspondieron al grupo en edad económicamente productiva, 18 a 59 años (Correa Arango, 2007), en Cali se identificaron a 3620 Habitantes de calle en el censo realizado en 2005 (Alcaldía de Santiago de Cali, 2005), mientras en el



2001 en Pereira se censaron a 1450 personas con habitabilidad en calle (Alcaldía de Pereira, 2008, Mayo).

En Bogotá se han hecho cinco censos de Habitantes de Calle los cuales han permitido establecer características generales de forma de vida, causas de su hábitat en la calle, relaciones de redes sociales etc. y finalmente para determinar la dirección de las intervenciones (Secretaria Distrital de Integración Social, 2008). Ver la tabla 3

**Tabla 3** *Número de habitantes de calle de Bogotá según los censos realizados 1997-2007*

Año censo	Población
1997	4.515
1999	7.793
2001	11.832
2004	10.077
2007	8.385

Fuente: Ramos, L., Ortiz, J., & Nieto, C. (2009), Secretaria Distrital de Integración Social (2008), Alcaldía Mayor de Bogotá. Censo sectorial Habitantes de la Calle, Informe Final. (2000)

La información del último censo (quinto censo del Habitante de calle) realizado en el 2007 proporciono información para el análisis de varios aspectos entre ellos el desplazamiento, donde se obtuvo que el 44.8% de las personas habitantes de calle nacieron en municipios o ciudades diferentes a Bogotá; de ellos, 24.2% se trasladó buscando medios de subsistencia, 17.2% porque se considera errante, 16.1% por gusto por Bogotá y 17.4%, para escapar de situaciones violentas o amenazantes. Las localidades con mayor porcentaje de habitantes censados fueron: Santa Fe, Mártires y Candelaria; estas localidades representaron el 47.1%, además se conoció que el 56.6% de ellos comenzó a habitar la calle siendo menor de edad. Así mismo, este censo permitió identificar la menor cifra de habitantes de calle en los últimos diez años (Ramos, Ortiz, & Nieto. 2009).

Adicional a esto, establecieron 4 categorías de acuerdo a las características del Habitante de calle, ellas son: ‘desalojados’, ‘bohemios’, ‘achacosos’ e ‘institucionalizados’ (Ramos, Ortiz & Nieto, 2009).

La población Habitante de calle no solo se ha hecho visible a través de las investigaciones, sino también mediante la generación de normativa establecida en la legislación colombiana, la cual se fundamenta en el artículo 13 de la Constitución de 1991 que hace referencia a la igualdad: “Todas las personas nacen libres iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica”. De igual manera, hace referencia a que el “Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas en favor de grupos discriminados o marginados. Además, protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad”. Al mismo tiempo deja de considerar la mendicidad como un delito y la drogadicción se reconoce como un asunto que atañe a la autonomía personal (Constitución Nacional, 1991).

La Ley 100 de 1993, en el artículo 153, numerales 1 y 2, hace referencia a los fundamentos del servicio público, siendo la equidad y la obligatoriedad parámetros del servicio de salud. El Artículo 154, literal e; establece la gratuidad y obligatoriedad en los términos que señale la ley para la atención básica en salud; el artículo 156, literal j, señala la obligación de asegurar el ingreso de toda la población al sistema nacional de salud, creando un régimen subsidiado para los más pobres y vulnerables, financiado con aportes fiscales de la nación, de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y los recursos de los afiliados en la medida de su capacidad (Ley 100, MPS, 1993).

Por su parte el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, estableció medidas para la protección de la población vulnerable, se presenta en la tabla 4. De igual manera el Gobierno Distrital también emitió normativa con referencia a esta población, tabla 5.

**Tabla 4** *Normativa del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*

Normativa a nivel nacional	
Acuerdo 77 de 1997 en el artículo 5	Establece que la población indigente debe ser reconocida como beneficiaria del régimen subsidiado sin la aplicación del SISBEN
el Acuerdo 244 de 2003 en el Art. 4, numeral 7	Establece la identificación de los posibles beneficiarios del Régimen Subsidiado sin necesidad de aplicar la encuesta del Sisben, que en el caso de la población Habitante de calle, el listado censal de potenciales beneficiarios será elaborado por la respectiva alcaldía municipal.
Decreto 205 de 2003	Por el cual le asigna la dirección y coordinación de programas especiales encaminados a proteger y cuidar la calidad de vida de las poblaciones en alta vulnerabilidad a la Dirección General de Promoción social

*Fuente: (Bogotá D. C., Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social, 2007 y Universidad Nacional, Ministerio de Protección Social, 2007)*

Esto generó la responsabilidad del diseño de intervenciones a cargo de la Secretaria de Integración Social, en el caso de Bogotá, su misión fue dirigir los programas de poblaciones vulnerables y el reconocimiento de sus derechos (Universidad Nacional, Ministerio de la Protección Social, 2007).

Volviendo a los ejes de la política pública la asistencia básica en la promoción social se hizo mediante la implementación de programas de nutrición y hogares de paso que han evitado que las personas vivan en condiciones precarias mientras se encuentran dentro de la institución que los atiende, sin embargo estos programas no afectan las causas estructurales de la desigualdad, relacionadas con la mala distribución del ingreso, la riqueza y el suelo (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, 2008).

**Tabla 5** *Normatividad emitida por el Distrito de Bogotá para el Habitante de calle*

Normatividad para los Habitantes de calle de Bogotá	
Consejo de Bogotá	
Acuerdo 13 de 1995 del	crea el Programa Integral de Protección y Seguridad Social a los indigentes de la ciudad de Santafé de Bogotá D.C
Acuerdo 79 de 2003	Se expide el código de policía artículo 53 y 54
Decretos y resoluciones de la alcaldía mayor de Bogotá	
Decreto 897 de 1995	Se crea el Programa Distrital de Atención al Habitante de calle
Decreto 630 de 1998	La dirección del DABS otorga la identificación y certificación de la población indigente mayor de edad
Decreto 593 de 1999	Se deroga el decreto 630 de 1998 y se delega su función
Decreto 854 de 2001	Delega a subdirector de intervención social del Departamento de Bienestar Social la identificación de la población indigente
Decreto 136 de 2005	Se formulan acciones prioritarias para brindar protección integral a la población Habitante de calle de Bogotá
Decreto 170 de 2007	Se crea la Mesa Permanente del Plan de Atención Integral para el ciudadano (a) Habitante de calle
Otras disposiciones	
Resolución 007 del 22 de noviembre de 1999 del DABS	se encarga al DABS, el manejo del Habitante de calle de la ciudad mediante el desarrollo de Brigadas de Acercamiento en Calle
Resolución 0716 del 22	Se hace reglamentación del Programa Habitante de calle propuesta por el DABS.

*Fuente: Bogotá D, C., Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social, 2007)*

El otro sector de intervención de la política pública dirigida a esta población tiene que ver con la salud, la cual presento una regulación nacional especificada a través del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). El acceso se realizo mediante una certificación o carta de indigencia, bajo la figura de población pobre no asegurada. La cobertura en servicios de salud cubre emergencias y atención básica, sin garantizar situaciones que requieran una atención más especializada, coherente con el servicio que es solicitado por ellos al llegar en estados críticos de salud debidas a heridas de riñas callejeras o enfermedades crónicas o infecciosas (Universidad Nacional, MPS., 2007).

Por su parte las actividades de promoción de la salud o prevención de la enfermedad estan limitadas hacia salud sexual y reproductiva, consumo de sustancias psicoactivas y

problemas de salud mental cuando se tornan agresivos y es necesario controlarlos. Hasta el momento se exhibe carencia de servicios para enfermedades crónicas, discapacidades, cobertura para VIH/SIDA, TB y atención al adulto mayor. En cuanto a la atención en salud, el acceso a los servicios se expone con bastantes dificultades debido a la carencia de documentos de identificación, se conoció que un 83.2% carece de afiliación a un régimen; 14.2% cuenta con SISBEN; 1.5% se encuentra afiliado a una EPS (Universidad Nacional y el MPS., 2007)

La información generada en el último censo del Habitante de calle de Bogotá, expuso que del total de población censada el 46.8% no tiene ninguna vinculación al sistema de salud, 25.3% se encuentran como población pobre no asegurada, el 22% esta en el régimen subsidiado y el 2.9 esta en el régimen contributivo y no presento información el 3%. (Ramos, L., Ortiz, J., & Nieto, C., 2009).

**1.5.4. Habitante de calle como población vulnerable ante la tuberculosis.** La vulnerabilidad se define como la susceptibilidad a ser herido, abierto al ataque. Cuando se refiere a las personas, se habla de la susceptibilidad o capacidad de los individuos de sufrir un daño particular, cuando se aplica a los problemas de salud, hace mención a la capacidad que tiene el problema para responder a una determinada intervención (ONUSIDA, 2009 Junio).

El Habitante de calle es reconocido bajo la definición de población vulnerable, entendida como los grupos o comunidades que por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, genero o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión, para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas (Mecanismo de seguimiento y evaluación PDHDF, 2009 Agosto).

Según ONUSIDA (Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Pública., Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida ONUSIDA, 2006, Mayo) La vulnerabilidad de este grupo está representada por : relaciones sexuales múltiples sin protección, presencia de infecciones de transmisión sexual (ITS), visión a muy corto plazo de la supervivencia, desconfianza frente al "sistema", inexistencia de programas de prevención orientados a este grupo, carencia de servicios de salud y de acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Varios estudios han demostrado que la población Habitante de calle se encuentra afectada por numerosas enfermedades como: desnutrición, diabetes, hipertensión, enfermedades parasitarias e infecciosas y problemas de discapacidad física y altos índices de SIDA y TB (Tirado & Correa, 2009 Abril), la coinfección fue de 34% en Estados Unidos en esta población entre 1994 y 2003 (Barker, A., Caughlan, J., Alvaran, M. & Post, P., 2006, Marzo). Así mismo el estilo de vida del Habitante de calle denota altos niveles de alcoholismo y drogadicción, así como de prostitución, maltrato y explotación infantil. (Correa M, 2007, Diciembre)

En el país son pocos los datos acerca de la situación de TB en el Habitante de calle, las investigaciones realizadas se centran en Medellín donde se encontró que una gran proporción de esta población fue afectada por afecciones del aparato respiratorio incluidas la neumonías, los procesos virales y la TB (Tirado Otálvaro, & Correa Arango, 2009, Abril).

Dentro de las preocupaciones que despierta la grave situación de salud de la población Habitante de calle frente a la TB (tasas hasta 20 veces mayor que la población general) (Figueroa Muñoz & Ramón Pardo, 2008), resalta las dificultades encontradas con respecto al control de la enfermedad dadas por la poca adherencia al tratamiento antituberculoso

presentando un riesgo tres veces mayor de abandonarlo (Muñoz Sánchez, A.I., & Bertolozzi M.R. 2009) que otras poblaciones y que se presenta como un factor de riesgo en la adquisición de farmacorresistencia, se conoció que uno de cada cuatro pacientes con abandono tendrán riesgo de MDR-TB, (MPS, 2010) y alrededor del 20% desarrollara resistencia bacteriana por lo menos a un medicamento (Alejandra Galiano & Montesinos, 2005)

El abandono se define como la suspensión del esquema de tratamiento durante un mes o mas sin indicación médica, esta es la principal limitación para lograr la curación de la enfermedad, siendo el mayor factor determinante en el fracaso terapéutico y antecedente frecuente de mortalidad por TB (Cáceres & Orozco, 2007).

De acuerdo a Tirado Otálvaro, & Correa Arango. (2009, Abril) el factor de riesgo asociado con la inasistencia de los habitantes de calle a los programas de Promoción y Prevención como el de TB, en el cumplimiento del tratamiento en Medellín es: la creencia acerca de la no gratuidad en la atención en salud (consulta médica, hospitalización, urgencias, programas, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación) por parte del Estado

Otro estudio identificó factores de comportamiento relacionados con las experiencias de cada persona y de las informaciones que ofrece la sociedad, tomando relevancia el estigma creado sobre la enfermedad tuberculosa. Factores que concernieron al personal de salud con respecto a las explicaciones del tratamiento, donde se encontró que la ausencia de un protocolo de comunicación del mismo produjo incompletas interpretaciones, así mismo se encontró que se hace poco énfasis en la necesidad de que el tratamiento sea completo para evitar resistencia a los antibióticos y controlar la aparición de TB farmacorresistente. El abandono del tratamiento también se relacionó con el prologado tiempo de duración, la adicción alcohol y drogas y no tener apoyo social (institucional). Adicional a esto encontró

que la prevalencia de la enfermedad es mayor en pacientes de sexo masculino, así mismo son los que presentan mayor cantidad de abandonos del tratamiento (Álvarez, Correa & Uribe, 2009).

En Bogotá no se cuenta hasta el momento con información sobre la situación de TB y de abandono en la población Habitante de calle, sin embargo se tiene conocimiento que las tasas de abandono en la población general superan el indicador nacional de seguimiento de 5%, no obstante fue menor que el valor que se obtiene del nivel nacional calculado en 9,2% para el 2008 (Rodríguez & Vera, 2010).

La intervención de la Alcaldía Mayor de Bogotá, dentro del Plan de desarrollo “Bogotá Positiva” y bajo la dirección de la Secretaría Distrital de Integración Social, establecieron el proyecto “501 Adulterez con oportunidades” inscrito en el objetivo estructural Ciudad de derechos, que busca la construcción de una ciudad en la que se reconozcan, restablezcan, garanticen y ejerzan los derechos individuales y colectivos en la que se disminuyan las desigualdades injustas y evitables donde están incluidas la poblaciones con habitabilidad en calle, discapacidad y prostitución (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010).

Así mismo, con el diseño del proyecto de Atención Integral para la inclusión social de ciudadanos y ciudadanas habitantes de calle, se busco atender a la población entre 22 y 59 años, para su inclusión social y económica, desde las perspectivas de derechos y género, y del ejercicio de la corresponsabilidad. Para el logro del objetivo, se desarrollaron cuatro modalidades: acercamiento en calle, atención integral, desarrollo personal y fortalecimiento en la ciudad (Alcaldía Mayor de Bogotá., & Secretaria Distrital de Integración Social, 2010, 9 de marzo).



Para ello, se adecuo un centro denominado *Hogar uno día noche*, donde las instalaciones ofrecen la permanencia del Habitante de calle de día y de noche, al igual que alimentación e higiene, además proporciona servicio de salud incluyendo odontología, psiquiatría, trabajo social y (Alcaldía Mayor de Bogotá., & Secretaria Distrital de Integración Social, 2010, 9 de marzo).

El Hogar de paso recibió en promedio 170 personas en el día y en la noche recibió a personas provenientes de otros hogares de paso como de la sección OASIS y de la ONG Oriente, otra de las funciones que realizo este centro día fue la certificación de los ciudadanos como habitantes de calle que les otorgo la atención en la red hospitalaria. (Entrevista personal área de salud, marzo 2010)

Así mismo, es el centro de operación del Programa de Prevención y Control de TB desde 2009, dirigido al Habitante de calle bajo la dirección de la Secretaria de Salud de Bogotá, las acciones desarrolladas implicaron la detección, tratamiento y seguimiento del enfermo con TB al igual que acciones de sensibilización e información sobre la enfermedad (Dirección de Salud Pública., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2009, Abril).

**1.5.5. Estado del Arte.** La población Habitante de calle en los últimos años se ha convertido en una preocupación no solo en el ámbito social, sino también en salud en los países desarrollados y en vía de desarrollo (Antonie, Maguire, & Story, 2006). Se ha conocido que en los países con baja incidencia de TB, esta se concentra en grupos con alta vulnerabilidad como la población Habitante de calle como sucedió en Inglaterra, (Antonie, Maguire, & Story, 2006) y Estados Unidos (McAdam, Bucher, Brickner, Vincent & Lascher, 2009 Julio).

Las investigaciones desarrolladas en la población Habitante de calle provino de centros educativos como universidades a través de trabajos de investigación, hospitales y organizaciones no gubernamentales, se encontraron relacionadas con aspectos de tipo social, otros presentaron hallazgos relacionados con la vulnerabilidad a los procesos de infección establecieron el estado de salud de esa población e identificaron los factores de riesgo de la enfermedad tuberculosa, así como factores de abandono al tratamiento, entre otros (McAdam, Bucher, Brickner, Vincent & Lascher, 2009 Julio), (Hwang, 2001, Enero) y en menor proporción se han dedicado a estudios epidemiológicos o de tipo evaluativo que concierna la estrategia Alto a la TB, sin embargo se encontró que los trabajos hacen alusión a las metas establecidas por la OMS frente a la curación y la detección de casos.

En un estudio realizado en 1998 en EEUU se reportó que el 6.3% de los habitantes de calle padecieron TB, se encontró que tenían mayor probabilidad de contraer la enfermedad que la población en general debido a factores de riesgo como: contacto con otros habitantes de calle con TB, desnutrición, dificultades en el acceso a los servicios de salud, baja adherencia al tratamiento, consumo de sustancias psicoactivas, alcoholismo e infección por VIH/SIDA (Curry International Tuberculosis Center, 2007).

Londres tiene una de las mayores tasas de TB en Europa, en el 2009 se registraron 9.040 casos de TB siendo la incidencia de 15 casos por 100.000 habitantes, concentrada en áreas particulares. En contraste la tasa de incidencia en habitantes de calle de esta ciudad fue de 300 por 100.000 habitantes (Burki, 2010).

En Toronto, Canadá el 19% de los habitantes de calle con TB mueren en el mes 12 después de ser diagnosticados con la enfermedad, la misma proporción de hace 10 años, la TB se encuentra en nichos de pobreza y exclusión social (Khan, et al, 2011).

La percepción de la salud y la enfermedad en estos grupos se alteran dando lugar a un impacto negativo en los comportamientos de búsqueda y acceso a los servicios de salud. Otros factores importantes a nivel social son las redes de apoyo, la exclusión social, la accesibilidad reducida a la asistencia sanitaria, la falta de participación igualitaria en la sociedad, la falta de confianza, comprensión o respeto por el sistema de salud, todo esto genero mayor sufrimiento y gastos, además de un mayor riesgo de transmisión de la enfermedad en la comunidad (Figueroa Muñoz & Ramon Pardo, 2008).

En algunos países como Estados Unidos, no tienen datos establecidos como país de la cantidad de personas que habitan en calle, debido a que esta población no ha sido incluida en los censos realizados, la información extraída de las bases de datos del Departamento de Salud Pública, permitió conocer en un estudio realizado entre 1994 a 2003 que la proporción anual de casos asociados con habitabilidad en calle fue de 6.1% a 6.7%, (McAdam, Bucher, Brickner, Vincent & Lascher, 2009). Mientras en Bogotá la proporción durante los dos años fue de 5.2% (Rodríguez & Vera, 2010).

A nivel de Colombia varias ciudades, entre ellas las que presentan mayor densidad poblacional, desarrollaron estrategias para conocer el número de habitantes de calle, (Medellín, Cali, Pereira), sin embargo las investigaciones han sido en mayor número de corte social, identificando causas de su condición, exclusión, pobreza etc. Poco se conoce de la situación de salud de esta población a nivel general, sin embargo se encontró dos investigaciones realizadas en Medellín con respecto a TB, en una de ellas se exploró el estilo de vida, de los habitantes de calle enfermos con TB (Correa, et al, 2012).

La otra investigación, dio cuenta de los factores sociales de la TB y se encontró por primera vez datos epidemiológicos, donde se encontró que de los 426 pacientes incluidos, el 43% eran SR, de los cuales el 18.6% fueron positivos para TB (Tirado & Correa, 2009 abril).

En cuanto a la farmacorresistencia, desafortunadamente, no existe un antecedente nacional en poblaciones vulnerables, sin embargo si existe evidencia por estudios hechos en otros países de la presencia de resistencia a los medicamentos antituberculosos en habitantes de calle, en Canadá en un estudio realizado con esta población entre 1998 y 2007, se encontró que el porcentaje de resistencia a fármacos de primera línea fue de 2%, (Khan, Rea, McDermaid & Stuart, 2011) un valor cercano al reportado para Colombia en población sin tratamientos anteriores y no vulnerables.

De igual manera, se encontró que los datos epidemiológicos se establecieron no como datos nacionales, sino como resultado de investigaciones de regiones puntuales, por ejemplo en Canadá los estudios fueron realizados en varias ciudades como Toronto, Montreal en donde se encontró una incidencia de 13.2 casos por 100.000 habitantes (Tan de Bibiana, et al, 2011), en San Francisco, Estados Unidos fue 270 casos por 100.000 habitantes por año (Moss, et al, 2000) y se han reportado incidencias más altas en Habitantes de calle como en la región norte de Polonia donde fue de 1950 casos por 100.000 habitantes en el año 2005 (Romaszko, Buciski, Wasinski Roslan & Bednarski, 2008).

También es de anotar que los análisis en países como Estados Unidos incluyen numerosas variables dentro de las cuales se pudo determinar que las expectativas de vida de las mujeres y los hombres bajo la condición de habitabilidad en calle son similares (National Coalition for the Homeless, 2009, July) contrario a lo que sucede en la población general donde las mujeres presentan mayor expectativa de vida que los hombres (WHO, 2009).

Otro elemento que se tuvo en cuenta fue las relaciones creadas entre entidades para beneficiar el estado de salud del habitante de la calle, aunque se conoce que históricamente siempre ha existido una atención al Habitante de calle como una obra humanitaria, se ha podido evidenciar que esas actividades las han realizado organizaciones privadas y en tal

caso el Estado ha obviado su responsabilidad de protección frente a esa población, (Universidad Nacional, Ministerio de Protección Social, 2007), sin embargo no siempre pasa así, también existe evidencia de que acciones de atención en salud se han dirigido a esta población a través de la solicitud de la entidad privada al sector público para actuar en aspectos específicos de salud pública o por organizaciones públicas sin relación con el sector salud (Asociación Médicos del Mundo., & Hospital La Perseverancia Empresa Social del Estado, 2000 Noviembre).

## Capítulo 2. Metodología

### 2.1. Tipo de Estudio

Estudio de caso para la evaluación de los procesos y resultados del Programa de Prevención y Control de tuberculosis implementado por la Secretaria de Salud de Bogotá en el “Hogar uno día noche” entre 2009 y 2010, a través de la comparación con lo establecido por la OMS con la Estrategia Alto a la Tuberculosis. Se realizó un estudio de tipo descriptivo con base en fuentes de revisión retrospectivas y entrevistas semiestructuradas.

### 2.2. Obtención de la Información

**2.2.1. Revisión documental.** Las fuentes revisadas fueron: informes de las intervenciones de las políticas surgidas en beneficio de la población Habitante de calle con los cuales se realizó un recuento cronológico en la atención al Habitante de calle en el Distrito de Bogotá, que dio paso a explicar la intesectorialidad en la Prevención y Control de la Tuberculosis en los Habitantes de Calle, en donde se señalaron los resultados del análisis hecho a alianzas establecidas entre la SDIS y la SDS en la atención integral a esta población vulnerable.

De igual manera se indago por la información manejada por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la SDS de Bogotá D.C.

Las fuentes fueron páginas oficiales y documentos electrónicos:

- Página web de las SDIS
- Proyecto Habitante de calle, Unidad Móvil, Aprendizaje producto de experiencias, vivencias, visiones e interpretaciones durante el proceso, Bogotá noviembre de 2000.

Producida por Médicos del Mundo, y la Serie Bienestar Social, Inclusión social del Habitante de calle, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2000

- Censo del Habitante de calle de 1997 a 2007.
- Serie Bienestar Social, Inclusión social del Habitante de calle, Alcaldía Mayor de Bogotá, 2000
- Desarrollos Normativos Proyecto 7312 " *“Atención Integral para la inclusión Social de los Ciudadanos/as Habitantes de calle”*
- Proyecto 501: *“Adulterez con oportunidades”*
- El trabajo realizado por la Universidad Nacional en el Convenio interadministrativo 1398 de 2005, Un Modelo de Gestión Social: La Ocupación Como Factor de Inclusión y Calidad de Vida de Población Vulnerable, la pagina oficial de la Alcaldía Distrital de Bogotá en boletines especiales generados a partir de la Secretaría de Integración Social.
- Base de datos libro de registro de pacientes con tuberculosis del *Hogar uno día noche*
- Cohortes años 2009 y 2010 de habitantes de calle enfermos con tuberculosis que ingresaron al *Hogar uno día noche* de la ciudad de Bogotá suministrados por la SDS
- Cohortes años 2009 y 2010 de la población enferma con tuberculosis de la ciudad de Bogotá suministrados por la SDS.

**2.2.2. Revisión de Bases de datos de la Secretaria Distrital de Salud del Programa Prevención y Control de Tuberculosis.** Las bases de datos correspondieron a la información del libro de registro de pacientes con TB, con esta información se calcularon los indicadores de gestión, seguimiento y de impacto, de igual manera se extrajo la información como: forma de TB, tipo de afiliación al SGSSS, caso nuevo o antes tratado (condición de ingreso), condición de egreso del Programa, la información de la realización de la prueba de VIH, control bacteriológico, de la misma manera se estableció la clasificación de las poblaciones analizadas a través de la dirección de residencia así: la

población Habitante de calle en la casilla de dirección presentaron la denominación de Habitante de calle, al mismo tiempo esta información fue cotejada con la base de datos suministrada por el Hogar uno día noche y de esta manera determinar las otras poblaciones al extraer de la información total, la información de Habitante de calle atendida en el hogar uno día noche y la que siendo Habitante de calle no accedió al Hogar.

Métodos epidemiológicos: construcción y análisis de los indicadores del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis durante los dos años

**2.2.3. Entrevistas semiestructuradas:** se desarrollaron entrevistas semiestructuradas a los funcionarios que administraron y coordinaron la atención del Habitante de calle en el Hogar de Paso y a los responsables del manejo de los enfermos con TB en la red hospitalaria distrital, en las cuales se exploraron las siguientes características:

- Entrevista #1: alianzas de intersectorialidad, fortalecimiento de los programas, talento humano, cumplimiento de la estrategia DOTS/TAES, Indicadores del la Estrategia Alto a la TB
- Entrevista #2: análisis de los indicadores de: gestión, seguimiento y de impacto.
- Entrevista #3: reconstrucción del manejo de las acciones de Programa de Prevención y Control de Tuberculosis antes de la existencia del Hogar de paso Centro día.
- Entrevista #4: conocer el funcionamiento del Proyecto 501 que concierne al habitante la calle.
- 
- Los siguientes son los actores a quienes fueron aplicadas las encuestas:
- En el *Hogar uno día noche*:



Coordinadora de salud: Dra. Claudia Rivera

Auxiliar de enfermería: Gloria Rozo

Programa de Prevención y Control de Tuberculosis:

Enfermera profesional: Xila Jimena Soto Martínez

Auxiliar de enfermería: Yolanda García

▪ Red Hospitalaria Distrital:

Dr. Carlos Awad – Hospital Santa Clara

Dr. Néstor Fernández – Hospital Centro Oriente

### **2.3. Métodos Epidemiológicos**

**2.3.1. Definición de casos de tuberculosis:** Se incluyo como caso de tuberculosis a los pacientes que cumplieron con los siguientes criterios:

- Sintomático respiratorio diagnosticado con tuberculosis pulmonar como caso nuevo o antes tratado confirmado bacteriológicamente (baciloscopia positiva) o por cultivo.
- Casos de TB todas las formas en habitantes de calle
- Habitante de calle con coinfección TB-VIH/SIDA.
- Población general de Bogotá con tuberculosis durante 2009 y 2010

**2.3.2. Indicadores para la Evaluación.** Los indicadores de resultado a comparar comprenden: indicadores de captación, curación y los indicadores complementarios que incluyen:

Indicadores de Control de Gestión	Indicadores de captación:
	* Porcentaje de captación de sintomáticos respiratorios
	* Positividad de la baciloscopia
Indicadores de seguimiento	* Concentración de baciloscopia
	* Porcentaje de curación
	* Porcentaje de tratamientos terminados
	Indicadores Complementarios
	* Porcentaje de abandono
	* Porcentaje de fracasos
	* Porcentaje de fallecidos
	* Porcentaje de transferidos
	* Porcentaje de negativización bacteriológica al segundo mes de tratamiento.
	Indicadores epidemiológicos:
	* Incidencia
* Mortalidad	
* Letalidad	

*Fuente Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, Ministerio de salud Dirección General de Promoción y Prevención. Bogotá, 2002*

## 2.4. Plan de Análisis

La información obtenida como resultado de éste estudio se presentó resolviendo cada objetivo propuesto y relacionando su contenido con los componentes de la Estrategia Alto a la Tuberculosis correspondiente.

**2.4.1. Objetivo 1.** Para el objetivo uno se incluyó el desarrollo del componente uno de la estrategia Alto a la TB, evidenciando el compromiso político mediante el respaldo de la legislación y el establecimiento de alianzas en cumplimiento del plan estratégico Colombia libre de Tuberculosis 2010- 2015 para mejorar la atención a la TB en términos de acceso y calidad de los servicios de salud. Adicionalmente a esto se incluyeron los otros cuatro puntos que componen al DOTS aplicados al manejo del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle del *Hogar uno día noche*.

**2.4.2. Objetivo 2.** Para responder el objetivo 2, inicialmente se describió la atención en salud como un derecho para los habitantes de calle de la ciudad de Bogotá y posterior a esto se expuso la dinámica de la atención en salud en red hospitalaria distrital y el *Hogar uno día noche*.

A continuación se explicaron los elementos del proceso para alcanzar el éxito del tratamiento antituberculoso en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle del *Hogar uno día noche*, estos correspondieron a: la cobertura de las actividades del programa, disponibilidad de insumos, talento humano entrenado y la organización de las redes de centros de salud y laboratorios, la frecuencia de supervisión y la calidad de las intervenciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, este objetivo se relacionó con el componente 3 de la estrategia Alto a la TB, que consiste en desarrollar 6 puntos (Prestación de servicios, Personal sanitario, Información en salud, Productos médicos, vacunas y tecnología, Sistema de financiación de la salud, Liderazgo y Rectoría), enfocados al fortalecimiento de los sistemas de salud dentro de los cuales el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, como un programa de salud pública es importante para alcanzar las metas propuestas y obtener buenos resultados en salud, la metodología se desarrolló exponiendo las fortalezas y debilidades de cada punto aplicado al manejo del Habitante de calle enfermo con TB desde este programa en el *Hogar uno día noche*.

**2.4.3. Objetivo 3.** Para realizar el análisis en el objetivo 3 se tomó la información de las bases de datos (libro de registro de pacientes y cohorte 2009 y 2010) suministrada por la SDS de Bogotá y se clasificó la población enferma con TB en:

Población total de Bogotá: son los casos de TB todas las formas, nuevos y antes tratados del año 2009 y 2010, incluye población general y Habitante de calle con y sin intervención.

Población general de Bogotá: son los casos con TB todas las formas, nuevos y antes tratado del año 2009 y 2010 no incluye los habitantes de calle con y sin intervención.

Población Habitante de calle sin intervención: son los casos de TB todas las formas, nuevos y antes tratado del año 2009 y 2010, diagnosticados en la red hospitalaria distrital.

Población Habitante de calle con intervención: son los casos de TB todas las formas, nuevos y antes tratado del año 2009 y 2010, diagnosticados mediante la acción del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis del *Hogar uno día noche*.

Inicialmente, se realizó una caracterización de los Casos Diagnosticados con TB en las diferentes poblaciones, según las condiciones socio-demográficas (edad, sexo) y de afiliación al sistema de salud.

A continuación se realizó el Análisis comparativo de los indicadores de resultado (indicadores de control de gestión y de seguimiento) del Programa de Control y Prevención de Tuberculosis dirigido a habitantes de calle sin intervención y a la totalidad de la población de Bogotá.

Para los indicadores de control de gestión que comprenden los porcentajes de captación y curación, se tomo en cuenta la población total de Bogotá y la población Habitante de calle

con intervención, debido a que estas presentaron información sobre la programación de metas de sintomáticos respiratorios a captar por año. En este punto se incluyó la información sobre la baciloscopia y el cultivo en los casos nuevos BK positivos como una de las actividades del programa en la atención del enfermo con TB.

Posterior a esto se realizó la comparación de los indicadores de seguimiento con sus diferentes componentes: porcentaje de curación, de tratamiento terminado e indicadores complementarios que incluyen: porcentaje de pacientes que fracasaron al tratamiento antituberculoso, abandonos, pacientes remitidos y muertes por cualquier causa; aplicados a la población general de Bogotá y Habitante de calle con y sin intervención.

Considerando el contenido de la información operativa de este objetivo se incluyó el componente 2 de la estrategia Alto a la TB se realizó comparación sobre la influencia de la intervención o no intervención en el estado de farmacorresistencia y coinfección TB-VIH/SIDA.

**2.4.4. Objetivo 4.** Finalmente en el objetivo 4 se analizaron los indicadores epidemiológicos y se mostró el efecto de la intervención en cuanto a la mortalidad y la incidencia de la enfermedad

### **Capítulo 3. Resultados, Análisis e Interpretación**

#### **3.1. El Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la Atención al Habitante de calle de Bogotá en desarrollo del componente uno de la Estrategia Alto a la Tuberculosis**

En el desarrollo del primer punto de la estrategia alto a la TB se resalto el alcance del apoyo político al reconocimiento de la población Habitante de calle como ciudadano y como población vulnerable con derecho a la atención en salud dentro del cual se incluyen los programas de salud pública como el de la TB.

De igual manera se resalta como parte de esta punto la alianza establecida entre dos dependencias gubernamentales distritales para beneficiar a esta población en la atención integral y el control de TB,

**3.1.1. La Política Pública en la Prevención y Control de la Tuberculosis en el Habitante de calle en el Distrito de Bogotá.** El compromiso político planteado para la atención en salud del Habitante de calle partió del reconocimiento político como ciudadano, a través de la constitución colombiana de 1991 y de las políticas públicas plantadas para su atención integral, en la cual se encuentra la atención en salud.

Para Describir los antecedentes de la política pública en la atención al Habitante de calle en el control y prevención de TB como una forma de apoyo político se describe el reconocimiento del derecho a la salud y al acceso a los servicios de salud pública para ello es importante conocer los datos históricos de la atención a esta población desde las entidades públicas y ver su evolución hasta establecer un compromiso político

Parte de los antecedentes históricos de la intervención del sector público con el Habitante de calle en la ciudad de Bogotá, expresados en este documento, son el resultado del testimonio de las personas que desempeñaron labores en el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la SDS y que han estado en el servicio por varios años, conocen la dinámica y el trato al Habitante de calle y la otra parte de la indagación se realizó mediante la revisión bibliográfica

Los hallazgos históricos en la atención del Habitante de calle evidenciaron los cambios en los enfoques aplicados para contrarrestar los efectos de la pobreza en las poblaciones menos favorecida.

Históricamente los habitantes de calle han recibido asistencia, Hacia el año 1938, el Centro de Higiene Mental realizó actividades en poblaciones especiales como la niñez desamparada y a sus madres. Sin embargo y debido a la diversidad de características de esta población se generaron normas para la creación de centros especiales. (Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS), 2011)

En 1959 con el acuerdo 024 se crea la Secretaría de Higiene Distrital que acogió bajo el acuerdo No 88 de 1960, al Departamento Administrativo de Protección Social, que buscó centralizar funciones específicas de asistencia y protección; hacia 1968 con el decreto 3133, se estableció el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), encargado de la formulación de políticas sociales para la inclusión social de poblaciones en situación de vulnerabilidad (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social. (2011).

Hasta los años setenta el enfoque fue asistencialista, este brindó amparo y protección, sin embargo, en los años ochenta se dio un cambio hacia la protección integral, con lo cual se atendieron otros aspectos de la misma población y se incluyeron a otros grupos poblacionales. (Alcaldía Mayor de Bogotá., SDIS., 2010 Marzo)

En la década de los 90s y debido a la influencia de la nueva Constitución se da paso al concepto de ciudadano, estableciendo el enfoque de derechos, de manera que se incluyó dentro de la administración distrital a la población vulnerable como: habitantes de calle de la tercera edad, personas vinculadas a la prostitución y atención a adultos con limitaciones físicas. (Alcaldía Mayor de Bogotá., SDIS, 2010), a su vez la atención en salud se estableció con la Ley 100 como un derecho (Asociación Médicos del Mundo., & Hospital La Perseverancia Empresa Social del Estado. 2000 Noviembre).

De esta forma, en 1995 con el decreto 897 se creó el Programa Distrital de atención al Habitante de calle, en el marco del Plan de Desarrollo “Formar Ciudad” y en cumplimiento del Acuerdo 13 de 1995, con el DABS, Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud (IDIPROM) y la SDS, el cual buscó reducir la exclusión social y el deterioro personal de los ciudadanos con habitabilidad en calle, con la realización de actividades de la promoción humana y el desarrollo de las potencialidades de estas personas (Secretaría de Integración Social., Universidad Nacional., 2008).

No obstante, la gestión en el desarrollo de programas especiales por parte de la administración distrital enfocada a poblaciones vulnerables, algunos de los proyectos fueron apoyados por otras organizaciones no gubernamentales, es el caso de las iniciativas en salud, De acuerdo a las entrevistas realizadas al personal de salud del Hogar uno día noche, refieren que: “las actividades de control y prevención de TB empezaron a realizarse a



partir del reconocimiento de la problemática de la enfermedad, al presentarse personal de salud enferma después del contacto con la población con TB que habitaban en las calles”

Sin embargo, la atención del enfermo con TB Habitante de calle ha sido una actividad desarrollada por la red hospitalaria pública desde hace varios años sobre todo en las zonas donde usualmente se concentra esta población como: Puente Aranda, Mártires, Santa Fe y Candelaria, según dialogo con el coordinador de Enfermedades infecciosas de uno de los Hospitales de la Red afirmo que:

*Inicialmente se dieron relaciones entre organizaciones como la Cruz Roja y la SDS y el manejo de las unidades móviles con las cuales se hacían brigadas de salud para esta población en las que se incluía la detección de SR, esto también incluyo el diagnóstico y tratamiento en el caso de ser BK positivos. (Entrevista marzo 2010).*

Para la atención en salud al Habitante de calle también fueron realizadas otras acciones de tipo interinstitucional, en 1996 entre la SDS y Médicos del Mundo, de acuerdo con la entrevista hecha a la Coordinadora del Área de Salud del Hogar uno día noche, quien fue una de las personas que trabajo en el proyecto “Acceso a la salud para los Habitantes de calle de Bogotá”

*Durante el tiempo que trabaje con el equipo de Médicos del Mundo se pudo ver claramente el problema de acceso de los habitantes de calle a los servicios de salud y en especial la problemática no solo con TB sino además con otras enfermedades como las de transmisión sexual, la atención se realizo con el CAMI la Perseverancia un hecho relevante fue que se estableció las visitas a los sitios donde se encontraba con mayor frecuencia la población Habitante de calle, denominada Unidad Móvil para los habitantes de calle de la ciudad (Entrevista mayo 2010) .*

Así mismo ella plantea que:

*Se reconoció una visión diferente de las poblaciones Habitante de calle debido porque no solo son personas en la miseria sino seres humanos que buscan oportunidades de sobrevivir en esta sociedad. También expreso que las jornadas de trabajo eran desarrolladas por un equipo multidisciplinario, hacían parte de él médicos, enfermeras, odontólogo, trabajador social, psicólogo y conductor” (Entrevista mayo 2010)*

El proyecto busco el acceso de esta población al sistema de seguridad social con la afiliación a las Entidad Promotora de Salud (EPS) y al mismo tiempo la provisión de los servicios de salud en las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), sin trabas administrativas y cobertura en los lugares de alta densidad de Habitantes de calle, el proyecto tuvo una duración de tres años, durante este tiempo el Hospital de la Perseverancia apoyo las acciones médicas y después asumió la totalidad del proyecto (Asociación Médicos del Mundo., & Hospital La Perseverancia Empresa Social del Estado, 2000, Noviembre).

Así mismo, se dieron otras asociaciones en otros aspectos como la realizada con el DANE y entidades responsables de la atención de la población con habitabilidad de calle, con estudios como el Segundo Censo Sectorial de Habitantes de calle de Bogotá en 1999, el estudio de caracterización denominado Mujeres con hijos habitantes de calle en Bogotá en 2000 y el Tercer Censo Sectorial de Habitantes de calle de Bogotá y Soacha, en 2001 (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2000).

Por su parte, el DABS responsable de implementar proyectos sociales siguió un proceso de atención al Habitante de calle que consistió de varias etapas como: el acercamiento, la motivación, la detección de problemas de salud mental, drogadicción y la vinculación a

programas de desarrollo socio productivo, (Departamento Administrativo de Bienestar Social, DABS).

En el periodo legislativo 1998-2000 se estableció el programa de atención Habitante de calle “Vía Libre, a lo Bien por la Vida” en el que se implementaron medidas en cuanto a tratamiento especializado en la recuperación e inserción social del Habitante de calle, mediante los proyectos Habitante de calle 8151 y Brigadas de acercamiento en calle 8159, enmarcados en el Plan de Desarrollo “Por la Bogotá que Queremos” y en una coyuntura institucional público-privada y comunitaria (Alcaldía Mayor de Bogotá & Departamento Administrativo de Bienestar Social, 2000).

En 1998, el acuerdo 88 definió la forma y condiciones de operación del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud y se incluyeron a los habitantes de calle como población vulnerable. (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud acuerdo no. 88 de 1998). De la misma manera, el programa distrital de atención al habitante de calle delegó esta acción en tres entidades: DABS, hogar de paso IDIPROM y SDS. La tabla 6 muestra las entidades que conformaban el antiguo DABS.

**Tabla 6** *Entidades que conformaron el DABS.*

DABS	Encargado de la población menor de ocho años, mayores de 22 años y ancianos funcionales.
Vía Libre	Acercamiento a habitantes de calle a través de jóvenes rehabilitados en centro de atención transitoria, y después a rehabilitación en uno de tres lugares: El camino, Hogares Claret y Evolucionar.
Instituto distrital para la protección del menor de la calle (IDIPROM)	Atención a grupo etareo entre ocho y 22 años (conocidos como los patios)
Secretaría de salud del distrito (SDS)	Encargado de ancianos terminales y discapacitados. Médicos del mundo

*Fuente: (Asociación Médicos del Mundo., & Hospital La Perseverancia Empresa Social del Estado, 2000, Noviembre).*

De igual manera el Acuerdo 117 expedido en 1998 estableció como prioridad la atención a enfermedades de interés en salud pública y el maltrato al menor, dentro del cual se incluyó las acciones del Programa de prevención y control de TB, así mismo la creación de las Brigadas de Acercamiento, la puesta en marcha del Centro de Atención Transitoria y la ampliación de la cobertura en la Comunidad Terapéutica para farmacodependientes, fortaleció las acciones del programa para el Habitante de calle.

En el periodo legislativo 2001 – 2004 el proyecto Atención al Ciudadano y Ciudadana Habitante de calle hizo parte del Plan de Desarrollo “Bogotá para vivir mejor todos del Mismo Lado” y enfoco la perspectiva de derechos y de género para promover la integración social de esta población. El propósito fue aumentar la oferta de servicios mediante la creación de cinco tipos de atención: brigadas de Atención Local, Hogar de Paso, Centro de Atención Transitoria, Comunidades de Vida y Enlace Social y Seguimiento que fue dirigido a ciudadanos entre 22 y 59 años estipulado por el Proyecto 7312. (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social      Desarrollos Normativos, 2007)

En la siguiente administración 2004-2008, en el plan de desarrollo económico, social y de obras públicas “Bogotá sin indiferencia. Un compromiso social contra la pobreza y la exclusión”, continuo el Proyecto 7312 con la consigna: “Atención integral para la inclusión social de ciudadanos y ciudadanas Habitantes de calle”, ubicado en el Eje Social, Programa Restablecimiento de Derechos e Inclusión Social, en el cual se ofreció atención al ciudadano Habitante de calle bajo recepción voluntaria mediante 4 modalidades: 1) Acercamiento; 2) Acogida de la cual hacen parte los hogares de paso día y noche; 3) Escuelas de vida para la inclusión social que ofrece servicios de alojamiento temporal y actividades en centros de desarrollo personal —Transitorio y Comunidades de vida (Comunidad Terapéutica el Camino); y 4) Enlace social que otorga acompañamiento y

seguimiento al egresado, formación para el trabajo y oportunidades para la generación de ingreso (Veeduría Distrital de Bogotá, 2008 Octubre).

En el año 2005 debido a la recuperación de la Zona centro, según el Proyecto Parque Tercer Milenio se presentaron dificultades en la reubicación de los habitantes vulnerables, la expedición del Decreto 136, en este mismo año, definió acciones prioritarias para solucionar esta situación y llamó a desarrollar acciones interinstitucionales, dentro de las cuales se incluyó a la SDS y al DABS en la ubicación de la población en situación de alta vulnerabilidad en instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios sociales y de salud según las necesidades detectadas, grupos de edad, género, y composición familiar (Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto 136 de 2005, 2005 Mayo).

En el Decreto 136 de 2005, desde el plan de desarrollo Bogotá sin indiferencia (2004-2008) se establecieron medidas para evitar la pobreza y la exclusión social del Habitante de calle, dispuso que las Secretarías de Gobierno, Salud y el DABS, hoy Secretaria de Distrital de Integración Social (SDIS) deben ejecutar las acciones de su competencia con la población Habitante de calle, así: Secretaria de gobierno en acciones de seguridad para los Habitantes de calle, Secretaría Distrital de Salud en prevención de enfermedades, promoción, atención y rehabilitación en salud y Departamento Administrativo de Bienestar Social coordinando todas las acciones prioritarias. El reconocimiento del Habitante de calle ha establecido que por derecho a la igualdad, equidad de los seres humanos se obtenga la atención en salud (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social, 2007)

En el año 2006 se creó la Mesa Permanente del Plan de Atención Integral al Ciudadano(a) Habitante de calle (PAICHC), como parte del Plan de Atención Integral para esta población y familias ubicadas en Zonas de alto deterioro urbano, en el desarrollo de mecanismos de participación social para la coordinación y seguimiento de la ejecución del plan. La mesa

está conformada por servidores públicos que desarrollan el plan, representantes de la comunidad, alcaldías locales y comités de Habitantes de calle, su contribución estableció el desarrollo del plan integral y la creación de relaciones transectoriales e intersectoriales con la ampliación de la cobertura a los servicios de salud, educación, cultura, recreación y la gestión para la formación y consecución de trabajo (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social, 2007)

Dentro de las responsabilidades de la mesa se encuentra la asignación de los recursos económicos para adelantar proyectos institucionales desde las entidades que la conforman, los cuales son concertados en la Mesa, teniendo en cuenta las necesidades de esta población. A su vez las alcaldías locales también conformaron mesas de habitabilidad en calle para coordinar las acciones locales frente al tema de los ciudadanos Habitantes de calle, facilitando el funcionamiento sistemático entre las entidades y la comunidad, mediante la definición de objetivos colectivos. (Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá., Decreto 180 de 2008, medio de publicación Registro Distrital 3851 de abril 30 de 2008).

En 2008 el DABS cambio su nombre por Secretaría Distrital de Integración social (SDIS) con el Decreto 556 del 31 de diciembre de 2006 (SDIS., 2011), su misión continuo siendo: liderar el diseño, la implementación, el seguimiento y la evaluación de políticas públicas, dirigidas a mejorar las condiciones de calidad de vida de los ciudadanos y ciudadanas de Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, & Secretaria Distrital de Integración Social, ,2010).

A través de la Gestión Social Integral que se planteo como estrategia en la administración del gobierno distrital, para permitir el desarrollo de las capacidades de las poblaciones, atendiendo sus particularidades territoriales, creó acciones transectoriales, (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2010, 9 de marzo), para lograr la equidad y garantizar condiciones dignas de

seguridad alimentaria, nutrición, salud, educación, bienestar social, ambiente, vivienda, cultura, recreación y justicia, priorizando poblaciones y sectores sociales en condiciones de riesgo o vulnerabilidad, bajo la política de ciudad de derechos. (Consejo de Bogotá D.C. Acuerdo 308, 2008 Junio)

En la actualidad los proyectos realizados por el SDIS están en el marco del Plan de Desarrollo económico, social, ambiental y obras públicas 2008-2012 “Bogotá Positiva: para vivir mejor”, esta administración adelanta 12 proyectos de inversión estructurados en 4 componentes programáticos: protección de la vida, creación de condiciones propicias para el desarrollo humano, ejercicio de la democracia participativa. En cada proyecto se tuvo en cuenta criterios como reconocimiento de los ciclos vitales, perspectiva de derechos, políticas públicas distritales, desarrollo humano y reconocimiento de las diferencias en el territorio (Alcaldía Mayor de Bogotá., & Secretaria Distrital de Integración Social, 2010, 9 de marzo).

No obstante, los cambios administrativos, las estrategias de intervención al Habitante de calle siguen los lineamientos de lo establecido en el proyecto 7312/2001, de manera que para la presente administración se tuvo en cuenta una nueva forma de presentación y enfoque hacia el reconocimiento de derechos de acuerdo a la política social plasmado en el proyecto 501, “Adulthood con oportunidades” (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social – Desarrollos Normativos, 2007).

El proyecto 501 “Adulthood con oportunidades” bajo la dirección de la SDIS está en la línea de Poblaciones de la Subdirección para la adultez, abarca la atención a la población con alto grado de vulnerabilidad económica y psicosocial en la que se encuentra el Habitante de calle, las personas que ejercen la prostitución y los discapacitados, al mismo tiempo, esta inscrito en el programa: Toda la Vida Integralmente Protegidos; su finalidad es disminuir

las brechas económicas, de exclusión de estas poblaciones. (Veeduría Distrital de Bogotá., 2008, octubre).

El proyecto también contó con los cuatro componentes programáticos que giran en torno a lo establecido en el proyecto 7312, componente: Protección a la vida, Condiciones propicias para el desarrollo humano integral. Ejercicio de la ciudadanía para la democracia participativa, reorganización del Estado hacia respuestas integrales en los territorios (Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social Desarrollos Normativos, 2007).

Conocido el marco político y legal que ha alcanzado el manejo de la población vulnerable como el Habitante de calle y las diferentes intervenciones que se han dado para ofrecer servicios integrales a esta población, es importante señalar que la TB como enfermedad transmisible y de importancia en salud pública ha hecho parte de de las patologías que se han manejado a lo largo de las intervenciones hechas en salud, con el establecimiento del Convenio Interadministrativo de Cooperación Mutuo No. 0116.1 del 24 de junio de 2005 suscrito entre la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Salud se estableció la atención en salud para las personas participantes del servicio institucionalizado (Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Integración Social, & Subdirección para la adultez, 2008).

**3.1.2. La Intersectorialidad en la Prevención y Control de la Tuberculosis en los Habitantes de calle.** De acuerdo con los antecedentes de la política pública de intervención en el Habitante de calle expuestos, la relación de la SDS y las organizaciones públicas encargadas de manejar esta población se ha mantenido a través del tiempo



La alianza entre la SDS y SDIS en la atención en salud al habitante de calle esta acorde con el principio de intersectorialidad, que plantea el primer componente de la estrategia Alto a la TB de la OMS: compromiso político para garantizar una financiación aumentada y sostenida y la define como “la relación entre parte o partes del sector salud con parte o partes de otro sector que se establece para actuar sobre un problema y lograr resultados en salud de una manera más efectiva, eficiente o sustentable de los que pudiera lograrse, si el sector salud actuara solo” (WHO, 1997:3).

Esta alianza obedece también a lo postulado como intersectorialidad en Atención primaria integral de salud: “una acción compartida con diferentes sectores sociales para enfrentar los problemas que inciden sobre la salud, teniendo como eje orientador la mejora de la calidad y condiciones de vida y la salud de la población” (Curitiva, 2000, citado por Vega, Romero R., & col).

De esta manera, la relación de intersectorialidad del sector salud con la SDS y del sector social con la SDIS, confluyen en la atención integral al Habitante de calle, el primero actúa en el cuidado de la salud de esta población y particularmente el análisis se centró en el problema de salud pública que constituye la TB, dada las características de vulnerabilidad al contagio en esta población. La intervención se realizó mediante las acciones del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el *Hogar uno día noche* a través de la aplicación de los componentes de la estrategia Alto a la TB que incluye la captación, diagnóstico, control y seguimiento del tratamiento hasta llegar a la curación de la enfermedad

Por su parte, el componente social actúo de acuerdo al proyecto 501 “*Adultez con oportunidades*” donde desarrolla un sistema de atención integral para el Habitante de calle dentro del cual se encuentra el factor salud, además de una asistencia nutricional, asistencia

médica, importante para la recuperación de los enfermos con TB, de igual manera, cuenta con el servicio de psicología, psiquiátrica para el proceso de inclusión a la sociedad civil dejando los hábitos de la calle que incluyen la adicción a sustancias psicoactivas y alcoholismo.

Para entender la relación de las dos entidades es importante señalar que cada una desarrolla actividades que confluyeron en la atención en salud del Habitante de calle. La tabla 7 presenta los mecanismos por los cuales se da la relación de intersectorialidad

**Tabla 7 Acciones de intersectorialidad entre la SDIS y la SDS de Bogotá.**

Intersectorialidad en la atención en salud de los habitantes de calle: Procesos complementarios del sector salud y el sector de bienestar social de intersectorialidad	
Sector salud SDS	Sector social SDIS
Cobertura en el aseguramiento de la población Habitante de calle para acceder a los servicios de salud	Proceso de verificación del documento de identidad de los ciudadanos habitantes de calle que ingresan al <i>Hogar uno día noche</i>
Acceso a los servicios de salud	Expedición de carta de población especial: certificación de Habitante de calle
Disminución de las barreras de acceso a los servicios de salud	Afiliación al SGSSS
Financiación de la atención mediante los diferentes regímenes de afiliación y el Fondo Financiero Distrital	Institucionalización del Habitante de calle
	Proceso de Higiene del Habitante de calle
	Acompañamiento psicológico y psiquiátrico

Los mecanismos establecidos por la SDIS para la atención en salud del Habitante de calle fueron encaminados no solo a contrarrestar los efectos de la TB como la enfermedad infecto contagiosa que afecta a esta población, sino también a contrarrestar otro tipo de enfermedades que deterioran su salud, sin embargo en este análisis entre la SDS y la SDIS el enfoque se estableció en cómo se da esta relación en la atención en salud al Habitante de calle enfermo con TB, los mecanismos fueron:

- *Proceso de verificación del documento de identidad de los ciudadanos Habitantes de calle que ingresan al Hogar uno día noche.*

Uno de los elementos importantes en el acceso a cualquier programa de la SDIS requiere que el ciudadano tenga un documento de identificación, es decir, este registrado como ciudadano colombiano y se establezca su real identidad, sin importar los antecedentes judiciales que pudiera tener, para verificar si pertenece algún régimen de seguridad social en salud y en particular para el ingreso al *Hogar uno día noche*, para lo cual también debe cumplir con otros requisitos como: no contar con red de apoyo familiar o débil red de apoyo, no debe ser pensionado, no tener ingresos económicos, debe valerse por sus propios medios y para el caso específico del paciente diagnosticado con TB debe haber recibido las primeras 15 dosis de tratamiento en la IPS antes de ingresar al Hogar.

El *Hogar uno día noche* realiza desde el año 2005 el siguiente proceso para establecer la identificación de los habitantes de calle:

- Estableció la real identidad del ciudadano Habitante de calle mediante búsqueda de información en diferentes fuentes, entre ellas hizo verificación del nombre y número de identificación en la base de datos del Sistema de Información para el Registro de Beneficiarios (SIRBE) y estableció si este ciudadano recibió en algún momento servicios de los programas de la SDIS
- Estableció la identificación verdadera al verificar el número suministrado por el ciudadano Habitante de calle, en una acción colaborativa con la Registraduría Nacional del Registro Civil, de igual manera se indaga por el Habitante de calle que no presenta ningún tipo de número de identificación.
- Para los casos en los que el Habitante de calle no presenta ningún tipo de documento de identidad, la Registraduría después de establecer que no se encuentra registrado con ningún número de identificación realiza el proceso de registro, para ello toma las huellas dactilares y asigna el número correspondiente.

- De igual manera para los casos anteriores también se estableció la edad cronológica del Habitante de calle en otra acción colaborativa con Medicina legal.
- Finalmente el Habitante de calle es formalmente registrado con un número de identificación en una Notaria.

Durante 2009, la población que ingreso al *Hogar uno día noche* fue de 85.818 personas (día) 68.298 (noche), y en el 2010 82.865 personas (día) 95.010 (noche) la capacidad diaria del servicio de dormitorios seguros fue de 300 personas, 250 para hombres y 50 mujeres. Durante los dos años de estudio, se diagnosticaron 38 pacientes con TB de ellos 22 (58.9%) ingresaron en anteriores ocasiones al *Hogar uno día noche* y 16 (42.1%) ingresaron por primera vez y fueron diagnosticados con TB.

Con respecto a cada año, en 2009 se diagnosticaron 18 pacientes con TB, de ellos el 38.9% (8 pacientes), habían ingresado antes al Hogar mientras que 61.1% (10 pacientes) ingresaron por primera vez y fueron diagnosticados con TB.

Para el año 2010 el número de personas habitantes de calle diagnosticadas con TB fueron 20, de ellas 85% (15 pacientes) ya habían tenido contacto con el Hogar en ocasiones anteriores y el 25% (5 pacientes) ingresaron por primera vez.

De la población que ingreso por primera vez, a cuatro habitantes de calle enfermos con TB se les expidió documento de identidad es decir al 10.5%, mientras que el 89.5% (34 pacientes) presentaron documentación.

- *Expedición de carta de población especial: certificación de Habitante de calle.*

Siguiendo la normativa establecida para la protección de la población vulnerable, la SDIS ejerce su función en la expedición de la carta de población especial para los habitantes de calle que ingresan por primera vez al *Hogar uno día noche* y no presentan este tipo de documento, además cumplen con los requisitos para ser afiliado al régimen de salud subsidiado y el acceso a los servicios que ofrece la SDIS. En la actualidad se están realizando los cambios administrativos para que el tiempo calculado en 45 días para obtener el certificado como Habitante de calle disminuya, sin embargo esto no imposibilita la atención en salud del Habitante de calle.

Durante los años 2009 y 2010 a los 16 (42.1%) pacientes que ingresaron como nuevos y fueron diagnosticados con TB les fue expedido la carta de población especial para que puedan acceder a los servicios de salud.

- *Verificación de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en salud.*

La SDIS en el área administrativa de salud hace comprobación de derechos para establecer si el ciudadano Habitante de calle tiene algún régimen de aseguramiento en salud, para esto usa la información de planeación distrital para conocer si tiene SISBEN distrital y de planeación nacional para conocer si se encuentra registrado en algún régimen de salud a nivel nacional e indagada desde el Sistema de Identificación de Beneficiarios Potenciales para los Programas Sociales (SISBEN).

Por último se indaga en el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) para conocer si el ciudadano se encuentra registrado dentro del régimen subsidiado o contributivo a nivel nacional.

De acuerdo a la entrevista realizada a los trabajadores del área administrativa del *Hogar uno día noche*, estos hacen aclaración sobre la no utilización de la encuesta SISBEN, dicen que: *Los ciudadanos que habitan la calle por su condición socioeconómica, se encuentran catalogados, en una gran proporción, como población pobre no asegurada, además, por la condición de adicción a sustancias psicoactivas y población flotante no es posible aplicar la encuesta del Sistema de Beneficiarios (SISBEN) debido a que la clasificación en esta encuesta tiene en cuenta un domicilio fijo y hace referencia a características de la vivienda, entre otros.* (Entrevista trabajadores área administrativa, marzo de 2010)

- *Institucionalización del Habitante de calle.*

Uno de los servicios que ofrece el Hogar uno día noche es la institucionalización de los habitantes de calle que desean salir de los hábitos de la calle y en especial para los enfermos con TB, donde reciben los medicamentos y el soporte nutricional.

Durante los dos años de funcionamiento del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se institucionalizaron 18 pacientes, los cuales tuvieron acceso al *Hogar uno día noche* después de haber recibido tratamiento antituberculoso por 15 días en la Red Hospitalaria Distrital, cuando dejaron de ser bacilíferos, es decir que ya no emitían bacilos al ambiente y por lo tanto no eran foco de infección para la comunidad. Mientras que los otros pacientes diagnosticados con TB, en total 20, recibieron el tratamiento estrictamente supervisado en el *Hogar día noche* asistiendo al apoyo nutricional y la administración del medicamento, sin embargo 14 de estos pacientes abandonaron el tratamiento.

*Aunque existe la opción de la administración del tratamiento en la Red Distrital, el seguimiento se facilita en el Hogar debido a que el paciente es atraído por el alimento que no esta disponible en los hospitales.* (Entrevista personal de salud, abril 2010).

La estancia en el *Hogar uno día noche* permitió que el 40.4% (15 pacientes) de los pacientes enfermos con TB, lograran terminar el tratamiento antituberculoso, algunos cumplieron seis meses de albergue, tiempo de duración del tratamiento, además permitió cumplir con un tratamiento estrictamente supervisado, hacer seguimiento de este mediante los controles bacteriológicos establecidos cada dos meses. Adicional a esto se cumplió con el soporte nutricional, importante para evitar el deterioro del sistema inmune, los efectos adversos de la enfermedad, así mismo impedir la aparición de algunas molestias digestivas por el consumo de los medicamentos, cuando no hay alimentación, factor que interfiere con la adhesión al tratamiento antituberculoso.

- *Proceso de Higiene del Habitante de calle.*

Otro elemento importante suministrado por el *Hogar uno día noche* es el servicio de higiene para los habitantes de calle, así mismo ofrece instalaciones amplias que evitan el hacinamiento, además las charlas educativas hacen énfasis en normas de higiene básicas como es cubrirse la boca al toser o estornudar. Los enfermos con TB que hicieron uso de este servicio durante 2009 y 2010 fueron los 38 enfermos con TB en el momento del ingreso.

- *Acompañamiento psicológico y psiquiátrico.*

Durante la estancia en el *Hogar uno día noche* el Habitante de calle puede hacer uso del acompañamiento psicológico y psiquiátrico para dejar los hábitos de calle en especial las adicciones a sustancias psicoactivas, sin embargo los pacientes enfermo con TB no necesariamente abandonan las adicciones al ingresar al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, en gran medida debido a que el consumo de los medicamentos antituberculosos no producen reacciones medicamentosas con las sustancias psicoactivas, excepto que su consumo prolongado haya deteriorado la función hepática.

Los habitantes de calle diagnosticados con TB durante los dos años de estudio presentaron adicción a sustancias psicoactivas como bazuco, cocaína y alcohol, para las dos primeras la totalidad de pacientes con TB resultaron con adicción a alguna de ellas, mientras que para la segunda del total de pacientes enfermos con TB 8 presentaron dependencia al alcohol, 3 en el 2009 y 5 en el 2010, es decir que 21% de los habitantes de calle enfermos con TB presentaron doble adicción. Sin embargo 40% (14 pacientes) de estos enfermos terminaron el tratamiento y de ellos 41.8% abandonaron el tratamiento antituberculoso.

En cuanto a los mecanismos desarrollados por la Secretaria Distrital de salud para dar respuesta a las acciones de la Secretaría de Integración Social en la atención del Habitante de calle enfermo con Tuberculosis se encontraron:

- Acceso a los servicios de salud en el *Hogar uno día noche* y la red hospitalaria distrital. La red hospitalaria distrital debe atender a los habitantes de calle que soliciten el servicio sin ninguna restricción.
- Acceso a una red de servicios de salud en diferente rango de complejidad según el estado del paciente, que incluye: atención médica especializada, servicios diagnósticos de laboratorio clínico y radiográfico.
- Programas de salud pública exclusivo como el Programa de Prevención y control de TB: bajo esta iniciativa se implemento un sistema de información del Programa de Prevención y control de TB que incluye el libro de registro de pacientes de esta población específica, con información precisa por el contacto directo con el Habitante de calle, Acceso al tratamiento bajo la metodología DOTS/TAES, sensibilización frente a las enfermedad transmisibles.
- Realización del proceso administrativo en red hospitalaria para la atención.



- Atención oportuna en los servicios de salud en la atención del Habitante de calle que ingresa al *Hogar uno día noche*
- *Financiación de la atención en salud del Habitante de calle.*

La financiación de la atención en salud de la población Habitante de calle fue realizada por el Fondo Financiero Distrital de Salud (FFDS) encargado de administrar, recaudar, controlar y supervisar los recursos propios, los cedidos por la Nación y los del Sistema General de Participaciones con destinación específica para salud.

El FFDS fue creado bajo el Artículo 8° del Acuerdo 20 de 1990, como un establecimiento público del orden distrital, con personería jurídica, autonomía administrativa y patrimonio independiente. Adscrito a la Secretaría Distrital de Salud.

Los recursos son direccionados a la prestación de servicios de salud a la población pobre no cubierta con subsidios a la demanda o población sin capacidad de pago, de esta manera, se aseguro la atención y prestación de los servicios de salud a través de su red adscrita, a la población pobre no asegurada, en este caso a los habitantes de calle de Bogotá enfermos con TB durante los años 2009 y 2010 y aún sigue realizando esta acción.

**3.1.3. Punto dos del enfoque DOTS: Detección de casos mediante pruebas bacteriológicas de calidad garantizada.** Garantizar la calidad de los servicios es una labor realizada por cada uno de los laboratorios que conforman la Red de laboratorios Distrital, la cual en el 2009 la conformaron 38 laboratorios públicos y 256 privados, todos realizaron actividades de bacteriología de TB, sin embargo quien hace el seguimiento, vigilancia y monitoreo al diagnóstico de casos de TB mediante la supervisión retrospectiva de las láminas de BK, es el LSPD de Bogotá a su red de laboratorios Distrital.

La red de laboratorios distrital presentó diferencias en su infraestructura y capacidad de servicios ofrecidos determinados por niveles (1,2,3 y 4), por lo tanto según su grado desarrollo actividades de diagnóstico de TB.

**Tabla 8** *Actividades de bacteriología de TB realizadas por la Red de laboratorios de Bogotá durante 2009*

Actividades de bacteriología de TB	Laboratorios de la Red			
	Públicos	Privados	Otras instituciones	Total
Número de sitios y laboratorios que realizan sólo recolección de la muestra de esputo	15	25	0	40
Número de sitios y laboratorios que realizan sólo extendido	0	0	0	0
Número de sitios y laboratorios que realizan extendido y coloración de ZN	33	212	0	250
Número laboratorios que realizan extendido, coloración y lectura de baciloscopia	33	212	0	250
Número laboratorios que realizan cultivo de muestras pulmonares, incuban, leen e informan	4	20	0	24
Número laboratorios que realizan cultivo de muestras extrapulmonares, incuban, leen e informan	4	20	0	24
Número de laboratorios que realizan ADA como ayuda diagnóstica en tuberculosis extrapulmonar	1	0	0	1
Número laboratorios que preparan medio de cultivo Ogawa	0	0	0	0

*Fuente LSPD información 2009.*

El laboratorio clínico del Centro de atención Inmediata (CAMI) Trinidad Galán hace parte de la red de laboratorios distrital y fue el encargado de la realización de actividades de diagnóstico de TB en la población Habitante de calle; durante los años 2009 y 2010 con los siguientes resultados:

El procedimiento denominado Evaluación externa del desempeño indirecta (EEDI) analizo 24 láminas leídas en el laboratorio CAMI Trinidad Galán durante el periodo de junio a octubre del 2009, la tabla.9 muestra los resultados de la EEDI de la BK de dos años

**Tabla 9 Resultados de la EEDI de la BK 2009 y 2010 del CAMI Trinidad Galán**

Año	Concordancia	Errores técnicos
2009	100%	30.5%
2010	100%	32.2%

*Fuente: LSPD Informe de EEDI de BK 2009 y 2010*

Durante el tiempo de funcionamiento del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, el Laboratorio del CAMI Trinidad Galán realizo 690 BK de diagnóstico en 2009 y 1200 BK en 2010 para un total de 1890 BK, de las cuales 38 resultaron positivas.

Así mismo, realizo durante el año 2009, 37 BK de control bacteriológico de tratamiento de TB y en el año 2010 realizo 18 BK, para un total de 55 BK de control de tratamiento, de las cuales 4 fueron positivas en el segundo mes de tratamiento, sin embargo fueron negativas en los siguientes controles, al cuarto y sexto mes.

En cuanto al cultivo de la muestra de esputo, es importante aclarar que la circular 058 de 2009 estableció que todas las poblaciones catalogadas como vulnerables se debe cultivar la segunda muestra y realizar pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos, la población Habitante de calle esta dentro de este grupo, sin embargo el cultivo empezó a realizarse a partir de septiembre, mes en el cual fue expedida la circular.

Durante los dos años (2009-2010) el Laboratorio de Trinidad Galán proceso 121 cultivos, de los cuales 56 correspondieron a la población en estudio y de estos dos resultaron positivos y 54 fueron negativos.

La realización de la Pruebas de Sensibilidad a los Fármacos (PSF) fue realizada en el LNR del INS, durante los dos años se realizaron 49 pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos (PSF), de las cuales 25 fueron realizadas en el 2009, de estas 6 correspondieron a pacientes del *Hogar uno día noche* y las otras a habitantes de calle con atención directa en la red hospitalaria distrital, en el 2010 fueron realizadas 24 PSF, de las cuales 4 fueron de pacientes del *Hogar uno día noche* y 20 de los otros habitantes de calle.

**3.1.4. Punto 3 del enfoque DOTS: Tratamiento normalizado, con supervisión y apoyo al paciente.** La organización y adquisición de los medicamentos del tratamiento antituberculoso fue asumida por el Ministerio de Protección Social y la administración fue realizada de forma gratuita a todo el territorio nacional, el medicamento se suministro a todo enfermo con TB pulmonar o extrapulmonar diagnosticado en la red hospitalaria pública o privada.

Los resultados de la administración del tratamiento antituberculoso en los habitantes de calle de Bogotá del *Hogar uno día noche*, mostraron que este fue realizado bajo la Categoría I, en dos establecimientos, primero en el Hospital donde el paciente permaneció por 15 días con el tratamiento y después continuo con el mismo en el Hogar cuando aceptaron ingresar a este. La trabajadora de la salud encargada de sensibilizar al paciente para continuar el tratamiento en el centro día, manifestó

*Yo les cuento de los beneficios que tiene ingresar al Hogar y la realidad de la enfermedad si interrumpen el tratamiento, es decir que pueden morir, y los beneficios que tiene ir al Hogar, algunos hacen caso y aceptan, pero otros no y como en estos casos juega un papel importante la voluntad, algunos deciden no aceptar y salir nuevamente a la calle. (Entrevista personal de salud del Hogar uno día noche, mayo 2010)*

Los habitantes de calle con TB del Hogar, reciben el medicamento, previo consumo de alimentos, supervisado por una auxiliar de enfermería, quien expreso que:

*Cada paciente tiene organizado su plan de tratamiento en cajas individuales y cada vez que se administra es consignado en la tarjeta de tratamiento del paciente, la entrega del medicamento se hace con un vaso de agua. (Entrevista personal de salud del Hogar uno día noche, mayo 2010)*

Una de las características más importantes para cumplir con la administración del tratamiento es contar con buena actitud frente a este, de acuerdo a la información suministrada por una trabajadora de salud del *Hogar uno día noche*:

*Los pacientes enfermos con TB que son habitantes de calle saben que se pueden morir si no se tratan y muchos de ellos le tienen miedo a la muerte, esto hace que empiecen a ser constantes y otros porque no pueden dejar las adicciones incumplen y no vuelven. (Entrevista personal de salud del Hogar uno día noche, mayo 2010)*

El personal de salud del *Hogar uno día noche* también expreso que:

*Cuando los ciudadanos habitantes de calle no estan drogados son receptivos a las explicaciones que les damos, pero muchos de ellos, sino la mayoría no logran soportar el periodo de abstinencia y por eso salen del Hogar para buscar bazuco o la droga que consumen y así no podemos administrales el tratamiento. (Entrevista personal de salud del Hogar uno día noche, mayo 2010)*

Según lo indicado en entrevista a la coordinadora del área de salud del Hogar, no fue posible establecer la presencia de efectos adversos los medicamentos antituberculosos en la población en estudio, aunque de los que permanecieron bajo tratamiento no presentaron ningún síntoma relacionado con este evento.

*No conocemos pacientes que hayan tenido este problema, sin embargo puede ser que los que abandonaron el tratamiento se hayan sentido mal y por eso no volvieron a recibir el tratamiento, realmente lo desconocemos. (Entrevista personal de salud del Hogar uno día noche, mayo 2010)*

El apoyo suministrado en el *Hogar uno día noche* por parte del área de salud y del Programa de TB se realizó a través de charlas informativas acerca de varias enfermedades incluida las TB, las cuales surtieron efecto cuando se encontró que algunos habitantes de calle buscaron ayuda al identificar que ellos presentaban los síntomas de la enfermedad expuesta en la charla, esta es una señal que los trabajadores de la salud consideraron benéfica para la aceptación y cumplimiento de la administración del tratamiento. Los trabajadores de salud manifestaron que:

*Después de las charlas, los que se encuentran despiertos, porque algunos vienen a dormir después de pasar la noche en la calle, algunos quedan preocupados porque presentan los síntomas, entonces nos buscan o nosotros los identificamos como sintomáticos respiratorios y los llevamos a consulta para que el médico los revise y les dé la orden para la realización de las pruebas de laboratorio.*

Los indicadores de seguimientos del tratamiento (tabla 10) reflejaron la alta proporción de estos pacientes que abandonaron el tratamiento en 2009 y 2010 en Bogotá. También se considero como un logro que a pesar de lo difícil que resulta la continuidad en el tratamiento, se haya alcanzado la curación en una tercera parte de los pacientes y hayan terminado el tratamiento cerca de la mitad de estos.

Atendiendo lo expresado por la OMS en cuanto a que se deben diseñar mecanismos y herramientas para identificar y resolver obstáculos hacia la implementación del tratamiento, lo establecido para los habitantes de calle de Bogotá relacionado con la focalización de las acciones de detección y la opción de alojamiento y nutrición se constituyeron una forma de

adaptación de los medios para contrarrestar el efecto individual de la enfermedad y el posible efecto colectivo en la comunidad.

**Tabla 10** *Indicadores de seguimiento del tratamiento antituberculoso en habitantes de calle de Bogotá atendidos en el Hogar uno día noche.*

Población Habitante de calle <i>Hogar uno día noche</i>		
Condición de egreso	2009	2010
Curado	33.3%	35.7%
Tratamiento terminado	6.3%	7.1%
Abandono	38,9%	40%
Fracaso	0	5%

Fuente libro de pacientes de TB 2009 y 2010 Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C.

Durante los dos años de funcionamiento del Programa de Prevención y Control de la TB en el *Hogar uno día noche* mediante el soporte nutricional se logro el término del tratamiento en 15 pacientes con TB-TF, así mismo la estrategia de focalizar las actividades de esta población en un lugar facilitó la administración de este, anteriormente la situación era diferente, según lo expresado por una trabajadora de la salud con amplia experiencia en el manejo de ciudadanos con habitabilidad en calle, ella comento:

*El seguimiento y el cumplimiento estricto de la administración del tratamiento es un trabajo difícil, sobre todo cuando no existe un espacio donde se pueda tener acceso a los enfermos con TB, sucedió que uno de los pacientes con TB bastante avanzada ingreso al Programa pero en pocas semanas dejo de asistir a recibir el tratamiento, esto nos hizo pensar en ir en su búsqueda y fuimos hasta la olla donde sabíamos que estaba, la encontramos, afortunadamente no nos paso nada, pero ella estaba totalmente drogada y no quería saber nada del tratamiento, esto fue muy decepcionante (Entrevista trabajadores de la salud Hogar uno día noche, mayo 2010)*

Hasta el momento no se ha credo ningún grupo de apoyo que incluya a pacientes curados de la enfermedad, no se tienen datos de ubicación de estas personas y los que lograron terminar el tratamiento no han vuelto o no les interesa contar su experiencia a los otros, esto explico la trabajadora de la salud que trabaja directamente convocando a los habitantes de calle para llevarlos al Hogar.

**3.1.5 Punto 4 del enfoque DOTS: Sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos.** La gestión de los medicamentos antituberculosos es realizada por el Ministerio de Protección Social, quien distribuye el medicamento de acuerdo a la carga de la enfermedad de cada departamento o distrito, de la misma manera a nivel local, para el caso de Bogotá la SDS suministra a toda la red Hospitalaria el medicamento para la entrega al paciente estrictamente supervisado.

El suministro del medicamento antituberculoso se realizó a través de diferentes niveles y se estableció previa solicitud del *Hogar uno día noche* al referente del Programa del Hospital del Sur, cuyo soporte para el envío es la receta médica proveniente del Hospital donde fue atendido y tarjeta de tratamiento.

Por su parte El Hospital proveedor almacena medicamentos para la distribución a su red de servicios que proviene de la solicitud previa hecha a la SDS de Bogotá de acuerdo a la según la carga de la enfermedad, con lo cual se busca garantizar la disponibilidad y accesibilidad continua del medicamento antituberculoso al *Hogar uno día noche*.

Dado que la población Habitante de calle es considerada una población flotante con poca adherencia al tratamiento, el *Hogar uno día noche* permitió tener una opción de estabilidad frente al suministro del tratamiento.



Durante el tiempo de funcionamiento del Programa el suministro del medicamento no tuvo interrupciones por: oportunidad en el pedido, no respuesta del referente, no contar con transporte, Precisamente uno de las acciones del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en este establecimiento es asegurar la disponibilidad de los medicamentos suministrado bajo el control del Hospital del Sur.

El grupo del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el *Hogar uno día noche*, es el directamente encargado de realizar la solicitud del medicamento según los pacientes detectados con TB, para ello ha determinado el seguimiento del tratamiento mediante la tarjeta de tratamiento y la organización del medicamento para cada paciente en estanterías que personalizan el tratamiento y determinan su almacenamiento adecuado.

En cuanto a las instalaciones para el almacenamiento del medicamento antituberculoso el *Hogar uno día noche* adecuo un lugar con condiciones de humedad y temperatura permitidas y controladas, donde almaceno en provisión un tratamiento completo para evitar que el paciente que llega en fin de semana quede sin suministro de tratamiento.

**3.1.6. Punto 5 del enfoque DOTS: Sistema de vigilancia y evaluación, y medición del impacto.** Colombia cuenta con un sistema de vigilancia en salud pública denominado SIVIGILA, el cual responde al compromiso estatal y ciudadano de protección de la salud individual y colectiva, mediante un proceso sistemático y constante de recolección, organización, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación. Es coordinado por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Protección Social y a este llega toda la información de eventos de interés en salud pública notificada desde los departamentos.

La información es generada desde las UPGD (Unidad generadora de dato) que son entidades públicas o privadas que captan la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y generan información

La notificación de casos nuevos de TB confirmados se realiza de manera inmediata y obligatoria al responsable de la vigilancia municipal o local (dirección local u hospital local). A su vez el municipio (dirección local de salud u hospital local) notificará semanalmente al departamento o distrito todos los casos confirmados. Los departamentos y distritos (secretaría departamental o distrital de salud) notificarán al SIVIGILA.

Por su parte, la notificación de los casos de TB detectados por el *Hogar uno día noche* fue realizada al SIVIGILA a través del Hospital del Sur el cual notificó al programa distrital y este a su vez al Instituto Nacional de Salud.

Otra fuente de información es la generada en los informes trimestrales de laboratorio, de informes de casos y actividades y análisis de cohorte. La base de esta información parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), estos datos van a nutrir los informes consolidados de las direcciones locales de salud y estas a su vez remiten a las direcciones departamentales, allí nuevamente se consolida la información y se envía al Ministerio de Protección Social y al INS el componente de laboratorio. Tanto la información del SIVIGILA y la del Laboratorio debe coincidir; sin embargo hasta el momento se han detectado diferencias entre estas fuentes de información. Hasta el momento no se conocen informes en el país del comportamiento de la TB en poblaciones especiales como habitantes de calle como un análisis de cohortes.

Otro componente dentro del sistema de información es el Sistema de Estadísticas Vitales a cargo del DANE del cual se obtienen los datos de mortalidad por TB.

### **3.2. Evaluación de los Elementos del Proceso para Alcanzar el Éxito del Tratamiento Antituberculoso en la Población Habitante de calle Atendida en el Hogar uno día noche, de Acuerdo al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud y el Marco de la Estrategia Alto a la Tuberculosis.**

**3.2.1. Derecho a la atención en salud del Habitante de calle en la ciudad de Bogotá.** El Sistema General de Seguridad Social en Salud fue creado mediante la Ley 100 de 1993 que también definió la organización de la prestación de los servicios de salud. Los prestadores pueden ser hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) públicas o privadas.

Las personas tienen derecho a la prestación de servicios mediante su afiliación a un seguro, lo que se logra bien sea mediante contribuciones directas deducidas del salario o mediante un subsidio gubernamental. Las personas por fuera de estos dos sistemas de afiliación son atendidas directamente por la red pública, una vez se hayan reconocido como beneficiarios por su situación económica, conocidos coloquialmente como “SISBENIZADOS” porque han sido identificados mediante el Sistema de Identificación de Beneficiarios del Subsidio (SISBEN) pero que aún no han sido afiliados a un seguro subsidiado o también se les denomina población pobre no asegurada.

**3.2.2. Atención del Habitante de calle en la red Hospitalaria Distrital.** La atención del Habitante de calle en la red hospitalaria distrital, ocurrió en la mayoría de los casos por solicitud voluntaria del Habitante de calle. Administrativamente la atención fue

realizada al confirmar con la SDIS que el paciente pertenecía a una población vulnerable, Habitante de calle. Sin embargo, cuando no ocurre, es enviado un profesional de salud a cargo de la SDIS para verificar: identidad, condiciones de la habitabilidad en calle y confirmar los derechos de la atención de estos pacientes, cabe aclarar que el servicio de de urgencias es realizado inmediatamente y no es negado si no tiene algún tipo de afiliación. La trabajadora de la salud encargada de realizar este proceso manifestó:

*Por la trayectoria en el trabajo con habitantes de calle, muchos que llegan a los hospitales tienen alguna referencia de mí y hablar con ellos no es fácil, aunque cuando ellos llegan a los servicios de cualquier hospital, solo su presencia causa traumatismo en el personal de salud y en la gente que se encuentra en ese momento en el hospital, por eso acudimos rápidamente a verificar el caso (Entrevista mayo 2010).*

La puerta de entrada del paciente enfermo con TB fue el servicio de urgencias, en este servicio los pacientes sospechosos de TB fueron captados y diagnosticados de acuerdo al cuadro clínico

Una de las principales sospechas de la presencia de la enfermedad en la población general es la de ser SR, sin embargo se conoció que en esta población por causa del consumo frecuente de sustancias psicoactivas como el bazuco, marihuana cocaína, etc., existe la tendencia a desarrollar tos y expectoración constante, ante este síntoma el médico solicita la realización de las pruebas seriadas de BK de esputo y cultivo de la segunda muestra para descartar la presencia de la enfermedad, que se manifiesta como obligatorio en este tipo de pacientes por el hecho de pertenecer a una población vulnerable.

Una vez establecido el diagnóstico mediante una prueba de BK positiva, el paciente fue hospitalizado durante 15 días para implementar el tratamiento acortado estrictamente

supervisado DOTS/TAES. Terminado este tiempo el paciente deja de ser bacilífero y por lo tanto no representa un riesgo para la transmisión de la enfermedad, adicional a esto, por lo general mejoran su estado de salud. En esta etapa estos pacientes tuvieron dos opciones, la primera fue ser remitido al *Hogar uno día noche* y continuar el tratamiento allí y la segunda fue la salida a continuar con su rutina de la calle; una alta proporción de estos optaron por la última dada su condición de farmacodependencia, por lo cual necesitan realizar el consumo de sustancias psicoactivas posterior al periodo de abstinencia vivido en el hospital. Por lo general salir de nuevo a la calle trajo consigo en la mayoría de los casos el abandono del tratamiento antituberculoso iniciado.

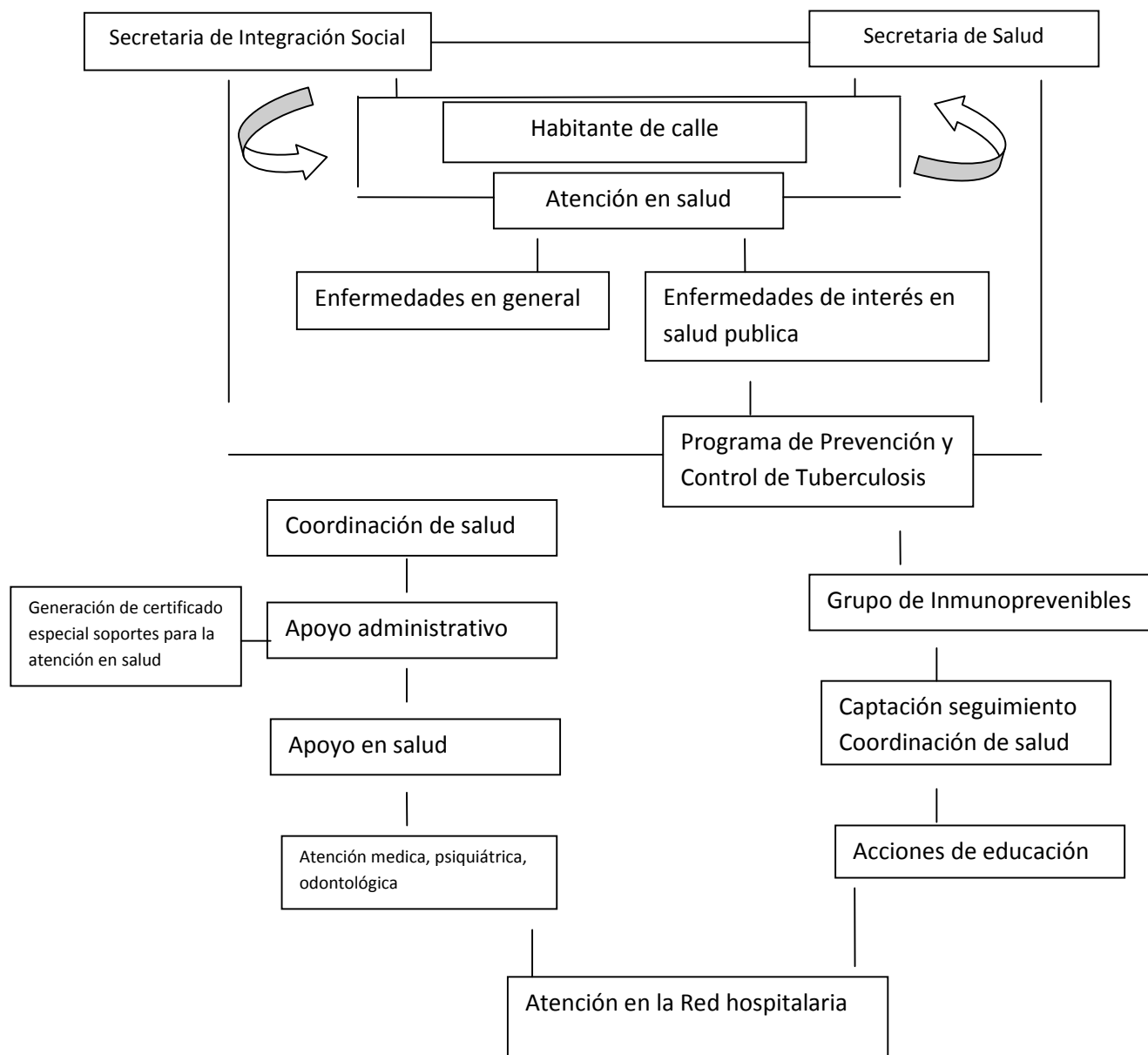
Se acuerdo a la información del personal de salud en contacto con el habitante de calle, expresó que:

*Usualmente, los Habitantes de calle que abandonan el tratamiento se presentan nuevamente a consulta en etapas avanzadas de la enfermedad tuberculosa, es frecuente que estos casos resulten en muerte a causa de las complicaciones nutricionales y de la propia enfermedad. (Entrevista abril 2011)*

**3.2.3. Atención en salud del Habitante de calle con TB en el Hogar uno día noche.** En el Distrito de Bogotá se organizó la prestación de servicios a los Habitantes de calle diagnosticados con TB a partir del sitio de primera atención que fue la unidad médica localizada en el *Hogar uno día noche*. Esta unidad es parte de la red del Hospital del Sur, así mismo está incluido el CAMI Trinidad Galán que presta el servicio de Laboratorio clínico, donde se realizaron las actividades de bacteriología del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis y las pruebas de diagnóstico de VIH. Cuando se requirió el servicio de psiquiatría los pacientes fueron referidos al Hospital de Chapinero.

La unidad médica del *Hogar uno día noche* atendió exclusivamente a la población Habitante de calle que ingreso al hogar donde fueron atendidos para solucionar cualquier problema de salud. El talento humano se encontró conformado por un grupo interdisciplinario de un médico, 4 auxiliares de enfermería, un psiquiatra, una nutricionista y un odontólogo. Por su parte en el grupo del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se encontró una enfermera profesional y una auxiliar de enfermería.

**Figura 1.** Dinámica de la Atención en salud del Habitante de calle en el *Hogar uno día noche* de la ciudad de Bogotá



Al *Hogar uno día noche* llegaron Habitantes de calle de dos procedencias, referidos por la red hospitalaria distrital o detectados por el Equipo de búsqueda activa, el cual visita los sitios donde se concentra la mayor cantidad de Habitantes de calle, y los invitan al Hogar. Antes de ser vistos por el servicio médico estos pasan por un proceso para mejorar sus condiciones de aseo y de alimentación.

Cuando los pacientes ingresaron por primera vez al servicio de salud se les realizó una serie de pruebas de laboratorio que incluyeron pruebas hepáticas, renales, cardíacas y pruebas específicas con respecto al diagnóstico de infecciones de transmisión sexual. Se estimó que una proporción de 17 a 20 pacientes Habitantes de calle fueron atendidos durante la jornada de atención médica.

Debido a las características especiales del Habitante de calle en cuanto a su condición de vulnerabilidad psicológica y de salud, los pacientes fueron manejados directamente por el médico en la asesoría para la realización de la prueba de VIH.

En cuanto a la captación de sospechosos de presentar TB, esta fue realizada en el curso de la consulta médica y mediante la búsqueda activa en el Hogar por el equipo de enfermería, quienes también desarrollaron charlas educativas ofrecidas a los Habitantes de calle sobre las características de la enfermedad, esto favoreció la identificación de los SR, en algunas ocasiones desde los propios habitantes de calle, los cuales fueron llevados al servicio médico.

Después de la consulta el médico solicitó el estudio bacteriológico de esputo seriado, los recipientes fueron suministrados por la auxiliar del programa e impartió instrucciones sobre la forma correcta de toma de muestra, estos pacientes fueron citados al siguiente día para

trasladarlos a la unidad de servicios de salud donde el Hogar tiene convenio para la atención de laboratorio clínico (CAMI Trinidad Galán), para continuar con la toma de la muestra y cumplir con las tres muestras estipuladas por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. Dentro de los procesos de referencia el laboratorio de CAMI Trinidad Galán se encuentro el envío de todos los cultivos positivos para la realización de PSF antituberculosos al Laboratorio de Salud Publica Distrital y este al Instituto Nacional de Salud.

Para el traslado al laboratorio el Hogar contó con transporte, así mismo para evitar algún tipo de molestia durante la estancia en el hospital, el Habitante de calle debió permanecer la noche anterior en el Hogar y salir a las seis de la mañana del día siguiente, además fue acompañado por un representante de la SDIS del área de salud. Esta persona expreso lo siguiente con respecto a esta actividad;

*Precisamente para evitar algunas reacciones violentas por rechazo o por las miradas de la gente del hospital tanto de pacientes y personal de salud, se acordó con el CAMI ese horario, así nuestros pacientes se sienten un poco cómodos, además antes de ir hablamos con ellos y volvemos a explicar el proceso de recolección de la muestra. Con el CAMI también nos comunicamos para que ellos estén listos cuando lleguemos. Es importante que yo u otra persona de salud del Hogar vaya para que realice los trámites de facturación y ordenes. (Entrevista, mayo 2010)*

Después de este proceso los pacientes enfermos fueron llevados nuevamente al Hogar, quienes pueden continuar en este establecimiento para cumplir con el tratamiento o pueden salir y volver para la administración del medicamento de acuerdo con el esquema de tratamiento.



Con respecto al manejo de los pacientes afectados por la presencia de coinfección TB y VIH/SIDA, la atención se desarrollo bajo la siguiente dinámica: el paciente SR con BK positiva o BK negativa con diagnóstico por cultivo positivo, se le realizo asesoría para la realización de la prueba de VIH, previo, consentimiento se realizo la prueba de Elisa, siguiendo lo estipulado por el Programa de Control y Prevención de VIH. El resultado de las pruebas de Elisa positivas fue confirmado mediante Western Blot.

De igual manera, a los pacientes VIH positivos se les realizo pruebas para TB, siguiendo lo establecido por la Guía Para El Manejo Programático del paciente con Tuberculosis Farmacorresistente en Colombia (Colombia, Ministerio de la Protección Social. Diciembre 2010).

Las entidades responsables de la atención en salud de los pacientes con coinfección se realizo en dos establecimientos especializados pertenecientes a la red hospitalaria Distrital en la atención de enfermos con TB y VIH, estos fueron el Hospital Santa Clara y el Hospital Simón Bolívar, donde se hizo el suministro y seguimiento del tratamiento antirretroviral y antituberculoso.

Los casos que necesitaron la valoración por el médico especialista remitido desde la consulta en el Hogar siguieron el trámite correspondiente establecido en el sistema de salud para la remisión a médicos especialistas.

**3.2.4. Elementos de proceso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de la población Habitante de calle atendida en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010.** Los elementos de proceso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis comprenden la cobertura de las actividades del programa,

disponibilidad de insumos, talento humano entrenado y la organización de las redes de centros de salud y laboratorios, la frecuencia de supervisión y la calidad de las intervenciones junto a un sistema eficaz de suministro y gestión de los medicamentos, los dos últimos ya fueron explicados en el segundo y cuarto punto de la estrategia DOTS respectivamente.

Las actividades del Programa de Prevención y Control de TB realizadas en el *Hogar uno día noche* fueron dirigidas al cumplimiento de las metas establecidas por la OMS. La cobertura resultó en la capacidad de respuesta para atender a los Habitantes de calle por parte del *Hogar uno día noche* al realizar las acciones de captación, detección y seguimiento soportadas por la cobertura en salud de esta población, que al mismo tiempo permitió tener acceso a estas acciones a través de la afiliación al SGSSS que es el que determina el acceso a los servicios de salud. La afiliación se encontró en el 2009 así: 66.7% estaban clasificados como pobres no asegurados, 27.8% subsidiados y 5.6% contributivos. En el 2010 el 90% fue población pobre no asegurada y el 10% fue afiliado al régimen subsidiado.

Durante los dos años de funcionamiento del Programa se incluyeron dentro del estado transitorio para la afiliación al sistema de salud (pobres no asegurados) a 16 pacientes enfermos con TB de los 38 diagnosticados, que correspondió al 42.1%, a quienes se expidió la carta de población especial para que puedan acceder a los servicios de salud.

Por otra parte, la implementación de la identificación de las diferentes poblaciones vulnerables en la circular 058 de 2009 permitió determinar la realización del cultivo de las muestras a esta población, así mismo la implementación de información de la condición del paciente en los formatos oficiales del Programa permitió caracterizar y diferenciar los datos de los Habitantes de calle de los otros casos de TB.

La cobertura de las actividades del Programa a la población Habitante de calle se dio a través de la red hospitalaria distrital y del *Hogar uno día noche*: en cuanto a la detección de casos de TB en la red hospitalaria durante el tiempo de análisis, la distribución de esta actividad se realizó así: en el Hogar día noche se detectaron 14 enfermos con TB, los otros casos (24) fueron detectados directamente en la red hospitalaria y fueron remitidos al Hogar. Ver tabla 11.

**Tabla 11** *Atención del Habitante de calle en la red hospitalaria Distrital y el Hogar uno día noche, casos diagnosticados con tuberculosis*

Detección BK positiva en:	2009	2010
Hogar uno día noche	4	10
Red hospitalaria Distrital	14	10
Total	18	20

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

Un total de 38 pacientes enfermos con TB en dos años de funcionamiento del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en los que fueron incluidos las dos formas de presentación de la enfermedad (pulmonar y extrapulmonar).

Con respecto a la cobertura del tratamiento se pudo conocer que todos los casos diagnosticados con TB recibieron el tratamiento, sin embargo el éxito del tratamiento calculado en 38.9% en el 2009 y 40% en el 2010, estuvo afectado principalmente por un alto porcentaje de abandonos.

En cuanto a los mecanismos de acceso para alcanzar las actividades del programa se encontraron los siguientes resultados:

Cambios en los horarios de atención en la IPS: permitió que 230 pacientes en el 2009 y 420 en el 2010 pudieran recoger en el *Hogar uno día noche* y en la IPS las muestras de esputo para el diagnóstico de la TB

El Apoyo nutricional permitió que en 2009 y 2010 el número de pacientes curados fueran 11 y en el 2010 fueran 7 pacientes, estos no manifestaron molestias gástricas ni efectos adversos al medicamento.

Educación: aunque el personal de salud señala que algunos de los pacientes enfermos con TB pidieron ser atendidos después de la sensibilización de las charlas informativas, no se encontró evidencia del número de pacientes que lo hicieron.

Pese a los esfuerzos por motivar a los Habitantes de calle para ser atendidos en el servicio de salud del Hogar, algunos se negaron a tener este servicio, sin embargo no se tienen datos registrados acerca de esta acción

Otro de los elementos del proceso es el Talento humano y organización de redes de servicio, la última fue ampliamente explicada en la atención del *Habitante de calle* en el Hogar y en la red hospitalaria distrital (3.2.1 y 3.2.2)

Se contó con un equipo profesional y técnico entrenado con herramientas necesarias para la implementación de las actividades del programa que atiende a la población Habitante de calle, este hace parte de la alianza entre las entidades SDS y SDIS; sin embargo, cada entidad tiene a su cargo un número establecido de trabajadores de la salud que confluyen en la atención de enfermedades infecciosas y de interés en salud pública, en especial en las

acciones que se llevan a cabo con el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis. El talento Humano se encontró distribuido en dos niveles, uno administrativo dirigido por la SDIS y las labores técnicas y científicas desarrolladas por la SDS. Tabla 12.

**Tabla 12** *Conformación del Talento Humano de la SDIS y la SDS de Bogotá en atención al Habitante de calle del Hogar uno día noche*

Dependencia	Área	Profesional/técnico	Numero	
SDIS	Administrativa coordinación	Trabajar social	1	
	Área de salud	Auxiliar administrativo	1	
	Área de salud	Auxiliares de enfermería	5	
SDS	Área de salud	Medico general	1	
	Área de salud proviene de Hospital de Chapinero	Psiquiatra	1	
	Área de salud proviene de Hospital de Chapinero	Nutricionista	1	
	Área de salud proviene de Hospital del sur	Odontólogo	1	
	Programa de prevención y control de TB		Enfermera profesional	1
			Auxiliar de enfermería	1

*Fuente Hogar uno día noche.*

El personal de salud, especialmente las auxiliares de enfermería y enfermera profesional recibieron capacitación y asesorías en temas relacionados con TB, programadas por la SDS durante todo el año, de igual manera estas actividades también se desarrollaron en otros Hogares para habitantes de calle administrados por la SDIS, su acción se enfoco a la captación de SR (búsqueda activa), suministro y seguimiento del tratamiento y la notificación al sistema de información SIVIGILA

**3.2.5. Componente 3 de la Estrategia Alto a la TB: Contribuir a fortalecer los sistemas de salud.** Las acciones desarrolladas por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la atención del Habitante de calle enfermo con TB de la ciudad de Bogotá con respecto a los seis elementos de los sistemas de salud propuestos por la OMS en el fortalecimiento de los sistemas de salud se incluyó como parte del componente tres de la Estrategia Alto a la TB.

- **Prestación de los servicios.** La OMS define *Buenos servicios de salud como: “servicios personales y no personales que son entregados de manera efectiva, segura y con calidad a quienes lo necesitan, cuando lo necesitan y donde lo necesitan con un mínimo de gasto de los recursos”* (WHO, 2007).

Los servicios de salud son determinantes en los procesos de la atención en salud de los Habitantes de calle de Bogotá, particularmente por su estado de vulnerabilidad social y física. Las fortalezas identificadas en el Programa de Prevención y Control de TB en función de la prestación de los servicios de salud fueron:

- Apoyo político: el Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis se encuentra dentro del Plan Nacional de Salud Pública que estipula que la atención en salud sea realizada por los actores del Sistema General de Seguridad de Social en Salud, esto establece un responsable del cumplimiento y evita ambigüedades sobre a quién exigir los servicios.
- El reconocimiento de las acciones intersectoriales entre la SDS y la SDIS posibilitó que programas de salud pública como el de Prevención y Control de la TB focalicen sus acciones y puedan atender a la población objetivo de este estudio y dar el primer paso en establecer datos del comportamiento frente a una de las enfermedades

emergentes más importantes de los últimos años y abren las puertas para tener injerencia en las decisiones de la política pública.

- La centralización de los servicios de salud en el *Hogar uno día noche* dio una opción para que los habitantes de calle sin dejar sus hábitos de la calle, tengan acceso a los servicios de salud y a un DOTS con calidad y se pueda controlar el problema de salud pública en esta población, reduciendo las barreras de acceso a los servicios de salud.
- Son conocidas las características comportamentales de los Habitantes de calle con respecto a su complejo manejo en la adherencia a cualquier tipo de tratamiento farmacológico, sin embargo el ofrecimiento de una atención integral con soporte nutricional y psicológico posibilitó una opción para disminuir el abandono del tratamiento.
- La organización de la prestación de servicios de salud en red asegura que la atención se realice en cualquier parte del Distrito y de esta manera los organismos de control realicen sus funciones.
- Para la prestación de los servicios de diagnóstico, seguimiento al tratamiento y pruebas de resistencia a los antibióticos antituberculoso (PSF) se contó con una red de laboratorios, de acuerdo a lo establecido por las directrices de la OMS. Sus funciones fueron desarrollar los procesos de diagnóstico oportuno y de calidad, además, con flujos de referencia y contrareferencia desde los laboratorios locales, pasando por los LSPD y terminando en el Laboratorio Nacional de Referencia (RNL) del INS, desde donde se tiene un proceso de control y verificación.
- Durante los dos años de funcionamiento de la acción coyuntural entre la SDS y la SDIS, se establecieron los parámetros para las notificaciones de poblaciones

vulnerables como la población Habitante de calle dentro del sistema de información dando cumplimiento a lo establecido por la circular 058 de 2009.

- Se estableció el proceso de atención en salud para la población Habitante de calle, no sólo en el diagnóstico de TB, sino además de otras enfermedades de salud pública, consolidando la prestación de los servicios de salud, esto generó una optimización en el uso de recursos compartidos, como el personal de salud y la reducción de las estructuras duplicadas al centralizar el tratamiento.

Las Debilidades identificadas en el Programa de Prevención y Control de TB en función de la prestación de los servicios de salud fueron:

- Pese a las normativas establecidas, los servicios de laboratorio operativamente presentan debilidades en el cumplimiento del proceso de cultivo y en consecuencia en la realización de las PSF.
- El acceso a la prueba de Elisa para la determinación de coinfección TB-VIH/SIDA, aún se encuentra limitado para la población Habitante de calle, sin embargo también se ve afectado por la negativa del paciente a su realización.
- La escasa disponibilidad de medicina especializada establece una debilidad en el diagnóstico y tratamiento del Habitante de calle.
- Aun existen pocas vías que posibiliten la información de los derechos en salud que tienen los Habitantes de calle, esto crea una barrera para el acceso a estos servicios.
- La presencia de un Habitante de calle y sus hábitos de comportamiento algunas veces desencadenan traumatismos en la atención en el servicio de urgencias, cuando la atención ocurrió directamente en la red hospitalaria, el manejo de estos pacientes requirió la inmediata presencia de personal de salud del Hogar para certificar la



atención. Sin embargo, cuando el Habitante de calle provino del Hogar los mecanismos de atención que se crearon para evitar esto fue establecer horarios específicos de atención, con personal de salud exclusiva (laboratorio clínico y atención del especialista).

**Personal sanitario.** La prestación de los servicios de salud al Habitante de calle en el *Hogar uno día noche* compromete a un grupo multidisciplinario de trabajadores de la salud. El enfoque está en la conformación del grupo que interviene en las acciones del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, para ello se hizo una división entre la parte operativa y la parte administrativa.

Las Fortalezas del personal sanitario fueron:

- Existió una división clara de responsabilidades entre los trabajadores de la salud y personal administrativo dentro de los procesos de afiliación y atención en la red hospitalaria distrital.
  
- Uno de los procesos iniciales estuvo dirigido a disminuir las barreras del acceso a los servicios de salud mediante las acciones de afiliación directa del Habitante de calle o por lo menos como ha sucedido acercarlos a este como población pobre no asegurada, para ello se contó con personal entrenado en el manejo del software denominado SIRVE y el acceso a las bases de datos de los afiliados al régimen contributivo y subsidiado. Este equipo se conformó por un coordinador de salud, un auxiliar y un facilitador que por lo general es una persona que conoce el ámbito de la calle, este realizó la encuesta al Habitante de calle sobre sus datos básicos. Se incluyó dentro del fortalecimiento a los sistemas de salud porque desarrollan procesos importantes dentro de la atención en salud y evidencian una dinámica centralizada en la optimización de la atención del Habitante de calle en la red hospitalaria distrital.

- Existe personal sanitario capacitado en el proceso de reconocimiento del Habitante de calle en la red hospitalaria, solicitud de citas en las instituciones, instrucciones para la preparación y toma de muestras para pruebas diagnósticas y el traslado a las entidades de salud, así mismo desarrollaron actividades de búsqueda activa en la población del Hogar, administraron del medicamento, realizaron el seguimiento del tratamiento antituberculoso y realizaron acciones educativas.
- Existió continuidad en los procesos debido a la poca rotación de personal sanitario

Las Debilidades en el personal sanitario fueron:

- Existe poco número de personal capacitado en el proceso de verificación de derechos de los habitantes de calle atendidos en la red pública distrital.
- Existen pocas estrategias de bioseguridad para la protección del personal sanitario.

**Información en salud.** Otro factor propuesto por la OMS es el buen funcionamiento del sistema de información en salud asegurando la generación de análisis y uso de información confiable y oportuna sobre el estado de salud, determinantes de la salud y el rendimiento del sistema de salud.

Fortalezas en la información en salud del Programa de Prevención y Control de TB del Hogar uno día noche:

La implementación de la circular 058 en 2009 estableció la notificación en los formatos oficiales del programa esto hizo que se pudieran identificar las diferentes poblaciones vulnerables, incluida el Habitante de calle y que posibilitara la generación de análisis como el planteado en este trabajo que involucra toda una estrategia mundial y nacional dirigida a una población vulnerable.

Los resultados en el análisis de los indicadores del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis durante los dos años brindaron una visión de la política aplicada y del trabajo realizado desde un programa de salud pública bajo una relación intersectorial.

Los canales expuestos para el flujo de la información se encontraron en diferentes entidades como: la Registraduría Nacional, base de datos sistema SIRVE, base de datos de afiliados FOSYGA, Programa Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del LNR-INS y se contó con el sistema de información del SIVIGILA (sistema de vigilancia en salud pública) que establece la notificación obligatoria de la TB.

Debilidades en la información en salud del Programa de Prevención y Control de TB del Hogar uno día noche

- Aun existen dificultades en la notificación de los casos diagnosticados con TB al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis Distrital
- Se identificaron variaciones en el flujo de información entre las instituciones prestadoras de servicios y el Programa de Prevención y Control de TB del *Hogar uno día noche*, en la determinación de pruebas bacteriológicas de control de tratamiento, asesorías para la prueba de VIH, prueba de Elisa y reporte del resultado del cultivo.

**Productos médicos, vacunas y tecnología.** El cuarto factor propuesto por la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud se refiere a garantizar el acceso equitativo a los servicios esenciales productos médicos, vacunas y tecnologías de calidad garantizada, seguridad, eficacia y costo-efectividad y un uso rentable.

Fortalezas en la gestión de Productos médicos, vacunas y tecnología encontradas:

- Las pruebas de Elisa positivas realizadas son confirmadas mediante la técnica de Western Blot.

- Las pruebas de sensibilidad a los fármacos antituberculosos son centralizados en el Laboratorio Nacional de Referencia, procesados bajo las técnicas aprobadas por la OMS para disminuir el tiempo en la emisión del resultado.
- En la actualidad el tratamiento antituberculoso administrado es el de categoría I, en dosis fija combinada, igual que para la población general.

Debilidades en la gestión de Productos médicos, vacunas y tecnología encontrada:

- No existe una cobertura total de aplicación de los anteriores procedimientos a todos los casos con tuberculosis diagnosticados en la población Habitante de calle de Bogotá.

**Sistemas de financiación de la salud.** Este punto habla de un sistema de financiación con fondos suficientes para la salud, para asegurar la prestación de los servicios necesarios sin la presencia de crisis financieras

El Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano, se rige por los principios de eficiencia, universalidad, equidad y el principio constitucional de solidaridad, definidos por la Ley 100 de 1993, permitiendo que sectores sin la capacidad económica suficiente accedan al sistema y al otorgamiento de las prestaciones en forma integral.

La financiación se realiza a partir de los aportes de los empleados y empleadores (régimen contributivo) y los recursos suministrados por el Estado mediante las transferencias provenientes de Sistema General de Participación (SGP), destinación específica para el sector salud que corresponde al 24.5%. Estos recursos se distribuyen entre departamentos, distritos y municipios de acuerdo a criterios que tienen en cuenta la población, atendida y por atender, la pobreza, la eficiencia y la equidad

Por su parte el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) es una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social que administra además, de otras cuentas la Subcuenta solidaridad en la cual recauda los recursos provenientes de los aportes realizados por todos los actores del sistema con destino a la población pobre y vulnerable mediante el pago de la prima o UPC (Unidad de Pago por Capitación) a las EPS del régimen subsidiado.

Fortalezas en la financiación de la salud:

- El principio de solidaridad establece una forma de sostenibilidad del financiamiento de los menos favorecidos. Sin embargo existe un estado transitorio hacia el régimen subsidiado representados en la población pobre no asegurada, la cual es financiada por los fondos de salud creados en cada territorio del país, para el caso específico de Bogotá este organismo es el Fondo Financiero Distrital que como se señaló anteriormente también se encarga de cubrir económicamente los servicios de salud prestados a los Habitantes de calle.

▪

Debilidad en la financiación de la salud:

- La secretaria de salud no dispone de una cuenta específica para acciones de prevención y promoción dirigida al Habitante de calle para la implementación de intervenciones específicas para la población Habitante de calle.

### **Liderazgo y rectoría**

El Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se encuentra dentro del Plan de salud pública y esta soportado bajo diferentes normativas la reglamentan de su funcionamiento en todos los niveles territoriales.

Fortalezas en el Liderazgo y rectoría encontradas en el Programa de Prevención y control de TB en el *Hogar uno día noche*

- El Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se ha integrado con instituciones sociales para llegar a poblaciones especiales como los Habitantes de calle, apoyados por una política pública de equidad y derecho a la salud. Extendida a otras poblaciones vulnerables y a otros servicios de salud.

- 

Debilidad en el Liderazgo y rectoría encontradas en el Programa de Prevención y control de TB en el *Hogar uno día noche*

- Existen dificultades en la comunicación de las acciones interprogramáticas entre el Programa de Prevención y Control de TB y el Programa de VIH con el fin de establecer la prestación de los servicios con disponibilidad de las pruebas diagnósticas para la TB y VIH/SIDA.

- 

- No existe una política de comunicación y educación acerca de la des-estigmatización de la enfermedad tuberculosa.

- 

- No existe una política que mitigue las causas de la transmisión de la enfermedad por hacinamiento, desnutrición, desempleo, desintegración de la familia, violencia en poblaciones vulnerables.

### **3.3. Análisis Comparativo de los Indicadores de los Resultados del Programa de Control de Tuberculosis Dirigido a Habitantes de calle y los del Programa de Control de Tuberculosis Dirigido a Población de Bogotá**

Este estudio comparo la población general enferma con TB en Bogotá con la población Habitante de calle que contrajo la enfermedad durante 2009 y 2010, de acuerdo a los datos suministrados por el Programa de Prevención y Control de TB de la SDS de Bogotá y la información del *Hogar uno día noche* a través de los indicadores de resultado de la atención.

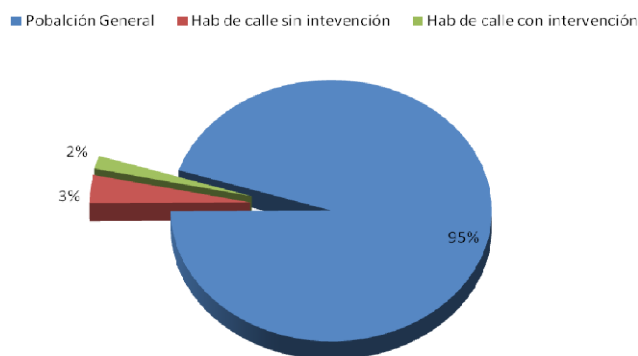
Teniendo en cuenta el estado de la enfermedad en la totalidad de la población de Bogotá afectada con TB y para los fines prácticos de la comparación planteada en el objetivo 3, la totalidad de los pacientes enfermos fueron divididos en tres tipos de poblaciones: población general de Bogotá conformada por casos de TB que no son habitantes de calle, población Habitante de calle con diagnóstico de TB en la red hospitalaria distrital, denominados sin intervención y Habitantes de calle diagnosticados con TB a través del *Hogar uno día noche*, denominados con intervención. Los casos por cada año y para cada población se presentan a continuación, ver Tabla 13.

**Tabla 13** *Distribución de los casos de Tuberculosis en Población General, Habitantes de calle sin intervención y Habitantes de calle con intervención.*

Año	Todos los casos	población general	Habitantes de calle sin intervención	Habitantes de calle con intervención
2009	1136	1075	43	18
2010	1201	1143	38	20
Total	2337	2218	81	38

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

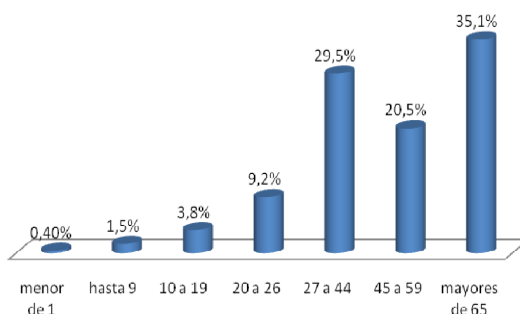
De 2337 casos de TB-TF diagnosticadas en los dos años se extrajo la población Habitante de calle que correspondió a 119 casos (5.1%) y se genero la población general que correspondió a 2218 casos (94.9%). Ver figura 2.



**Figura 2.** *Distribución de Tuberculosis en Población Habitante de calle con y sin intervención y la población general de Bogotá durante 2009-2010*

### 3.3.1. Situación de la Tuberculosis en las diferentes poblaciones según las condiciones socio-demográficas y de afiliación al sistema de salud, Bogotá año 2009 y 2010.

*Casos diagnosticados con Tuberculosis en la población total de la ciudad de Bogotá durante 2009 y 2010.* La distribución de la enfermedad por sexo, mostró que los hombres representaron el 64.5% (1507 casos) y las mujeres el 35.5% (830 casos), en casos nuevos y antes tratados, en las tres formas de presentación de la enfermedad (pulmonar, extrapulmonar y meníngea). Al desagregar los casos notificados se observó que el ciclo vital persona mayor aporta el 35.1% (821 casos) ocupando el primer lugar, seguido de adulto joven con 690 casos (29.5%)



**Figura 3. Grupos etareos afectados con tuberculosis en la población total de Bogotá**

Durante el bienio analizado (2009 – 2010) se diagnosticaron en población total de Bogotá 2337 casos de TB-TF (tuberculosis todas las formas), conformados por 2266 casos (97%) nuevos y 70 casos (3%) antes tratados. Se encontró que en los dos años 10 pacientes Habitantes de calle (4 en el 2009 y 6 en el 2010) atendidos en el *Hogar uno día noche* no fueron notificados al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis de las SDS, sin embargo fueron tenidos en cuenta en su respectivo año para el análisis. Ver tabla 14



**Tabla 14** *Distribución de casos de Tuberculosis nuevos y antes tratados en la población total del Bogotá 2009-2010*

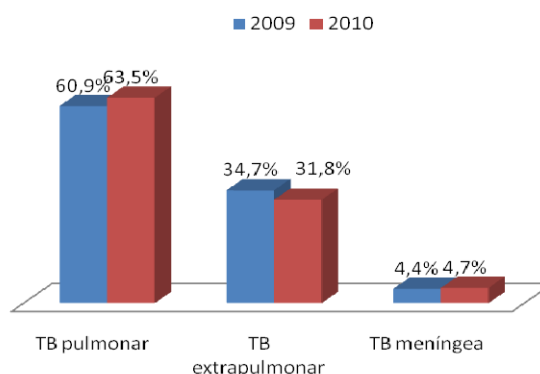
Año	Casos Nuevos	Casos antes tratados	Sin dato	Total
2009	1118 (47.8%)	18 (0,8%)	0	1136 (48.6%)
2010	1148 (49.1%)	52 (2.2%)	1	1201 (51.4%)
Total	2266 (97%)	70 (3%)	0.04	2337 (100%)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

La comparación entre estos años da cuenta del aumento de casos de TB en el 2010, con un incremento de 65 casos (2.8%), a expensas del incremento de la TB pulmonar, teniendo en cuenta que es la que con mayor frecuencia se presenta por la forma de contagio. Figura 4.

En cuanto a las formas de TB de casos nuevos y antes tratados resultaron: 1454 (62.2%) casos pulmonares, 776 (33.2%) casos extrapulmonares y 107 (4.6%) casos meníngeos en los dos años. La forma de TB más frecuente en casos nuevos de la totalidad de la población de Bogotá fue la pulmonar con el 62% (1406 casos), seguida de la TB extrapulmonar con 36.6% (762 casos) y por último la TB meníngea con un porcentaje de 4.3% (98 casos).

En el 2010 el número de los casos nuevos de TB-TF fue mayor que en el 2009, excepto para la TB extrapulmonar, que fue mayor en el año 2009.



**Figura 4.** *Distribución de las formas de tuberculosis en la población de Bogotá durante 2009 y 2010*

Por otra parte, la incidencia de TB meníngea se mantuvo con el mismo número de casos en los pacientes nuevos en los dos años (49 casos, 4.4%), aunque los casos antes tratados establecieron el incremento de la TB meníngea en 6.6% en el 2010.

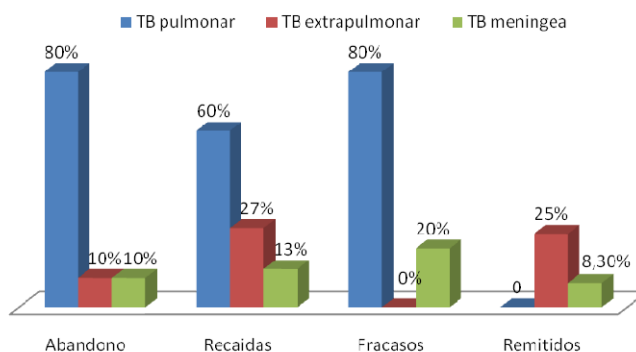
**Tabla 15** *Distribución de la población total de Bogotá según la condición de egreso del Programa de Prevención y Control de TB*

Casos antes tratado	2009	2010	Total 2009-2010
Abandono	5 (27.7%)	15 (28.8%)	20 casos (28.2%)
Fracaso	0%	5 (9.6%)	5 (7%)
Recaída	12 (66.7%)	21(40%)	33 (46.5%)
Transferidos	1 (5.6%)	11(21%)	12 (16.9%)
Sin dato	0%	1(1.9%)	
Total	18 (100%)	53(100%)	70 (100%)

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

La comparación entre los dos años mostró que el número de casos por reingreso al programa en el 2010 fue mayor que en el 2009, casi duplicando la cantidad de casos en todas las condiciones de ingreso e incluso se presentaron 5 casos de pacientes que fracasaron al tratamiento, evento que no tuvo presencia en el año 2009. También se observó que el porcentaje de recaídas a la enfermedad supero al reingreso por abandono al tratamiento antituberculoso, seguido por los casos de pacientes remitidos y pacientes que fracasaron al tratamiento la tabla 15 muestra la proporción de casos de reingreso por año.

La distribución de las formas de TB en pacientes antes tratados fue: 48 (67.6%) casos pulmonares, 14 (19.7%) casos extrapulmonares y 8 (11.3%) casos meníngeos, la forma de TB que presento mayor porcentaje de casos para el reingreso fue la TB pulmonar, ver figura 5.



**Figura 5. Distribución de tuberculosis todas las formas en casos antes tratados en la población total de Bogotá durante 2009 y 2010**

Para los casos antes tratados se encontró un incremento de 49% entre el año 2009 y 2010, todas las formas de TB incrementaron su frecuencia, la TB pulmonar aumento en 51%, la TB extrapulmonar aumento 28.6% y la TB meníngea aumento en 75%. Es importante señalar que la condición de ingreso como pacientes antes tratados representó el 3% con respecto a los casos nuevos, durante los dos años el porcentaje de recaídas a la enfermedad supero al reingreso por abandono al tratamiento antituberculoso.

Con respecto a la realización de cultivo en el diagnóstico de TB extrapulmonar, se encontró que el numero de cultivos realizados en el 2009 fue del 1.8% (7 cultivos), 2.3% (9 casos) no fueron cultivados y 95.8% no se obtuvo dato, mientras que en el 2010 el número de cultivos supero el del 2009 con la realización de 6.4% cultivos (24 cultivos), los no realizados fueron 10.9% (41 casos) y en 82.7% (311 casos) no se obtuvo información. Por consiguiente ante la ausencia de esta no se pudo atribuir el aumento de los casos extrapulmonares al diagnóstico por cultivo, sino se considera que podría ser debido al uso de ayudas diagnosticas como ADA (Adenosina deaminasa), además de la persistente sospecha del clínico frente a la presencia de la enfermedad mediante el cuadro clínico, rayos X e histopatología que si se encontraron registradas.

Por su parte en la afiliación al Sistema de salud se encontró que la mayor proporción de casos de TB-TF se hallan en el régimen contributivo, seguido del subsidiado, la población pobre no asegurada y el régimen especial, no se encontró información en 0.6% de los afectados. Ver tabla 16

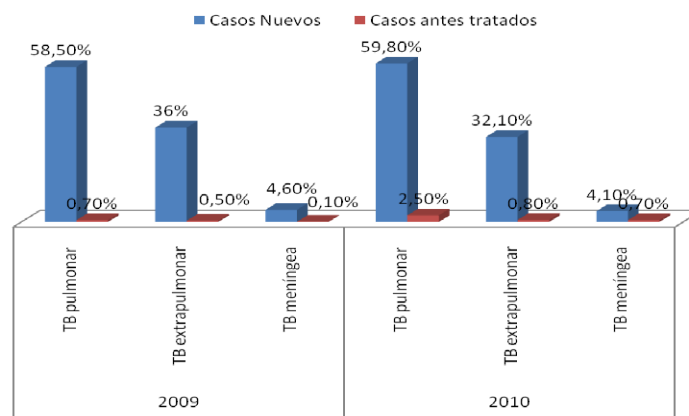
**Tabla 16 Afiliación al SGSSS de la población total de Bogotá**

Tipo de afiliación	2009	2010
Contributivo	609 (53.6%)	683 (56.8%)
Subsidiado	250 (22%)	269 (22.4%)
Pobre no asegurado	183 (16%)	150 (12.5%)
Especial	87 (7.6%)	92 (7.6%)
Sin dato	7 (0.6%)	7 (0.6%)
Tol	1136 (100%)	1201 (100%)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

**La Tuberculosis en la Población General de Bogotá.** La población general de Bogotá enferma con TB-TF presento 1061 (98.7%) casos nuevos y 14 (1.3%) casos antes tratados en el 2009, la figura 6 muestra la distribución de los casos según la forma de TB diagnosticada en los dos años de estudio.

El estado de ingreso de los casos antes tratados mostraron las siguientes condiciones: 3 (21.4) abandono, 10 casos (71.4%) recaída y pacientes remitidos (7.1%), se observo un mayor número de pacientes que ingresan por recaídas a la enfermedad, seguidos de los que ingresaron después de abandonar el tratamiento y un paciente ingreso como remitido, estas condiciones se manifestaron en las tres formas de TB, TB pulmonar con mayor proporción, (57.1%) seguida de la TB extrapulmonar (35.7%) y por último la TB meníngea (7.1).



**Figura 6. Formas de tuberculosis en casos nuevos y antes tratados en la población general de Bogotá 2009-2010**

Por su parte, para la TB-TF en el año 2010 se presentaron 1143 casos, de estos el 95.1% (1097 casos) fueron casos nuevos y el 4.1% (46 casos) fueron antes tratados, los cuales estuvieron conformados en mayor número por recaídas (20 casos), pacientes remitidos (11 casos), abandono al tratamiento antituberculoso (9 casos), pacientes que fracasaron al tratamiento (5 casos) y de un paciente no se obtuvo información.

Se evidencia que el número de casos en 2010 fue mayor que en el 2009 para todas las formas de la TB, excepto para la TB extrapulmonar. Sin embargo, el número de casos antes tratados fue mayor en el 2010 que en el 2009.

***Tuberculosis Pulmonar en Población General de Bogotá 2009 – 2010.*** La TB pulmonar en la población general de Bogotá en 2009 presentó 637 (59.3%) casos y en el 2010 712 casos (62.3%). Cabe anotar que por las disposiciones expuestas por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se tuvieron en cuenta para el análisis solo los casos nuevos con BK positiva.

**Tabla 17** *Distribución de casos de Tuberculosis pulmonar en población general de Bogotá*

Tuberculosis	2009	2010
Casos nuevos	629 (98.7%)	683 (95.9%)
Casos antes tratados	8 (1.3%)	4.1% (29 casos)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

Los casos nuevos de TB pulmonar predominaron sobre los antes tratados y se observó el aumento de casos para el año 2010. El análisis de la distribución de la TB pulmonar por sexo, determino que la presencia de la enfermedad en el sexo masculino en los casos nuevos y antes tratados fue mayor que en el sexo femenino, para el año 2009 fueron 396 casos (62.1%) en hombres y 241 casos (37.8%) en mujeres. En 2010, los casos en hombres fueron 424 (59.5%) y para mujeres 288 (40.5%). Ver tabla 17.

Por su parte, el grupo etareo mas afectado en el sexo femenino fue el de mayores de 65 años, seguida de los de 55 a 64 años. El sexo masculino presento una mayor cantidad de grupos etareos afectados por la enfermedad, siendo el mayor aquejado el grupo que sobrepaso los 65 años, seguido de los de 55 a 64 años y los de 25 a 34 años. También es relevante mencionar que durante este año se presentaron casos de TB en pacientes menores de 1 año.

En cuanto al aseguramiento en 2009, el régimen contributivo presento un mayor porcentaje de casos de TB pulmonar, seguido del régimen subsidiado y la población pobre no asegurada, también se identificaron en el régimen especial que corresponde a entidades de salud pertenecientes a organizaciones independientes de la atención del régimen subsidiado y contributivo y en 0.2% (1 caso) no se obtuvo información ver tabla 18.

**Tabla 18 Afiliación al SGSSS de la población general de Bogotá en afectados por tuberculosis pulmonar**

Tipo de afiliación	2009	2010
Contributivo	54% (344 casos)	56 % (399 casos)
Subsidiado	24.2% (154 casos),	25.7% (183 casos),
Pobre no asegurado	14.9% (95 casos)	11.5% (82 casos)
Especial	6.8% (43 casos)	6.2% (44 casos)
Sin dato	0.2% (1 caso)	0.6% (4 caso)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

En los dos años de estudio aproximadamente la mitad de los casos de TB pulmonar se encontraron bajo el régimen de afiliación contributivo, incrementándose en dos puntos porcentuales para el año 2010, igual comportamiento siguió la afiliación al régimen subsidiado, por el contrario la población catalogada como pobre no asegurada disminuyó en el 2010, así mismo sucedió con régimen especial.

***Tuberculosis Extrapulmonar en Población General de Bogotá.*** Durante el 2009 en la población general de Bogotá el porcentaje de casos con TB extrapulmonar nuevos y antes tratados fue de 36.1% (388 casos), en el 2010 disminuyó a 32.9% (376 casos). Ver tabla 19

**Tabla 19 Casos nuevos y antes tratados de TB Extrapulmonar en población general de Bogotá año 2009**

Año	Casos nuevos	Casos antes tratados
2009	98.7% (383casos)	1.3% (5 casos)
2010	97.6% (367 casos)	2.4% (9 casos)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

Durante los dos años el sexo más afectado fue el masculino, sin embargo el número de casos aumento en el 2010 para el sexo femenino y disminuyo para el sexo masculino. Ver tabla 20.

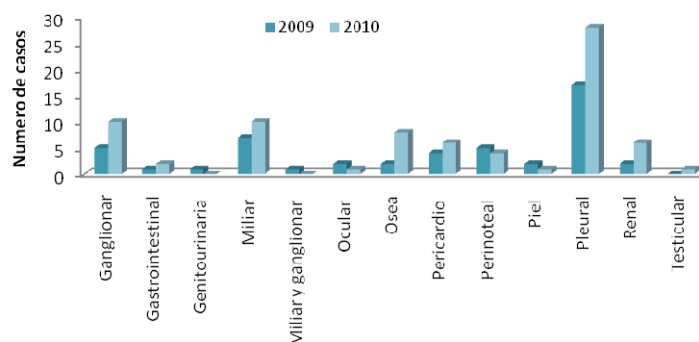
**Tabla 20** Distribución de por sexo de Tuberculosis extrapulmonar en la población general de Bogotá año 2009-2010.

Año	Femenino	Masculino
2009	30.2% (117 casos)	69.8% (271 casos)
2010	35.6% (134 casos)	64.4% (242 casos)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

El grupo etareo mas afectado para el sexo masculino en el 2009 y 2010 fue el de mayores de 65 años, otros grupos afectados en el 2009 fueron: los de 35 a 44 años y los de 25 a 34 años, mientras en el 2010 el sexo femenino se vio afectado en los grupos de edad de mayores de 65 años, 25 a 43 años y 35 a 44 años.

La frecuencia de casos y localizaciones aumento en el año 2010, aunque algunas se comportaron de manera similar en los dos años de análisis, generando los siguientes resultados: la localización más afectada fue la de tipo pleural, seguida de la TB miliar y ganglionar y en menor proporción la pericárdica, ósea, y peritoneal, se presento un caso con doble localización, miliar y ganglionar. Las localizaciones de TB extrapulmonar en orden de frecuencia de acuerdo con la información disponible se encuentran en la figura 7.

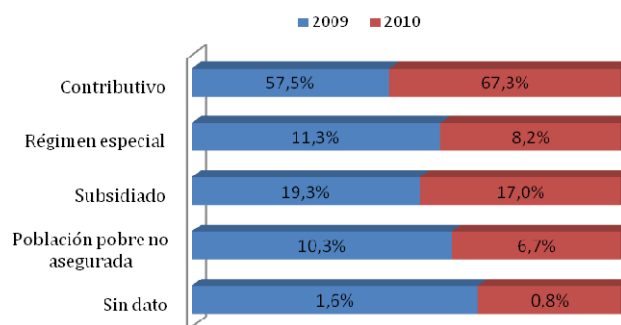


**Figura 7.** Distribución de tuberculosis extrapulmonar según localizaciones afectadas en población general de Bogotá

En cuanto a la afiliación al sistema de salud se encontró que en la población general de Bogotá el régimen contributivo presentó la mayor cantidad de pacientes con TB extrapulmonar durante los dos años, con un incremento en el 2010, mientras en la



población con menores recursos económicos (subsidiado, pobre no asegurado) se presentaron menor porcentaje de diagnóstico de esta forma de enfermedad tuberculosa. Ver figura 8.



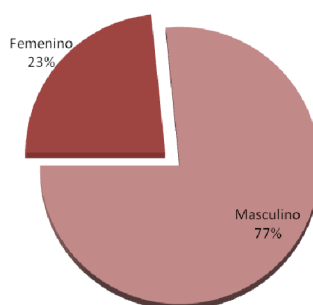
**Figura 8. Afiliación al Régimen de salud de los casos de Tuberculosis extrapulmonar en la Población general de Bogotá 2009-2010**

***Tuberculosis Meníngea en la población general de Bogotá.*** En el año 2009 la TB meníngea representó el 4.6% del total de casos nuevos y antes tratados, los primeros fueron 49 casos y uno antes tratado, la distribución por sexo mostró que los más afectados por esta forma de TB fueron los hombres con 34 (68%) casos sobre las mujeres con 15 casos (30%).

En cuanto a la edad, el grupo etareo más afectado fue el de 40 a 44 años, seguido por el de 25 a 29 años y el de 50 a 54 años, y afectó en la misma proporción a las mujeres de 25 a 54 años, aunque no se encontraron casos entre los 55 a 59 años. Adicionalmente se encontraron casos de TB meníngea en menores de 1 año con el 32.7% (16 casos),

En cuanto al aseguramiento de todos los casos 80% (40 pacientes) correspondió al régimen contributivo, 18% (9 pacientes) al régimen subsidiado y el 2% correspondió a un paciente de la población pobre no asegurada.

En el 2010 los casos de TB meníngea represento el 4.8% de los casos de TB en la población general de Bogotá, se evidencio que hubo un incremento de 5 casos con respecto al año 2009, evidenciando el aumento en los casos antes tratados, al igual que en casos nuevos en pacientes del sexo femenino, la distribución por sexo fue la siguiente: 36 (76.6%) casos nuevos de TB meníngea fueron encontrados en hombres y 11 (23.4%) casos nuevos en mujeres (Ver figura 9).



**Figura 9. Distribución por sexo de tuberculosis meníngea en la población general Bogotá en el año 2010**

Los grupos de edad más afectados según el sexo fueron: para las mujeres la mayor cantidad de casos se encontraron en mayores de 65 años y en hombres los más afectados fueron los de 25 a 34 años, seguida de los mayores de 65 años y 35 a 44 años.

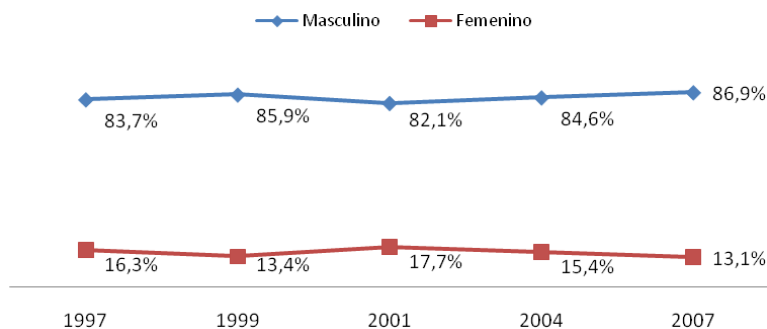
Durante el 2010 se observo un cambio en la distribución de la afiliación, disminuyendo la proporción de afiliados al régimen contributivo a 56.4% (31 casos), por el contrario el régimen subsidiado se elevo a 27.3% (15 casos), de igual manera la población pobre no asegurada aumento a 12.7% (7 casos) y aparecieron casos de esta forma de TB afiliados al régimen especial con 3.6%.

***Comportamiento de la población Habitante de calle de Bogotá enferma con tuberculosis 2009 y 2010.*** La población Habitante de calle durante el año 2009 represento el 5.3% (61 casos) de los casos nuevos y previamente tratados de la ciudad de Bogotá,

mientras en el 2010 tuvo un descenso a 4.8% (58 casos). Los casos nuevos representaron el 86.9% (53 casos) y los casos antes tratados fueron 13.1% (8 casos) en el 2009, mientras en el 2010 se observó un leve descenso en los casos nuevos con 86.2% (50 casos) y aumentaron los casos antes tratados a 13.8%

En cuanto al sexo, los hombres siguen presentando la mayor cantidad de casos, en el 2009 se registró el 85.3% (52 casos) y 14.7% (9 casos) fueron mujeres, para el 2010 el número total de casos disminuyó y se observó una ligera variación, donde el número de casos en mujeres aumentó a 12 (20,7%) y el de hombres disminuyó a 46 (79,3%).

Desafortunadamente, no se tiene un dato actualizado del número de Habitantes de calle y la tendencia de la enfermedad por sexo, pese a esto y recurriendo a los censos disponibles

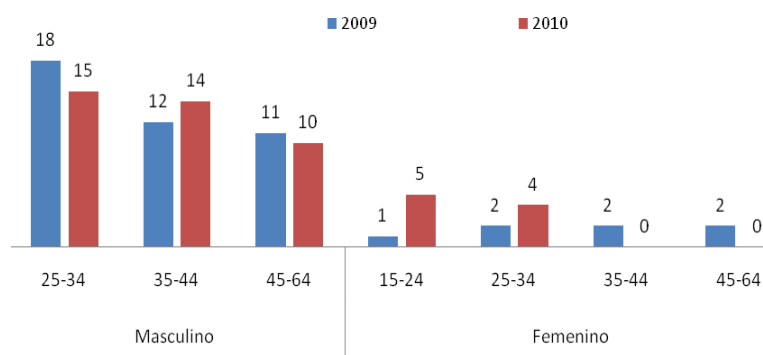


**Figura 10. Distribución por sexo de la población Habitante de calle de Bogotá desde 1997 a 2007**

La figura 11 muestra que la tendencia en la diferencia porcentual entre hombres y mujeres que habitan en la calle se han mantenido a lo largo de 10 años, según los censos realizados en la ciudad de Bogotá, cada sexo ha conservado una pequeña diferencia entre año, esto explica que la mayor cantidad de afectados hayan sido hombres.

Siguiendo la clasificación por sexo, se determinó que en el 2009 los hombres afectados se encontraron entre el rango de edad de 25 y 44 años y concentro al 73% de los enfermos con TB todas las formas, mientras en el sexo femenino los grupos más afectados se observaron entre los 15 y 54 años con un número de casos de igual proporción para cada grupo etareo, en total fueron 12 casos (14.7%). De manera que los primeros se encontraron más afectados en la etapa productiva, mientras que las mujeres se vieron afectadas en varios grupos de edad.

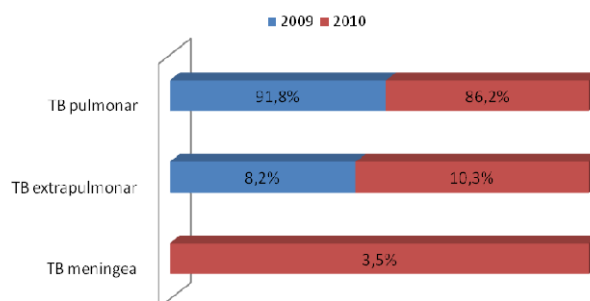
La proporción de Habitante de calle afectado por TB en 2010 compartió los mismos grupos etareos del 2009 para el sexo masculino, pero disminuyo el número de afectados y concentro al 67% de ellos en ese rango de edad, por el contrario el número de casos en mujeres aumento al 20.7% y disminuyo el rango de edad de 15 a 34 años. Ver figura 12.



**Figura 11. Grupos etareos de la población Habitante de calle de Bogotá más afectados con tuberculosis todas las formas 2009-2010**

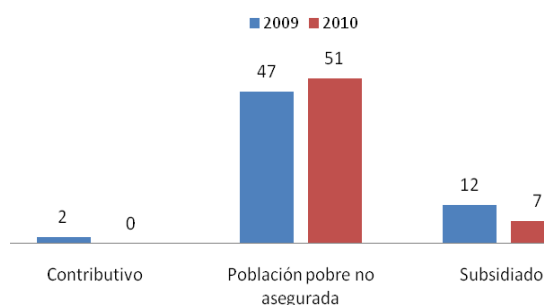
En cuanto a las formas de TB durante el año 2009 se encontró que la TB en los casos nuevos y antes tratados se presentó en dos formas, pulmonar con el 91.8% (56 casos) y TB extrapulmonar con 8.2% (5 casos), en este año no se presentaron casos de TB meníngea en ningún Habitante de calle. Los casos nuevos representaron el 86.9% y los casos antes tratados el 13.1%.

Por su parte en el año 2010 la forma extrapulmonar se presentó en el 10.3% (6 casos) de los casos, la TB meníngea representó el 3.5% (2 casos) y la TB pulmonar fue el 86.2% (50 casos), de los cuales el 84% (42 casos) fueron nuevos y 16% (8 casos) fueron casos previamente tratados.



**Figura 12. Distribución de las formas de tuberculosis en la población habitante de calle de Bogotá con intervención 2009-2010**

De esta manera la TB pulmonar en la población Habitantes de calle descendió para el 2010, por el contrario se observó que la TB extrapulmonar aumentó su presentación, al igual que hizo su aparición en el 2010 la TB meníngea, cuando en el 2009 no hubo ningún caso. Ver figura 13.

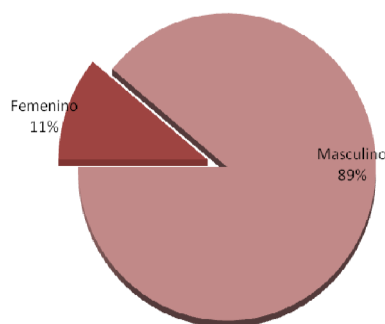


**Figura 13. Distribución de la afiliación al sistema de salud de los habitantes de calle de Bogotá enfermos con tuberculosis**

La distribución de los enfermos con TB en los diferentes regímenes estableció que durante el 2009 y 2010 el mayor número de enfermos se encontró bajo la denominación de población pobre no asegurada, con tendencia al aumento. Por el contrario el régimen subsidiado disminuyó su cantidad en el 2010, al igual que el régimen contributivo. Figuras 14

***Comportamiento de la población Habitante de calle de Bogotá con intervención enferma con tuberculosis 2009-2010.*** La intervención en salud en el manejo de los enfermos con TB en el *Hogar uno día noche* se estudio desde el inicio de la intervención en marzo de 2009 hasta diciembre de 2010, cumpliendo un año y nueve meses de funcionamiento, tiempo pertinente para el análisis de la información generada, cabe anotar que debido al periodo estudiado no se contemplo la información del primer trimestre.

A partir de la implementación del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el *Hogar uno día noche*, el proceso de detección de SR y captación de casos de pacientes enfermos con TB en la población Habitante de calle que ingreso hasta diciembre de 2010, estableció el diagnóstico de 38 pacientes, de los cuales se encontraron 34 (89.5%) casos nuevos y 4 (10.5%) casos previamente tratados: tres abandonos y una recaída.



**Figura 14. Distribución por sexo de tuberculosis TF en la población Habitante de calle de Bogotá con intervención 2009-2010**

En esta población vulnerable, los hombres se encontraron más afectados que las mujeres por la enfermedad tuberculosa, al igual que pasa con la población general de Bogotá. Figura 10.

En cuanto a la variable edad, el grupo más afectado por TB en todas las formas fue el de 30 a 34 años con 23.7% (9 casos), seguido del de 50 a 54 años con 18.4% (7 casos). El grupo de edad menos afectado fue el de los 55 a 60 años con 2.6% (1 caso).

La forma de TB que con mayor frecuencia se presentó en estos grupos de edad fue la pulmonar con 89% (34 casos), mientras que la TB extrapulmonar se encontró en un porcentaje de 11% (4 casos). Los grupos de edad más afectados por TB pulmonar fueron los de 30 a 34 años (7 casos) y los de 50 a 54 años (7 casos), mientras que la TB extrapulmonar afectó en mayor proporción, al grupo de edad entre 30 y 34 años (2 casos).

También se realizó un análisis de los casos nuevos con TB sin antecedentes de tratamiento antituberculoso y los casos antes tratados de TB pulmonar y extrapulmonar mostrando que del total de casos diagnosticados durante el tiempo de funcionamiento del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en el *Hogar uno día noche* el 89% (34 casos) correspondió a TB pulmonar de los cuales 88 % (30 casos) correspondieron a casos nuevos de TB pulmonar y 12 % (4 casos: 3 abandonos, 1 recaída) fueron casos antes tratados con medicamentos antituberculosos; por su parte del total de casos de TB extrapulmonar 7.9% (3 casos) fueron casos nuevos y 2.6% (1 caso: abandono) fueron previamente tratados.

La cobertura de las actividades del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis estuvieron relacionadas a la afiliación y el acceso a los servicios de salud, en el análisis de la información el tipo de aseguramiento de la población Habitante de calle afectada con TB-TF en pacientes nuevos y antes tratados se encontró que el 5,3% (dos paciente) perteneció al régimen contributivo, en el régimen subsidiado se encontró 2.6% (un paciente), el mayor número de personas con TB se encontraron en población pobre no asegurada con 35 pacientes que representaron el 92.1%.

El análisis también suministro información acerca de los casos diagnosticados como nuevos y los casos previamente tratados con respecto al tipo de régimen de afiliación. El total de casos nuevos diagnosticados con TB fueron 35 pacientes, distribuidos según el régimen de afiliación así: 6.25% (dos pacientes) en el régimen contributivo, en el régimen subsidiado se encontró 2.9% (un paciente) y la población pobre no asegurada correspondió a 91.4% (32 pacientes). En los casos de pacientes antes tratados el 100% correspondió a la población pobre no asegurada.

El análisis para los casos diagnosticados como nuevos mostró que en el régimen contributivo el 2.9% (un paciente) presentó TB pulmonar y el mismo porcentaje presentó la TB extrapulmonar; para el régimen subsidiado 2.9% (un paciente) fueron pulmonares, no se presentaron casos extrapulmonares en este régimen de afiliación. La población pobre no asegurada presentó 82.8% (29 casos) con TB pulmonar y 8.6% (3 pacientes) presentaron la forma extrapulmonar.

En los casos de pacientes antes tratados el 100% (3 pacientes) correspondió a la TB pulmonar y pertenecieron al régimen de afiliación de la población pobre no asegurada. No se presentaron casos de TB extrapulmonar.

***Comportamiento de la población Habitante de calle de Bogotá con intervención y sin intervención enferma con tuberculosis 2009-2010.*** Esta población represento el 5.1% de la totalidad de la población enferma con TB de Bogotá, La población Habitante de calle con intervención correspondió al 1.6% (38 casos) de la totalidad de los casos con TB de Bogotá y el 3.5% (81 casos) fue la población Habitante de calle sin intervención. Ver tabla 21.



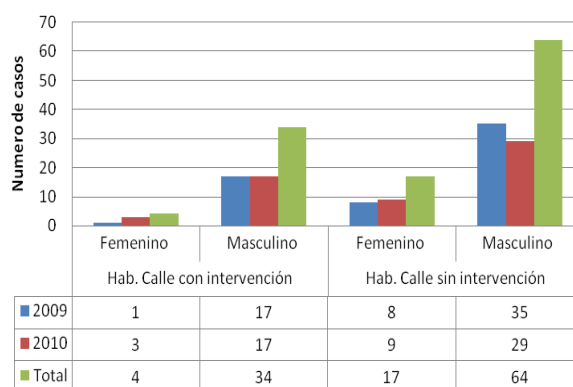
**Tabla 21** Población Habitante de calle de Bogotá afectada con tuberculosis con y sin intervención años 2009-2010.

Año	Habitantes de calle sin	Habitantes de calle
	intervención	con intervención
2009	43 (70.5%)	18 (29.5%)
2010	38 (65.5%)	20 (34.5%)

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

De la totalidad de la población Habitante de calle (119 casos), la población con intervención represento el 31.9% (38 casos) mientras que la población sin intervención fue el 68.1% (81 casos). El comportamiento en el número de casos de TB-TF presentaron una disminución de casos de 61 (51.2%) en el 2009 a 58 (48.7%) en el 2010.

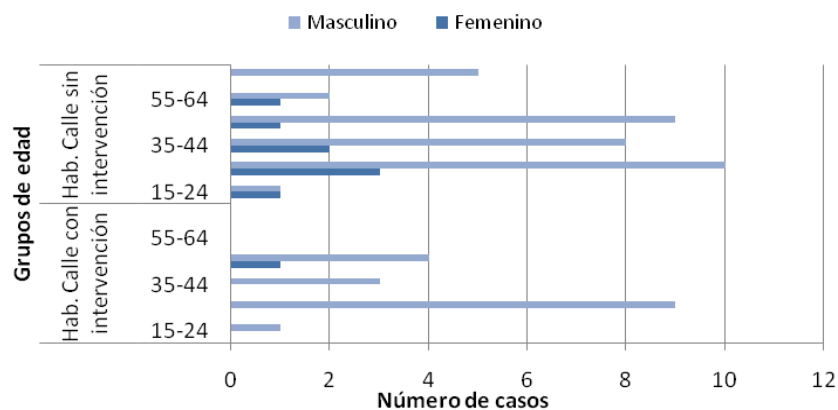
La distribución por sexo en enfermos con TB-TF de casos nuevos y antes tratados, mostró que en los grupos con intervención y sin intervención los más afectados fueron los hombres (82.3%), el grupo con mayor cantidad de casos fue el no intervenido durante 2010. Mientras el sexo femenino fue afectado en 17.7%, de la misma manera, el grupo más afectado por TB fue el que no tuvo intervención. Ver figura 15.



**Figura 15.** Distribución por sexo de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención afectados por tuberculosis 2009-2010

El análisis por grupo mostró que los hombres afectados por TB superaron 8 veces el número de las mujeres en el grupo con intervención y el grupo no intervenido supero 4

veces la cantidad de mujeres respecto del grupo con intervención. De esta manera el grupo sin intervención aportó un gran número de enfermos con TB todas las formas tanto del sexo femenino como masculino. Por año, el sexo masculino conservó una tendencia al descenso en el grupo sin intervención, sin embargo el comportamiento en el grupo con intervención se mantuvo constante en los dos años.



**Figura 16. Grupos etareos afectados con tuberculosis todas las formas en la población Habitante de calle con y sin intervención en el año 2009**

De acuerdo a la distribución de la enfermedad por edad se encontró que durante el 2009 los más afectados fueron hombres sin intervención de 25 a 34 años (13 casos) seguidos de los de 35 a 44 y 45 a 54 años (10 casos para cada uno), para el 2010 fueron afectadas las edades de 45 a 54 (8 casos) seguidos de los 25 a 34 y 35 a 44 con 7 casos cada uno, ver figura 15. El número de casos disminuyó durante el último año en hombres pero aumentaron los casos en mujeres, en quienes se presentó a edades más tempranas de 15 a 24 años (4 casos), seguidos de los de 25 a 34 años. Ver tabla 16.

Por su parte, las edades más afectadas en el grupo con intervención en los dos años fueron de 25 a 34 años, en este grupo el número de mujeres con la enfermedad aumentó durante el 2010.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud, se identificó que durante el año 2009 se presentaron casos en los dos regímenes de afiliación y para el estado transitorio (pobres no asegurados) en el grupo intervenido y no intervenido, sin embargo en el 2010 solo se presentaron casos para el régimen subsidiado y pobres no asegurados, para los dos grupos, no se encontraron casos afiliados al régimen contributivo.

***Tuberculosis meníngea en Habitantes de calle con y sin intervención 2009-2010.***

Se conoció por entrevista a la coordinadora de salud y a la auxiliar de atención al Habitante de calle en el *Hogar uno día noche*, que el diagnóstico de la enfermedad en un estado tan deteriorado como el presentado bajo la TB meníngea, suele ser excepcional debido a que en muchos de los casos la muerte sucede antes de hacer este diagnóstico. Este hecho explica porque la determinación de TB meníngea se realizó en el grupo sin intervención, siendo el responsable del diagnóstico la red hospitalaria distrital, donde llegan los Habitantes de calle en estados avanzados de las diferentes patologías que los afectan, entre estas la TB meníngea, estados que por lo general no se presentaron en el grupo intervenido porque la población atendida llega en una etapa sin deterioro evidente que comprometa su propia movilidad, en el grupo con intervención no se encontraron casos.

No se tuvo reporte de TB meníngea en 2009, se presentaron casos en 2010 en el grupo sin intervención, la enfermedad estuvo presente en una mujer de 18 años y un hombre, de 34 años, los dos ingresaron como casos nuevos. La vinculación a la seguridad social se realizó mediante el estado transitorio a la afiliación como población pobre no asegurada.

***Tuberculosis extrapulmonar en habitantes de calle con intervención y sin intervención.*** La TB extrapulmonar en habitantes de calle con y sin intervención correspondió al 9.2% (11 casos) de los casos de TB en esta población y se presentó en mayor proporción en enfermos con habitabilidad en calle sin intervención, duplicando el

número de casos con respecto a los afectados con intervención, se observó que el número de casos aumentó en el 2010, ver tabla 22.

**Tabla 22** *Tuberculosis Extrapulmonar en Habitantes de calle de Bogotá con y sin intervención años 2009 y 2010*

Año	Habitantes calle con intervención	Habitantes Calle sin intervención
2009	2	3
2010	1	5
Total	3	8

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

En el 2009 el grupo más afectado fue el no intervenido, duplicando el número de casos del grupo intervenido, el sexo más afectado fue el masculino, en el 2009 cuatro casos correspondieron a hombres y uno a una mujer. Mientras en el 2010 la cantidad de casos reportados para el grupo sin intervención aumentó 5 veces el número de casos reportados para el grupo con intervención.

En el año 2010 el número de casos en el sexo masculino duplicó el número con respecto al 2009, el grupo con mayor número de casos fue el que no tuvo intervención. Por su parte el sexo femenino no presentó casos en los dos años en el grupo intervenido, pero sí en el 2010 en el grupo sin intervención.

Los enfermos afectados con TB extrapulmonar en el año 2009 se encontraron en una gran proporción entre las edades de 25-34 años (4 casos) 50% en los dos grupos con y sin intervención, seguido de los de 35 a 44 años en el grupo sin intervención. En el 2010 el grupo con intervención también presentó al rango de edad de 25 a 34 años como el único afectado igual que el 2009, mientras el grupo no intervenido presentó un rango de afectados entre 25 a 44 años.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud de los habitantes de calle enfermos con TB extrapulmonar en los grupos con y sin intervención, se observó que ningún caso se presentó en el régimen contributivo. El mayor número de casos se encontraron como población pobre no asegurada, siendo el más afectado el grupo sin intervención en el año 2010, de igual manera se encontraron casos en el régimen subsidiado (5 casos), así mismo el grupo con más casos fue el no intervenido en el 2010.

***Tuberculosis Pulmonar en Habitantes de calle con y sin intervención 2009-2010..***

Durante el 2009 la población Habitante de calle con intervención presentó 16 casos pulmonares nuevos, BK positivo, que constituyó el 14% de la población Habitante de calle y el 0.68% de la totalidad de casos con TB de Bogotá. El sexo más afectado siguió siendo el masculino, durante este año fue afectado en 94% (15 casos) y a las mujeres en el 6% (1 caso). La edad de la población enferma se encontró entre los 25 a 34 años seguida del grupo de edad entre 45 a 54 años y 35 a 44 años.

En el 2010 el número de casos nuevos BK positivos disminuyó en 2 y representó el 12.3% (14 casos) de los habitantes de calle enfermos con TB y el 0.6% de la totalidad de casos de Bogotá, de los cuales el 78.6% (11 casos) fueron hombres y el 21.4% (3 casos) fueron mujeres, aunque los hombres siguen siendo los más afectados, se evidenció que el número de mujeres enfermas aumentó.

El grupo etareo más afectado coincidió en el 2009 y 2010, al igual que pasó con las otras formas de la enfermedad, los casos se concentraron en 25 a 34 años, los menos afectados estuvieron entre los 15 a 24 años, 55 a 64 años y no se presentaron casos en mayores de 65 años. En el 2009 también se vieron afectados los grupos de 45 a 54 años y 35 a 44 años y en el 2010 los de 35 a 44 años.

Según el tipo de afiliación en el grupo con intervención se encontró que en 2009 los pacientes afiliados fueron el 31.2% (5 casos), de los cuales el 6.3% (1 caso) correspondió al régimen contributivo, y el 25% (4 casos) fueron afiliados al régimen subsidiado, mientras que el 68.8% (11 casos) se clasificaron en el estado transitorio de afiliación como población pobre no asegurada.

En 2010 se encontró que la afiliación en casos nuevos y previamente tratados fue: ningún caso afiliado al régimen contributivo, el 5.3% (1 caso) fue afiliado al régimen subsidiado y el 94.7% (18 casos) se encontró como población pobre no asegurada, hecho que supera en 26 puntos porcentuales lo registrado en el 2009 en la población pobre no asegurada, además se encontró que su cifra fue más alta que la afiliación al régimen subsidiado, situación observada también en el análisis de los afectados con TB extrapulmonar en la población general de Bogotá, esto evidencio un disminuido proceso de afiliación, el cual le otorga al paciente todos los beneficios para la atención.

Con respecto a la población sin intervención, esta presento mayor cantidad de casos que la población con intervención, cifras que se aproximaron al doble. En 2009 presento un total de 40 casos pulmonares, de los cuales hicieron parte 5 (11.6%) casos antes tratados (dos recaída y tres abandonos) y 35 (91.4%) casos nuevos, se observo que el sexo masculino fue el más afectado con 76.7% (33 casos) y las mujeres fueron el 12.9%(7 casos), en cuanto a la edad los grupos con y sin intervención coincidieron con que el rango más afectado fue el de 25 a 34 años y 45 a 54 años.

Mientras, en el 2010 el total de casos pulmonares fueron 31, conformados por el 12.9% (4 caso) casos antes tratados e ingresaron como abandonos y 87.1% (27 casos) se registraron como nuevos. Los hombres siguen siendo la población más afectada con 82.6% (19 casos) y las mujeres con 17.3% (4 casos), es evidente que las mujeres han aumentado su

afectación como sucedió también en las otras formas de TB. El rango de edad en este año y para esta población fue de 45 a 54 años que difirió con la población intervenida que fue de 25 a 34 años.

### **3.3.2. Análisis comparativo de los indicadores de resultado del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis dirigido a Habitantes de calle y a la población general de Bogotá, 2009 y 2010.**

*Indicadores del control de gestión.* Para el análisis de los indicadores de captación se tomo en cuenta la totalidad de la población enferma con TB de Bogotá y la población Habitante de calle con intervención durante los años 2009 y 2010, debido a que en ellos se estableció la programación de SR, por consiguiente no se incluyo la población general de Bogotá y la población Habitante de calle sin intervención.

Dentro de las acciones del Programa de Prevención y Control de TB se encuentra la realización de la planeación de sus actividades, para ello establece la programación que determina la proporción de la población en quienes se focalizara sus actividades, inicialmente identifica el número de pacientes mayores de 15 años que han consultado por primera vez y por cualquier causa en las IPS del año inmediatamente anterior, posterior a esto estima el 5% de ellos, obteniendo la meta de captación que mide el cumplimiento en la identificación y examen de sospechosos de padecer la enfermedad tuberculosa.

En 2009 para la totalidad a la población del Distrito mayor de 15 años se calculo el 50% (3.629.798) y de esta se estimo el 5% que fue de 181.489 SR a examinar de los cuales fueron examinados 48.500 con un porcentaje de captación de 26.7%, a estos se les realizo 110.500 BK, resultando positivas 544, para una positividad de 1.1% y una concentración de la BK de 2.3.

Para el 2010 en esta misma población, el 50% de la población objetivo fue de 3.681.891, de ellos se estimó el 5% para la programación de SR a examinar, presentando 184.094, de los cuales se logró examinar 42.312 SR, con un porcentaje de captación de 22.9%. El número de BK realizadas a estos pacientes correspondió a 82.552, resultando 597 casos positivos, con un porcentaje positividad de 1.4% baja con respecto al valor permitido (2.5).

En cuanto a la población Habitante de calle con intervención, durante 2009 se estimó que los SR programados fueran 128 pacientes, sin embargo este número fue superado en 80%, alcanzó el 179%, para esto examinó 230 SR, obteniendo un porcentaje de captación de 179%, el número de BK realizadas fue de 690 de las cuales 16 casos resultaron positivos, para un porcentaje de positividad de la BK de 7%, es decir que de cada 100 SR examinados es probable que 7 de ellos estén enfermos, mientras en el 2010 el porcentaje disminuyó a 4%, pese al aumento en el número de SR examinados (420 SR). También se pudo establecer el cumplimiento de las tres BK para cada paciente con una concentración de 3. Ver tablas 23.

**Tabla 23** *Indicadores de control de gestión del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle con intervención de Bogotá enferma con tuberculosis.*

Año	Porcentaje de captación de SR	Positividad de la Baciloscopia	Concentración de Baciloscopia
2009	179%	7%	3
2010	105%	4%	3

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

Por su parte en el 2010 los SR programados fueron 400, sin embargo se examinaron 420, en este año el porcentaje de captación fue de 105%. En cuanto al número de BK realizadas, estas fueron 1260, con una concentración de la BK de 3, encontrando 14 casos nuevos BK positivos para una positividad de 4%, notablemente hubo una disminución en el 2010, pese



al aumento del número de casos para este año, el número de casos BK positivos disminuyó 2 caso con respecto al 2009.

El comportamiento de la captación de SR durante 2009 y 2010, evidenciaron una marcada diferencia entre el porcentaje de captación de los SR en la totalidad de la población de Bogotá y los habitantes de calle con intervención, para el último el porcentaje superó el límite estipulado por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis (80%) alcanzando más del 100%, sin embargo las dos poblaciones presentaron una tendencia a la disminución de esta acción durante este periodo de tiempo. Pese al descenso de este indicador de control de gestión el número de casos de SR examinados en el 2010 en los Habitantes de calle triplicó el valor de 2009 debido a que la programación de SR aumentó en el último año.

Por el contrario el indicador de captación de SR en la totalidad de la población de Bogotá enferma con TB presentó un porcentaje disminuido frente al valor estipulado.

El comportamiento del porcentaje de positividad de la BK en la población Habitante de calle mostró que los valores presentados en los dos años superaron al establecido en 1,1% por la totalidad de la población de Bogotá enferma con TB en el 2009 y 1,4% en el 2010, así como el reportado por el nivel nacional (2% en 2008).

Por su parte, en la totalidad de la población de Bogotá afectada con TB, el porcentaje de positividad se mantuvo bajo durante los dos años pero en aumento, en concordancia con el incremento de casos diagnosticados durante el 2010, sin embargo este indicador se vio afectado por el disminuido porcentaje de captación de SR establecidas en 26.7% en el 2009 y 22.9% en el 2010. Por lo tanto se esperaba que este valor fuera mayor teniendo en cuenta la tendencia de aumento de casos positivos a la BK que confirman la presencia de la enfermedad. Ver tabla 24.

**Tabla 24** *Indicadores del Control de Gestión de casos pulmonares nuevos en la totalidad de la población de Bogotá 2009 y 2010*

Indicador	Totalidad de la población de Bogotá enferma con tuberculosis		Valor mínimo o aceptable
	2009	2010	
Porcentaje de captación de SR	25,5%	20,3%	80% mínimo
Positividad de la Baciloscopia	1,1%	1,4%	No debe ser mayor del 4-5%
Concentración de Baciloscopia	2,3	1,9	Promedio 2.5 mínimo

Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010

Con relación a la concentración de la BK en la población Habitante de calle con intervención en los dos años de estudio el resultado fue de 3, esto supero el valor mínimo del indicador nacional estipulado en 2.5 BK por paciente, el soporte de este resultado se expresa en los esfuerzos del personal de salud del *Hogar uno día noche* por mantener el cumplimiento del número de BK para la detección de enfermos con TB, dando lugar a paciente Habitantes de calle sensibilizados en la obtención de la muestra y su permanencia en el Hogar y el traslado al laboratorio para su diagnóstico.

La concentración de la BK en la totalidad de la población de Bogotá presento una tendencia a la disminución, en el 2009 fue de 2.3 y en el 2010 fue de 1.9 BK por paciente, se considera que esto puede afectar la sensibilidad en el diagnóstico, por consiguiente cuando la concentración es menor de 2 se esta perdiendo hasta un 10% de enfermos, aunque hayan sido captados. Ver tabla 25.

**Tabla 25** *Indicadores del Control de Gestión de casos pulmonares nuevos en la totalidad de la población Habitante de calle de Bogotá con intervención 2009 y 2010*

Indicador	Habitante de calle de Bogotá con intervención enferma con tuberculosis		Valor mínimo o aceptable
	2009	2010	
Porcentaje de captación de SR	179%	105%	80% mínimo
Positividad de la Baciloscopia	7%	4%	No debe ser mayor del 4-5%
Concentración de Baciloscopia	3	3	Promedio 2.5 mínimo

***Comportamiento de la baciloscopia y el cultivo en casos nuevos pulmonares en la totalidad de la población de Bogotá y Habitantes de calle con y sin intervención 2009-2010.*** Conociendo que los bajos porcentajes de captación afectan la calidad y oportunidad del diagnóstico de casos nuevos de TB, se analizó las dos metodologías usadas como son la BK y el cultivo en la detección oportuna, para lo cual se contó con la información de los Habitantes de calle con intervención y la totalidad de la población enferma con TB, sin embargo con el fin de relacionar el diagnóstico oportuno y su comportamiento frente a la población Habitante de calle con intervención, la totalidad de la población fue dividida en población general y Habitantes de calle con y sin intervención.

***Comportamiento de la baciloscopia y cultivo en casos nuevos pulmonares baciloscopia positiva en la totalidad de la Población de Bogotá afectada con tuberculosis 2009-2010.*** Los siguientes son los datos de la totalidad de la población de Bogotá afectada con TB: durante el 2009 se encontró 544 casos nuevos pulmonares BK positiva, representando el 48% de la población, las BK realizadas presentaron diferente número de cruces en el momento del diagnóstico, un hecho importante relacionado con la oportunidad en la detección y detención de la transmisión, debido a que los casos diagnosticados con mayor número de cruces establece la determinación tardía de la enfermedad, un diagnóstico

con tres cruces muestra la gravedad y el tiempo de exposición a la acción del microorganismo al igual que un mayor tiempo de transmisión, mientras que el diagnóstico temprano evidenciado con BK de una cruz, tiene menor tiempo de transmisión de la enfermedad y menor daño al paciente.

Durante este año la proporción de casos nuevos fue diagnosticada con más frecuencia con una cruz, se presentaron 246 (45%) casos, con dos cruces se diagnosticaron 194 (35.6%) y 104 ( 19.1%) casos fueron de tres cruces, el análisis muestra que la tendencia de la aparición de casos va disminuyendo al mismo tiempo que el numero de cruces va aumentando, determinado que se realizo una detección temprana, sin embargo la proporción de BK con tres cruces, aunque es la más baja, fue considerable, debido a que este estado denota un diagnóstico tardío y mayor tiempo de transmisión.

Por el contrario, en el 2010 la tendencia a un mayor diagnóstico temprano disminuyo con respecto al 2009, explicado en la disminución de casos diagnosticados con BK de una cruz, para este año fue de 243 (43.3%); una mayor diferencia en el número de casos sucedió en BK de dos y tres cruces, de manera que en el 2010 la cantidad de casos con dos cruces fue de 225 (40.1%), de la misma manera el diagnóstico con BK de tres cruces también aumento a 129 (23%). Esta situación evidencio que las acciones de diagnóstico detectaron pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad, con el riesgo de afectar su estado de salud y la transmisión.

Con respecto a la realización del cultivo en el 2009 se examinaron 14.000 cultivos, de los cuales 265 fueron positivos, para una positividad de 1.9%. Para los casos nuevos pulmonares BK negativos se encontraron 63 casos de los cuales solo se hizo cultivo a 14 (22.2%) de ellos.

En el 2010 se realizaron 16.822 cultivos de los cuales 269 fueron positivos, con un porcentaje de positividad de 1.6%. Los casos BK negativa generados en este año fueron 114 (0.7%) de los cuales se realizo cultivo a 49 casos (42.9%).

Estos resultados indican que pese al leve aumento de cultivos durante el 2010, este número sigue siendo bajo, teniendo en cuenta que la vigilancia rutinaria requiere que se realice cultivo en el diagnóstico a SR, segunda muestra de esputo BK negativa.

En cuanto al procesamiento de muestras de esputo en pacientes con BK negativa las cifras encontradas mostraron un aumento en el 2010, así mismo el número de cultivos pero no cubrió el 100% de los casos. El incremento del uso del cultivo es una meta que se encuentra en el Plan Estratégico Nacional.

***Comportamiento de la baciloscopia y cultivo en casos nuevos pulmonares baciloscopia positiva en la Población General de Bogotá 2009-2010.*** Por su parte, la Población general de Bogotá enferma con TB presentó en el 2009, 494 casos nuevos pulmonares BK positivos, esto represento el 72.7% de los caso nuevos pulmonares, de ellos fueron diagnosticados con una cruz el 45.8% (228 casos), 36.1% (180 casos) con dos cruces y el 18.1% (90 casos) presentaron tres cruces, esto explica que el diagnóstico se realizo tempranamente en casi el 50% de la población afectada con TB en los diferentes centros de atención en salud, sin embargo, preocupa que la proporción de casos con dos y tres cruces estén en el otro 50%, teniendo en cuenta que en estos estados baciliferos la probabilidad de transmisión de la enfermedad es mayor.

Para el 2010 los casos nuevos pulmonares BK positivos representaron el 77.2% (560), la oportunidad en el diagnóstico de la enfermedad determino que existe una mayor proporción

de pacientes diagnosticados con una cruz 41.4% (232 casos), con dos cruces 37.7% (211 casos) y con tres cruces 20.1% (117 casos), se observo un aumento de la población diagnosticada con el mayor numero de cruces, es decir que el diagnóstico llego tardíamente, pero además quiere decir que la detección aumento en los estadios tardíos.

Dentro de los casos nuevos pulmonares también se presentaron casos con BK negativas, en el 2009 se encontraron 64 (5.9%) casos, de estos se realizaron 19 (29.7%) cultivos; en el 2010 se encontraron 109 (19.5%) casos con BK negativo, de los cuales se realizaron cultivo a 46 (42.2%) casos, esto muestra que aumento el uso del cultivo para los casos con BK negativo, sin embargo teniendo en cuenta el porcentaje de detección es importante no subestimar los resultados con BK negativa y realizarles cultivo, cumpliendo las condiciones que hacen sospechar de casos paucibacilares.

***Comportamiento de la baciloscopia y cultivo en casos nuevos pulmonares baciloscopia positiva en Población Habitante de calle con intervención 2009-2010.*** Con respecto a la población Habitante de calle con intervención en el año 2009 presento 16 casos nuevos pulmonares con BK positivo, constituyendo el 14% de la población Habitante de calle. Durante este año la oportunidad en el diagnóstico de acuerdo al número de cruces de la BK fue: con una cruz 6 (37.5%) casos, con dos cruces 5 (31.5%) y con tres cruces fueron 5 (31.5%) casos, de esta manera no se evidencio diagnóstico temprano y por el contrario los casos con dos y tres cruces sumaron el 62.4%, más de la mitad de los casos.

En el 2010, el grupo con intervención disminuyo el número de casos nuevos BK positivas a 14 y siguió el mismo comportamiento del 2009, con una similar proporción para cada numero de cruces: 5 (35.7%) casos diagnosticados con una cruz, 5 (35.7%) casos con dos cruces y 4 (28.6%) con tres cruces, de igual manera los casos con dos y tres cruces superaron más de la mitad de los casos y se incremento a 71.4%. El comportamiento de

diagnóstico oportuno fue similar en los dos años, configurando un diagnóstico tardío en esta población.

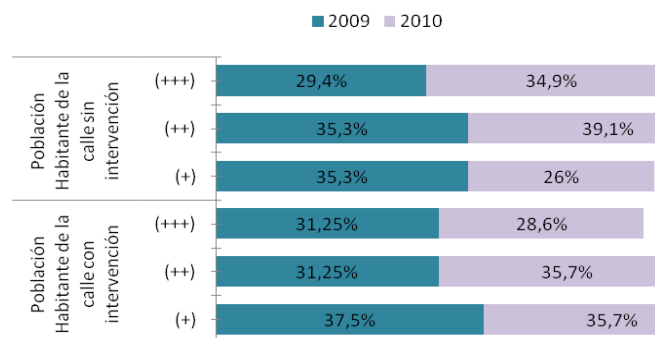
No obstante se debe reconocer comparativamente, que en el 2009 se realizaron más diagnósticos con una cruz que en el 2010, pero el número de pacientes diagnosticados con tres cruces fue más alto en el 2009, evidenciando un amplio tiempo de permanencia y propagación de la enfermedad. Pese a estos resultados vale la pena resaltar los esfuerzos realizados en la detección.

En la población Habitante de calle con intervención la realización del cultivo para los casos BK positivos en el 2009 fue para 6 pacientes, en este año no se presentaron casos con BK negativa. En el 2010 se realizaron 4(28.6%) cultivos de un total de 14 casos BK positiva, en este año se presentó un caso BK negativo que fue diagnóstico por cultivo.

***Comportamiento de la baciloscopia y cultivo en casos nuevos pulmonares baciloscopia positiva en Población Habitante de calle sin intervención.*** La población Habitante de calle sin intervención presentó en el año 2009, 34 casos nuevos pulmonares BK positivos, esto correspondió al 55.7% de los casos de TB todas las formas en Habitantes de calle y el 3% de la totalidad de los enfermos con TB en Bogotá. La detección en este grupo en el año 2009 presentó diagnóstico con BK una cruz en 12 casos (35.3%), con dos cruces 12 casos (35.3%) y con tres cruces 10 casos (29.4%).

Se observó que se diagnosticaron tempranamente la tercera parte de la población, sin embargo el diagnóstico con tres cruces, aunque fue el menor del año, representó un valor aproximado también a la tercera parte de la población.

Mientras en el 2010 el número de pacientes detectados fue de 23, un número menor de los casos presentados en el 2009, los casos con BK una cruz fueron 6 (26%) casos, 9 (39.1%) casos fueron diagnosticados con dos cruces y 8 (34.8%) casos resultaron con tres cruces, claramente los casos con una cruz disminuyeron sustancialmente con respecto al año 2009.



**Figura 17. Diagnóstico por baciloscopia según el número de cruces en población habitante la calle de Bogotá con y sin intervención 2009-2010**

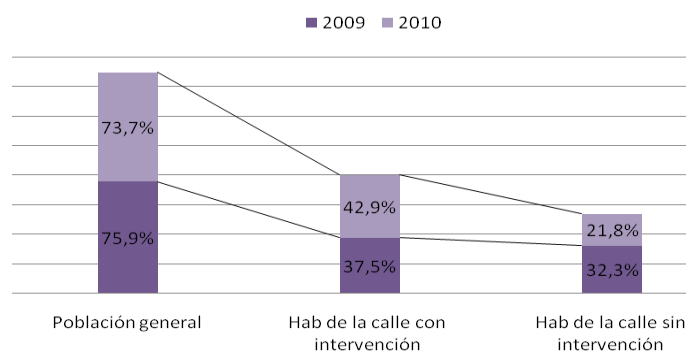
La comparación por año en el grupo sin intervención dejó ver que durante el 2010 ocurrió el mayor porcentaje de diagnóstico tardío con 75%, adicional a esto el número de casos disminuyó, se esperaba que la afluencia de pacientes en situaciones de salud deterioradas como son estados bacilíferos con BK de dos y tres cruces acudieran a los servicios de salud, sin embargo los datos nos dieron una información contraria al disminuir los casos registrados. Ver figura 17.

Otra forma de realizar el diagnóstico de la TB es el uso del cultivo. En el año 2009 en la población Habitante de calle sin intervención se realizaron 8 (23.5%) cultivos de casos nuevos pulmonares con BK positivos de los 34 casos reportados, también se presentó un caso con BK negativo del cual no se encontró dato del cultivo. Mientras en el 2010 fueron realizados 15 (65.2%) cultivos de los 23 casos, en este año se presentaron cuatro casos con BK negativa de los cuales solo fueron cultivados dos. Estos resultados evidenciaron un incremento del cultivo para el año 2010 acogiendo la normativa establecida, pero aun es una acción que no cubre el 100% de los casos.



### ***Indicadores de seguimiento y complementarios***

*Resultado del tratamiento antituberculoso.* El análisis de la situación de TB en el periodo 2009 a 2010 evidencio que el escenario no ha tenido cambios en las tres poblaciones clasificadas para este estudio, como lo indica la figura 18, el Distrito Capital mantiene un porcentaje de éxito de tratamiento menor que la meta establecida de 85%, de esta manera durante el año 2009 alcanzo el 72% y en el 2010 disminuyo a 71%, contrario al comportamiento de la incidencia de TB que aumentó, de acuerdo a los datos del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, esta fue de 7.5 casos por cada 100.000 habitantes en el 2009 y en el 2010 fue de de 8.2 por 100.000 habitantes.



**Figura 18. Porcentaje del éxito del tratamiento antituberculoso en la población general de Bogotá y habitantes de calle con y sin intervención 2009-2010.**

Por su parte, el comportamiento del éxito del tratamiento en las poblaciones de pacientes bacilíferos bajo la clasificación hecha para este estudio, evidencio que la población general de Bogotá alcanzo el 76% en el 2009 y el 74% en el 2010, cifras que superaron lo establecido para la totalidad de la población de Bogotá, evidenciando que son otros grupos poblacionales y otras variables complementarias las que afectaron el éxito terapéutico.

En cuanto a los Habitantes de calle con intervención, estos obtuvieron un éxito de tratamiento de 38% en el 2009 y de 40% en el 2010, a su vez la población sin intervención presento 32% en el 2009 y 22% en el 2010. Como se puede observar, existe una marcada diferencia entre la población general y los Habitantes de calle con y sin intervención

durante los dos años con respecto al éxito del tratamiento, de igual manera sucede con el porcentaje de pacientes curados, donde los primeros sobrepasan la mitad de la meta, los otros sobrepasan la tercera parte de la meta estipulada en 85%.

Sin embargo, pese a la tendencia a la disminución porcentual del éxito del tratamiento del 2009 al 2010 en la población total de Bogotá, se evidencio una situación contraria en la población Habitante de calle con intervención que presentó un mayor porcentaje en el 2010.

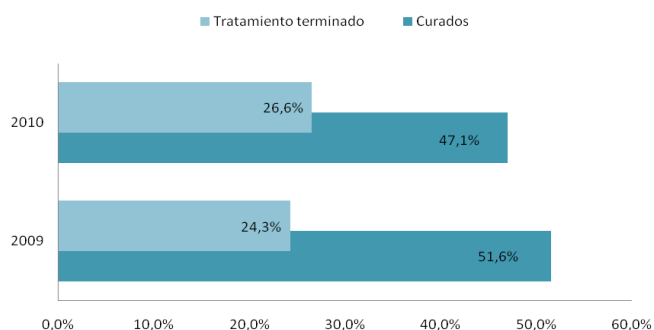
Es de resaltar que el grupo poblacional con menor éxito del tratamiento fue el grupo de Habitantes de calle sin intervención, quienes para el año 2010 presentaron la cifra más baja. La tabla 26 presenta el número de casos de pacientes curados y con tratamiento terminado en las diferentes poblaciones y en el periodo de tiempo señalado.

**Tabla 26** *Número de casos con condición de egreso de tratamiento terminado y paciente curado en la población general de Bogotá y población Habitante de calle con y sin intervención 2009- 2010*

Año	Población general de Bogotá		Población Habitante de calle			
	2009	2010	con intervención		sin intervención	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Total casos Nuevos BK positivo	494	560	16	14	34	23
Curados	255(51.6%)	264(47.1%)	5(31.3%)	5(35.7%)	5(14.7%)	4(17.4%)
Tratamiento terminado	120(24.3%)	149(26.6%)	1(6.3%)	1(7.1%)	6(42.9%)	1(4.3%)
Éxito del tratamiento	375(76%)	413(74%)	6(38%)	6(40%)	11(32%)	5(22%)

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

**Resultado del tratamiento antituberculoso en la Población General de Bogotá 2009-2010.** Cabe señalar que dentro del análisis del éxito del tratamiento se tomó en cuenta los componentes que lo conforman, ellos son los casos que terminaron el tratamiento, en quienes no se realizó la última BK de control y los casos que egresaron como curados, en quienes se realizó una última BK para confirmar la ausencia de microorganismos.



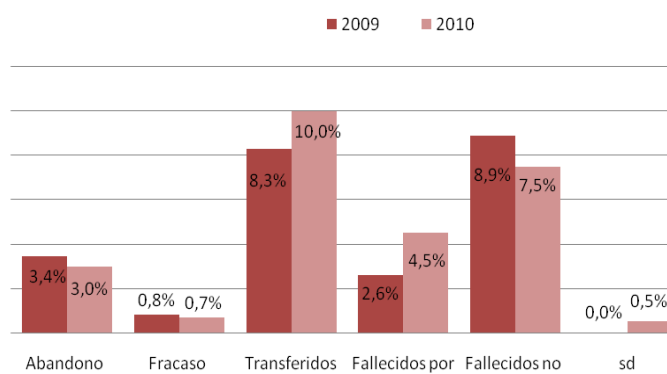
**Figura 19. Egreso de pacientes del Programa de prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población general de Bogotá 2009-2010.**

En la figura 19 se muestra la proporción de los casos con tratamientos DOTS/TAES que egresaron del Programa con tratamiento terminado y curados en la población general de Bogotá enferma con TB pulmonar BK positiva, donde los primeros presentaron un resultado menor 24.3% en el 2009 que en el 2010 con 26.6%, frente a los pacientes que egresaron del programa como curados con 51.6% en el 2009 y 47.1% en el 2010, la dificultad en la obtención de la muestra en la última etapa del tratamiento se debió a la desaparición de los síntomas como consecuencia de la acción de la terapéutica antituberculosa y la mejoría pueden explicar esta diferencia, la correlación clínica realizada por el médico y una notable mejoría otorgaron la condición de egreso de estos pacientes.

Los casos que egresaron como curados sobrepasaron a los casos con tratamiento terminado, en los dos años de análisis, situación favorable para el paciente, quien pese a la dificultad de la obtención de la muestra logró cumplir con el último control de tratamiento y confirmar la ausencia del agente etiológico y la eficacia de los medicamentos contra la TB.

Además hizo visible las acciones del Programa en cuanto a la sensibilización del paciente frente a la importancia de los controles bacteriológicos.

Los casos con tratamiento terminado aumentaron en el 2010 en la misma proporción que disminuyeron los casos curados, así mismo el éxito del tratamiento también disminuyó, la causa de esta conducta refirió hacia el análisis de los indicadores complementarios generados como resultado del tratamiento.



**Figura 20. Indicadores complementarios del tratamiento antituberculoso en la población general de Bogotá 2009-2010.**

En la población general de Bogotá el éxito del tratamiento presentó mayor afectación por: los casos de pacientes transferidos en el 2009 y aumento su presentación en el 2010, seguido de los pacientes que fallecieron, algunos por causa de la enfermedad y los otros porque estando enfermos con TB murieron por otra patología, también fue afectado por el porcentaje de casos de abandono del tratamiento antituberculoso con una tendencia decreciente, de igual manera se presentaron con menor porcentaje casos con fracaso a la terapéutica e información no disponible en el año 2010. Ver figura 20

Durante el 2009 se presentaron 41 (8.3%) casos transferidos, mientras en el 2010 aumentaron a 56 casos (10%), desconociendo la real situación de estos pacientes frente al tratamiento y su estado de salud. Otro de los eventos que afectó las cifras del éxito del

tratamiento fue la muerte de pacientes fallecidos por una causa diferente a la TB pero durante el tratamiento de esta.

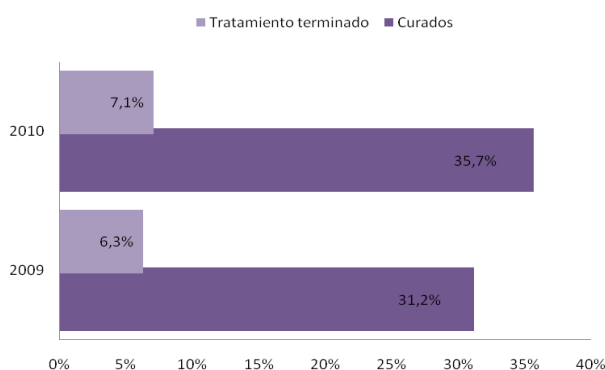
Los casos de mortalidad también se han asociado con la presencia de VIH-SIDA, identificando a la TB como la causa principal de muerte de las personas infectadas con VIH, al causar una cuarta parte de las defunciones en este grupo. Para este caso particular los pacientes que murieron debido a la TB fueron afectados por VIH en 31% (4 casos) en el 2009, pero disminuyó su afectación en 2010 presentando el 12% (3 casos), mientras en los pacientes que murieron por una causa diferente a la TB la infección de VIH se presentó en 16% en el 2009 y 14% en el 2010. Esto indica que en la población general de Bogotá la mortalidad por TB está asociada a la presencia de coinfección TB/VIH-SIDA.

Durante el periodo de análisis el 3.4% (17 casos) en el 2009 y 3% (17 casos) en el 2010 de los casos diagnosticados con TB en la población general de Bogotá abandonó el tratamiento antituberculoso, cifras inferiores al límite de 5% estipulado por el Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, al igual que el porcentaje de abandonos en la totalidad de la población de Bogotá establecido en 6% en el 2009 y 5,6 en el 2010, hecho favorable en el proceso de adherencia al tratamiento llevado a cabo en los establecimientos de salud y evidencia que la mayor frecuencia de abandonos sucede en otros pacientes que no pertenecen a la población general de Bogotá.

De igual manera se deben tener en cuenta otros factores de abandono al tratamiento, como las dificultades en seguir un régimen de tratamiento de larga duración, reacciones adversas al tratamiento, falta de soporte social.

En cuanto a los casos que fracasaron al tratamiento antituberculoso, en la población general de Bogotá, fue de 0.8% en el 2009, porcentaje menor que para la totalidad de la población de Bogotá en el mismo año calculado en 1%, esto quiere decir que la mayoría de los fracasos se encontraron en la población general, mientras que las otras contribuyeron a aumentar este indicador. Por su parte en el 2010 este indicador presentó 0.7% en la población general de Bogotá y en la totalidad de pacientes enfermos de la ciudad, no encontraron fracasos al tratamiento en otras poblaciones.

***Resultados del tratamiento antituberculoso en la Población Habitante de calle con intervención de Bogotá 2009-2010.*** El éxito del tratamiento fue inferior al de la población general de Bogotá como era esperado, debido a las características antes planteadas sobre su vulnerabilidad al contagio y específicamente sobre la dificultad en la adherencia al tratamiento.



**Figura 21. Egreso de pacientes del Programa de Prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población en habitantes de calle de Bogotá con intervención 2009-2010**

El éxito del tratamiento en la población Habitante de calle con intervención incremento su porcentaje de 37.5% en el 2009 a 42.8% en el 2010, al igual que con la proporción de pacientes curados (figura 21), hecho que mostró que pese a ser un porcentaje que aún no alcanza la meta de 85% de curación, hay un leve crecimiento atribuido a las acciones de intervención realizadas. Sin embargo, aún se sigue evidenciando un alto porcentaje de abandono del tratamiento, el cual se constituye en la principal barrera para alcanzar una

terapéutica exitosa. Según el testimonio de un paciente con TB Habitante de calle del Hogar uno día noche, los motivos para cumplir la terapéutica se relacionaron con el conocimiento de la acción del medicamento y su temor de morir por la enfermedad.

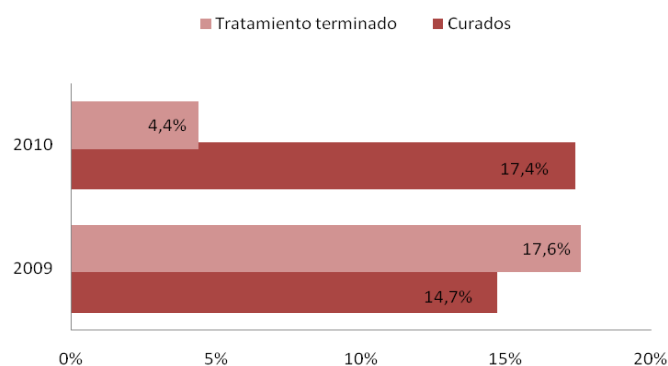
Al desglosar los componentes del éxito del tratamiento encontramos que los casos que egresaron como curados siguieron el mismo comportamiento de la población general de Bogotá, donde supera ampliamente el porcentaje de casos de egreso con tratamiento terminado, las causas hacen mayor énfasis en las acciones intersectoriales que motivo la atención específica de esta población, cabe mencionar que en estos pacientes la obtención de la muestra no causo dificultades debido a que en ellos persiste la tos y expectoración en quienes es importante realizar control para evidenciar la ausencia del microorganismo y resolución de la enfermedad. Con respecto al porcentaje de casos con tratamiento terminado se encontró un valor bajo, de esta manera el éxito del tratamiento antituberculoso se relacionado con el alto porcentaje de abandono.

Durante el 2009 el éxito del tratamiento estuvo afectado principalmente por el porcentaje de abandonos con 43.7% (7 casos), seguido de los casos de fallecidos por TB con 12.5% (2 casos) y 6.3% (1 caso) de casos que fueron transferidos. Por su parte en el 2010 el único indicador que se encontró fue el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento con 57.1% (8 casos).

De esta manera, los principales indicadores que afectaron el éxito del tratamiento fueron el número de abandonos en los dos años y los pacientes fallecidos en el 2009, fue claro que el primero se incremento en el 2010, si bien solo fue un caso, este denota un valor porcentual alto debido al número de pacientes bacilíferos diagnosticados con TB en el 2010. No se presentaron casos de fracaso ni de pacientes que fallecieron durante la administración de los medicamentos y murieron por causas diferentes a la TB en los dos años de análisis.

También se encontró que los Habitantes de calle que fallecieron debido a la TB presentaron positividad para VIH a la prueba de Elisa, en el año 2009. Cabe señalar que durante este año en 31.3% de estos pacientes presentó coinfección TB-VIH/SIDA, hecho preocupante debido al alto riesgo de contagio por dos enfermedades altamente relacionadas con la transmisión de la enfermedad y con el fallecimiento.

***Resultados del tratamiento antituberculoso en la Población Habitante de calle sin intervención de Bogotá 2009-2010.*** Los resultados del tratamiento antituberculoso en la población Habitantes de calle que no tuvieron intervención, presento los resultados menos favorables frente a las otras poblaciones, de manera que el éxito del tratamiento durante los dos años se presento así: 32.3% en el 2009, con una disminución en el 2010 a 21.8%.



**Figura 22. Egreso de pacientes del Programa de prevención y Control de tuberculosis con tratamiento DOTS terminado y curado en la población de habitantes de calle de Bogotá sin intervención 2009-2010**

Con respecto a los componentes del éxito del tratamientos, el porcentaje de tratamientos curados supero el de tratamientos terminados, sin embargo son los más bajos de las tres poblaciones. Ver figura 22.

El éxito del tratamiento se vio afectado en el 2009 por el porcentaje de pacientes que abandonaron el tratamiento antituberculoso (44.1%), seguido por casos que fallecieron por causas diferentes a la TB (14.7%) y por último por pacientes que murieron debido a la TB



(8.8%), por su parte el 2010 presentó los peores indicadores de esta población en comparación con las otras, conformado por una amplia cantidad de indicadores complementarios como: 39.1% de abandonos, 17.4% de pacientes que fallecieron por causas diferentes a la TB pero se encontraban bajo tratamiento para la TB, pacientes que fallecieron por TB (13%) y el 8.7% correspondió a pacientes que fueron trasferidos.

Durante los dos años el análisis indica que el número de paciente diagnosticados disminuyo entre el 2009 y el 2010, en este ultimo año la población Habitante de calle sin intervención establece el peor escenario de la enfermedad, en quienes se expresaron más intensamente los efectos de la TB finalizando en un alto porcentaje de fallecimientos ya sea por causa de la enfermedad o por otro pero bajo tratamiento antituberculoso.

Sin duda el indicador complementario más notable fue el abandono del tratamiento, que aunque fue menor para el año 2009 representó casi la mitad de la población, de igual manera sucedió en el año 2010, las razones se explican en los factores personales que comprometen la voluntad y la condición de adicción, la desinformación sobre la enfermedad y las barreras que de acceso en los centros de salud en donde su manejo crea traumatismos.

Bajo estas condiciones la adherencia al tratamiento ante una enfermedad crónica con tratamiento extenso los Habitantes de calle hacen caso omiso a su situación de enfermedad y de transmisión, por declaraciones de los trabajadores de la salud que atendieron a estos pacientes el estado deteriorado en la salud de estos les ha permitido conocer que el curso de la enfermedad generalmente lleva bastante tiempo con ellos, asegurando un desenlace fatal, también se conoció que durante un breve análisis de pacientes Habitantes de calle de la localidad de Santa fe, Antonio Nariño, Los Mártires, en donde algunos ciudadanos con habitabilidad en calle tuvieron varios reingresos por abandono, constituyendo en un riesgo

en la adquisición de farmacorresistencia a los medicamentos antituberculosos, de igual manera también se evidenció la falta de datos más detallados, sin embargo da cuenta de la magnitud de la problemática.

De igual manera, esta población presentó aumento en los casos fallecidos por TB y casos fallecidos por causas diferentes a la TB, las cifras más críticas se presentaron en el 2010, donde el total de casos representó el 13% (3 casos) para casos de muerte por TB y en quienes se encontró que 2 de los 3 pacientes fueron infectados con VIH, es decir el 75% tenía coinfección.

Por su parte, los casos fallecidos por causas diferentes a la TB presentó en el 2010 un leve descenso, debido a que el número de casos diagnosticados con TB en este año disminuyó, esto afectó la proporción porcentual, de manera que con un caso menos que el 2009, el 2010 presentó un mayor porcentaje, 17.4% con 4 casos.

También se presentó en el 2010, 8.7% (2 casos) de casos transferidos, el 2009 no se presentó ningún caso, así mismo no se presentó en esta población en el tiempo de estudio ningún caso de fracaso al tratamiento.

### **3.3.3. La coinfección TB-VIH/SIDA, la tuberculosis multirresistente en la población Habitante de calle de Bogotá durante los años 2009 y 2010, en desarrollo del componente 2 de la Estrategia Alto a la Tuberculosis**

*La coinfección TB/VIH en Población Habitante de calle con y sin intervención de Bogotá 2009-2010.* En Bogotá, de acuerdo a la SDS existe disponibilidad de la prueba de Elisa para el diagnóstico de la infección por VIH en pacientes enfermos con TB y la

aplicación de los protocolos establecidos en el Programa de Prevención y Control de VIH para la población vulnerable como los Habitantes de calle con y sin intervención

La información de 2009 y 2010, mostró que en el primer año en la población Habitante de calle sin intervención se diagnosticaron 43 casos de TB-TF, de los cuales 8 (18.6%) recibieron asesoría, 9 (21%) no la recibieron, 1 no accedió a recibir la asesoría y en 25 casos no se obtuvo dato.

De la totalidad de casos, 38 (88.4%) fueron casos nuevos, de estos resulto un (2.6%) caso nuevo pulmonar BK negativa con asesoría y 34 (89.4%) casos fueron pulmonares BK positivos, de los cuales recibieron asesoría 6 (17.6%) pacientes, 7 (20.6%) no la recibieron, 4 (11.8%) no permitieron la realización de la asesoría y en 21 (61.8%) casos no se encontró información.

Con respecto a la realización de la prueba de Elisa para la determinación de la infección con VIH, en el 2009 mostro que fueron realizadas 13 (30.2%) pruebas, de las cuales 3 (7%) resultaron positivas, 2 de ellas recibieron asesoría y una no, todas presentaron prueba confirmatoria por Western Blot positiva y recibieron tratamiento antirretroviral. Mientras las pruebas de Elisa negativas fueron 10 (23.3%), de estas 6 (60%) recibieron asesoría y 4 (40%) no.

Así mismo, se presentaron 4 (9.3%) casos que no accedieron a la prueba, los cuales no tuvieron asesoría. Sin embargo la cifra más alta correspondió a 26 (60.5%) casos que no presentaron información (prueba de de Elisa ni asesoría).

Los casos extrapulmonares fueron 3, donde ninguno de ellos recibió asesoría ni fueron realizadas pruebas de Elisa. En este año no se presentaron casos de TB meníngea. Por su parte los casos antes tratados fueron 5 (3 abandono y 2 recaídas) casos pulmonares de los cuales 1 recibió asesoría, 2 no la recibió y 2 casos no presentaron dato. En cuanto a la realización de prueba de Elisa, fueron realizadas 3 con resultado negativo.

En el 2010 el número de casos diagnosticados con TB-TF fueron 38, de ellos 31(81.6%) casos recibieron asesoría, 3 (7.9%) casos no recibieron y 4 (10.5%) casos no presentaron dato. De los casos presentados en este año 34 (89.5%) fueron casos nuevos pulmonares y 4 (10.5%) antes tratados (abandono) que recibieron asesoría, de los primeros 23 (85.2%) fueron pulmonares con BK positiva, de los cuales 19 (82.6%) recibieron asesoría, 2 (8.7%) no la recibieron y 2 no se encontró respuesta (8.7%). también se encontraron 4 (14.8%) casos nuevos BK negativos, de los cuales 3(75%) recibieron asesoría y 1 (25%) no se encontró dato.

De igual manera se reportaron 5 (13.1%) casos extrapulmonares de los cuales 3 (75%) recibieron asesoría, 1 (25%) no y de uno no se obtuvo información. También se presentaron 2 (5.3%) casos nuevos de TB meníngea, los cuales tuvieron asesoría.

Durante este año se realizaron 25 (65.8%) pruebas de Elisa, , en 5 (13.1%) casos los pacientes no accedieron a la realización de la prueba, pese a que dos de ellos recibieron asesoría, en 8 (21%) pacientes no se obtuvo información, en cuanto a las pruebas de Elisa, 16 (64%) fueron negativas y 9 (36%) casos resultaron positivos, sin embargo solo se confirmo como positivo mediante Western Blot 4 casos, 2 resultaron negativos y en 3 casos no se obtuvo información.

En cuanto al tratamiento antirretroviral la administración se realizó para dos casos, un caso no accedió al tratamiento y en un caso no se administró el tratamiento.

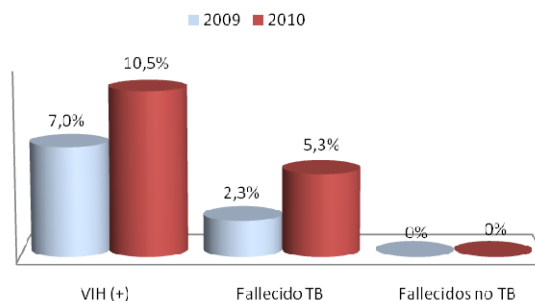
El número de asesoría y pruebas de VIH realizadas durante los años 2009 y 2010, en la población habitante de la calle sin intervención, mostraron un incremento sustancial entre los dos años, la realización de la prueba debió contar con la aprobación voluntaria (expresada en el consentimiento informado) del usuario/a, en este caso orientados por el personal de salud capacitado de la red hospitalaria distrital de Bogotá, no obstante, la cobertura de la prueba y de la asesoría en el 2010 se encontró alrededor del 50%, mientras que la población sin la realización de la prueba y de la asesoría se encontró en el otro 50% en el mismo año.

El incremento de la asesoría como de la realización de las pruebas en el año 2010 incluyó las tres presentaciones de la TB, pulmonar, extrapulmonar y meníngea, situaciones en donde con mayor razón se debió sospechar la presencia de VIH, procedimientos que no fueron realizados en el 2009 para los casos extrapulmonares presentados, donde solo se registraron datos de TB pulmonar.

Con respecto a la información sobre la realización de la prueba de Elisa, en el 2009 fue de 30.2% (13 pruebas) y en el 2010 de 65% (25 pruebas), sin embargo aun queda un gran porcentaje de pacientes a los cuales se les diagnosticó TB, pero no les fue realizada la prueba de Elisa, en el 2009 no se encontró dato al 60.4% de la población infectada con TB y en el 2010 al 21%.

Con relación al resultado de la prueba de Elisa, se encontró que a medida que aumentó la cantidad de casos con prueba, los resultados negativos fueron menores y los positivos

mayores, situación presentada en el 2010. Por su parte los resultados positivos estuvieron condicionados al resultado definitivo mediante confirmación por Western Blot, de esta manera en el 2009 todas pruebas de Elisa fueron confirmadas como positivas, mientras en el 2010 de las 9 pruebas de Elisa positivas se confirmaron 4 como positivas.



**Figura 23. Coinfección TB-TF/VIH-SIDA y fallecimiento en población Habitante de la calle sin intervencion 2009-2010.**

Durante el 2009 el porcentaje de coinfección TB-VIH/SIDA fue de 7% (3 caso), estos casos fueron nuevos pulmonares BK positivos, del sexo masculino, 2 (66.6%) pacientes entre edades entre 25 a 34 años y 1 (33.4%) caso se presento en paciente mayor de 65 años; se conoció que todos los casos con coinfección recibieron tratamiento antirretroviral, sin embargo, se presentó un porcentaje de fallecimientos atribuido a TB de 2.3% (1 caso). Ver figura 23.

En cuanto al tipo de aseguramiento, 1 (33.4%) fue subsidiado y 2 (66.6%) pertenecieron a la población pobre no asegurada.

En el 2010, no obstante el aumento de asesoría, el diagnóstico de coinfección TB-VIH/SIDA fue de 10,5% (4 casos), los afectados fueron en 75% hombres entre edades de 25 a 34 años con 33.4% (caso) y de 35 a 44 años con 66.6% (2 casos) y 25% (1 caso) fueron mujeres de edades entre 25 y 34 años. Con respecto al aseguramiento de estos casos el 75%

(3 casos) se encontraron como población no asegurada y 25% (1 caso) se encontró bajo el régimen subsidiado.

La distribución por forma de TB fue: 2 (50%) casos pulmonares (uno nuevo y otro antes tratado), 1 (25%) caso meníngeo y 1 (25%) caso con TB extrapulmonar diagnosticado por cultivo. En cuanto a la cobertura del tratamiento antirretroviral se logro establecer en el 50% de los afectados, sin embargo el 25% (1 caso) de ellos abandono el tratamiento antituberculoso y el otro 25% (1 caso) termino el tratamiento; mientras el 25% (1 caso) de los pacientes no permito la administración del medicamento, quienes tuvieron una condición de egreso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis como terminado; y del 25% (1 caso) no se obtuvo dato del consumo de tratamiento antirretroviral, pero su condición de egreso fue como curado.

En este año el porcentaje de fallecidos a causa de TB aumento a 5.3% (2 casos), superando el presentado para la totalidad de la población de Bogotá calculada en 4.7%.

Otra información importante de los casos con coinfección TB-VIH/SIDA es la condición de egreso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, en el año 2009 se tiene pocos casos debido a que solo se diagnosticaron con coinfección a 3 pacientes (7%) y del 65% no se encontró información, el 33.3% egreso como fallecido y el 66.7% termino el tratamiento.

Por su parte, en el 2010 aunque se incrementó el número de pruebas de Elisa realizadas, ante la prueba confirmatoria resultaron 4 con resultado positivo, de estas el 25% (1 caso) abandono el tratamiento, 50% (2 casos) termino el tratamiento y 1 caso (25%) egreso como curado.

***Coinfección TB-VIH/SIDA en pacientes Habitante de calle con intervención de Bogotá 2009-2010.*** Durante el análisis de los dos años de la intervención realizada en el *Hogar uno día noche* se observó en el manejo de la coinfección los siguientes resultados:

En el año 2009 la totalidad de casos diagnosticados con TB-TF fue de 18 casos, de estos 5 (27.8%) recibieron consejería y en 13 (72.2%) casos no se encontró dato. Según el tipo de TB, en los casos pulmonares (16 casos) fueron realizadas 5 (31.2%) asesorías y de 11 casos no encontró información (68.8%). Por su parte, para los casos extrapulmonares presentados (2 casos) no se encontró información sobre asesorías realizadas para VIH.

Con respecto a la realización de la prueba de Elisa, en este año se efectuaron 12 pruebas (66.7%), de las cuales 9 (75%) resultaron positivas y 3 (25%) negativas, no se encontró dato de 6 (33.3%) pacientes.

En cuanto a la distribución de las pruebas por tipo de TB, se encontró que en los casos pulmonares no se presentaron casos con BK negativa, los casos con BK positivas fueron 16 (88.9%), de los cuales se realizaron 11 (68.8%) pruebas de VIH, de estas 8 (72.7%) resultaron positivas y 3 (27.3%) fueron negativas y en 5 (31.2%) casos no se encontró información.

En el 2010 los casos detectados aumentaron a 20, de los cuales se realizó asesoría a 18 (90%), no se realizó a 1 (5%) y no se obtuvo información de otro (5%). De la totalidad de los casos se encontró 19 (95%) casos pulmonares y 1 (5%) caso extrapulmonar, en los primeros se presentaron 4 (21%) casos antes tratados, los cuales recibieron consejería, los casos nuevos BK positivo fueron 14 (73.7%), de los cuales 13 (92.8%) recibieron asesoría y 1 (7.2%) no. Se presentó 1 (5.3%) caso BK negativa con asesoría y prueba de Elisa.



En este año las pruebas de Elisa realizadas disminuyeron con respecto al año 2009, aunque el número de asesorías en el 2010 superó a las hechas en el 2009, la cantidad de pruebas ejecutadas disminuyó a 9 (45%) pruebas, de la misma manera la positividad de la misma disminuyó a 5 (55.5%) y aumentaron las pruebas negativas a 4 (44.5%), de 5 (25%) pruebas no se obtuvo información y 6 (30%) pacientes se rehusaron a la realización de la prueba, aunque 5 de ellos recibieron asesoría.

La distribución de la prueba por tipo de TB se presentó así: en los casos pulmonares antes tratados (4) todos recibieron asesoría, sin embargo solo se realizaron 3 (15%) pruebas de Elisa y 1 (5%) se rehusó a la realización de esta, mientras los casos nuevos fueron 15 (75%), de los cuales 12 (80%) recibieron consejería, 1 (10%) no recibió y de 2 (10%) no se encontró dato. Las pruebas de Elisa procesadas en este grupo fueron 5 (33.3%), 2 (40%) positivas, 3 (60%) negativas, 5 (33.3%) se rehusaron a la realización de la prueba y en 5 (33.4) casos no se encontró dato.

En el 2010 se presentó 1 (5%) caso extrapulmonar el cual recibió asesoría y la prueba de Elisa resultó positiva. No se presentaron casos de TB meníngea en esta población.

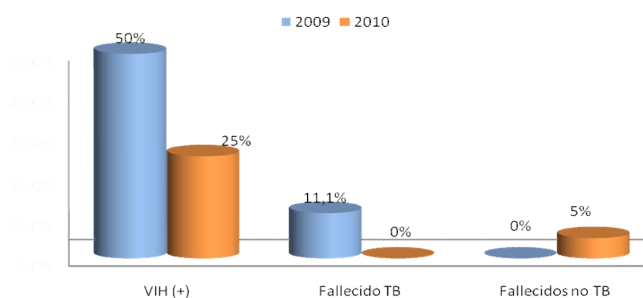
A diferencia de la cobertura en la realización de la prueba confirmatoria de Western Blot en la población Habitante de calle sin intervención, en la población Habitante de calle con intervención la prueba confirmatoria solo fue realizada para 4 casos de las 9 pruebas realizadas, de igual manera el tratamiento antiretroviral solo fue suministrado a uno de los pacientes con VIH.

Los datos mostraron que durante 2009 la cobertura de la prueba fue 66.6% de esta población y disminuyó en el 2010 a 45%, también se pudo determinar una relación inversa

entre el número de casos diagnosticados con TB y el número de pruebas realizadas, mientras el número de casos aumentó al igual que las asesorías VIH, el número de pruebas de Elisa disminuyó.

Durante el último año el 30% de los pacientes no accedió a la prueba debido al temor de presentar una prueba con resultado positivo. Así mismo, los datos mostraron que aún queda una gran proporción de la población sin información sobre la presencia de coinfección, en los dos años este número se acercó al 30%, porcentaje importante si se tiene en cuenta el alto nivel de riesgo de la transmisión de VIH/SIDA,

Con respecto al resultado de la prueba de Elisa, el número de pruebas positivas disminuyeron en el 2010 a la mitad de las que resultaron positivas en el 2009, como consecuencia de la reducción del número de pruebas de Elisa realizadas debido a la cantidad de pacientes que no permitieron la realización de la prueba y la falta de información.



**Figura 24. Coinfección TB-TF/VIH-SIDA y fallecimiento en población Habitante de la calle de Bogotá con intervención 2009-2010.**

De acuerdo a estudios realizados con Habitantes de calle es frecuente encontrar infectados con VIH/SIDA, durante el 2009 el porcentaje de coinfección TB-VIH/SIDA fue de 50%, mientras en el 2010 el porcentaje disminuyó a 25%, situación afectada por la cifra de aceptación de la realización de la prueba principalmente, a la cantidad de casos sin

información y también a que el número de casos con Prueba de Elisa negativa aumentaron. Ver figura 24.

Durante el 2009 los casos con coinfección afectaron al 95% del sexo masculino, el grupo de edad más afectado fue el de 24 a 35 años (6 casos) y el 40 a 52 años (2 casos). Se presentó 1 (5%) caso en el sexo femenino en el rango de edad de 36 a 45 años.

En cuanto a la afiliación al sistema de salud, el 77.8% se encontró como población pobre no asegurada, el 11.1% como subsidiado y 11,1% afiliado al régimen contributivo.

En el 2010 los casos con coinfección se presentaron en el 80% de los hombres, la edad más afectada fue de 25 a 34 años (2 casos) seguido del de 36 a 45 años y un caso con 54 años, por su parte el sexo femenino fue afectado en 1 caso con 30 años.

La afiliación al régimen de salud se distribuyó así: 2 pacientes se encontraron en el régimen subsidiado y 3 no fueron asegurados.

Comparativamente, entre los Habitantes de calle sin intervención y la población intervenida existe una mayor probabilidad de encontrar casos positivos a la prueba de Elisa en el segundo grupo, aunque el nivel de gestión en la realización de la prueba fue mayor en el primer grupo.

En las dos poblaciones en la determinación de la coinfección se observó un mayor esfuerzo en el 2010, donde aumentó el número de consejerías y el número de pruebas, excepto para los Habitantes de calle con intervención donde en el 2010 el número de pruebas disminuyó.

Aunque se conoce y de hecho estas cifras lo confirman, existe una alta frecuencia de coinfección TB-VIH/SIDA en población Habitante de calle, no obstante, se pudo determinar que existen casos sin coinfección. Así mismo, se pudo establecer una relación con los fallecimientos en la población con intervención, en el 2009 el porcentaje de fallecidos fue de 11.1 (2 casos), los cuales también presentaron infección por VIH/SIDA, durante este año sucedió la mayor cantidad de pacientes con coinfección TB-VIH/SIDA. Mientras en el 2010 no hubo fallecimientos por TB pero sí 1 (5%) caso por causas diferentes a la TB.

También es importante señalar que los casos con infección tuvieron diferentes condiciones de egreso del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, no obstante los beneficios para la adhesión al tratamiento por parte del *Hogar uno día noche*, en el 2009 de los 8 casos pulmonares nuevos con coinfección, el 37.5% (3 casos) abandonaron el tratamiento, el 25% (2 casos) fallecieron por TB y el 12.5% (1 caso) fue transferido. Sin embargo, se presentaron casos que cumplieron con la administración del tratamiento antituberculoso que presentaron coinfección, el 12.5% terminó y el 12.5% egresó como curado.

En cuanto a los casos extrapulmonares con coinfección TB-VIH/SIDA, se presentó en 1 caso en un paciente antes tratado quien egresó con tratamiento terminado.

En el 2010 se presentaron 5 casos con coinfección, de los cuales 2 fueron casos pulmonares nuevos, 1 (20%) egreso como curado y el otro (20%) falleció por causa diferente a TB, también se presentaron 4 casos antes tratados de los cuales dos presentaron coinfección, 1 paciente que egreso como recaída egreso como fracaso al tratamiento antituberculoso y el otro caso egreso como tratamiento terminado y otro caso fue extrapulmonar el cual egreso con tratamiento terminado.

***Tuberculosis, VIH y farmacorresistencia en la población Habitante de calle de Bogotá 2009-2010.*** Para el caso particular que concierne este estudio el diagnóstico de TB farmacorresistente se analizó a partir de los factores de riesgo y las fases propuestas. En pacientes que han recibido o están recibiendo tratamiento antituberculoso, uno de los factores de riesgo más importantes desarrollado por los Habitantes de calle de Bogotá fue el reingreso por abandono de casos pulmonares con BK positiva, en el año 2009 se presentó el 7% (3 casos) en la población Habitante de calle sin intervención, de igual manera, se presentaron 4.7% (2 casos) de recaídas de casos pulmonares con BK positiva. Durante este año la población Habitante de calle con intervención no presento casos de ingreso de pacientes antes tratados. Ver tabla 27

**Tabla 27** *Condición de ingreso al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2009*

Año 2009	Condición de Ingreso	
	Abandono	Recaída
Población Habitante de calle con intervención	0	0
Población Habitante de calle sin intervención	3	2

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

Por su parte en el 2010, se reportaron en la población con intervención 16.7% (3 casos) de reingreso por abandono y 5.6% (1 caso) ingreso por recaída. Mientras la población sin

intervención presentó mayor cantidad de casos, el reingreso por abandono fue de 9.3% (4 casos). Ver tabla 28.

**Tabla 28** *Condición de ingreso al Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2010*

Año 2010	Condición de Ingreso	
	Abandono	Recaída
Población Habitante de calle con intervención	3	1
Población Habitante de calle sin intervención	4	0

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

Dentro del análisis se incluyó la condición de egreso de estos casos para identificar si existieron diferencias en el comportamiento entre la población Habitante de calle con intervención y la no intervenida con respecto a la adherencia al tratamiento

En el año 2009, solo se tuvo datos de la población sin intervención en la que las condiciones de egreso de las recaídas fue la terminación del tratamiento y en los casos de abandono uno (1 caso) egreso como tratamiento terminado y dos volvieron a abandonar el tratamiento antituberculoso. Ver figura 29.

**Tabla 29** *Condición de egreso de los casos antes tratados de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2009.*

Año 2009	Condición de Egreso		
	Abandono	Recaída	Terminaron
Población Habitante de calle con intervención	0	0	0
Población Habitante de calle sin intervención	2	0	3

*Fuente: Bases de datos de la SDS de Bogotá Programa de Prevención y Control de Tuberculosis 2009-2010*

En el 2010 con el reporte de ingreso de casos antes tratados en la población con intervención, se pudo determinar que en los dos casos de abandono 1 egreso con tratamiento terminado y otro como curado, el otro caso de abandono falleció por causa diferente a la TB, en cuanto a la recaída la condición de egreso fue fracaso al tratamiento antituberculoso, además presento otro factor de riesgo y fue infección con VIH/SIDA, sin embargo la confirmación bacteriológica mostró que las PSF fueron sensibles, en este caso el fracaso se debió al estado de mal absorción del medicamento debido a la coinfección. Tabla 30.

**Tabla 30** *Condición de egreso de los casos antes tratados de la población Habitante de calle de Bogotá con y sin intervención 2010.*

Año 2010	Condición de Egreso					
	Abandono	Recaída	Terminaron	fracaso	Fallecido no TB	Curado
Población Habitante de calle con intervención	0	0	1	0	1	1
Población Habitante de calle sin intervención	3	0	0	1	0	0

Con respecto a la población sin intervención de los 4 casos de reingreso por abandono, 3 volvieron a abandonar el tratamiento, uno de ellos con coinfección TB-VIH/SIDA y el otro abandono egreso como fracaso del cual no se tuvo dato de la prueba confirmatoria de PSF. Ver figura 30.

De esta manera se pudo evidenciar que la población con intervención tiene una menor tendencia de volver a abandonar el tratamiento que la población sin intervención, en la cual existe una mayor tendencia al abandono.

En cuanto al factor de riesgo en pacientes que con diagnóstico de TB no han recibido ni están recibiendo tratamiento antituberculoso, no se conocieron casos de contacto con

pacientes diagnosticados con farmacorresistencia, sin embargo por las condiciones de hacinamiento y farmacodependencia, ellos podrían afectarse fácilmente si se encontrara entre ellos un caso con TB-MDR o XDR.

***Comportamiento de la confirmación de farmacorresistencia en casos con tuberculosis todas las formas, coinfección TB-VIH/SIDA en la población Habitante de calle de Bogotá 2009-2010.*** Con respecto a la fase de confirmación de farmacorresistencia mediante las PSF, estas fueron procesadas en el LNR-INS, de acuerdo a la información suministrada por el LSPD de Bogotá en el año 2009 fueron realizadas 25 PSF a los Habitantes de calle con y sin intervención, representando el 41% de la cobertura de las PSF para estas poblaciones, de los cuales 19 (44.2%) fueron de Habitantes de calle sin intervención (provinieron de la red hospitalaria distrital) y 6 (33.3%) de la población con intervención (del *Hogar uno día noche*).

En la población con intervención los casos de coinfección en este año fueron 9 (50%) de 18 casos con TB, de estos a 2 casos (22.2%) se les realizó PSF. Mientras en la población sin intervención de los casos con coinfección (3 casos) se realizó PSF a 1 (33.3%)

Los resultados de las PSF en 2009 mostró que los aislamientos de los casos con TB presentó sensibilidad a todos los fármacos antituberculosos, excepto para un paciente Habitante de calle sin intervención que resultó con monoresistencia a la Isoniacida. El resultado de estas pruebas en algunos casos no se logró establecer debido a contaminación de la prueba o población bacilar no representativa (pocas colonias para el proceso).

En el año 2010 se realizaron 24 (41.4%) PSF a la totalidad de Habitante de calle (con y sin intervención), 4 (20%) provenientes del *Hogar uno día noche* (con intervención) y 20



(52.6%) procedentes de la red hospitalaria distrital (sin intervención), ninguna de las PSF correspondió a casos con coinfección proveniente del *Hogar uno día noche*, Sin embargo se presentaron 5 Habitantes de calle con coinfección TB/ VIH-SIDA de la población sin intervención, ninguno de ellos presento resistencia a los fármacos antituberculosos como TB-MDR o TB-XDR, pero se presento un caso con monorresistencia a la Isoniacida.

**Tabla 31** *Número de PSF y pacientes con Coinfección TB-VIH/SIDA en la población Habitante de calle con intervención 2009-2010*

Población Habitante de calle con intervención		
	PSF	Coinfección TB-VIH/SIDA
2009	6	2
2010	4	0

**Tabla 32** *Número de PSF y pacientes con Coinfección TB-VIH/SIDA en la población Habitante de calle sin intervención 2009-2010*

Población Habitante de calle sin intervención		
	PSF	Coinfección TB-VIH/SIDA
2009	19	1
2010	20	5

En los dos años de análisis se realizo PSF al 26.3% (10 casos) de los casos (38) con TB pulmonar de la población Habitante de calle con intervención, en 28 (73.6%) casos no se encontró información sobre PSF, ni antecedente del cultivo. Esto evidencia una baja cobertura del cultivo para esta población, no obstante la gestión realizada por el *Hogar uno día noche* en cuanto al acercamiento de esta población a los servicios de salud.

El resultado de las PSF realizadas (10 PSF), determino que durante el 2009 de las 6(33.3%) PSF procesadas 2 presentaron sensibilidad a todos los fármacos, 4 el resultado de la prueba no fue posible determinarla debido a que presento población bacilar no representativa.

En el 2010 de las 4 (20%) pruebas procesadas se encontró que un paciente con coinfección TB-VIH/SIDA presentó monorresistencia a la Rifampicina, se conoció posteriormente que

este paciente siguió su tratamiento pero presentó complicaciones y falleció en 2011. Con respecto a las otras PSF el resultado fue sensible a todos los fármacos.

También se observó que para la forma extrapulmonar se presentaron 3 (7.8%) casos en pacientes nuevos y antes tratados, ninguno presentó PSF desconociendo su real situación, teniendo en cuenta que 2 (66.6%) de ellos presentaron coinfección

En el periodo de intervención se presentaron 14 casos con coinfección TB/VIH-SIDA, es decir el 36.8% del total de casos con TB-TF nuevos y antes tratados (38 casos). Como antes fue señalado, existe una alta probabilidad de adquirir farmacorresistencia en pacientes que además de presentar TB en cualquiera de sus formas también presentan coinfección con VIH/SIDA, los resultados del análisis de la información suministrada por la SDS y el *Hogar uno día noche* mostraron que solo a 2(20%) casos pulmonares con coinfección les fue realizado PSF, los cuales resultaron sensibles a los antibióticos antituberculosos, sin embargo a 12 casos con coinfección no se conoció el resultado de las PSF.

En cuanto a la población Habitante de calle sin intervención durante los años 2009 y 2010 fueron realizadas 39 (48.1%) PSF del total de casos (81) con TB-TF, los resultados mostraron que dos PSF presentaron contaminación de la prueba, 6 pacientes no presentaron resultado de la prueba y 31 PSF presentaron resultado, 27 de estas resultaron sensibles a los medicamentos antituberculosos y en 4 casos se identificó resistencia, 1 fue monorresistente a estreptomycin, 2 a isoniazida y 1 a isoniazida y Rifampicina, es decir que es el primer caso de farmacorresistencia MDR TB en esta población del cual no se conoció antecedentes de tratamiento ni seguimiento. En 42 casos de esta población no se conoció resultado de las PSF y no encontrar dato de cultivo.

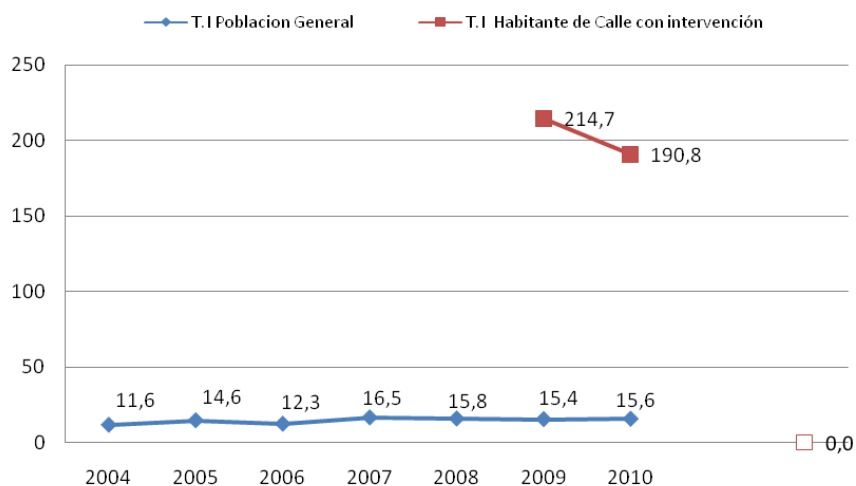
En los casos con coinfección TB-VIH/SIDA se encontró que de 12 pacientes bajo esta condición les fueron realizadas 6 (50%) PSF, los resultados fueron: 1 caso con contaminación de la prueba, 4 PSF presentaron sensibilidad a los fármacos antituberculosos y una PSF presentó monorresistencia a la isoniacida. Por su parte la forma extrapulmonar, los casos identificados fueron 8, de ellos 1 caso presentó coinfección TB-VIH/SIDA, sin embargo ninguno de ellos presentó cultivo ni PSF.

En esta población también se presentaron 2 casos con TB meníngea de los cuales a 1 fue resultado con coinfección TB/VIH-SIDA y le fue realizadas PSF con resultado sensible a todos los fármacos de primera línea.

#### **3.4. Evaluar el impacto del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis en atención a los Habitantes de calle de Bogotá a partir de los indicadores de impacto y el programa integral ofrecido por Hogar uno día noche.**

La evaluación del impacto del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis se realizó a partir de los indicadores de repercusión que se basan en la determinación de la incidencia, y mortalidad, estos datos proporcionaron información sobre el comportamiento de la enfermedad tuberculosa en la población Habitante de calle atendida en el *Hogar uno día noche* y las acciones del programa durante el periodo de estudio. De igual manera se relacionó estos resultados con las condiciones de la atención del establecimiento recibida por esta población vulnerable. Así mismo se tomó en cuenta la información de la población total de Bogotá como un referente del comportamiento del programa frente a la enfermedad. Sin embargo debido al corto tiempo de funcionamiento del Programa de Prevención y Control en el Habitante de la calle en el *Hogar uno día noche*, los resultados presentados en este trabajo hacen referencia a los efectos de la intervención sobre los indicadores de impacto.

**3.4.1. Incidencia de tuberculosis en la población Habitante de calle de Bogotá atendida en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010.** Pese a los reporte emitidos por la OMS que hablan sobre una tendencia al descenso de la enfermedad durante los últimos 20 años en varios países, se han encontrado discrepancias entre ellos, algunos con resultados más efectivos que otros, en donde el descenso es lento y sostenido, como ha ocurrido en Colombia, sin embargo como lo mostró el plan estratégico Colombia libre de TB 2006-2015, existen diferencias significativas entre territorios del país, tal es el caso de Bogotá que aunque ha tenido una incidencia de casos con leves fluctuaciones su tendencia es al ascenso, como lo muestra la figura 25, debido a esta situación el plan estratégico Colombia libre de TB recomendó implementar un mecanismo de búsqueda institucional de SR y además revisar la notificación de casos dentro del flujo de información, con el fin de establecer datos más precisos para la programación de SR.



**Figura 25. Tasa de incidencia x 100.000 habitantes en la población de Bogotá y Habitantes de la calle de Bogotá con intervencion**

Sin embargo, si se fragmenta la población en grupos no vulnerables y vulnerables como los Habitantes de calle los resultados de la incidencia son más altos en el último grupo al igual que pasa en la esfera internacional.

La problemática identificada en los Habitantes de calle con respecto a las enfermedades transmisibles como la TB es una preocupación mundial, donde los factores de riesgo identificados son compartidos tanto en los países de ingresos medios como altos, algunas investigaciones mostraron que aunque la incidencia de TB es baja en la población general existen grupos especiales que concentran la presencia de la enfermedad, dentro de esos grupos se encuentran los Habitantes de calle.

En Bogotá la información disponible recopilada durante dos años de intervención del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis, mostró una alta incidencia de TB-TF comparada con ciudades donde la enfermedad se concentra en grupos vulnerables.

Esta población en el 2009 tuvo una incidencia de TB de 214.7 casos x 100.000 habitantes, con casos pulmonares BK positivos de 88.9% (16 casos) y 11.1% (2 casos) casos extrapulmonares, mientras en el 2010 la incidencia bajo a 190.8 casos x 100.000 habitantes, los casos pulmonares BK positivos fueron el 70% (14 casos) y los casos extrapulmonares fueron el 5% (1 caso). La presencia aumentada de casos bacilíferos incrementa el riesgo de la transmisión de la enfermedad, sin embargo la disminución observada en el 2010 se atribuyó a la menor presencia de casos nuevos y al aumento de casos antes tratados, no obstante el mayor número de pacientes detectados fue realizado en el 2010.

En esta población los hombres también fueron los más afectados durante los dos años, como ha sucedido en otros grupos poblacionales, en el 2009 el porcentaje afectado de hombres fue 94.5% y en la mujeres se presentó el 5.5%. Por su parte en el 2010 el 85% fueron hombres y el 15% fueron mujeres.

La presencia de coinfección TB-VIH/SIDA fue otro factor que influencio fuertemente la presencia de casos de TB, para el 2009 el porcentaje de coinfección fue de 50% y para el 2010 de 25%, este valor disminuido se debió a que el 30% de los pacientes se rehusaron a la realización de la prueba debido al temor del resultado

Cabe resaltar que para establecer los resultados de incidencia fue necesario establecer una acción intersectorial entre la SDS y la SDIS, para desarrollar las acciones del programa, esto implico que los servicios de atención de soporte nutricional y alojamiento sirvieran de herramienta para realizar una atención diferencial, centralizada y con un objetivo claro en la captación de SR y detección de casos con TB para detener la transmisión de la enfermedad, además como cumplimiento a otra recomendación del nivel nacional relacionada con la implementación de acciones de prevención y control de TB en esta población en coordinación con otros programas del nivel distrital. Adicionalmente, esto determinó que la incidencia se afectara mediante la estrategia de búsqueda implementada en el *Hogar uno día noche*, durante el año 2009 y 2010.

Además, el control de eventos de interés en salud pública se extendió a la determinación de enfermos con coinfección TB/VIH-SIDA, mediante programas especiales coordinados por las entidades de salud idóneas para su manejo.

Por su parte las acciones del programa en la población total de Bogotá determinaron para 2009 un porcentaje de captación de 26.7%, mientras en el 2010 fue de 22.9%, valores que no alcanzaron a cubrir el número de SR programados para cada año, de estos casos sospechosos logro detectar en el 2009 al 59.9% y en el 2010 al 64.1%, evidenciando un aumento apoyado en la extensión de de la búsqueda en poblaciones vulnerables.

Durante el 2009 la población total de Bogotá reportó 1136 casos de TB-TF nuevos y antes tratados, de los cuales 693 fueron casos pulmonares de estos 544 fueron casos nuevos BK positiva, 389 casos nuevos extrapulmonares y 49 casos fueron TB meníngea.

Para el año 2010, los casos pulmonares nuevos y antes tratados fueron 1201, de los cuales 763 fueron casos pulmonares, de ellos 597 fueron nuevos BK positivos, 373 casos nuevos fueron extrapulmonares y 49 casos fueron meníngeos. Es importante aclarar que debido al fenómeno de desplazamiento el 11.3% correspondió a casos pulmonares provenientes de otras partes del país.

De igual manera se pudo identificar que existen zonas del Distrito capital con mayor incidencia de casos pulmonares, estas zonas o localidades de acuerdo a la información de la SDS de Bogotá se encontraron al sur oriente y correspondieron a la Candelaria (49.8), los Mártires (18.4), Santa Fe (14.5%) y San Cristóbal (11.7), donde las tasas de incidencia superaron altamente la calculada para Bogotá en este año.

Los casos nuevos de TB se encontraron en mayor proporción en el sexo masculino en los dos años de análisis, de esta manera en el 2009 se vio afectado en 66.2% (740 caso) y 33.8% (378 casos) en el sexo femenino, mientras en el 2010 los hombres fueron afectados en 62.6% (719 caso) y las mujeres en 37.4% (429 casos), claramente las mujeres en el último año estuvieron más afectas por TB pulmonar que en el 2009.

En cuanto al grupo etareo más afectado con TB pulmonar se encontró que en el 2009 los hombres fueron afectados a una edad más temprana que las mujeres (40 casos edades de 15 a 24 años) y los dos sexos coincidieron en que el grupo más afectado fue el de mayores de 65 años (113 mujeres y 203 hombres). Los grupos de edad más afectados fueron en el sexo

masculino: 25 a 34 años (124 casos), 35 a 44 años (114 casos) y en el sexo femenino: 25 a 34 años (58 casos), 55 a 64 años (62 caos).

En este año se encontraron 33 casos de TB en menores de 15 años, de estos 12 se encontraron en edades de 1 a 4 años, esto hace ver la magnitud del problema en cuanto a la alta exposición de casos de TB bacilíferos y el disminuido estado del estudio de contactos de pacientes diagnosticados con TB.

Para el 2010 tanto el sexo femenino como el masculino se vieron afectado por igual en las etapas más tempranas (1 a 24 años) y nuevamente coincidieron con el grupo etareo más afectado (mayores de 65 años) 135 casos en mujeres y 196 casos en hombres. Los grupos de edad más afectados para los hombres fueron de 25 a 34 años (140 casos), de 35 a 44 años (106 casos). En las mujeres el segundo grupo más afectado también fue el de 25 a 34 años (70 casos), 35 a 44 años (66 casos).

En este año la infección en menores de 15 años presentó 6 casos en menores de un año y 27 casos entre 1 y 14 años. Además de los factores de causalidad antes mencionados que podrían explicar esta situación, también recurrimos a que estaría afectado el acceso a los servicios de salud para los casos bacilíferos no diagnosticados que transmiten la infección.

Por su parte el porcentaje de coinfección calculado para Bogotá en 2009 fue de 9.6% y para el último año fue de 11.9%, con una tendencia al ascenso igual que para Colombia que en 2009 presentó el 10.24% y en el 2010 fue de 11.1%. Las localidades más afectadas fueron la Candelaria, Los Mártires y Santa fe, Precisamente donde más frecuentemente se encuentran Habitantes de calle. Sin embargo este dato no demuestra la real situación de coinfección debido a que se encontraron muchos casos sin información.



Con respecto a la afiliación al sistema de salud, los casos con TB-TF en los dos años se presentó con mayor frecuencia en el régimen contributivo, 53.8% en el 2009 y 57.5% en el 2010, seguido del régimen subsidiado con 22% en el 2009 y 22.4% en el 2010, se encontró que la población catalogada como pobre no asegurada presento: 16% en el 2009 y 12% en el 2010. También se encontraron casos de TB-TF en régimen especial con 7.8% en el 2009 y 7.5% en el 2010.

Estos datos soportan que la incidencia se encuentre en un leve ascenso como demostración de una moderada búsqueda en poblaciones especiales y de alta vulnerabilidad como los Habitantes de calle, los cuales tiene una incidencia de la enfermedad mucho mayor que la población total de Bogotá y que la incidencia del país calculada en 25.4 x 100.000 habitantes en el 2009, así mismo El aumento de los casos se atribuyó al ascenso del número de pacientes con VIH/SIDA que en el 2009 fue de 109 casos y en el 2010 aumentó a 143.

También se logro conocer el estado de la TB en la población Habitante de calle que no ingreso al *Hogar uno día noche*, con diagnóstico de TB directamente en la red hospitalaria distrital en quienes se pudo determinar que la incidencia en el 2009 fue de 453.1 casos por 100.000 habitantes, mientras en el 2010 fue de 405 casos por 100.000 habitantes TB-TF. Un valor bastante llamativo que evidencia la grave situación de transmisión de la enfermedad tuberculosa.

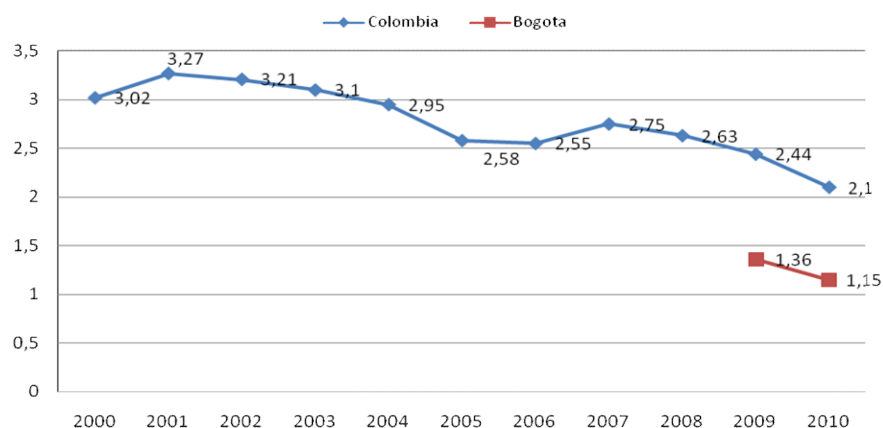
Al igual que en la otras poblaciones, la TB pulmonar es la más frecuente, en el año 2009 constituyo el 93%, por su parte la TB extrapulmonar fue 7%, no se presentaron casos con TB meníngea. Mientras en el 2010, la TB pulmonar presentó la mayor cantidad de casos 81.6%, la TB extrapulmonar fue de 13.1% y se presentó el 5.3% de TB meníngea.

Los hombres también fueron los más afectados en esta población con 81.3% y las mujeres con 18.7% en el 2010 los hombres presentaron 76.3% y las mujeres 23.7% el sexo femenino se vio afectadas en mayor proporción que las otras poblaciones con la misma tendencia al aumento.

El análisis de las incidencias evidenció una clara diferencia entre las tres poblaciones, como era esperado, explicada por la situación de vulnerabilidad y riesgo de la población Habitantes de calle para adquirir la infección y desarrollar la forma activa de la enfermedad, de manera que la incidencia de la población Habitante de calle del *Hogar uno día noche* es 13 veces más alta que la población total de Bogotá enferma con TB y la población que no hizo parte del *Hogar uno día noche* fue 27 veces más alta que la población total de Bogotá.

**3.4.2. Mortalidad por tuberculosis en la población Habitante de calle atendida en el Hogar uno día noche de Bogotá durante los años 2009 y 2010.** De acuerdo a la OMS existe una tendencia a la disminución de la mortalidad debida a TB, sin embargo la tendencia nacional muestra pequeñas variaciones entre los años 2000 a 2010. En los dos últimos años se observó que el número de casos de TB a nivel nacional disminuyó al igual que la mortalidad, una conducta similar se dio en la población total de Bogotá en donde también se evidenció disminución al igual que en la población habitante la calle del *Hogar uno día noche*.

Cabe aclarar que la mortalidad debida a TB en la población Habitante de calle sólo se presentó en 2009 y 2010 no se presentó ninguna, esta población tuvo una tasa de mortalidad de 23.8 x 100.000 habitantes y esta fue calculada con la totalidad de la población Habitante de calle del censo realizado en 2007, mientras en Bogotá fue de 1.36 x 100.000 habitantes y para Colombia de 2.44 x 100.000 habitantes, en ese mismo año. Ver tabla 26.



**Figura 26. Tasa de mortalidad x 100.000 habitantes causada por tuberculosis en la población de Colombia y Bogotá.**

No obstante estos resultados de mortalidad e incidencia, el porcentaje de captación de casos en la población de Bogotá alcanzó en promedio en los dos años 21%, con un porcentaje de detección de 59.9% en el 2009 y 64.1% en el 2010 y un éxito tratamiento de 72% en el 2009 y 71% en el 2010.

Estos valores dejan ver que existe en cada actividad del programa un porcentaje de pacientes que no son captados, no son detectados y no alcanzan a cumplir con el tratamiento, unos porque decididamente abandonar el tratamiento y otros porque al no ser identificados como sospechosos no acceden a los servicios para realizar el diagnóstico pertinente y tener los medicamentos antituberculosos. Así mismo la tendencia observada con la incidencia es una relación inversa que dice que a mayor incidencia menor éxito de tratamiento, relacionado con el número de abandonos, casos trasferidos, fallecidos por cualquier causa, fracasos, los cuales aumentaron en el 2010.

Probablemente la tasa de mortalidad durante los últimos años este nutrida de esa población sin diagnóstico de TB y de VIH, atendiendo los altos porcentaje de casos sin información, o que después de la asesoría disiden no realizarse la prueba.

Los altos índices de mortalidad por TB en la población Habitante de calle esta afectada por la presencia de VIH, en el 2009 de los paciente coinfectados murió el 100% (2 caso) pulmonares BK positivo. Para el año 2010 no se registro ninguna muerte por TB. En cuanto a la probación total de Bogotá, en el 2009 murieron con coinfección el 38.8% de los caos pulmonares BK positiva, mientras en el 2010 la cifra disminuyo a 17.8% (5 casos)

No se encontraron muertes a causa de farmacorresistencia, los casos que se presentaron con resistencia fueron monoresistencia.

El análisis sugiere que se puede relacionar el éxito del tratamiento antituberculoso de la población total de Bogotá con su disminuida tasa de mortalidad y con un bajo porcentaje de abandono, con respecto a la población Habitante de calle, esta presentó un alto índice de abandono y mortalidad en el 2009 contra un bajo porcentaje de éxito de tratamiento.

En la mortalidad es importante cuestionar varios factores entre ellos el acceso a los servicios de salud, al acceso a la prueba de VIH a los enfermos de TB y a los enfermos de TB la prueba de VIH, teniendo en cuenta que en la población total de Bogotá y Habitante de calle durante el 2009 presentaron tasas altas.

De igual manera la información disponible con respecto a la farmacorresistencia en los Habitantes de calle, determinó que su presencia es muy baja, sin embargo debido al incremento de los casos de abandono es importante enfatizar en estrategias o nuevos mecanismos de adherencia al tratamiento mediante formas que minimicen el riesgo de abandono, como apoyo social, teniendo en cuenta los estudios con respecto a la percepción de la enfermedad bajo condiciones de vulnerabilidad.

La determinación de la información partió de los mecanismos de acceso a los servicios de salud implementados, los cuales generaron el cumplimiento y reconocimiento del derecho a la salud y además dio una opción de inclusión a la sociedad con un proyecto social manejado desde la SDIS, esto motivo además al cumplimiento del tratamiento y permitió alcanzar un éxito de tratamiento de 39%.

## Capítulo 4. Discusión

Las directrices para la evaluación de los programas de salud en general, son relativamente nuevas (publicadas en 1981) y fueron emitidas por la OMS, las cuales se integraron a los procesos de gestión, a menudo dirigidas a mejorar las acciones para realizar las actividades sanitarias más pertinentes, más eficaces y eficientes (OMS, 2009).

La estrategia Alto la TB de la OMS se presenta como el marco de acción de los Programas de Prevención y Control de TB como una política mundial de implementación y evaluación de objetivos definidos. La valuación incluye el análisis de indicadores que determinan el nivel de acción de las intervenciones realizadas. En este caso la evaluación del Programa de Prevención y Control de Tuberculosis del *Hogar uno día noche* dirigido a la atención del Habitante de calle de Bogotá obedece al interés de conocer la situación de la enfermedad tuberculosa en una de las poblaciones con mayor riesgo de desarrollarla. Considerando que es la primera vez que se documenta una intervención realizada en el país que integra la acción intersectorial de dos organizaciones públicas y que permite analizar si esta acción ha motivado cambios en la dinámica establecida en esta población con respecto a la detección, captación y tratamiento de la TB en dos años de funcionamiento.

El desarrollo del componente evaluativo, importante dentro del proceso de intervenciones en salud, dejó ver varios aspectos del funcionamiento de un programa de salud pública como el de TB cuando está dirigido a una población vulnerable, estos aspectos se refieren al tipo acción realizada para cumplir con las actividades del Programa y la interacción de los actores desde lo público, sobre la base del apoyo político.

La crítica situación de los habitantes de calle en salud debido a la presencia de vulnerabilidad a contraer enfermedades de interés en salud pública como la TB ha suscitado la preocupación de los gobiernos locales, las intervenciones se han hecho en los últimos años a partir de la emisión de normativas, esto evidenció un esfuerzo político para mitigar la extrema pobreza a la que está sometida esta población, en consecuencia el Habitante de calle fue incluido en una política pública que permita garantizar su atención ya sea desde una organización individual o desde la asociación de sectores.

En Bogotá la iniciativa es del sector público, contrario a lo que sucede en otras ciudades del país donde estas responsabilidades son asumidas por organizaciones privadas, cuando es de obligatorio cumplimiento la atención de esta población por parte del Estado, según lo indica la constitución de 1991 en su artículo 13.

En el Distrito Capital la atención del Habitante de calle se encuentra bajo la coyuntura de los sectores social y de salud que plantearon una asociación desde la intesectorialidad; una serie de funciones por parte del grupo de la Secretaria Distrital de Integración Social y la secretaria de Salud de Bogotá, proporcionó el espacio, para realizar las acciones del programa de Prevención y Control de TB, bajo el desarrollo de una estrategia compartida de atención en salud a los habitantes de calle, esto dejó evidenciar la relación de los programas de salud pública y los sistemas de salud, debido a que dentro de estos últimos se encuentra la infraestructura de servicios, importante en el diagnóstico de la enfermedad así como en la atención hospitalaria. Al mismo tiempo el acceso a los servicios de salud acompañada de educación estableció en alguna proporción un proceso de autocuidado en la población objetivo.

El desarrollo de la atención en salud al Habitante de calle se realizó en una acción focalizada, esto incluyó la realización de las actividades del Programa de Prevención y

control de TB, bajo el objetivo claro en la captación de SR y detección de casos con TB para detener la transmisión de la enfermedad, así mismo participar en el cumplimiento del tratamiento DOTS/TAES.

De esta manera se pudo establecer que este tipo de intervenciones centralizadas ofrecen un control en la información generada y desarrollo de proceso de atención en salud sin barreras de tipo administrativo que evitan la atención, sobre todo en pacientes como los habitantes de calle que por su condición se ha estigmatizado con que cualquier contacto con él se considera fuente de contagio (Ladino., L, E., 2011)

Este actuar permitió conocer el estado de la enfermedad tuberculosa en la población Habitante de calle de Bogotá atendida en el Hogar uno día noche mediante el marco de la estrategia alto a la TB.

La discusión se plantea alrededor del cumplimiento de las metas propuestas para el Programa señalado, como primera medida es necesario resaltar que no fue posible encontrar informes que dieran cuenta de la situación de la enfermedad tuberculosa en esa población con relación a estudios epidemiológicos antes de 2009 en Bogotá, solo se encontraron testimonios acerca de la presencia de la enfermedad como resultado de la experiencia directa de los trabajadores de la salud involucrados en la atención a esta población y por proyectos privados (Médicos del Mundo, 2000) dirigidos a atender al Habitante de calle, no se encontraron registros sistematizados ni bases de datos sobre estos pacientes.



Precisamente, para realizar un seguimiento y estudios de poblaciones especiales en el país, se estipuló que las IPS especificaran el tipo de población vulnerable en el momento de incluir la información en los registros del Programa (Circular 058 de 2009).

Se pudo observar que la mayoría de los estudios realizados en esta población son producto de investigaciones delimitadas en espacios como ciudades, pero no como país, solo se conoció uno realizado en Chile cuyo objetivo esencial era establecer un censo nacional y conocer la realidad del Habitante de calle para la implementación de la política pública, en cambio las investigaciones realizadas en ciudades investigan un hecho puntual relacionado el estado de salud.

Así mismo no fue posible encontrar evaluaciones de programas dirigidos a esta población con respecto al marco para el Programa de Prevención y Control de TB, usado en este trabajo, sin embargo todos los estudios en TB revisados hicieron referencia a la estrategia DOTS y las metas de curación y detección plantadas por la OMS, además en algunos casos mencionaron los indicadores complementarios de seguimiento. Esto no permitió que se realizaran comparaciones con otros estudios y estas se limitaron solo a los resultados encontrados en este trabajo. Algunas de las causas por la cuales autores señalan los pocos estudios en esta población, son los altos costos que requiere la investigación en cuanto al diseño, metodología y logística.

Así mismo se encontraron trabajos sobre habitantes de calle en Colombia con las mismas características de espacio, esto permitió conocer las características de los habitantes de calle por ciudades, no obstante se lograron identificar varios factores que comparten respecto a la enfermedad, entre ellos la presencia de farmacodependencia que influyó en altas tasas de abandono al tratamiento, desnutrición, ausencia de redes familiares, entre otras. También se

observó que para la resolución de la enfermedad aplicaron los parámetros señalados por la OMS en cuanto al tratamiento DOTS/TAES.

El análisis de los resultados en la intervención hecha en el Habitante de calle de Bogotá, determino que la meta de detección (70%) de pacientes con TB pulmonar BK positivos fue superada en 2009 con 88.9% y en el 2010 resulto igual a la meta, este comportamiento se atribuyó a las acciones de búsqueda activa desarrolladas en el Hogar uno día noche y por la búsqueda en la red hospitalaria distrital bajo un sistema de servicios establecida para realizar el diagnóstico de la enfermedad y la implementación del medicamento antituberculoso en la etapa de contagio, también se identifico que hubo un incremento en la detección de casos de TB a través del Hogar uno día noche, mientras que la red hospitalaria distrital disminuyo este porcentaje, esto evidencio que las acciones del Hogar están siendo reconocidas y/o que los habitantes de calle están identificando sus derechos o están aumentando los casos en la población que conoce la dinámica del *Hogar uno día noche*.

la búsqueda activa también genero un alto porcentaje de captación de SR debido a la presencia de la sintomatología característica bajo dos situaciones, la primera debido a la TB y la segunda como efecto del consumo de sustancias psicoactivas, debido a esto las cifras de detección fueron menores a las esperadas con el número de casos captados. Sin embargo es importante que ningún Habitante de calle con esta manifestación, se quede sin saber su verdadero diagnóstico, por ello se realizo BK seriada.

Comparativamente con lo encontrado con detección en la población de Bogotá el valor se encuentra menor que el obtenido por los habitantes de calle, las razones recaen en una dificultad identificada en la programación de SR. De igual manera esta acción fue afectada por el proceso de educación realizado en el Hogar, la cual se considera como una

herramienta para generar autocuidado, en el momento de producir preocupación por identificar la sintomatología y solicitar voluntariamente el servicio médico.

Así mismo las medidas educativas e informativas realizadas con el tratamiento antituberculoso, también influyeron en la meta de curación, esto permito establecer el éxito del tratamiento y reconocer que aunque la cantidad de casos pueden ser pocos, en el contexto de habitabilidad en calle un caso cobra gran importancia por las condiciones de vulnerabilidad de esta población frente a la enfermedad y a la trasmisión de la misma.

El cumplimiento del tratamiento DOTS/TAES, se encuentra por debajo de la meta señalada en 85%. Afectado en gran medida por el abandono del tratamiento antituberculoso, considerado como una de las barreras para lograr el éxito del tratamiento y con un alto riesgo de generar farmacorresistencia y la muerte (MPS, 2007)

En el estudio comparativo entre las poblaciones habitantes de calle con intervención con diagnóstico de TB a través del Hogar uno día y los que no tuvieron intervención con diagnóstico de TB en la red hospitalaria distrital, se encontró una respuesta favorable frente al tratamiento en la primera población, la intervención produjo un éxito del tratamiento de 39% (tratamiento curado sumado a terminado), anteriormente no se tenía antecedentes de este tipo debido a su inestable adherencia al tratamiento, que sigue siendo alto en promedio 40%. Los porcentajes más altos de curación se dieron en la población con intervención, explicado por un mayor proceso de sensibilización y la presencia del apoyo nutricional

Aunque se conoció que la totalidad de los habitantes de calle presentaron adicción a uno a dos sustancias psicoactivas, se pudo cumplir con el tratamiento en una parte de la población, siendo la farmacorresistencia uno de los mayores factores de abandono de

tratamiento antituberculoso. No se logro establecer si los pacientes que presentaron doble adicción abandonaron el tratamiento o cumplieron con él.

El cumplimiento del tratamiento también es un evento que podría evidenciar una actitud de autocuidado, por el único hecho de encontrar pacientes curados y con tratamiento terminado bajo la farmacodependencia. Hasta el momento no se tiene evidencia de los efectos del consumo de sustancias psicoactivas en el sistema inmune de los consumidores para ser relacionado con la ineficacia del tratamiento.

De igual manera, se pudo identificar que existe una alta incidencia de la enfermedad tuberculosa debido a los factores de riesgo de la población en estudio para desarrollarla, la incidencia de TB fue 13 veces más alta que en la población general de Bogotá, corroborando lo evidenciado en la esfera internacional, donde la TB se ha establecido en grupos vulnerables y se presenta mayor que la población general.

Otro de los hallazgos del estudio fue la alta tasa de coinfección TB-VIH/SIDA, la cual se relaciono con el 40% de la mortalidad. Aunque se tiene acceso a la realización de la prueba para el diagnóstico de VIH (Elisa), esta no fue realizada en todos los enfermos con TB, como consecuencia de la negación a la realización de esta.

Uno de los procesos importantes llevados a cabo en la prestación de los servicios es la confirmación de la prueba de Elisa, debido a que puede ser que esta aparezca positiva como efecto cruzado con otro tipo de infección, el cual es confirmado por Western Blot.

La población sin intervención presentó menor cantidad de pruebas de VIH realizadas en los dos años en comparación con la población con intervención en promedio no obtuvo información del 52% para el primer grupo y 44% para el ultimo. Así mismo la población

total de Bogotá presentó una disminuida realización de esta prueba en casos pulmonares BK positivos encontrando por realizar el 82.2% en el 2009 y 77% en el 2010.

No obstante, los esfuerzos realizados en el *Hogar uno día noche* para acercar a los habitantes de calle a los servicios de salud y realizar el proceso de diagnóstico del pacientes existe una gran debilidad en la realización de actividades bacteriológicas por parte de la institución que presta el servicio de laboratorio clínico, quien pese a la normativa establecida que estipula la realización del cultivo, esta no la cumplió por este motivo no se logró conocer la real situación de farmacorresistencia en esta población. Así mismo se encontraron debilidades en la realización de los controles bacteriológicos del tratamiento, cobertura de la prueba de Elisa para determinar la presencia de la infección de VIH y el diseño de una asesoría especial para la realización de la prueba de VIH en esta población y evitar que ellos se rehúsen a la realización de la prueba.

En cuanto a los servicios de salud, más del 90% de los habitantes de calle se encuentran catalogados como población pobre no asegurada, esto quiere decir que no se encuentran afiliados a ningún régimen de salud.

Por último sin la intervención realizada en el Hogar uno día noche en un grupo de la sociedad marginado y excluido muy probablemente solo se tenderían apreciaciones de la situación, pero no una más cercana a la realizada como la generada en estudios que evidencian los resultados de las intervenciones, que muy probablemente llamara la atención del sector público para que se tomen medidas frente a las debilidades presentadas y se incrementen los esfuerzos en mejora la atención en los servicios de salud y de asistencia social para acercarse a las metas propuestas y se puedan llevar a cabo acciones para su rehabilitación y humanización mediante la atención específica de una enfermedad tan

incapacitante y estigmatizada como la tuberculosis y su coinfección más frecuente al VIH/SIDA

En cuando a la coinfección resulta importante todos los procesos de educación que se pueden realizar con estas poblaciones, sobre todo para que el paciente acceda a la realización de la prueba de VIH/SIDA, debido a que aún se presentan altas proporciones de Habitantes de calle que después de la asesoría no permiten la realización de la prueba, las causas según los trabajadores de la salud obedecen al temor del resultado positivo. Sin embargo se han tenido algunos casos con coinfección que han resuelto la enfermedad tuberculosa.

Por consiguiente todas las acciones que se puedan desarrollar para contrarrestar las enfermedades transmisibles deben ser dirigidas en poblaciones vulnerables como los Habitantes de calle, bajo enfoques multidisciplinarios e intersectoriales incluyendo dentro de estos procesos a la población objetivo y cambiando las acciones asistencialistas a otras formas preventivas y de autocuidado, reconociendo que la farmacodependencia es uno de los mayores obstáculos en la adherencia a cualquier tratamiento, cabe la posibilidad que la creación de procesos educativos y redes de acompañamiento puedan sensibilizar al Habitante de calle por lo menos en la resolución de la enfermedad tuberculosa y así disminuir la transmisión.

## Capítulo 5. Conclusiones y Recomendaciones

El diseño de intervenciones como la del Programa de prevención y Control de TB en la población Habitante de calle determino que se evidencie la importancia de la ejecución de programas de salud pública como este para en primera medida contrarrestar los efectos de la enfermedad y detener la trasmisión y al mismo tiempo se desarrollen estrategias de abordaje a una población con características especiales de comportamiento, de esta manera la acción focalizada en un determinado espacio y una población con características similares, facilito la realización de actividades propias del programa, así mismo se logró identificar la situación de enfermedades relacionadas con la TB como es la infección por VIH y el acceso a los servicios de salud. Por lo tanto se ve pertinente llevar a cabo iniciativas como esta para cumplir dos objetivos una directamente con el Estado de salud del afectado y otra con la salud de la comunidad.

La existencia de una política pública para el Habitante de calle desarrollada bajo un contexto de inteseccionalidad entre la SDIS y la SDS de Bogotá dejo ver que la confluencia de las acciones de las partes determinaron el acceso a los servicios de salud, y el éxito del tratamiento el primero como resultado del manejo de la infraestructura de reconocimiento de derechos y el ultimo como un efecto de la posible actitud de autocuidado creada a partir de las incoativas de educación realizadas en el lugar de alojamiento.

La inversión económica como la de talento humano apoyadas por una política pública en el desarrollo de programas de salud pública como el de TB que presentan un diseño de acción definido pueden generar resultados cuando la infraestructura de servicios logra llegar a los habitantes de calle, porque no presentan en la mayoría de los caos iniciativas propias de acudir a la atención medica, por lo que resulta esporádica como efecto de emergencias con un mal estado de salud, en consecuencia es necesario plantear formas de adaptación de los

programas de salud pública y salud en general al contexto de la población Habitante de calle para lograr con prioridad la resolución de la enfermedad, junto con la creación de caminos de inserción a la sociedad mediante políticas menos asistencialistas por otras mas de corresponsabilidad.

Como efecto del proceso de evaluación realizado en la intervención del Programa de Prevención y Control de TB en los habitantes de calle atendidos en el Hogar uno día noche se identifico como una grave debilidad la no realización de actividades en tuberculosis como la realización del cultivo, realización de pruebas de VIH, controles bacteriológicos del tratamiento, esto condujo a que no se conozca la real situación de farmacorresistencia de esta población, así como la de coinfección TB-VIH/SIDA, no obstante la normativa establecida para la realización de estas pruebas. Por lo tanto se plantea necesario que la SDS como autoridad distrital realice visitas de inspección y verificación del cumplimiento de procesos de vigilancia en salud pública y establezca vías para encontrar respuesta en las entidades que están faltando a su función.

Como recomendación se propone:

Teniendo en cuenta la alta de incidencia de TB en la población Habitante de calle es necesario establecer dos estrategias una referida con las establecidas por la OMS en la Estrategia Alto a la TB.

Una segunda recomendación se plantea como una forma de prevenir la enfermedad mediante un programa de alimentación que evite el estado de desnutrición, factor de riesgo reconocido en la adquisición de la enfermedad, para ello es importante que la política pública acoja un programa de alimentación en lugares estratégicos de alta concurrencia de esta población como un primer acercamiento y en una segunda etapa se vinculen a procesos



productivos apoyados en una red de apoyo constante, la cual puede estar conformada por personas que tuvieron la experiencia de ser habitante de calle.

De igual manera enfatizar las actividades de educación frente al reconocimiento de enfermedades y también al reconocimiento de la condición de salud, toda vez que genera actitud de autocuidado.

También se plantea como una forma de favorecer la adherencia del tratamiento diseñar una intervención multidisciplinaria y bajo procesos productivos para el Habitante de calle enfermos con TB farmacodependiente, en la cual se dé la opción del consumo bajo dosis controladas de las sustancia psicoactivas durante el periodo de duración del tratamiento en un lugar con atención médica.

Así mismo se recomienda continuar con la iniciativa intersectorial y se realice un seguimiento en el tiempo a esta intervención en población Habitante de calle y se pueda ampliar a otro tipo de poblaciones vulnerables.

### Referencia Bibliográfica

- Alcaldía de Cali,, DANE., Fundación FES Social. (2005). Censo Sectorial de Habitantes de y en calle Santiago de Cali 2005. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes\\_calle/habitaultimo.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/habitantes_calle/habitaultimo.pdf)
- Alcaldía de Pereira. (2008 Mayo). *Soporte Técnico Línea Estratégica: Pereira Humana*. Plan de desarrollo Municipal de Pereira 2008-2011
- Alcaldía Mayor de Bogotá & Departamento Administrativo de Bienestar Social. (2000). *Inclusión Social del Habitante de calle*. Serie Bienestar Social. ISBN: 958- 96933-4-2
- Alcaldía Mayor de Bogotá. *Censo sectorial Habitantes de calle, Informe Final*. (2000). Bogotá, D.C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Decreto 136 de 2005 (2005 Mayo). Registro Distrital 3320 de mayo 6 de 2005. Bogotá . Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=16474>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social. (2007). Consolidado del Informe Mesa PAICHHC 1. Bogotá D, C. Recuperado de [www.scribd.com/doc/2353955/Consolidado-del-Informe-Mesa-PAICHHC-1](http://www.scribd.com/doc/2353955/Consolidado-del-Informe-Mesa-PAICHHC-1)
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social Desarrollos Normativos, (2007). Proyecto 7312 " Atención Integral para la inclusión Social de los Ciudadanos/as Habitantes de calle, administración Bogotá sin Indiferencia. Bogotá D.C. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/2351024/Desarrollos-Normativos-Proyecto-7312-Atencion-Integral-para-la-inclusion-Social-de-los-Ciudadanosas-Habitantes-de-la-Calle>
- Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaria Distrital de Integración Social, & Subdirección para la adultez. (2008). "Proyecto 7311 " Atención Integral para Adultos/as con limitación física y/o mental. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/2351811/Informe-Final->

Proyecto-7311-Atencion-Integral-a-Adultos-as-con-Limitacion-Fisica-yo-Mentalfebrero-08-de-2008

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaria de Planeación & Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2009). *Encuesta calidad de Vida 2007*. Bogotá D.C. Recuperado el 13 de febrero de 2010 de [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/ecvb/ECVB\\_07.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/ecvb/ECVB_07.pdf)

Alcaldía Mayor de Bogotá., Secretaria Distrital de Planeación. (2009). *Informe sectorial: Metas de Ciudad año 2009, a partir de los indicadores del Acuerdo 308/2008*. Bogotá D.C: editado por la Secretaria Distrital de Planeación, marzo de 2010.

Alcaldía Mayor de Bogotá., Secretaria de Salud de Bogotá. (2009). *Enfermedades Transmisibles, Tuberculosis, Lepra y Enfermedades Transmitidas por Vectores. Lineamientos*. (2009, Abril). Bogotá.

Alcaldía Mayor de Bogotá., & Secretaria Distrital de Integración Social. (2010, 9 de marzo). *Dirección de población proyecto 501 "Adulter con oportunidades 2008 2012*. Bogotá D.C. Recuperado el 13 de octubre de 2010, de <http://www.integracionsocial.gov.co/anexos/documentos/Proyectos/501ADULTER ACTUALIZACION9MARZO2010.pdf>

Alcaldía Mayor de Bogotá, Departamento administrativo de Bienestar Social. (2011). *Historia Reseña Histórica*. Bogotá D, C. Recuperado de <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=803>

Alejandra, Galiano, M. & Montesinos, N. (2005). Modelo predictivo de abandono del tratamiento antituberculoso para la Región Metropolitana de Chile. *Enfermería Clínica*, 15(4), 192-8. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/enfermeria-clinica-35/modelo-predictivo-abandono-tratamiento-antituberculoso-region-metropolitana-13078672-originales-2005>

Álvarez, M., Correa, M., & Uribe, M. (2009). Percepciones sociales frente a la comunicación del tratamiento y apoyo recibido por la población Habitante de calle

- con Tuberculosis. *Medicina UPB*, 28(1), 22-32. Recuperado de <http://revistas.upb.edu.co/index.php/Medicina/article/viewFile/101/78&a=bi&pageNumber=1&w=100>
- Antoine, D., Maguire, H., & Story, A. (2006, Marzo). Epidemiology and response to the growing problem of tuberculosis in London. *Euro Surveill*, 11(3). Recuperado el 13 de febrero de 2010 de <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=609>
- Asociación Médicos del Mundo., & Hospital La Perseverancia Empresa Social del Estado. (2000, Noviembre). *Proyecto Habitante de calle, La unidad móvil, aprendizaje producto de experiencias, vivencias, visiones e interpretaciones durante el proceso*. Bogotá, editorial Codice.
- Badiaga, S., Raoult, D. & Brouqui, P. (2008, Septiembre). Preventing and Controlling Emerging and Reemerging Transmissible Diseases in the Homeless. *Emerg Infect Dis*, 14 (9), 1359-1353.  
doi: 10.3201/eid1409.080204
- Baker, L. (2007). Alianza Alto a la Tuberculosis a nivel mundial: logros y desafíos futuros. En Manuel Peña Escobar (Representante de la OPS/OMS), VII Reunión Interagencial *Stop TB* en las Américas Programa Regional de Tuberculosis Lima, Perú. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-stop-tb-12-07-lima.pdf>
- Barker, A., Caughlan, J., Alvaran, M. & Post, P. (2006, Marzo). Comorbid TB and HIV in a Chronically Homeless Male: Social Isolation Compounds Stress of Medical Confinement. *Homeless Health Care Case Report: Sharing Practice-Based Experience*, 2 (1), 1-7. Recuperado el 13 de febrero de 2010 de <http://www.nhchc.org/wp-content/uploads/2012/02/CA08CaseReportTBHIV.pdf>
- Burki T. (2010). Tackling tuberculosis in London's homeless population London, UK, has one of the highest rates of tuberculosis in western Europe, and the city's homeless population are most at risk and the hardest to treat. *The Lancet*, 376 (9758), 2055-2056  
doi:10.1016/S0140-6736(10)62282-9

- Cáceres, F.M. & Orozco, L.C. (2007). Incidencia y factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso. *Biomédica*, 27, 498-504. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84327405.pdf>
- Caminero Luna, J.A. (2003). *Guía de la tuberculosis para médicos especialistas*, Paris Francia: Editado por la Unión Internacional con la tuberculosis y enfermedades respiratorias.
- Campuzano Saldarriaga, M.R. (2008). *Población en situación de Indigencia y el Sistema de la Protección Social*. (Tesis de especialización, Universidad CES). Recuperado de [http://www2.epm.com.co/bibliotecaepm/biblioteca\\_virtual/documents/poblacion\\_en\\_situacion\\_de\\_indigencia\\_y\\_el\\_sistema\\_de\\_proteccion\\_social.pdf](http://www2.epm.com.co/bibliotecaepm/biblioteca_virtual/documents/poblacion_en_situacion_de_indigencia_y_el_sistema_de_proteccion_social.pdf)
- Coalición Antituberculosa para la Asistencia Técnica (CAAT). (2006, Enero). *Normas Internacionales Para La Asistencia Antituberculosa (NIAA)*.
- Collazos, C., Carrasquilla, G., Ibáñez, M., & López, L.E. (2010). Prevalencia de sintomáticos respiratorios en instituciones prestadoras de servicios de salud de Bogotá D.C., junio de 2005 a marzo 2006. *Biomédica*, 30, 519-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/bio/v30n4/v30n4a09.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2010). Capítulo I Pobreza, desigualdad y ciclo de vida. *Panorama social de América Latina*. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/9/41799/PSE2010-Cap-I-pobreza-preliminar.pdf>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2010). Estudio Económico de América Latina y el Caribe, Impacto Distributivo de las Políticas Públicas. Recuperado de <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/3/40253/2010636-EEE-WEB.pdf>
- Consejo de Bogotá D.C. Acuerdo 308. (2008 Junio). Adopta el Plan de Desarrollo Económico, Social, Ambiental y de Obras Públicas para Bogotá, D. C., 2008 – 2012 "Bogotá Positiva: Para Vivir Mejor". Recuperado de <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=30681>

- Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). (2011, Septiembre). *Boletín de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento*, Numero 78, Bogotá, Quito. Recuperado de [www.codhes.org](http://www.codhes.org)
- Constitución Política Colombiana. (1991). Artículo 13: Derecho a la Libertad e Igualdad Colombia.
- Constitución Política Colombiana. (1993). Ley 100 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Libro cuarto, artículo 257. Programas y requisitos. Colombia.
- Correa Arango, M. E. (2007 Diciembre). La otra ciudad - Otros sujetos: los habitantes de la calle. Facultad de Ciencias Humanas. *Universidad Nacional de Colombia Trabajo Social*, 9, 37-56. Recuperado de <http://www.bogota.unal.edu.co/buscar.html?cx=015779202118420744272%3Aqk5u5rpebla&cof=FORID%3A11&q=La+otra+ciudad+-+Otros+sujetos%3A+los+habitantes+de+la+calle&submit.x=0&submit.y=0&submit=Buscar>
- Correa Arango, M. E. (2007, Junio). Para Una Nueva Comprensión de las características y la Atención Social a los Habitantes de Calle. *Rev. Eleuthera*, 1, 91-102. Recuperado de [http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Revista1\\_6.pdf](http://eleuthera.ucaldas.edu.co/downloads/Revista1_6.pdf)
- Correa, M.E., et al (2012). Habitantes de calle y tuberculosis: una realidad social en Medellín. *Rev. eleuthera*. 6, 101-126
- Cuervo Rojas J.M. (2001). *Factores determinantes de abandono del tratamiento antituberculoso en casos nuevos tratados en las instituciones de salud que notifican al programa de prevención y control de tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Santafé de Bogotá durante 1999*. Secretaria Distrital de Salud 2001. (Tesis inédita de maestría en Epidemiología Clínica). Pontificia Universidad Javeriana, Santa fe de Bogotá, Colombia.
- Curry International Tuberculosis Center. (2007). *Tuberculosis Infection Control: A Practical Manual for Preventing TB*. Recuperado el 21 de febrero de 2011 de [www.currytbceter.ucsf.edu](http://www.currytbceter.ucsf.edu)

- Dirección de Salud Pública., Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. (2009, Abril). *Enfermedades transmisibles, tuberculosis, lepra y enfermedades transmitidas por vectores. Lineamientos*. Bogotá D.C.
- Figueroa Muñoz, J., & Ramon Pardo, P. (2008, septiembre). Tuberculosis control in vulnerable groups. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(9). doi:10.2471/BLT.06.038737
- Francis J. Curry National Tuberculosis Center. (2007). *Tuberculosis Infection Control: A Practical Manual for Preventing TB*. Recuperado el 10 de febrero de 2012 de [www.nationaltbcenter.ucsf.edu](http://www.nationaltbcenter.ucsf.edu)
- Gobierno de Chile. (2005). Habitante de calle, Catastro Nacional de Personas en situación de Calle 2005.
- Garzón, M.C., Angee, D.Y., Llerena, C., Orjuela, D.L., & Victoria, J.E. (2008, septiembre). Vigilancia de la resistencia del *Mycobacterium tuberculosis* a los fármacos antituberculosos, Colombia 2004-2005. *Biomédica*, 28 (3), 319-26. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/843/84328303.pdf>
- House, Ernest., R. (1980). *Evaluating with Validity*, Newbury Park CA Sage Publication.
- Hwang S.W. (2001) Homelessness and health *CMAJ*, (2),164. Recuperado de <http://www.cmaj.ca/content/164/2/229.full.pdf>
- Instituto Nacional de salud, Programa Nacional de Tuberculosis. (2011). Notificación de Eventos de Interés en Salud Pública, indicadores asis web. Recuperado de [www.ins.gov.co](http://www.ins.gov.co)
- Khan, K., Rea, E., McDermaid, C., Stuart, R., Chambers, C., Wang, J., Chan, A., Gardam, M., Jamieson, F., Yang, J., & W., Hwang, F. (2011, Marzo). Active Tuberculosis among Homeless Persons, Toronto, Ontario, Canada, 1998–2007. *Emerg Infect Dis*, 17(3), 357-365. doi: 10.3201/eid1703.100833.

- Ladino Gil, L. E. (2011). *Creencias y prácticas sobre la tuberculosis en un grupo de pacientes y sus familiares de la ciudad de Bogotá, D. C. Una aproximación cualitativa* (Tesis de grado de maestría en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4325/1/598589.2011.pdf>
- León, C. I., Sierra, C., Naranjo, N., Garzón, M. C., & Guerrero, M.I. (2002). Segundo Estudio Nacional de Resistencia Primaria del *M. tuberculosis* a las Drogas Antituberculosas en Colombia. Resúmenes, Sexto Congreso Colombiano de Enfermedades Infecciosas. *Infectio*, 6: A-12.
- López, L. (2009, Septiembre). *Visita de Asesoría y Asistencia Técnica OPS Y Ministerio de Protección Social, Bogotá 21 al 23 sep.* [Diapositiva de Power Point].
- Magis Rodriguez, C & Barrientos Barcenás, H. (2009) . VIH/SIDA y Salud Publica Manual para personal de Salud. México. Secretaria de Salud. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>
- McAdam JM, Bucher SJ, Brickner PW, Vincent RL & Lascher S. (2009, julio). Latent tuberculosis and active tuberculosis disease rates among the homeless, New York, New York, USA, 1992–2006. *Emerg Infect Dis*, 15(7)  
doi: 10.3201/eid1507.080410
- Mecanismo de seguimiento y evaluación PDHDF. (2009, Agosto). Capítulo 26 derechos de las poblaciones callejeras. *Programa de Derechos Humanos Diagnóstico de Derechos Humanos del Distrito Federal México*. Recuperado el 23 de febrero de 2010, de [http://www.derechoshumanosdf.org/pdfs/Libro\\_ProgramaDHDFp1.pdf](http://www.derechoshumanosdf.org/pdfs/Libro_ProgramaDHDFp1.pdf)
- Medellín cómo vamos. (2012, 17 de enero). Pobreza y desigualdad. Recuperado de <http://www.medellincomovamos.org/pobreza-y-desigualdad>
- (MPS), Ministerio de Salud., Dirección General de Promoción y Prevención. Guía de Atención de la Tuberculosis Pulmonar y Extrapulmonar. . (2002, Mayo). Bogotá D.C
- (MPS), Ministerio de Protección Social. Dirección General de Salud Publica., Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2006,



Mayo). *Infección por VIH y SIDA en Colombia 2000-2005*. Colombia.

Recuperado de

<http://www.onusida.org.co/Publicaciones/LibroPresentacion.pdf>

(MPS), Ministerio de Protección Social. *Identificación, documentación y socialización de experiencias de trabajo con habitantes de y en calle Convenio Interadministrativo 00193 de 2006*. (2007). Bogotá D.C.: Universidad Nacional de Colombia.

Recuperado de <http://www.raisscolombia.org/index.php?limitstart=12>

(MPS), Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, Onusida Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH Y SIDA. (2008, Enero). *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011*. Bogotá D. C. Recuperado de [http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public\\_htmlfile/plan\\_vih sida 2008.pdf](http://www.unfpa.org.co/home/unfpacol/public_htmlfile/plan_vih sida 2008.pdf)

(MPS), Ministerio de la Protección Social., Universidad CES., Instituto Nacional de Salud., & Organización Panamericana de Salud. (2009, Mayo). *Protocolo de Vigilancia Centinela de VIH/SIDA en pacientes con tuberculosis en Bogotá, Medellín, Barranquilla, Cali y Bucaramanga*. Producto 2: Vigilancia del VIH en Pacientes con TB, estudio centinela, versión final. Bogotá.

(MPS), Ministerio de Protección Social. (2009). Circular externa No 058 de 2009, Lineamientos para el Manejo Programático de Tuberculosis y Lepra en Ministerio de Protección Social. (MPS) (2009). *Protocolo de vigilancia de tuberculosis*. Instituto Nacional de Salud. Colombia. Recuperado el 14 de febrero de 2010, de <http://www.dadiscartagena.gov.co/web/images/docs/saludpublica/tuberculosis-f.pdf>

(MPS), Ministerio de Protección Social (MPS) (2009, Diciembre). *Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2010-2015 Para la Expansión y Fortalecimiento de la Estrategia Alto a la TB*. Bogotá D.C. Tercera Edición.

(MPS), Ministerio de la Protección Social., Programa Nacional de Tuberculosis., Fundación Neumológica Colombiana., Instituto Nacional de Salud - Grupo de Micobacterias., & Organización Panamericana de la Salud – OPS, (2010, Diciembre), *Guía Para El Manejo Programático del paciente con*

*Tuberculosis Farmacorresistente en Colombia*, Versión diciembre de 2010

SFP.

Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP). (2010, Abril). Declaración Comité de Expertos MESEP / Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/noticias/Declaracion\\_MESEP\\_2009.pdf](http://www.dane.gov.co/files/noticias/Declaracion_MESEP_2009.pdf)

Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad (MESEP). (2012, Mayol). Declaración Comité de Expertos MESEP / Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad. Recuperado de [http://www.dane.gov.co/files/noticias/Pobreza\\_nuevametodologia.pdf](http://www.dane.gov.co/files/noticias/Pobreza_nuevametodologia.pdf)

Moss, A.R., Hahn, J.A., Tulskey, J.P., Daley, C.L., Small, P.M., & Hopewell, P.C. (2000). Tuberculosis in the Homeless a prospective study. *Am J Respir Crit Care Med*, 162, 460–464. Recuperado de <http://ajrccm.atsjournals.org/content/162/2/460.full.pdf>

Muñoz, Sánchez, A.I., & Bertolozzi M.R. (2009). Percepción de los trabajadores de salud de unidades básicas de salud de Sao Paulo (Brasil) sobre tuberculosis. *Ave. Enferm*, XXVII (2), 19-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v27n2/v27n2a03.pdf>

National Coalition for the Homeless. (2009, Julio). *Health Care and Homelessness*. Recuperado el 22 de marzo de 2012 de <http://www.nationalhomeless.org/factsheets/health.html>,

ONUSIDA, Banco Mundial, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. (2009, Junio). *La Crisis Económica Mundial y los Programas de Prevención y Tratamiento de VIH: Vulnerabilidad e Impacto*. Recuperado el 13 de febrero de 2010 de <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/EconomicCrisisAndHIVResponseFinal1SPA.pdf>

OPS, Organización Panamericana de la Salud, (2006, abril). Guía para la Consejería y Pruebas de VIH/Sida en los Programas de Control de Tuberculosis. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-vih-guia.pdf>

- OPS, Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015 Washington, D.C., 2006. Recuperado de:  
<http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/tb-reg-plan-2006-15.pdf>
- OPS, Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *Cuestiones prioritarias en materia de investigación sobre la tuberculosis y la infección por el VIH en entornos de recursos limitados donde la infección por el VIH es prevalente*. Stop TB Partnership, TB/HIV Working Group. Recuperado el 10 de marzo de 2010, de  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243500300\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243500300_spa.pdf)
- OPS, Organización Panamericana de la Salud, (2012, 24 de abril). En 2010, se estiman 11.200 casos de tuberculosis en Colombia [Web log post]. Recuperado de  
[http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1022:en-2010-se-estiman-11200-casos-de-tuberculosis-en-colombia&catid=752&Itemid=469](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1022:en-2010-se-estiman-11200-casos-de-tuberculosis-en-colombia&catid=752&Itemid=469)
- Orozco Salazar. (2007). Habitantes en situación de calle y Construcción territorial en el centro Occidente de Medellín. *Revista de la Facultad de Trabajo Social Universidad Pontificia Bolivariana*, 23 (4). Recuperado de  
<http://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/322/281>
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Bogotá una apuesta por Colombia, 2008*. Bogotá: Informe de desarrollo Humano. Recuperado de  
<http://www.idhbogota.pnud.org.co>
- Ramos, L., Ortiz, J., & Nieto, C. (2009). *V Censo de Habitantes de calle en Bogotá, 2007 Informe de resultados*. Bogotá D.C.: Alcaldía Mayor de Bogotá, Protección de la Niñez y la Juventud. Recuperado de  
<http://cinjdipron.blogspot.com/2009/04/v-censo-de-habitantes-de-la-calle-en.html>
- Rodríguez, A., Gil, & N., Vera, N. (2010). Situación de la tuberculosis en Colombia, 2007-2008, con énfasis en los casos pediátricos y su asociación con VIH. *Revista Infectio*. 2010; 14(3), pp. 195-205. Recuperado de  
<http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v14n3/v14n3a06.pdf>
- Romaszko, J., Buciski, A., Wasiski, R., Roslan, A. & Bednarski, K. (2008). Incidence and risk factors for pulmonary tuberculosis among the poor in the northern region of

- Polan. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 12 (4), 430–435. Recuperado el 14 de febrero de 2012 de <http://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtd/2008/00000012/00000004/art00015>
- Sanz Barbero, B., Blasco Hernández, T., & Galindo Carretero, S. (2009). Abandono del tratamiento antituberculoso en la población inmigrante: la movilidad y la falta de apoyo familiar. *Gac Sanit*, 23(Supl 1), 80–85. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/abandono-tratamientoantituberculoso-poblacion-inmigrante-movilidad-falta-13145743-originales-2009>
- Secretaría de Distrital de Integración Social., Misión. Recuperado el 13 de febrero de 2010 de <http://www.integracionsocial.gov.co/modulos/contenido/default.asp?idmodulo=550>
- Secretaria Distrital de Integración Social (2008). *III censo sectorial 2001 Habitante de la calle informe final*. Bogotá D.C.: Instituto para la protección de la niñez y la juventud (Idiprom) & Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). <http://es.scribd.com/doc/34336429/III-Censo-Sectorial-2001-Bogota-IDIPRON-DANE>
- Segura del Pozo, J. (2009, 6 de septiembre). Programar en Salud Pública (8): la evaluación de un programa. Miod un lugar para la ciencia y la tecnología. *Salud Pública y algo más*. Recuperado de [http://www.madrimasd.org/blogs/salud\\_publica/2009/09/06/124374](http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2009/09/06/124374)
- Smith, I. ¿Cuáles son los objetivos mundiales para el control de la tuberculosis y en qué se ha basado su definición? Capítulo 54. (2006). En T. Frieden (Ed), *Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia: preguntas y respuestas* (Publicación científica y técnica No 617). Washington, segunda edición.
- Smith, I. ¿Qué es el DOTS? Capítulo 55. (2006). En T. Frieden (Ed), *Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia: preguntas y respuestas* (Publicación científica y técnica No 617). Washington, segunda edición

- Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (Separ). (2009, Marzo). *La tuberculosis se diagnostica en España entre 10 y 20 días más tarde de lo recomendado*. Recuperado el 23 de abril de 2010 de [http://yearofthelung.org/uploads/Document/3c/WEB\\_CHEMIN\\_6444\\_1269437742.pdf](http://yearofthelung.org/uploads/Document/3c/WEB_CHEMIN_6444_1269437742.pdf)
- Suarez, García, C. (2010). Renovación urbana. ¿Una respuesta al pánico moral? *Territorios*, 22, 111-124. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/357/35714236006.pdf>
- Takahashi Velásquez, O.H. (2009). Prevalencia de tuberculosis pulmonar eb personas privadas de la libertad en un Centro de Readaptación Social del Estado de Veracruz (Tesis de grado de maestría en Salud Pública, Universidad Veracruzana). Recuperado de [http://www.uv.mx/msp/alumnos/documents/tesis\\_oscar\\_h\\_takahashi\\_v.pdf](http://www.uv.mx/msp/alumnos/documents/tesis_oscar_h_takahashi_v.pdf)
- Tan de Bibiana, J., Rossi, J., Rivest, C., Zwerling, P., Thibert, A., McIntosh, L., Behr, F., Menzies, M.A & Schwartzman, D. K. (2011). Tuberculosis and homelessness in Montreal: a retrospective cohort study. *BioMed Center Public Health*, 11, 833. Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/833>
- Tirado Otálvaro, A.F., & Correa Arango, M.E. (2009, Abril). Accesibilidad de la población Habitante de calle a los programas de Promoción y Prevención establecidos por la Resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*, 11 (18), 23-35. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=239016503003>
- Universidad Nacional. Identificación, Documentación y Socialización de Experiencias de Trabajo con Habitantes De y en Calle, 2007. Bogota D.C.. Convenio Interadministrativo 00193 de 2006 Ministerio de Protección Social.
- Veeduría Distrital de Bogotá, (2008, Octubre). *Cómo avanza el Distrito en Bienestar Social 2007* (No. 008). Recuperado de [http://www.mamacoca.org/docs\\_de\\_base/Consumo/BienestarSocial\\_Como\\_avanza\\_el%20Distrito\\_2007.pdf](http://www.mamacoca.org/docs_de_base/Consumo/BienestarSocial_Como_avanza_el%20Distrito_2007.pdf)

- Vega Romero, R., Acosta Ramírez, N., Mosquera Méndez, P.A., & Restrepo Vélez, O. (2009). *Atención Primaria Integral de Salud. Estrategias para la transformación del sistema de Salud y el logro de la Equidad en Salud*. Primera edición. Bogotá: Rocca
- WHO, World Health Organization . (1997). *Intersectoral Action for Health: a Cornerstone for Health for all in the Twenty First Century*. Report to the International Conference 20-23 April 1997. Halifax, Nova Scotia, Canada, World Health Organization, Geneva. Recuperado de:  
[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/gtbr11\\_full.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_full.pdf)
- WHO, World Health Organization (2007). *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. Genève: WHO report (2007). Geneva Switzerland,(WHO/ HTM/TB/2007.376). Recuperado de:  
<http://www.who.int/tb/publications/2007/en/>
- World Health Organization (WHO). *Everybody business : strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. (2007). Geneva, Switzerland. Recuperado de  
[http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)
- WHO, World Health Organization. *Contributing to health system strengthening: Guiding principles for national tuberculosis programmes*“WHO/HTM/TB/2008.400” (2008). Francia: Stop TB Partnership. Recuperado de  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241597173_eng.pdf)
- WHO, World Health Organization. *Global Tuberculosis Control, Surveillance, Planning, Financing*. WHO Report (2008): Geneva: World Health Organization. (WHO/HTM/TB/2008.393)
- WHO, World Health Organization. *Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing*. Genève: WHO report (2009). Geneva Switzerland, (WHO HTM/TB/2009.411). Recuperado de  
[http://www.ghdonline.org/uploads/WHO\\_TB\\_report\\_without\\_annexes\\_2009.pdf](http://www.ghdonline.org/uploads/WHO_TB_report_without_annexes_2009.pdf)
- WHO, World Health Organization. *The Global Plan to Stop TB 2011-2015, Transforming the Fight towards elimination of tuberculosis*, (2010). the Stop TB

Partnership . Recuperado de

[http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB\\_GlobalPlanToStopTB2011 - 2015.pdf](http://www.stoptb.org/assets/documents/global/plan/TB_GlobalPlanToStopTB2011-2015.pdf)

WHO, World Health Organization . (2010). *The Global burden of TB. WHO Report 2010 Global Tuberculosis Control WHO/HTM/TB/2010.7*. Switzerland.

Recuperado de: <http://www.who.int/tb/publications/2010/en/index.html>

WHO , World Health Organization . *Global tuberculosis control WHO report*. (2011).

Geneva Switzerland WHO/HTM/TB/2011.16. Recuperado de

[http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/2011/gtbr11\\_executive\\_summary.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/2011/gtbr11_executive_summary.pdf)

## **Anexos**

A. Anexo:

Entrevista #1: alianzas de intersectorialidad, fortalecimiento de los programas, talento humano, cumplimiento de la estrategia DOTS/TAES, Indicadores del programa Stop TB.

Pontificia Universidad Javeriana

Maestría en Administración de Salud y Sistemas de Salud

**Trabajo de grado:** “Evaluación de las acciones del Programa de Control y Prevención de Tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis y como parte de la atención integral al Habitante de calle en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010”.

**Estudiante:** Yolanda Burbano

**Tutora:** Margarita Ronderos

### **Entrevista # 1**

Actor: coordinador del Hogar centro día noche

Tema a desarrollar: funcionamiento y organización del Hogar de paso Centro día noche.

Objetivo: conocer las acciones desarrolladas por el Hogar de paso Centro día noche en la atención integral del Habitante de calle

Cantidad: una persona

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Dirección electrónica:

Institución:

Dirección:

Teléfono:

Cuestionario:



1. Como se realizo la alianza entre la Secretaria de salud Distrital con el programa de Control de la TB y la secretaria de integración social, fue establecida bajo una normativa especifica.
2. La administración de los recurso como son planeados y como son manejados económicos.
3. Que estrategias usan para atraer a los habitantes de calle para su rehabilitación y adherencia a los programas de salud pública?
4. Cuentan con indicadores o evaluaciones de las acciones realizadas con el Habitante de calle?.
5. ¿Existe reuniones conjunta de análisis de resultados con las entidades con las que trabajan?
6. ¿Esta programado realizar un nuevo censo?
7. ¿Cómo se ha fortalecido el proyecto 501 durante el tiempo de funcionamiento?
8. Como se encuentra integrado el grupo de trabajo del proyecto 501 y el Programa de control de TB distrital
9. en el área de salud ¿cómo se encuentra dividido el trabajo de la atención del Habitante de calle?
10. Talento humano que labora en el programa: (Me puede informar por favor el Número de personas que trabajan en el programa de tuberculosis del Hogar uno día noche).

Nombre	Funciones	Tipo de contrato	Entidad que contrata	Horas/día que dedica al programa de TBC

Talento humano perteneciente al Programa de prevención y Control de TB

Nombre	Funciones	Tipo de contrato	Entidad que contrata	Horas/día que dedica al programa de TBC

12. El personal del programa es exclusivo de las actividades relacionadas con TB
13. Durante los años de funcionamiento del programa el recurso humano ha aumentado?
14. Existe reuniones entre las entidades medicas de la red de hospitales de Bogotá y el programa de TB del Centro día

Equipos y tecnología

1. Con que equipo médico cuentan
2. Equipos y tecnología informática
3. Red y base informática
4. Internet
5. Fax, teléfono, televisor ,

#### Manejo del Habitante de calle

1. Forma de localización de los habitantes de calle
2. Cuantos habitantes de calle se encuentran registrados en este momento en la base de datos
3. Que personas tiene acceso a la información anterior
4. En cuanto a salud como esta el Habitante de calle: que enfermedades lo afecta, las muertes están relacionadas específicamente por cual causa, índice de drogadicción, enfermedades crónicas, grupos etareos
5. ¿Cuál es el promedio de personas que asisten diariamente al Centro día
6. ¿Qué proporción de la población vienen de otros lugares del país
7. Tienen datos de cuantos habitantes de calle se han rehabilitado

2. todos los habitantes de calle al llegar a centro que servicios tienen:

Salud:

¿Cuáles?

Nutrición

¿Cuáles?

#### Componentes estrategia alto a la TB

1. Como se hace el seguimiento al enfermo con TB Habitante de calle con respecto a proseguir la expansión de un DOTS de calidad.
2. Teniendo en cuenta que el Habitante de calle es de alta vulnerabilidad, como se aborda la coinfección TB/VIH, la tuberculosis multirresistente
3. Se desarrolla atención primaria con el Habitante de calle
4. Se ha involucrado directamente a otras entidades de salud para el manejo del Habitante de calle
5. Existen alianzas o asociaciones de pacientes curados de TB habitantes de calle?

Próxima cita para complementar información:

**B. Anexo:**

Entrevista #2: análisis de los indicadores de: gestión, seguimiento, epidemiológicos.

**Pontificia Universidad Javeriana****Maestría en Administración de Salud y Sistemas de Salud**

**Trabajo de grado:** “Evaluación de las acciones del Programa de Control y Prevención de Tuberculosis de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis y como parte de la atención integral al Habitante de calle en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010”.

**Estudiante:** Yolanda Burbano

**Tutora:** Margarita Ronderos

**Entrevista # 2**

**Actor:** talento humano encargado desarrollar actividades del programa de Tuberculosis (TB) en el Hogar de paso Centro día noche

**Tema a desarrollar:** funcionamiento del Programa de TB y atención en salud del Habitante de calle en el Hogar de Paso Centro día noche

**Objetivo:** conocer las acciones desarrolladas por el personal de salud de la Secretaría de Salud Distrital en la atención integral en salud y la implementación de las acciones de la estrategia “alto ala TB” en el Programa de TB al Habitante de calle en el Hogar de Paso centro día noche de Bogotá.

**Cantidad:** una persona

**Nombre del entrevistado:**

**Cargo:**

**Dirección electrónica:**

**Institución:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Cuestionario:**

1. ¿Qué tipo de servicios en salud son brindados al Habitante de calle?
2. ¿Cuál es la dinámica de la atención del Habitante de calle en el Hogar de paso centro día, noche?
3. ¿Cómo se ha implementado la estrategia “alto a la TB”?
4. ¿Cómo se desarrollado las actividades de la estrategia “alto a la TB”?

---

Principio de la estrategia DOTS

---

*Compromiso político sostenido*

Se ha incrementado el numero de recurso humano?

Como ha tratado de mantener el control de la TB?

---

*Acceso a la microscopía de esputo de calidad asegurada:*

Como se realiza la detección de los casos nuevos?

Realización de baciloscopia de esputo tiene una programación de captación anual?

El servicio cubre el diagnóstico de VIH?

---

*Quimioterapia estandarizada de corta duración*

Para todos los casos de TB en buenas condiciones de manejo de casos, incluida la observación directa del tratamiento.

Que tipo de tratamiento es suministrado al paciente Habitante de calle, tiempo de duración y seguimiento?

Como se realiza el cumplimiento del DOTS?

---

Existen soporte técnico y servicios d apoyo al tratamiento

*suministro ininterrumpido de medicamentos de calidad garantizada*

---

Como se realiza la adquisición y distribución de los medicamentos?

*Registro y sistema de información que permita la evaluación de resultados de todos los pacientes y la evaluación del desempeño general del programa.*

Cuenta con una base del control sistemático del programa y corrección de problemas?.

Cuentan con Sistema de comunicación y registro normalizado que permita evaluar la detección de casos y el resultado de quimioterapia para cada paciente y el funcionamiento integral del programa de control de la TB?.

**C. Anexo:**

Entrevista #3: reconstrucción del manejo de las acciones de Programa de TB antes de la existencia del Hogar de paso Centro día.

**Pontificia Universidad Javeriana****Maestría en Administración de Salud y Sistemas de Salud**

**Trabajo de grado:** “Evaluación de las acciones del Programa de Control y Prevención de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis y como parte de la atención integral al Habitante de calle en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010”.

**Estudiante:** Yolanda Burbano

**Tutora:** Margarita Ronderos

**Entrevista # 3**

Actor: talento humano de las instituciones de salud relacionadas con el Hogar de paso centro día, noche.

Tema a desarrollar: Antecedentes del manejo de las acciones del Programa de control de TB antes del establecimiento del Hogar de paso Centro día noche.

Objetivo: conocer los antecedentes históricos relacionados con la atención en salud del Habitante de calle, específicamente en las actividades desarrolladas en el Programa de Control de la TB.

Cantidad: una persona

Nombre del entrevistado:

Cargo:

Dirección electrónica:

Institución:

Dirección:

Teléfono:

Cuestionario:

1. Cuáles son los antecedentes históricos del funcionamiento del programa de TB en los habitantes de calle?

2. Tiene usted conocimiento de Como funcionaba la atención del Habitante de calle antes de 2009 en esta localidad ? Si la respuesta es no: Puede usted indicarme si existe un registro o una persona a partir de lo cual pueda obtener esta información?
3. Tiene conocimiento de Cómo funcionaba la red de laboratorios? Si la respuesta es no: Puede usted indicarme si existe un registro o una persona a partir de lo cual pueda obtener esta información?
4. Tiene conocimiento de Cuál era el resultado final de los enfermos con TB antes del 2009? Si la respuesta es no: Puede usted indicarme si existe un registro o una persona a partir de lo cual pueda obtener esta información
5. Tiene conocimiento de Como eran manejados lo recursos para la atención del Habitante de calle antes del 2009? Si la respuesta es no: Puede usted indicarme si existe un registro o una persona a partir de lo cual pueda obtener esta información?
6. Existía antes de la creación del Centro día un trabajo intersectorial en el manejo del Habitante de calle?
7. Cuales son las localidades donde se han diagnosticado en mayor proporción habitantes de calle enfermos con TB?
8. Usted conoce el comportamiento de la enfermedad en habitantes de calle en otras localidades?
9. Existe información sobre los habitantes de calle diagnosticados con TB antes de la aparición del centro día, noche?
10. Que hospitales atendieron a estos pacientes?
11. Como participa esta ( localidad/institución) en el seguimiento del Habitante de calle enfermo con TB
12. Tiene conocimiento del tipo de TB que prevalece en los habitantes de calle (TB pulmonar, TB extrapulmonar).
13. La población Habitante de calle esta incluida del Programa de control de la TB, considerada (como vulnerable y de alto riesgo en contraer SIDA y coinfección TB – VIH). Como participa esta (localidad o institución ) en el seguimiento al Habitante de calle enfermo con TB?
14. Finalmente puede decirme su impresión sobre el impacto que ha tenido sobre la TB en habitantes de calle la creación del Hogar de paso Centro día?

Próxima cita para complementar información:

**D. Anexo:**

Entrevista #4: conocer el funcionamiento del Proyecto 501 que concierne al habitante la calle.

**Pontificia Universidad Javeriana****Maestría en Administración de Salud y Sistemas de Salud**

**Trabajo de grado:** “Evaluación de las acciones del Programa de Control y Prevención de Tuberculosis de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. en el marco de la estrategia alto a la tuberculosis y como parte de la atención integral al Habitante de calle en el Hogar uno día noche durante los años 2009 y 2010”.

**Estudiante:** Yolanda Burbano

**Tutora:** Margarita Ronderos

**Entrevista # 4**

**Actor:** talento humano encargado desarrollar actividades del proyecto 501 “ADULTEZ CON OPORTUNIDADES”2008- 2012 en el Hogar de paso Centro día noche

**Tema a desarrollar:** funcionamiento del Proyecto 501 de la Secretaria de Integración Social y la Secretaria Distrital de Salud con relación a la atención en salud y el Programa de Tuberculosis (TB) del Habitante de calle, en el Hogar de Paso Centro día noche

**Objetivo:** conocer las acciones desarrolladas bajo la intersectorialidad entre la Secretaria de Integración Social bajo el proyecto 501 “Adulter con oportunidades” y la Secretaria de Salud Distrital de Bogotá en la atención integral en salud del Habitante de calle y el Programa de TB.

**Cantidad:** una persona

**Nombre del entrevistado:**

**Cargo:**

**Dirección electrónica:**

**Institución:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Cuestionario:**

11. Como se realizo la integración entre la secretaria de salud y la secretaria Distrital de integración social.
12. Como se encuentra integrado el grupo de trabajo del proyecto 501 y el Programa de control de TB distrital
13. Cuantas personas integran el proyecto 501 y el programa de salud y TB
14. Se conoce que las acciones con el Habitante de calle se ha realizado hace varios años, en este momento cuales son las ventajas y desventajas frente a las acciones anteriores.
15. ¿Reciben apoyo financiero de entidades internacionales? ¿cuáles?
16. ¿Existe reuniones conjunta de análisis de resultados con las entidades con las que trabajan?
17. Existe un informe de esta y se ha tomado en cuenta para la toma de decisiones en las intervenciones con el Habitante de calle?
18. Cómo se ha fortalecido el proyecto en los últimos años?

Componentes de: “Fortalecimiento de los sistemas de salud para mejorar los resultados en salud”

1. ¿Las alianzas establecidas con los otros centros de atención del Habitante de calle como se realiza, como es operado y como se realiza el manejo de los recursos?
2. ¿Cómo es la prestación de servicios al Habitante de calle?

Información 1	Información 2	Resultado
Afiliación		
Cobertura		
Acceso	Redes de prestación del servicio	
Tipo de servicio	Urgencias	
	Consulta externa	
	Consulta de control	
Eficiencia	Costo de Habitante de calle se trata como evento o como un paquete de servicios?	

3. Se ha fortalecido con personal en salud y en otros aspectos multidisciplinarios en la atención del habitante
4. Existe información sobre el estado del Habitante de calle a nivel: social, económico, de salud
5. Existen reuniones para evaluar y concertar la atención del Habitante de calle con las entidades que participan en la atención.