



Factores Psicosociales y Familiares que Inciden en el Tratamiento de las Mujeres con TB
y VIH en el Municipio de Bello durante el periodo 2011-2022

Daisy Mery Cárdenas Bohórquez

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Trabajo Social

Junio de 2023

Factores Psicosociales y Familiares que Inciden en el Tratamiento de las Mujeres con TB
y VIH en el Municipio de Bello durante el periodo 2011-2022

Daisy Mery Cárdenas Bohórquez

Monografía Presentado como requisito para optar al título de Trabajador Social

Asesor(a)

Juan Diego Álvarez Hidalgo

Magister en historia

Corporación Universitaria Minuto de Dios

Rectoría Antioquia y Chocó

Sede Bello (Antioquia)

Programa Trabajo Social

Junio de 2023

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación está dedicado a todos aquellos quienes a pesar de tener su tiempo medio corto han notado que también puede ser demasiado largo y le han sabido sonreír a la vida en medio de las adversidades.

Agradecimientos.

Sin duda alguna no hubiera podido llegar a escribir estas líneas de no haber sido por el apoyo incondicional y esfuerzo inconmensurable de mi matrona, mi Madre, compañeros laborales mi pareja y amigos a quienes les agradezco infinitamente por haberme dado su apoyo y la inspiración para soportar la imperiosa realidad. Agradecimientos especiales al Respetable conjunto de profesores por haberme apoyado durante la realización de mis estudios, por su apoyo, comprensión y entendimiento en todas y cada una de mis dificultades.

Contenido

Lista de tablas	8
Lista de gráficas	9
Lista de anexos.....	10
Resumen.....	11
Introducción	15
Capítulo I	16
1 Formulación del Problema.....	16
1.1 Objetivos	24
1.1.1 Objetivo General.	24
1.1.2 Objetivos Específicos.....	24
1.2 Estado del arte.....	24
Capítulo II.....	30
2 Marco Conceptual.....	30
2.1 Directrices internacionales sobre atención a pacientes con TB y VIH.....	30
2.2 Acciones desde el programa enfocados en el componente familiar	33
2.3 Acciones desde el programa enfocados en el Componente psicosocial	35
Capítulo III.....	38
3 Marco Metodológico	38
3.1 Paradigma socio critico.....	38
3.1.1 La investigación documental.....	39
3.2 Importancia de la investigación documental.....	39
3.2.1 Alcances y limitantes	40

3.3	Técnicas	41
3.4	Técnicas de análisis de la investigación documental	41
3.4.1	Análisis del contenido	41
3.4.2	Análisis visual	41
3.4.3	Confiableidad y validez	42
3.4.4	Técnicas de búsqueda.....	42
3.4.5	Metodología para el desarrollo, sistematización y análisis de la información.....	43
3.4.6	Consideraciones Éticas.....	44
	Capitulo IV.....	46
4	Análisis de los factores sociales y familiares que inciden en el tratamiento de las mujeres con TB y VIH en el Municipio de Bello.....	46
	Referencias.....	57
4.1.1	Barreras familiares y sociales para la adherencia al tratamiento de la TB y VIH en las Mujeres de Bello.....	59
4.1.1	Análisis de los factores psicosociales y familiares que inciden en la adherencia al tratamiento de VIH Y TB, bajo un enfoque de género.....	70
4.1.2	Factores asociados a la estigmatización en Mujeres afectadas por VIH y TB en el Municipio de Bello	72
4.1.3	Factores asociados a la estigmatización en Mujeres diagnosticadas con TB.....	73
4.1.4	Factores asociados a la estigmatización en Mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello.....	77
4.1.5	Factores psicológicos que pueden influir en la adherencia y el éxito de los tratamientos de tuberculosis (TB) y VIH en mujeres del Municipio de Bello	82

4.2	Impacto de las medidas de calidad del servicio de salud en el abordaje de las Mujeres con TUBERCULOSIS y VIH en el Municipio de Bello.	83
4.3.	Factores asociados al éxito del tratamiento de las pacientes con TB en Bello- relacionados con la calidad de servicios de salud	88
4.3	Manera en que los factores sociales, familiares y psicosociales inciden en el éxito del tratamiento de las Mujeres con TB en el Municipio de Bello.	92
	Capítulo V	100
5	Desigualdades Existentes en la Atención Sanitaria.	100
6	Conclusiones.....	102
7	Recomendaciones.	107
8	Referencias	109
	Anexos	113

Lista de tablas

Tabla 1. Casos cerrados vs Casos activos TB (Municipio de Bello- Ant).....	73
Tabla 2. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por tuberculosis en el Municipio de Bello.....	75
Tabla 3. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello	78

Lista de gráficas

Gráfica 1. Incidencia Tuberculosis pulmonar Municipio de Bello 2011-2021.....	53
Gráfica 2. Incidencia Tuberculosis extrapulmonar Municipio de Bello 2011-2020.....	53
Gráfica 3. Incidencia Tuberculosis Municipio de Bello 2011-2021	54
Gráfica 4. Tasa de mortalidad (x 100.000 hab.) por TB Municipio de Bello 2011-2020	55
Gráfica 5. % Letalidad de pacientes con diagnóstico de TB Municipio de Bello 2011- 2020.....	55
Gráfica 6. Resultado en Porcentaje de la Cohorte de casos pulmonares BK(-) cultivo (+) 2021.....	56
Gráfica 7. Resultados en porcentaje de la Cohorte de casos Pulmonares BK (-) Cultivo (-) CULTIVO (+) 2021	57
Gráfica 8. Casos cerrados vs Casos activos Tb (Municipio de Bello- Ant).....	73
Gráfica 9. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por tuberculosis en el Municipio de Bello.....	75
Gráfica 10. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello.	78

Lista de anexos

Anexo 1.Oferta de baja y mediana complejidad disponible para garantizar el acceso a los servicios de salud	113
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Resumen

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*. Se transmite cuando las personas enfermas expulsan bacterias al aire y las personas cercanas pueden inhalar estas bacterias e infectarse. Si no se trata adecuadamente, la tuberculosis puede ser mortal. Antes de la pandemia de COVID-19, la tuberculosis era una de las principales causas de mortalidad en el mundo y la principal atribuida a un solo agente infeccioso. La tuberculosis puede afectar cualquier órgano o tejido, pero la forma más común es la tuberculosis pulmonar. Cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, se denomina tuberculosis extra pulmonar.

Esta enfermedad puede tener periodos de latencia, evolución lenta o periodos de reactivación, diseminación y compromiso de múltiples órganos, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento oportuno. El VIH, o virus de inmunodeficiencia humana, ataca el sistema inmunológico y debilita las defensas del organismo, lo que aumenta el riesgo de contraer infecciones y enfermedades. Las personas infectadas con VIH tienen un mayor riesgo de enfermar de tuberculosis. Otros factores de riesgo para la tuberculosis incluyen la desnutrición, la diabetes, el consumo de tabaco y alcohol, así como ciertas poblaciones en condiciones de vulnerabilidad. La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en la lucha contra la tuberculosis, revirtiendo años de progreso en la detección y tratamiento de la enfermedad. Es necesario tomar acciones urgentes para mitigar estos impactos y restaurar el acceso y la provisión de servicios de tuberculosis específicamente en mujeres.

En cuanto a la coexistencia de tuberculosis y VIH, es una situación común. La desnutrición, la coexistencia TB-VIH y la diabetes son las comorbilidades más frecuentes en los

casos de tuberculosis Y VIH. El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para el manejo de ambas enfermedades en mujeres y población en general. Además, es necesario tomar medidas para restaurar los servicios en salud, apoyo familiar y psicosocial en este tipo de patologías.

Palabras clave: Atención integral, impacto emocional, mujeres, servicios de salud TB, VIH.

Abstract

Tuberculosis (TB) is a disease caused by the bacillus *Mycobacterium tuberculosis*. It is spread when sick people put bacteria into the air, and people nearby can inhale these bacteria and become infected. If not treated properly, tuberculosis can be deadly. Before the COVID-19 pandemic, tuberculosis was one of the leading causes of mortality in the world and the main one attributed to a single infectious agent. Tuberculosis can affect any organ or tissue, but the most common form is pulmonary tuberculosis.

When the infection affects organs other than the lung, it is called extra pulmonary tuberculosis. This disease can have periods of latency, slow evolution or periods of reactivation, dissemination and involvement of multiple organs, which makes diagnosis and timely treatment difficult. HIV, or human immunodeficiency virus, attacks the immune system and weakens the body's defenses, increasing the risk of infection and disease. People infected with HIV have a higher risk of getting tuberculosis. Other risk factors for tuberculosis include malnutrition, diabetes, tobacco and alcohol consumption, as well as certain populations in vulnerable conditions. The COVID-19 pandemic has had a significant impact on the fight against tuberculosis, reversing years of progress in detecting and treating the disease. Urgent action is needed to mitigate these impacts and restore access to and provision of tuberculosis services specifically for women.

As for the making of tuberculosis and HIV, it is a common situation. Malnutrition, TB-HIV coinfection and diabetes are the most frequent comorbidities in cases of tuberculosis AND HIV. Early diagnosis and adequate treatment are essential for the management of both diseases

in women and the general population. It is also necessary to take measures to restore health services, family and psychosocial support in this type of pathology.

Keywords: Comprehensive care, emotional impact, women, TB health services, HIV.

Introducción

Dentro de este contexto con la presente investigación se buscaba principalmente conocer cómo los factores sociales y familiares pueden incidir en el abordaje del tratamiento y evaluación de las mujeres con TB y VIH en el Municipio de Bello en 2011-2022. Es importante explorar estos factores sociales, familiares y acceso a los servicios de salud ya que es una población bastante vulnerable a ser señalada haciendo difusión en orientaciones que enseñen como impedir el contagio y la transmisión de estas patologías atenuando los factores de riesgo que propician la propagación de las mismas unos de los determinantes sociales más importantes que contribuyen a la TUBERCULOSIS y el VIH son las malas condiciones de vida, la mala alimentación, la falta de higiene saneamiento y hacinamiento, no dejando de lado que por parte del VIH, Se deben promover medidas generales para fomentar la promoción y prevención en la parte sexual además buscando implementar medidas de control y concientización de una sexualidad sana y responsable.

Donde se tenga como resultado una población educada en el tema, orientando al manejo de los mecanismos de transmisión, formas de prevenir comportamientos, además la posibilidad de transmitir un mensaje con un gran grupo de la población tratando de multiplicar una información oportuna adecuada y eficaz permitiendo que las personas tomen decisiones en sus cambios de actitudes y adopción de prácticas saludables pensando en el bienestar como ser humano debido a la desigualdad, la tuberculosis se presenta principalmente en las personas más vulnerables.

El fracaso del tratamiento de la TB representa una amenaza para la salud y la economía, ya que los pacientes siguen siendo una fuente de infección en la comunidad y pueden causar ausentismo laboral y discapacidad debido a la propagación de formas resistentes de TB pulmonar y las pérdidas económicas asociadas.

Capítulo I

1 Formulación del Problema

Para hablar sobre Tuberculosis (TB) y VIH es necesario conocer que es cada una de estas patologías, según Fadul Pérez, (2022) la tuberculosis es una enfermedad causada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite cuando las personas enfermas expulsan bacterias al aire y las personas que se encuentren cerca pueden inhalar estas bacterias e infectarse. Si no se trata adecuadamente, la enfermedad de tuberculosis puede ser mortal. Constituye un problema de salud pública y hasta antes de la pandemia por el coronavirus (Covid-19) era una de las 10 primeras causas de mortalidad del mundo y la principal atribuida a un solo agente infeccioso (por encima del VIH/SIDA).

Entre 2014 y 2015, todos los Estados Miembros de la OMS y la ONU se comprometieron a poner fin a la epidemia de tuberculosis, a través de la adopción de la estrategia “Poner Fin a la Tuberculosis” de la OMS y de los Objetivos de desarrollo sostenible (ODS), los cuales incluyen hitos y metas para reducción de la incidencia es decir los casos nuevos diagnosticados con tuberculosis, muertes por tuberculosis y costos catastróficos que enfrentan los pacientes con tuberculosis y sus hogares.

Entre 2017 y 2019 se intensificaron los esfuerzos para lograr el compromiso político de la lucha contra la tuberculosis y se reafirmaron metas mundiales para la movilización de fondos, prevención y atención de la enfermedad. La pandemia de COVID-19 ha revertido años de progreso en la prestación de servicios esenciales y la reducción de la carga de la enfermedad de TB.

Según la OMS, La tuberculosis es una enfermedad infecciosa crónica causada por el *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede afectar cualquier órgano o tejido. Sin embargo, la

forma más común de la enfermedad es la pulmonar, cuando la infección afecta órganos diferentes al pulmón, esta se denomina tuberculosis extrapulmonar, la localización más frecuente de esta forma de la enfermedad es la pleural, seguida por la ganglionar. La tuberculosis extrapulmonar incluye diversas manifestaciones las cuales están asociadas al comportamiento del bacilo. La enfermedad puede tener periodos de latencia o evolución lenta, o periodos de reactivación focal, diseminación y compromiso de múltiples órganos. Esto dificulta el diagnóstico y su tratamiento oportuno.

Por otra parte, y con respecto al virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) entre las personas que viven con el virus, o presentan patologías o tratamientos inmunosupresores, se considerará sintomático respiratorio a quien presente tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida de peso, o sudoración nocturna, de cualquier tiempo de duración,

En privados de la libertad, grupos étnicos, habitantes de calle, migrantes, trabajadores de la salud, población rural o rural dispersa, el criterio para sintomático respiratorio será tos y expectoración por más de 15 días; sin embargo, cuando exista difícil acceso a la atención en salud, podrá tomarse un tiempo menor a 15 días cuando exista presunción de la enfermedad. Para contactos de personas afectadas por tuberculosis, se tomará como criterio tos y expectoración de 1 o más días de duración (Fadul Pérez, 2022, pág. 8).

La consecuencia más inmediata de la gran caída en el número de personas recién diagnosticadas con TB en 2020 es un aumento en el número de personas que fallecieron por TB en 2020, en todos los niveles: mundial, regional y nacional. El número global de muertes clasificadas oficialmente como causadas por TB (1,3 millones) en 2020 fue casi el doble del número causado por el VIH/SIDA (0,68 millones), y la mortalidad por TB se ha visto más afectada por la pandemia de COVID-19 en 2020 que la mortalidad VIH/SIDA. Salud,

Enfermedades Transmisibles, Las personas infectadas por el bacilo tuberculoso tienen un riesgo de enfermar de tuberculosis a lo largo de su vida de entre el 5% y el 10%. Las personas inmunodeprimidas, por ejemplo, las que viven con el VIH o padecen desnutrición o diabetes, así como los consumidores de tabaco y los consumidores de alcohol, corren un riesgo mucho mayor de enfermar. Las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad y de riesgo con mayor carga de tuberculosis son: población privada de la libertad, seguida de población indígena, habitante de calle, trabajador de la salud y población migrante (procedente del exterior).

En las comorbilidades registradas para los casos de tuberculosis se presentó con mayor frecuencia la desnutrición (15,2 %), seguida de la coinfección TB-VIH (12,1 %) y diabetes (9,7 %). En la variable de coinfección TB-VIH se observa confirmación en 1696 casos a nivel nacional y las entidades territoriales con mayor proporción son: Magdalena, Bogotá, Risaralda, Antioquia y Córdoba. Teniendo en cuenta la variable de hospitalización, para el 2021, en el país el 48,5 % de los casos, fue detectada y notificada en hospitalización, vale la pena mencionar que 28 de las entidades territoriales se encuentran por encima de la proporción del país, siendo Amazonas, Vaupés, Sucre, Cartagena y Atlántico, las que tienen mayores proporciones.

Además, el Instituto Nacional De Salud, (2014) aduce que El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus considerado así por su lento proceso para replicarse. Ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando por ende la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer. A medida que el virus destruye las células inmunitarias, la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de células CD4. La inmunodeficiencia ocasiona una mayor sensibilidad a muy diversas infecciones y enfermedades que las personas con un sistema inmunitario saludable pueden combatir.

La infección por VIH puede ser inicialmente asintomática o manifestarse como un síndrome similar a una mononucleosis aguda (infección aguda) con fiebre, fatiga, malestar general, mialgia, artralgias, sudoración, anorexia, pérdida de peso, fotofobia, dolor de garganta, náusea, vómito, diarrea, cefalea, eritema maculo-papular transitorio o adenopatías.

También puede haber anormalidades neurológicas, entre ellas encefalitis, meningitis, neuropatía periférica, alteraciones del conocimiento o afectivas. Esta enfermedad aguda se manifiesta generalmente 2 a 4 semanas después del momento de la infección y puede durar varias semanas con resolución completa. Posteriormente, en el curso natural de la infección existe un período de latencia en el cual hay ausencia de síntomas durante años (Persona infectada asintomática), debido a que no existe un deterioro grave en la función del sistema inmunitario.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), donde se incluye el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha convertido en uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en la salud pública y considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de este sistema y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales.

Tres de los objetivos del desarrollo del milenio (ODM) presentan una oportunidad para la reducción del número de casos de VIH, tanto en la población general, como en la transmisión materno infantil a saber: reducir la mortalidad infantil (ODM 4), mejorar la salud materna (ODM 5) y combatir el VIH/SIDA y otras enfermedades (pág. 8), argumenta la secretaria distrital de Salud, (2018) que Desde 1981, año en que se reconoció por primera vez esta enfermedad y se le dio nombre, la infección se ha expandido a todos los continentes y a diferentes grupos humanos.

Según Onusida, en 2000 se infectaron por el VIH 5,3 millones de personas, de las cuales eran adultos 4,7 millones, mujeres 2,2 millones y menores de 15 años 600 mil.

El mismo año, en el mundo vivían con el VIH y sida 36,1 millones de personas, entre las que se encontraban 34,7 millones de adultos, 16,4 millones de mujeres y 1,4 millones de menores de 15 años. Las defunciones causadas por el sida en 2000 alcanzaron un total de tres millones, entre ellas, 2,5 millones correspondían a adultos, 1,3 millones a mujeres y 500 mil a menores de 15 años. Las defunciones acumuladas causadas por el sida suman un total de 21,8 millones desde el comienzo de la epidemia, correspondiendo a adultos 17,5 millones, a mujeres 9 millones y a menores de 15 años 4,3 millones.

En diciembre de 1998, la Organización Mundial de la salud OMS y Onusida estimaban en 1,73 millones las personas viviendo con VIH y sida en Latinoamérica y el Caribe, donde se refleja la misma heterogeneidad que en el resto del mundo: difieren tanto de país a país como dentro de cada nación. En su mayor parte, el VIH en la región se concentra en las poblaciones marginadas social y económicamente.

El aumento en la tasa de prevalencia de infección entre las mujeres señala que la transmisión heterosexual está teniendo mayor alcance; sin embargo, esta situación es, probablemente, reflejo de una serie de interrelaciones entre transmisión heterosexual y perinatal en las cuales el caso índice ha sido un hombre que ha tenido relaciones sexuales con otros hombres, con lo que no se debe afirmar que el giro de la epidemia hacia la transmisión heterosexual signifique que se haya establecido un patrón heterosexual de la transmisión del VIH, como el de África al sur del Sahara. Según el número acumulado de casos de infección, la epidemia en Colombia es superada en Latinoamérica sólo por Brasil y México.

El comportamiento de la epidemia de VIH y sida en nuestro país ha pasado de una relación hombre/mujer de 12:1 en 1988, a 7:1 en 1996 y de 5:1 en 1998. Esta progresión ha sido más evidente en algunas regiones como la costa atlántica donde la relación llega a ser de 3:1. Protocolos De Vigilancia En Salud Pública 3 VIH-sida De los 21.048 casos reportados en el país hasta 1999, 37,7% (n = 7.947).

Da a conocer el Instituto Nacional De Salud, VIH-Sida, (2022) que, en el mundo, a finales de 2020, de acuerdo con los cálculos realizados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 37.7 millones de personas vivían con el VIH; ese mismo año, 1.5 millones de personas contrajeron la infección y 680.000 fallecieron por causas relacionadas con el sida (1). En Europa Occidental y Central, y América del Norte, 2.2 millones de personas viven con VIH (PVV); en 2019 ocurrieron 67.000 nuevas infecciones y hubo 13.000 muertes relacionadas con el sida, Se estima que en América Latina 2.1 millones de personas viven con el VIH y que, durante 2019, hubo 31.000 muertes relacionadas con el Sida y se adquirieron 100.000 nuevas infecciones por VIH. Se calcula que la mitad de las nuevas infecciones ocurre en población clave, La Cuenta de Alto Costo (CAC) estima en Colombia, hasta enero de 2021, 134.902 personas viviendo con VIH.

En 2021, en Sivigila, se reportaron 17.647 casos, 29,7 % más que los notificados en 2020. El descenso en el diagnóstico y notificación durante 2020 puede relacionarse con el impacto de la pandemia Covid-19 sobre algunas actividades de los servicios de salud. En 2021, según el mecanismo probable de transmisión, la mayor proporción es la transmisión sexual (97,7 % de los casos). El comportamiento demográfico indica que el 80,8 % de los casos se registraron en hombres; el grupo etario con la mayor proporción es el de 25 a 34 años (38,1 % del total de

casos). En 2021 se identificaron 3.309 casos de Covid19 en PVV, de ellos, el 85,8 % en hombres. Social & Ministerio de salud y protección Social, (2020)

La ciudad de Medellín en gran medida puede ser considerada como una de las ciudades que mayor incidencia en TUBERCULOSIS y VIH presentan, es de aclarar que según el Ministerio de Salud para darle fin a la tuberculosis debe haber una incidencia de 4 a 5 % . x 100.000 habitantes sin embargo en este año a causa de la pandemia bajaron un 2% , esto no quiere decir que la tuberculosis haya disminuido en su prevalencia sin embargo el VIH ha tomado fuerza en medio de la pandemia por lo que podrían aducir que la tuberculosis está en un estadio de confort, ya que esta es una patología oportunista, debido que a la hora de mencionar un SIDA, es de gran importancia tener la claridad que todos los pacientes con estas patologías es de suma importancia abordarlos psicosocialmente de una forma educativa basada en el respeto, la equidad y la generosidad por su salud tanto mental como general ya que son demasiado estigmatizados.

Es por esta razón que los pacientes que padecen este tipo de patologías son estigmatizados y tachados en medio de la sociedad, razón por la cual varios municipios del valle de aburra como Bello, Medellín, se están implementando estrategias de promoción y prevención con el apoyo del personal psicosocial para abordar y apoyar este tipo de pacientes con una salud integral donde la parte humanitaria sea la galante de este tipo de procesos. Es evidente que en pandemia aumentaron los casos de VIH en un alto porcentaje ya que los procesos de transmisibilidad aumentaron por el encierro, las relaciones entre hombres aumento, igual entre las mujeres y las personas travestis y transexuales.

Además, como podemos observar en las estadísticas, entre la población masculina se presenta el más elevado el porcentaje de contagio. Esta situación puede generar varios

interrogantes o premisas, como, por ejemplo, la relación que puede presentarse entre la latencia de la enfermedad y la oportunidad de contagio, debido a que los pacientes que padecen VIH son muy propensos a la Tuberculosis. El bacilo es alojado en el sitio donde las defensas son más vulnerables. A través de esta acción se puede presentar la claridad de la temática a trabajar y como se puede orientar que sea un trabajo de investigación desde trabajo social.

Es por esto que comienza a surgir el interrogante de la mujer ya que el contexto de la infección comienza a convertirse en recurrente que ha venido cambiando la tasa de infección de las mujeres ya que anteriormente, las tasas de infección nos mostraban que la población más afectada era la masculina pero al ver que viene creciendo la tasa en mujeres de acá surgen interrogantes por los que se podría preguntar ¿cuáles factores sociales pueden estar afectando esta población?; ¿o se debe a una posición transitoria? o, podría ser una problemática estructural? ¿En medio de la pandemia pudieron incrementar los factores de salud en general de la mujer como psicosociales, culturales, económicos y familiares?

El diagnóstico tardío y las estigmatizaciones son evidenciadas en todos los escenarios es a sí mismo como se pueden iniciar los componentes del análisis de la situación, el entorno adecuado, la identificación de las tareas a realizar, los enfoques y el seguimiento y evaluación para el éxito de la radicación de estas dos patologías. Además, acciones para mitigar los impactos, la prioridad inmediata es restaurar el acceso y la provisión de servicios, de modo que los niveles de detección y tratamiento de casos de TB puedan recuperarse al menos a los niveles de 2019, especialmente en los países más afectados.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo General.

Identificar los factores psicosociales y familiares que inciden en el abordaje del seguimiento y evaluación de las Mujeres con TUBERCULOSIS y VIH en el Municipio de Bello en 2011-2022.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar los factores familiares que inciden en la prevalencia de TUBERCULOSIS y VIH en las mujeres del Municipio de Bello.
- Analizar el impacto de las medidas de calidad del servicio de salud y abordaje de las Mujeres con TUBERCULOSIS y VIH en el Municipio de Bello.
- Determinar la manera en que los factores sociales, familiares y psicosociales inciden en el éxito del tratamiento de las Mujeres con VIH y TUBERCULOSIS en el Municipio de Bello.

1.2 Estado del arte

Dado que este trabajo investigativo se enfoca en identificar factores que son relevantes en el tratamiento de Mujeres con TB y VIH se hizo una exploración sustanciosa de la literatura del tema y estos son los hallazgos principales.

En lo referente en los estudios o aproximaciones sobre este tema, según el Ministerio de salud la tuberculosis (TB) es una enfermedad bacteriana que afecta usualmente el pulmón o el árbol traqueo bronquial (tuberculosis pulmonar), pero que también puede afectar cualquier otro órgano o parte del cuerpo como la pleura, los riñones, huesos, meninges, intestinos, piel, sistema genitourinario entre otros (tuberculosis extrapulmonar). Es ocasionada por el microorganismo

Mycobacterium Tuberculosis, o comúnmente conocido como el “bacilo de Koch”, en honor al científico Alemán Robert Koch quien, en 1882, identificó el agente etiológico causante. Es una enfermedad prevenible y tratable, que cuenta con tecnologías de diagnóstico rápido y medicamentos altamente efectivos que curan la enfermedad y que cortan la cadena de transmisión en el entorno familiar, institucional, laboral y/o comunitario, En las personas viviendo con el VIH los síntomas pueden variar dependiendo su estado inmune, en estos casos se debe sospechar una TB cuando se presente alguna de las siguientes situaciones, Tos con o sin expectoración, fiebre, pérdida o no ganancia de peso, sudoración nocturna. (De cualquier tiempo de duración Desatendidas, social & Ministerio de salud y protección Social, (2020)

Es por esto por lo que se aduce que la Tuberculosis y el VIH son dos patologías que se pueden diagnosticar una con otra ya que están son manifestadas por la parte inmunológica, además son identificadas dos de las causas de muerte más comunes también Dependiendo el estado de defensas o inmunidad que tenga la persona, la enfermedad puede presentarse poco después de contraer la infección. Usualmente se desencadena una respuesta inmunitaria entre la 2° a 10° semana.

No obstante, la enfermedad puede permanecer en estado latente o durmiente meses o años después de la primo infección. Si existe una alteración inmune puede activarse desencadenando una tuberculosis activa.

Se pueden considerar los siguientes factores de riesgo o condiciones patológicas más frecuentes, que favorecen que la infección latente se convierta en una tuberculosis activa: Personas viviendo con el virus del VIH/SIDA, Desnutrición, Diabetes mellitus, Enfermedad Renal Crónica, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Personas, en tratamiento

con cortico esteroides o inmunodepresores, Personas sometidas a tratamientos para artritis, Personas con Cáncer, Silicosis u otras neumoconiosis. Organización mundial de la salud, (2014)

Así mismo la Revista Panamericana de Salud Pública, informa que la tuberculosis (TB) se ha convertido en la enfermedad infecciosa más peligrosa del mundo para las mujeres jóvenes. La OMS presentó datos que corroboran esa aseveración en una reunión internacional de investigadores sobre la TB y su distribución epidemiológica por géneros, que se celebró en Gotenburgo, Suecia, del 24 al 26 de mayo de 1998. Se informó de niveles extraordinarios de infección y muerte en mujeres y niñas, con más de 900 millones infectadas actualmente por el bacilo en todas partes del mundo.

Durante el año en curso es de esperar que un millón de mujeres entre los 15 y los 44 años mueran por esa causa y que 2,5 millones adquieran la enfermedad. Mientras que la guerra es responsable de 4% del total mundial de muertes en mujeres de esa edad, el VIH de 3% y la enfermedad cardíaca de otro 3%, la TB da cuenta de 9% de esas muertes. Una vez contraída la infección, las mujeres en edad reproductiva son más susceptibles que los hombres de enfermar gravemente. Además, están en mayor riesgo que los hombres de infección por VIH.

Las grandes pérdidas humanas ocasionadas por esta enfermedad han impulsado la búsqueda de factores, tales como el sexo, que ayuden a comprender y contener la epidemia. Sin embargo, de las enfermedades que amenazan la salud de las mujeres, la TB es quizá la más económica de controlar. La reunión realizada en Suecia es el primer acontecimiento internacional sobre el tema de la TB y el género, y en ella los expertos de ambos campos planearon una agenda de investigación sobre las diferencias biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales que puedan influir en la aparición más frecuente de la TB en mujeres y en el acceso de ellas a la estrategia de tratamiento bajo observación directa (TOD) que promueve la OMS.

Los participantes acordaron investigar concretamente los temas del embarazo y la TB, el diagnóstico de TB en la mujer, la observancia del tratamiento y la educación de las pacientes. También se recomendó facilitar el acceso al TOD mediante servicios extrainstitucionales, horas de visita flexibles en las clínicas y adiestramiento de los agentes de salud para que sepan responder a las necesidades de la mujer en particular. Esta estrategia de tratamiento combina cinco elementos: compromiso político, detección de la TB por microscopia de frotis de esputo, tratamiento breve bajo observación directa, administración regular de los fármacos y sistemas de monitoreo para evaluar el resultado del tratamiento en cada una de las pacientes.

Después de que los casos infecciosos de TB se detectan por microscopia, el personal de salud y los agentes y voluntarios comunitarios supervisan la toma de dosis apropiadas de medicamentos por las pacientes, llevan los registros correspondientes y certifican la curación cuando es debido. (Organization Mundial de la Salud. TB is single biggest killer of young women. Comunicado de prensa WHO/40, 26 de mayo de 1998.) Salud, (2000 pág. 1).

Patricia Salas Abarca, también plantea que la tuberculosis es la enfermedad más antigua que ha padecido el ser humano, la que más ha diezmado a la sociedad a lo largo de su historia, y continúa siendo en la actualidad la infección que mayor número de enfermos y muertes ocasiona en el mundo. Así, cuando se calcula que el mundo tiene una población cercana a los 6 mil millones de personas, se estima que una tercera parte --2.000 millones--, está infectada por *Mycobacterium tuberculosis*.

A pesar de que se trata de una de las enfermedades más antiguas, no es sino hasta el año 1882, cuando el científico alemán Robert Kock descubre el bacilo que la produce. Desde el año 1940 el mundo dispone de la estreptomycin y otros medicamentos eficaces para su tratamiento, y a partir de entonces se consideró que sería definitivamente controlada. Sin embargo, 50 años

más tarde continúa siendo una amenaza, en parte debido a las pocas posibilidades de identificar a todos los enfermos y tratarlos de manera efectiva.

En respuesta a esta situación, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS están promoviendo una estrategia de Salud Pública para el control de la tuberculosis llamada: Tratamiento Acortado Directamente Observado (DOTS, siglas conocidas en inglés). Esta estrategia reconoce la necesidad de apoyar a los pacientes no sólo para que comiencen el tratamiento, sino que lo completen. La terapia DOTS es la piedra angular de la iniciativa puesta en marcha por la OMS bajo el título "Acabar con la Tuberculosis". Se trata de una terapia de corta duración, de 6 a 9 meses, y que tiene un coste por paciente que oscila entre los \$10 y \$20.

A pesar de que se ha aportado información sobre evaluaciones positivas de la DOTS en algunos países, resulta interesante conocer las experiencias específicas de desarrollo de estas intervenciones debido a las limitaciones en la cobertura de atención primaria. Se plantea que "la estrategia DOTS dota al paciente tuberculoso de todo lo que necesita para la curación", sin embargo, no se trata de una estrategia de atención integral de la enfermedad, sino de esquemas de tratamiento centrados en la relación médico-paciente y en la existencia de servicios de atención primaria de amplia cobertura. Ante el incremento en la incidencia y prevalencia de la tuberculosis, y conociendo las limitaciones de los países empobrecidos en cuanto a la atención primaria, caben las interrogantes: ¿cuál es la situación real de aplicación de la DOTS en estos países, que además registran las mayores cifras de prevalencia de tuberculosis y tienen importantes carencias en atención primaria de la salud?, y ¿cuáles son sus posibilidades de control sostenido de la enfermedad?

Según, Abarca, (2002) para implementar estrategias de atención integral en salud se necesita asumir conceptos modernos de gerencia social que implican acciones hacia fuera del

sector salud, de negociación con otros sectores de la sociedad, pero fundamentalmente el hecho de poder contar con recursos informativos para tomar decisiones. En una situación de cambio organizacional de los servicios de salud para atender la tuberculosis, la información no se puede reducir a contar el número de casos, que en muchas ocasiones pueden estar mal clasificados, sino que es necesario caracterizar el contexto socio económico y cultural al que pertenecen los pacientes, y sus características personales de vulnerabilidad, que determinan el riesgo de no adherirse al tratamiento.

Desde el punto de vista de la atención en salud es erróneo responsabilizar al médico de manera absoluta, y mucho menos al paciente, o a la relación entre ellos. La pregunta de por qué no hay adherencia al tratamiento hay que hacerla sobre todo a la sociedad, y la respuesta hay que buscarla en un contexto histórico-social. De manera coherente, las acciones que deben ser tomadas escapan al contexto de los prestadores de los servicios de atención médica, aunque sean los responsables más directos, porque la respuesta ante el problema debe ser social (Abarca, 2002).

Capítulo II

2 Marco Conceptual

2.1 Directrices internacionales sobre atención a pacientes con TB y VIH

Según, social & Ministerio de salud y protección Social, (2020 pág. 1) Ministerio De Salud Y Protección SOCIAL Resolución Numero (00227 DE 2020 20 FEB Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos del Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT y se dictan otras disposiciones del Ministro de salud Y Protección social En ejercicio de sus facultades legales, en especial, de las conferidas en los artículos 2, numerales 3, 4 Y 7 del Decreto - Ley 4107 de 2011, 173, numerales 2 y 3 de la Ley 100 de 1993,42, numeral 42.3 de la Ley 715 de 2001.

Considerando Que el artículo 2 de la Ley 1751 de 2015, Estatutaria de Salud, estableció, respecto de la naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud, que este "Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la prese Nación, el mejoramiento y la promoción de la salud" y para ello "El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas.

De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado". Que la Organización Mundial de la Salud -OMS declaró la tuberculosis como emergencia global en 1993, debido al aumento constante en la incidencia de casos, relacionados con el abandono de la lucha antituberculosa por parte de algunos gobiernos, la gestión deficiente de los programas, la pobreza, el crecimiento de la población, la migración y la urbanización rápida y descontrolada.

Que la Ley 1955 de 2019, por medía de la cual se expidió el Plan Nacional de Desarrollo 2018 - 2022 "Pacto por Colombia, Pacto por la Equidad", en sus bases, componente III "Pacto por la equidad: política social moderna centrada en la familia, eficiente, de calidad y conectada a los mercados", dispone en el numeral "2. Objetivos y Estrategias", como objetivo el de "Definir prioridades e implementar las intervenciones en salud pública, para la transformación de la calidad de vida con deberes y derechos", en el que se determinó como uno de sus objetivos, priorizar las intervenciones en salud pública, entre las que se encuentra la tuberculosis, para lo cual, bajo el liderazgo de este Ministerio, se establecerán estrategias territoriales para el fortalecimiento de capacidades básicas y gestión de la salud pública.

Que la Resolución 1841 de 2013, adoptó el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021- PDSP, mediante el que se establecen como objetivos del país: avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud, mejorar las condiciones de vida y salud de la población y lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables, y plantea las metas y las estrategias para su cumplimiento, incorporando los enfoques de derechos, de ciclo de vida, de género, diferencial, étnico y el modelo de determinantes sociales de salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por Colombia, las políticas sociales ." transversales a otros sectores y las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, las entidades territoriales y los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

Que este Ministerio estableció el Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis - PNPCT, constituido por el) Plan Estratégico "Hacia el Fin de la Tuberculosis", Colombia 2016-2025, publicado en el repositorio digital de su página web, <https://>

[l/www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Tuberculosis%20&ss-](http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/freeseachresults.aspx?k=Plan%20Estrat%C3%A9gico%20Tuberculosis%20&ss-).

En el cual, se establecieron las líneas de acción para el programa, orientadas a dar cumplimiento a las metas de prevención y control de la tuberculosis, definidas por los Objetivos de Desarrollo Sostenible - ODS, y el Plan de Monitoreo y Evaluación, que va desde el nivel local al nacional, que establece la medición del cumplimiento de los objetivos planteados por el PNPCT, la evaluación de los procesos implementados y los recursos asignados para estos, cuyo propósito es sustraer información que permita la toma de decisiones, la construcción de conocimiento y, por ende, el fortalecimiento de las acciones del programa.

Que este Ministerio expidió la Circular 058 de 2009, "Lineamientos para el manejo programático de tuberculosis y lepra en Colombia", a través de la cual, se adoptó el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis 2006 - 2015, con el fin de fortalecer aspectos operativos para los programas de prevención y control de la tuberculosis; y posteriormente, expidió las Circulares 001 de 2013, 007 de 2015 y 055 de 2016, con las que se establecieron los lineamientos para el manejo programático de la tuberculosis sensible y farmacorresistente, y se fijaron instrumentos técnicos y científicos de apoyo al fortalecimiento de la gestión de los programas departamentales, distritales y municipales, de prevención y control de la tuberculosis. Social & Ministerio de salud y protección Social, (2020).

2.2 Acciones desde el programa enfocados en el componente familiar

Captación de Sintomáticos Respiratorios

La búsqueda activa de sintomáticos respiratorios es una de las principales estrategias del Programa de Tuberculosis y debe concentrarse en:

- Los contactos de personas afectadas por tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.
- En grupos poblacionales vulnerables o de riesgo, captados por trabajadores de la salud o por personas de la comunidad debidamente entrenados, identificados en los entornos del hogar, institucional, comunitario, educativo y laboral (Tabla 4).

- La búsqueda activa institucional. Las entidades territoriales y las EAPB deben garantizar la generación de capacidades en los agentes comunitarios y en el personal de salud para que se capten únicamente las personas que cumplan con las definiciones de sintomático respiratorio (Capítulo 1).

Y para que las muestras de esputo que se recolecten cumplan con los criterios de calidad requeridos por el laboratorio.

La programación de la captación de sintomáticos respiratorios, es una estrategia utilizada por programas de tuberculosis de la Región de las Américas 20.21.22 y por Colombia desde hace varios años, que incentiva a las instituciones y al personal de salud a identificar de forma temprana los sintomáticos respiratorios, independientemente del motivo de consulta y centrada en poblaciones que reúnen factores de riesgo para adquirir la infección o desarrollar la enfermedad, tales como; contactos de casos de tuberculosis, poblaciones vulnerables, personas con Inmunosupresión. Niños menores de 15 años, entre otros.

En el entorno institucional, la búsqueda de sintomáticos respiratorios es una actividad gerencial para movilizar eficientemente los recursos del nivel territorial e institucional como un

ejercicio sistemático y sostenido de captación de casos presuntivos de tuberculosis, los cuales posteriormente deben ser objeto de evaluación, mediante las pruebas diagnósticas definidas en los algoritmos, y de tratamiento según los resultados obtenidos.

En el nivel hospitalario la búsqueda de sintomáticos respiratorios debe realizarse en los pacientes de todos los servicios, en visitantes y trabajadores de la salud, como parte de las actividades de control de infecciones y de los programas de seguridad y salud en el trabajo.

En el entorno comunitario, es necesario focalizar la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en los grupos vulnerables y en los grupos poblacionales que presentan limitantes o barreras de acceso a los servicios de salud, en el marco de las acciones o estrategias de salud pública que se desarrollen por los diferentes agentes del sistema de salud.

La asignación de metas de captación de sintomáticos respiratorios permitirá definir contractualmente, entre la EAPB y el prestador de servicios de salud, objetivos claros y medibles de cobertura, mediante un estudio de costos y un monitoreo de su cumplimiento, que se traduzcan en oportunidades de acceso a las actividades de detección temprana, tratamiento, seguimiento y rehabilitación.

2.1 Grupos de riesgo a considerar para el mejoramiento de la búsqueda activa institucional y comunitaria de personas sintomáticas respiratorias Colombia prioriza las poblaciones en las que se recomienda hacer un mayor énfasis en la búsqueda de sintomáticos respiratorios 23, para quienes las EAPB y sus redes de prestación de servicios de salud deben garantizar el acceso prioritario a la atención en salud.

Las entidades territoriales departamentales, distritales y municipales de salud, deben realizar el tamizaje de sintomáticos respiratorios, su canalización y el seguimiento a la activación

de la ruta del prestador de servicios de salud y la EAPB respectiva, para asegurar la toma de muestras y la realización de todas las atenciones definidas en los algoritmos de diagnóstico

2.3 Acciones desde el programa enfocados en el Componente psicosocial

La búsqueda activa de contactos de personas afectadas por tuberculosis es la principal estrategia para la identificación de casos nuevos de tuberculosis en el entorno laboral, hogar, educativo, comunitario e institucional; es una actividad que deben realizar las entidades territoriales del orden municipal y distrital, en el marco de las acciones de vigilancia en salud pública durante la visita epidemiológica de campo y de las intervenciones colectivas a cargo del Programa de Tuberculosis; esta debe ser coordinada con las EAPB y los prestadores de servicios de salud para asegurar la canalización efectiva de las personas con síntomas presuntivos, durante la visita epidemiológica de campo se debe realizar la búsqueda de contactos, extendiéndose al núcleo familiar, laboral y educativo si aplica, con especial énfasis en niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y personas con alguna patología inmunosupresora.

Los contactos identificados deben transcribirse en una base de datos nominal (Libro de contactos) para facilitar su seguimiento y el cálculo de indicadores. La gestión realizada con los contactos sintomáticos respiratorios debe diferenciarse según el tipo de tuberculosis del caso índice (ver la figura 1), de la siguiente manera: Casos de tuberculosis sensible: búsqueda de sintomáticos respiratorios en los contactos en la primera semana de detectado el caso índice, a los seis meses y al año de iniciado el tratamiento. Casos de tuberculosis farmacorresistente: búsqueda de sintomáticos respiratorios en los contactos en la primera semana de detectado el caso índice, de manera trimestral hasta que el caso índice termine el tratamiento y posteriormente continuar cada seis meses durante 2 años después de terminado dic~ tratamiento.

2.4 Acciones desde el programa enfocado en el Componente nivel de atención en salud

Prestadores de Servicios de Salud públicos y privados

- Los trabajadores de las instituciones prestadoras de servicios de salud deberán conocer las definiciones operativas de cada grupo poblacional y las metas de captación a ser alcanzadas en la atención en salud.

- El personal de laboratorio y personal de salud debe contar con entrenamiento para evaluar la calidad de las muestras y participar en la evaluación interna y externa del desempeño, acorde con lo solicitado por el Laboratorio de salud pública departamental o distrital.
- Cuando la red prestadora identifique sintomáticos respiratorios en el área de influencia de una EAPB con la cual no tenga contrato o afiliados, debe gestionar las atenciones necesarias de acuerdo a los algoritmos definidos en el presente lineamiento, coordinando de manera previa estas intervenciones con las EAPB de su jurisdicción.

- En los laboratorios de las IPS no existirán horarios o restricciones para la recepción de muestras de esputo.

- La contratación de las pruebas moleculares y el cultivo líquido para el diagnóstico rápido de la tuberculosis sensible y farmacorresistente deben ser las sujetas a control por el INS y avaladas por la OMS, que permitan la detección del complejo *Mycobacterium tuberculosis* y determinar la sensibilidad a fármacos de primera y segunda línea.

- ¡La IPS deberá mantener un registro nominal de las personas sintomáticas respiratorias captadas y hacer seguimiento a los resultados, de acuerdo con lo establecido en el Plan de Monitoreo y Evaluación de! Programa Nacional de Tuberculosis y remitirlo mensualmente a la dirección local de salud.

- Contar con protocolos para la toma y procesamiento de muestras de esputo, cultivos y pruebas moleculares, así como con protocolos para transporte de muestras, conservando las medidas de bioseguridad requeridas y definidas por el INS. • Proveer los frascos para la recolección de muestras de esputo y garantizar un sitio ventilado e iluminado para su recolección.

- Garantizar las medidas de bioseguridad y los elementos de protección respiratoria en la recolección o procesamiento de muestras de esputo en los trabajadores de la salud. • Los laboratorios de las IPS deben diseñar un sistema de alerta crítico para reporte de casos positivos al profesional médico tratante, con el fin de establecer el inicio del tratamiento antes de las 24 horas de confirmación del caso.

- Los laboratorios de las IPS deben llevar el registro de procesamiento de pruebas diagnósticas de baciloscopia, cultivo líquido, pruebas moleculares, en los formatos dispuestos por el PNT y el LNR del INS y reportar los resultados dentro de las primeras 48 horas. Esta información deberá estar disponible para las EAPB y las direcciones territoriales de salud con fines de auditoría y asistencia técnica respectivamente.

- En caso de que sean muestras procedentes de zonas diferentes a su jurisdicción, el laboratorio centralizado deberá garantizar un sistema de referencia y contra referencia de resultados antes de 48 horas al prestador solicitante.

- Realizar reporte de información de pruebas moleculares con resistencia a fármacos, de manera mensual al laboratorio de salud pública de la entidad territorial de su jurisdicción, así como el envío de muestras detectadas con resistencia a fármacos para vigilancia por parte del LNR del INS Desatendidas, (2022).

Capítulo III.

3 Marco Metodológico

3.1 Paradigma socio crítico

Según FRANKFURT, (2011 pág. 10) La preocupación epistemológica y metodológica resulta ser determinante. Horkheimer fundamentará la distinción básica de la Escuela entre razón crítica y razón instrumental, diferenciación esencial a la hora de constituir los núcleos de investigación y de método introduciendo, en este punto, una revalorización de lo cualitativo frente a lo cuantitativo. A partir de esta revalorización, el enfrentamiento con el positivismo se interpreta no tanto como proceso lógico como resultado y consecuencia sociopolítica. La auto presentación del positivismo como metodología experimental acentúa el carácter instrumental de la razón. Por consiguiente, esa racionalidad instrumental acaba siendo el instrumento de la dominación colectiva. Destrucción de la Naturaleza bajo los principios de la ganancia y explotación del ser humano revestida de la retórica de la eficacia y la utilidad son producto del instrumentalismo convertido en proceso científico y tecnológico.

Dado que la ciencia es una práctica social que busca resolver hechos o problemas que así lo requieran estos se convierten en objeto de estudio para así obtener respuestas adecuadas a través de la observación, la hipótesis y la prueba, la presente investigación se sustenta desde un enfoque cualitativo, a pesar de recurrir a datos o información estadística para delimitar una problemática concreta. No obstante, esta se aborda desde una perspectiva eminentemente social, vista como una problemática particular en un contexto y lugar determinado.

Por medio de éste se busca conocer e interpretar una realidad, hecho o fenómeno concreto y particular en un contexto específico. Es por esto que podríamos afirmar que esta se

realiza para descubrir un conocimiento o solucionar un problema, al utilizar documentos escritos o representativos como medio para lograr tal fin. Rodríguez Campos, (2005 pag.15)

3.1.1 La investigación documental

Según Rodríguez Campos, (2005 pág. 14) Podemos concluir y afirmar que la investigación documental es la actividad humana realizada para descubrir un conocimiento o solucionar un problema, al utilizar los documentos escritos o representativos como medio para lograr tal fin.

El término de investigación documental se utiliza como contrario al de investigación de campo (que comprende, a su vez, la observación, la entrevista y la encuesta). Es conveniente aclarar que existen otros tipos de investigaciones como es la aplicada, la exploratoria, la descriptiva, la experimental, la analítica, la sintética, la primaria y la secundaria

3.2 Importancia de la investigación documental

La investigación es la actividad que refleja la situación económica de los países: el que tiene muchos investigadores es rico; pobre, es el que tiene pocos investigadores. La investigación se desarrolla en todos los campos del conocimiento, en todas las áreas y quien mejor investiga tiene más posibilidades de obtener logros y triunfos técnicos, científicos y, en consecuencia, económicos. La importancia de la investigación radica en que es necesario saber investigar y primordialmente, tener conocimientos básicos de las técnicas correspondientes.

Documento es toda cosa u objeto creado por el hombre que representa ideas o hechos, a diferencia de los instrumentos que son los documentos escritos; es decir, el documento es el género, y el instrumento, la especie. Conforme a lo anterior, existen documentos escritos o

instrumentos, como libros, revistas, periódicos, boletines, diccionarios, enciclopedias, bibliografías y, demás (Rodríguez & Campos, 2005).

3.2.1 Alcances y limitantes

En el uso de materiales documentales varios autores han identificado ventajas sustanciosas, pero también algunas desventajas sobre las cuales es necesario hacer los siguientes planteamientos

En primer lugar, según Valles Martínez, (1999) el reducido costo de una cantidad considerable de información. En muchos casos esta información es de carácter periódico, entre los cuales destacan los medios de comunicación. La información documental también carece de reactividad. Usualmente el material de archivo o bases de datos y documento suele producirse en contextos de interacción natural en el ámbito social, sin que el investigador afecte o influya con su presencia en esas dinámicas. La contaminación de las fuentes puede ser resuelta mediante un análisis crítico de las mismas por parte del investigado. Por su parte, los textos, imágenes, datos entre otros materiales permanecen en el tiempo.

Esto dependerá lógicamente de si alguien los conserva adecuadamente en óptimas condiciones, garantizando su confiabilidad y permanencia. Esto otorga a los documentos, datos y archivos un carácter de historicidad (Valles, 1999).

Entre las limitantes más recurrentes en la investigación documental, la selectividad de la información supone Valles Martínez, (1999) un riesgo permanente. Ejemplo, los principios editoriales en la prensa o los intereses ideológicos en la selección de objetos de interés en la selección de temas de interés investigativo. La misma naturaleza del material documental, (secundaria) para muchos autores, Almacha y Valles Martínez, (1999), supone una barrera

insuperable. Por tal motivo, se aconseja que los datos secundarios sirvan de complemento para los datos primarios. Finalmente, otros dos problemas relevantes aparecen: la interpretabilidad, que suele ser múltiple y la posibilidad de que el material pueda ser alterado o modificado Valles Martínez, (1999).

3.3 Técnicas

Autor como Galeano Marín, (2015 pág. 123) aduce que existen unas técnicas de búsqueda y técnicas de investigación documental las cuales serán mencionadas a continuación.

3.4 Técnicas de análisis de la investigación documental

3.4.1 Análisis del contenido

Es la Es la técnica de mayor prestigio científico para la observación y el análisis documental, que permite descubrir la estructura interna de la comunicación (composición, organización, dinámica) y el contexto en el cual se produce la información con ella es posible investigar la naturaleza del discurso y analizar los materiales documentales desde perspectivas cualitativas y cuantitativas (Marín,2015).

3.4.2 Análisis visual

El análisis y la interpretación de documentos visuales si bien comparten algunos rasgos comunes con los documentos escritos requieren métodos apropiados para sus características específicas, sin embargo muy poco se ha escrito sobre el análisis y la interpretación de documentos visuales desde la perspectiva de la investigación social, esta técnica comienza a

posicionarse a medida que los investigadores acuden a este tipo de documentación como potencial de lectura de realidades, contextos sociales e históricos o situaciones específicas (Marín, 2015).

3.4.3 Confiabilidad y validez

La investigación documental como otras estrategias de investigación, tiene la finalidad de analizar los hechos, proporcionar conocimientos nuevos y ser una guía para la acción. Por eso, sus técnicas y métodos deben ser confiables, es decir, garantizar que los resultados representen algo real e inequívoco. La confiabilidad indica si un instrumento mide siempre de igual manera las mismas cosas, no importa quién lo utilice; esto significa que debe ser reproducible.

3.4.4 Técnicas de búsqueda

A diferencia de otras investigaciones como las etnográficas y participativas donde la mayor parte de la información es producida por la misma investigación, en los estudios documentales un porcentaje significativo de aquella está escrito o ya se haya producido son dos técnicas la revisión documental y la revisión de archivos (Marín,2015).

3.4.4.1 La revisión documental.

Es una privilegiada técnica para rastrear, ubicar. Inventariar, seleccionar y consultar las fuentes y los documentos que se van a utilizar como materia prima de una investigación. Las fuentes se clasifican en primarias y secundarias y funcionan como verificadores que soportan la veracidad de la información. Las fuentes primarias se encuentran en los archivos públicos (locales, regionales y nacionales en archivos privados y de baúl que contienen documentos

históricos y de primera mano, fotografías, mapas, cartas, declaraciones, las fuentes secundarias, denominadas también “otras versiones” incluyen monografías, informes de investigaciones, biografías, cartografías etc. (Marín,2015).

3.4.4.2 Revisión de archivos

Esta labor para proporcionarle al investigador gran ayuda le servirá para ubicar, seleccionar, sistematizar y analizar la información de los archivos. Dicha labor puede hacerse en tres momentos, el ritual de acceso que son los archivos institucionales y en mayor medida os privados. El trabajo con los archivos que antes de acceder al archivo hay que tener claro el tipo de tema y el ritual de salida donde el archivista espera por parte del investigador una devolución de sus hallazgos al archivo (Marín,2015).

3.4.5 Metodología para el desarrollo, sistematización y análisis de la información

Para dar cumplimiento a los objetivos específicos se llevó a cabo un estudio de tipo exploratorio de corte transversal utilizando fuentes secundarias de la base de datos SITB proporcionada por la Secretaría de Salud del Municipio de Bello, para pacientes del género femenino atendidas por tuberculosis entre los años 2011 a 2022.

En estos años se encontraron un total de 712, pacientes tras filtrar la información, se analizaron un total de 123 casos según los criterios de inclusión. En este estudio, se seleccionaron 12 variables para el éxito del tratamiento de la tuberculosis (pacientes que completaron la curación o tratamiento) y variables independientes: demográficas (sexo, grupo de edad, afiliación al sistema de salud, zona de residencia) y centros de atención en salud (inmunosupresión, enfermedad crónica, consumo de sustancias psicotrópicas, desnutrición, tipo

de tuberculosis, condiciones asociadas como duración enfermedad) y oportunidades para permanecer y participar en el programa.

Para procesar y analizar los datos, la información se organizó y filtró en un programa de Excel y se realizaron análisis univariado para examinar la relación entre las variables dependientes, por ejemplo: éxito del tratamiento, adherencia al tratamiento y las variables demográficas independientes. Los OR se calcularon utilizando sus respectivos intervalos de confianza del 95 % para determinar la fuerza de la asociación.

Para controlar el sesgo, se consideraron los criterios de inclusión del estudio de inclusión de nuevos pacientes con baciloscopia positiva que residían en la ciudad de Bello y que participaron en el programa de tuberculosis y VIH de 2011 a 2022. La población total estuvo conformada por 230 Mujeres del Municipio. De este grupo de pacientes en su conjunto, existe una relación 1:1 de regulación de afiliación subsidiado-contributivo.

3.4.6 Consideraciones Éticas

Según el Concejo Nacional De Trabajo Social, (2015) en el Artículo 3. Criterios para definir el Trabajo Social. Pensar el Trabajo Social implica reconocer sus dimensiones (ontológica, epistemológica, axiológica y práctica), conectadas sinérgicamente e interrelacionadas complejamente con el contexto histórico, social y político. El ser del Trabajo Social configura, por una parte, el reconocimiento del “otro” y de “los otros” como sujetos sociales y políticos capaces de transformar realidades sociales en los procesos de formación, participación, movilización y acción colectiva; y, por otra parte, el reconocimiento de las condiciones estructurales y coyunturales de las realidades sociales en la que los mismos sujetos, las organizaciones, las instituciones y el Estado se desenvuelven cotidianamente.

Además, el código de ética de los Trabajadores Sociales en Colombia aduce que los principios que fundamentan el ejercicio profesional de los trabajadores sociales son los expresados en la Constitución Política de Colombia y la Declaración Universal de los Derechos Humanos, teniendo como base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos dentro de la libertad, la justicia, la paz y el cuidado del medio ambiente. Estos principios deben ser acogidos y asimilados por los trabajadores sociales.

Capítulo IV.

4 Análisis de los factores sociales y familiares que inciden en el tratamiento de las mujeres con TB y VIH en el Municipio de Bello.

La tuberculosis ha alcanzado proporciones de epidemia en muchos lugares del mundo, hasta dos millones de personas mueren cada año de una enfermedad que puede prevenirse, y que aún tiene cura aun en poblaciones con extrema condiciones de pobreza. Esta enfermedad se evidencia mucho más desde el siglo XIX y siglo XX como enfermedad endémica de los pobres. La tuberculosis es hoy la enfermedad más difundida en el mundo y ocupa los primeros lugares entre las causas de muerte. Adicional a ello, aparece la tuberculosis resistente a los medicamentos que es una condición que es prioritaria de atender por los sobrecostos y la poca curación que esto genera. Social & Ministerio de salud y protección Social, 2020

En Colombia las estadísticas del año pasado muestran un incremento del 11,2% en el número de casos -comparados con 2020-, equivalente a 14.091 casos informados al Programa Nacional de Control de Tuberculosis durante el año 2021. De este número, el 66.8% fueron en hombres y el 33.1% mujeres; un 2.7% se registró en niños y niñas menores de 15 años, aunque se evidencia una leve disminución en los contagios. Así mismo, en Antioquia para el año 2021 se notificaron 2948 enfermos de tuberculosis, lo que refleja una tasa de incidencia en incremento con respecto al año anterior (Social & Ministerio de salud y protección Social, 2020).

El Municipio de Bello no es ajeno al comportamiento de esta patología, en el año 2021 se notificaron al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) 206 casos, de los cuales el 61.6% fueron hombres y el 38.3% mujeres; del total de casos el 1% se registró en menores de 15 años, en consecuencia es necesario anual esfuerzos e implementar estrategias de intervención en

diferentes campos que den respuesta a la magnitud de la problemática, para ello se hace necesario mejorar las capacidades del personal de salud y de las instituciones.

En este sentido, es importante que se realice la implementación en el uso de las pruebas moleculares para el diagnóstico, debido a que va a permitir que se dé un manejo eficaz de los pacientes. Esto no solo impactará el inicio oportuno del tratamiento, sino también el establecimiento de los fármacos adecuados cuando evaluamos no solo la presencia del complejo *Mycobacterium tuberculosis* si no también la susceptibilidad a fármacos como la rifampicina e isoniazida que son tan determinantes en el tratamiento. Así mismo, se requiere fortalecer y empoderar la capacidad diagnóstica en las diferentes subregiones del departamento de Antioquia en las instituciones que puedan implementarlas, para poder mejorar el acceso al diagnóstico y a la susceptibilidad en estos pacientes, considerando las recomendaciones que a nivel mundial la Organización mundial de la Salud (OMS) ha promulgado para los países.

Así mismo es importante fortalecer el acercamiento en la parte psicosocial del paciente ya que de allí depende un porcentaje alto en la adherencia al tratamiento y curación de la enfermedad no obstante a ello sería un apoyo importante para una atención interdisciplinaria en el enfoque familiar, social, económico y laboral, se sabe que hay una deficiencia en el acceso a los servicios de salud pero esta patología tiene una virtud importante para el acceso al tratamiento ya que es gratuito para cualquier tipo de paciente indiferente de raza, color, genero, niño u adulto, nacionalidad, etc. Sin embargo, los valores agregados que son los exámenes de laboratorio.

Ahora bien, el Municipio de Bello que está ubicado en el Valle de Aburra a 8 kilómetros al norte de Medellín en el departamento de Antioquia en la República de Colombia, según la proyección oficial del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para el año

2021, contaba con 560.831 habitantes, de los cuales el 99% habita en el 10% de la extensión del territorio, mientras que el 1.2% de la población habita el 90% de la extensión del territorio; determinando una densidad de población en el área urbana de 30.546 habitantes por kilómetro cuadrado. Lo ubica como uno de los municipios con una de las densidades poblacionales más altas del departamento de Antioquia, lo que acentúa el hacinamiento principalmente en ciertos barrios y comunas. En consecuencia, la detección temprana de la infección mediante el diagnóstico rápido de los casos es de vital importancia para el control de la transmisión, administración de tratamiento y la disminución de la mortalidad y morbilidad.

Con respecto a la estructura demográfica del Municipio, para el año 2021 observamos variaciones en comparación con años anteriores, particularmente en la población de 0 a 9 años, tanto hombres como mujeres presenta un aumento en el número de habitantes, mientras que los habitantes con edades desde los 10 hasta los 19 años en ambos géneros ha disminuido. En cuanto al resto de las edades se observa un aumento en sus habitantes.

En este sentido, la pirámide poblacional para el Municipio de Bello, tiene una tendencia al envejecimiento progresivo, debido a la disminución de la tasa de natalidad (10 nacidos vivos por cada mil habitantes), que con respecto al año anterior viene decreciendo, así mismo, el envejecimiento continuo de su población puede estar explicado por una baja tasa de mortalidad (4 personas por cada mil habitantes), por lo tanto, su perspectiva de futuro es de descenso, es decir, que estamos frente a una pirámide poblacional en transición.

Al analizar la distribución de la población del Municipio de Bello según sexo y grupo de edad, se observa un comportamiento similar para los diferentes grupos etarios y en ambos grupos poblacionales hasta cierta edad, es decir, el total de hombres y mujeres desde los menores de un año hasta los 44 años de edad es similar o paralelo; es a partir de los 45 años de edad y hasta

llegar a los 80 años y más, el total de mujeres es bastante mayor que el de los hombres para el año 2021.

Por otro lado, Bello está clasificado como el segundo Municipio receptor de desplazados más grande del departamento y de los primeros a nivel nacional; cuenta con 9.203 personas víctimas de desplazamiento entre los 20 y 24 años de edad, le sigue también un gran número de personas entre los 10 y 14 años de edad (7.333). Si se desagrega por sexo, se cuenta con que la cantidad de hombres como de mujeres víctimas de desplazamiento es muy similar en varios grupos de edad, por ejemplo, en el grupo de los 25 a 29 años, de 0 a 5 años, etc.; pero a edades más altas el número de población víctima de desplazamiento es mayor en mujeres que en hombres, lo que dificulta el logro de metas en salud dado los escasos recursos para la atención de una población cada vez más en crecimiento, al mismo tiempo los asentamientos subnormales en Bello suman más de 47.000 habitantes, lo que aumenta las inequidades sociales.

En este contexto, es importante considerar que la estructura de la red de prestadores de servicios de salud habilitados en el municipio de Bello. Según el Registro Especial de Prestadores de Salud (REPS), se compone de 12 IPS públicas y 60 privadas. Para ilustrar esto, se presenta la oferta de baja y mediana complejidad disponible para garantizar el acceso a los servicios de salud (Ver Anexo 1).

En el mismo orden de ideas, el municipio cuenta por cada mil habitantes con una razón de 0,01 ambulancias. Por cada 1000 habitantes hay una razón de 0.61 camas para adulto y para cuidado intensivo se cuenta con una razón de 0.05 camas, y 0.04 camas para cuidado intermedio. La razón de camas por 1.000 habitantes es de 1.18. Como municipio, estas razones por mil habitantes son bajas, pero se debe tener en cuenta que Bello pertenece a un área Metropolitana y

el tiempo de traslado a la institución de salud remitente al nivel superior de complejidad es de 15 minutos (Medellín).

En relación a lo expuesto, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen graves fallos en la detección y diagnóstico temprano de la TB, lo que contribuye a altas tasas de TB activa, y a la transmisión continua en las comunidades, el desarrollo a una mayor resistencia a medicamentos y fallecimientos por TB evitables, en relación con esto, la recomendación de la OMS es que los programas nacionales de tuberculosis deben considerar actividades para reforzar el diagnóstico temprano de la TB, con el fin de iniciar cuanto antes el esquema de tratamiento que sea más efectivo, en este contexto, la OMS considera necesario aumentar el porcentaje de casos TB confirmados bacteriológicamente. Basándose en la ampliación del uso de métodos diagnósticos recomendados que son más sensibles que la baciloscopia. Uno de estos métodos son las pruebas moleculares de diagnóstico, ya que éstas permiten un diagnóstico rápido, además ofrecen la posibilidad de conocer la susceptibilidad a la rifampicina de las cepas en estudio en menos de dos horas.

En consecuencia, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, estableció una serie de medidas para fortalecer el programa nacional de tuberculosis, expidiendo en el año 2020 la Resolución 227, en la cual “adoptó los lineamientos técnicos y operativos del programa Nacional de prevención y control de la tuberculosis”, así mismo, señala en el capítulo 3, que el “diagnóstico fundamentado únicamente en aspectos clínicos e imagenológicos es aceptable, solo si se han agotado todos los esfuerzos por realizar la confirmación bacteriológica y no hay un diagnóstico alternativo más probable”, con relación a esto, dentro de los criterios microbiológicos, incluye la realización de pruebas de detección molecular avaladas por la OMS.

Como ya se expuso, el diagnóstico rápido de la tuberculosis es fundamental para el tratamiento oportuno y el control de su propagación, es por esto que la incorporación de pruebas moleculares representan una oportunidad para el municipio de Bello, en cuanto al diagnóstico de la enfermedad, el cual no solo se trata de realizar más pruebas, sino también del uso de mejores tecnologías, lo que se traduciría indiscutiblemente en mayor coste-efectividad frente al método habitual en el diagnóstico de la tuberculosis, puesto que los resultados con Genexpert se obtienen en menos de dos horas y necesita una infraestructura mínima, obteniendo un excelente rendimiento y exactitud en sus resultados, al mismo tiempo supondría una mejora en la calidad diagnóstica de los pacientes reflejándose en un ahorro económico al hospital.

Ahora bien, si extrapolamos la disponibilidad de una prueba molecular para el diagnóstico no solo de Tb, sino de otras enfermedades como la Covid 19, podemos deducir que ésta nos permitirá acortar la cadena de transmisión de la enfermedad, podemos tener un estudio de contactos del caso más oportuno y el desarrollo todas las actividades y acciones en salud pública que se deban realizar. Las nuevas tecnologías también facilitan un mejor seguimiento y control de los pacientes que entran al programa de TB, logrando así certificar la eficacia de los tratamientos y/o la definición oportuna de cambio de conductas en el tratamiento.

En lo que se refiere a Covid -19, en poco tiempo ésta se convirtió en una pandemia, exigiendo un alto precio a personas, familias, comunidades y sociedades de todo el mundo. Las vidas cotidianas se transformaron significativamente, las economías entraron en recesión y muchas redes sociales, económicas y de sanidad pública tradicionales se vieron sometidas a una presión sin precedentes, quizá la lección más importante de la respuesta mundial a la Covid – 19 hasta la fecha ha sido, que para frenar con éxito la transmisión y proteger a los sistemas sanitarios, resulta fundamental diagnosticar con precisión todos los casos, para poder aislarlos y

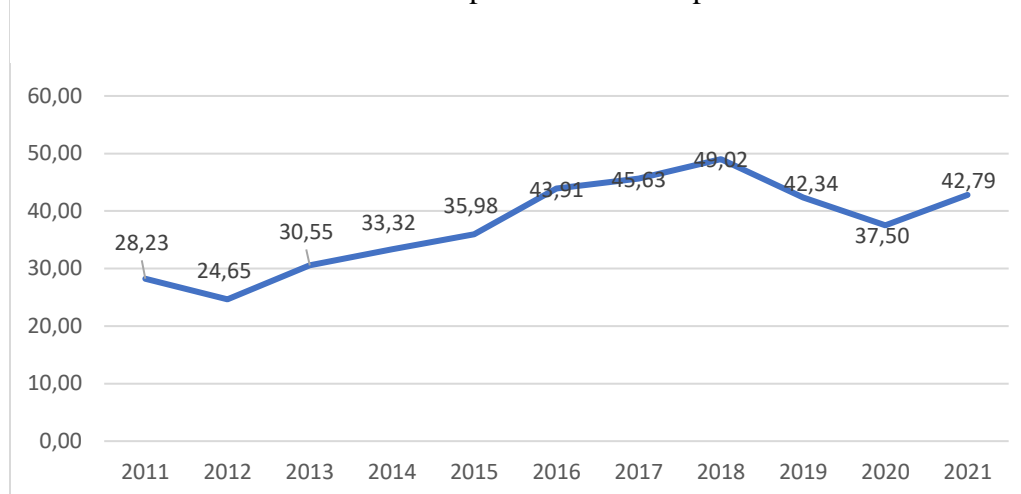
atenderlos de forma efectiva (OMS). Para ilustrar esto, el municipio de Bello en el año 2021 registró 42.454 casos de Covid – 19, de los cuales el 44.7% fueron hombre y el 55.2% restante fueron mujeres.

Aunque la normatividad para el manejo y control de la pandemia por Covid 19 en Colombia, ha definido un uso muy restringido de pruebas para el diagnóstico, aún sigue siendo fundamental en el seguimiento y definición de manejo de casos especiales, la realización de pruebas, así como en el estudio de conglomerados. Es por esto que es de gran utilidad poder contar en el primer nivel de atención, con las pruebas específicas para la detección del virus sars-cov 2. Así mismo, en Antioquia aún se presentan un número considerable de casos semanalmente debiendo ser remitidos a la ciudad de Medellín para la toma de dichas muestras, es por ello que un laboratorio en Bello es de gran utilidad para acercar los servicios de salud a los pacientes.

En conclusión, la implementación de esta nueva tecnología en el municipio de Bello permitirá su oferta a todo el Norte del Valle de Aburra, dado que actualmente sería la única tecnología disponible en el área, aumentando el acceso a este tipo de pruebas a través de las empresas administradoras de planes de beneficio, como por ejemplo SAVIA SALUD.

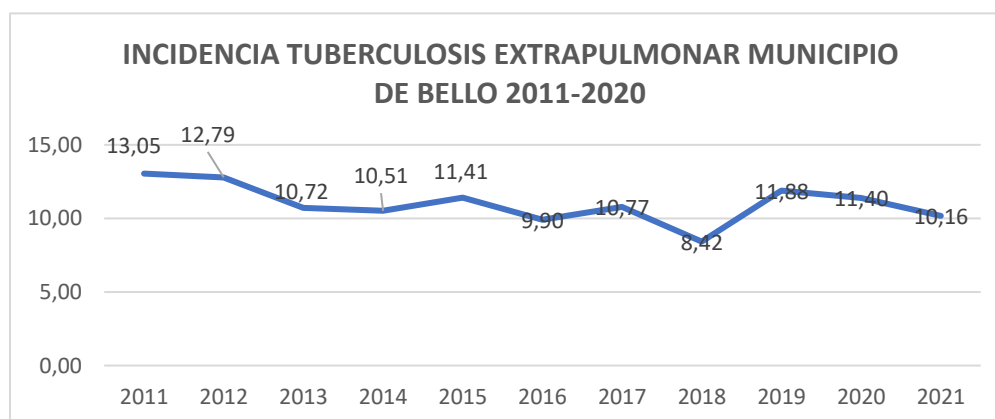
Descripción Epidemiológica.

El Municipio de Bello viene con una tendencia al aumento en el número de casos reportados de tuberculosis pulmonar. La caída en el 2020 y el 2021 obedece muy seguramente a subregistro y baja de búsqueda de sintomáticos respiratorios debido a la pandemia.

Gráfica 1. Incidencia Tuberculosis pulmonar Municipio de Bello 2011-2021

Fuente: SIVIGILA (2021)

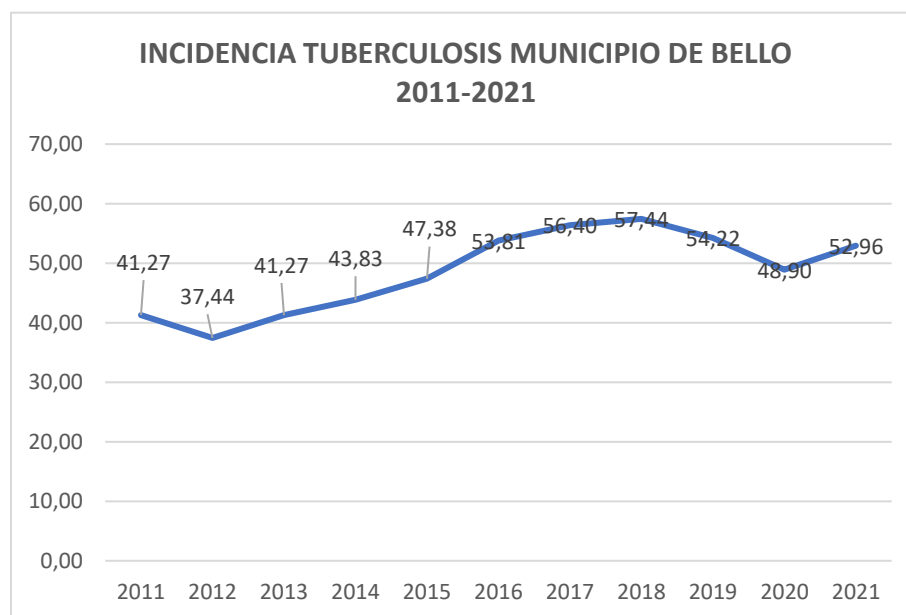
La incidencia de la TB extrapulmonar viene en leve descenso, tomando de referencia los últimos 10 años, pero muy probablemente también haya un sub registro por el tema de pandemia en los casos reportados al SIVIGILA 2020 y 2021.

Gráfica 2. Incidencia Tuberculosis extrapulmonar Municipio de Bello 2011-2020

Fuente: SIVIGILA (2021)

En términos generales, la tuberculosis en todas sus formas viene en aumento, fenómeno que preocupa toda vez que no se refleja lo mismo en la búsqueda y captación de sintomáticos respiratorios. Además, casi la mitad de los casos están siendo captados en hospitalización.

Gráfica 3. Incidencia Tuberculosis Municipio de Bello 2011-2021



Fuente: SIVIGILA (2021)

La siguiente grafica muestra una tasa de mortalidad sin una tendencia definida. Las unidades de análisis y el análisis de las muertes durante la pandemia pueden afectar este indicador en el 2020 toda vez que pacientes con coinfección pudieron quedar reportados como muertes por Covid-19. El Ministerio de Salud se encuentra realizando un estudio de exceso de mortalidad durante la pandemia y quizá los resultados puedan ilustrar un poco más las hipótesis acá expresadas.

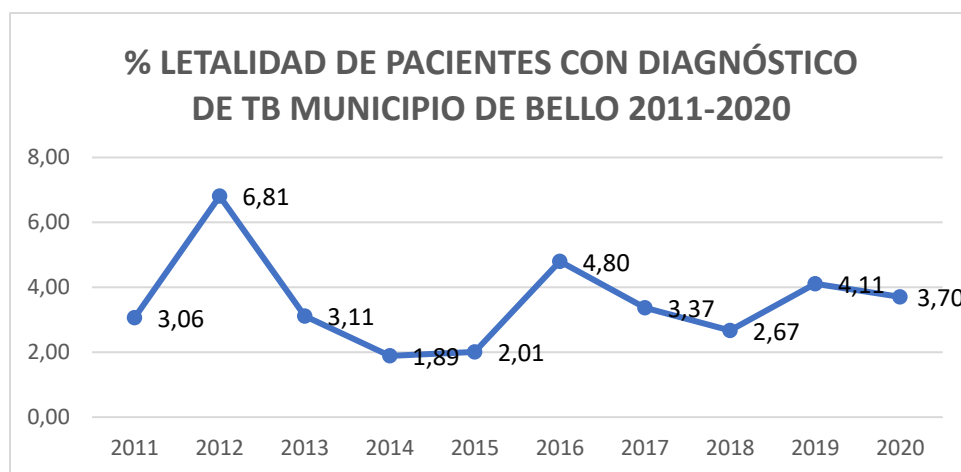
Gráfica 4. Tasa de mortalidad (x 100.000 hab.) por TB Municipio de Bello 2011-2020



Fuente: Registros del programa

La grafica siguiente muestra la letalidad de la tuberculosis en el municipio de Bello de acuerdo a lo reportado por el programa en el seguimiento de cohortes.

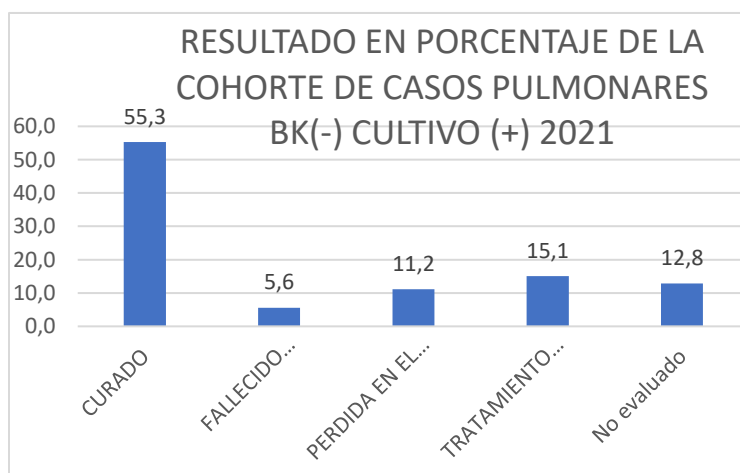
Gráfica 5. % Letalidad de pacientes con diagnóstico de TB Municipio de Bello 2011-2020



Fuente: Registros del programa.

En el año 2021, se tiene un porcentaje de éxito del 70.4% con un incremento respecto a años anteriores en el seguimiento de casos. En Bello se comienza a dar el fenómeno de tuberculosis en habitante de calle y se ha aumentado entre las personas con consumo de sustancias psicoactivas lo que dificulta llevar a feliz término el tratamiento. Además, un número importante de casos provienen de la cárcel nacional Bellavista y los reclusos al ser dados de alta no dejan datos para su seguimiento.

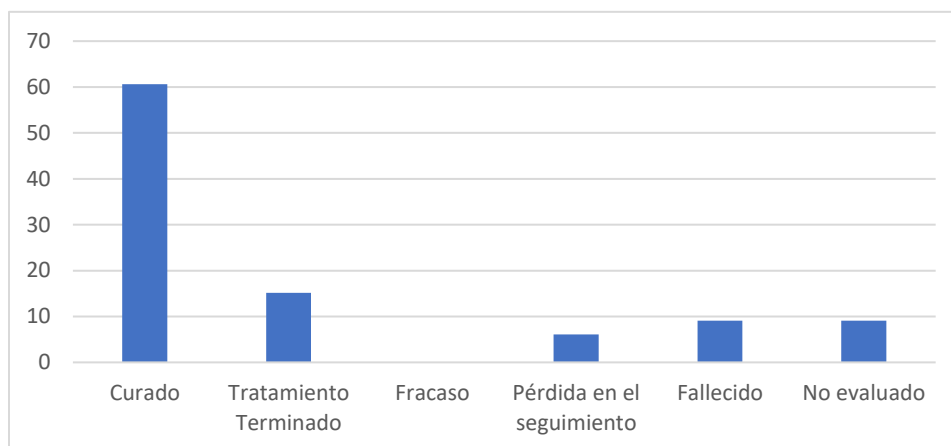
Gráfica 6. Resultado en Porcentaje de la Cohorte de casos pulmonares BK(-) cultivo (+) 2021



Fuente: Registros del programa

Así mismo en los casos de tuberculosis pulmonares Bk negativos que ingresan con cultivo positivo, hay un porcentaje considerable que no son evaluados con cultivo al final el tratamiento además de las pérdidas en el seguimiento.

Gráfica 7. Resultados en porcentaje de la Cohorte de casos Pulmonares BK (-) Cultivo (-)
CULTIVO (+) 2021



Fuente: Registros del programa

4.1. Factores familiares que inciden en la prevalencia de TB y VIH en las Mujeres del Municipio de Bello.

La prevalencia es una medida que se utiliza en epidemiología para describir la proporción de personas en una población que tiene una enfermedad o condición específica en un momento determinado. En el caso del VIH y la tuberculosis (TB), por otra parte, la prevalencia se refiere al número de personas que viven con estas enfermedades en una población determinada en un momento dado (Abarca, 2002)

Desde el enfoque de un trabajador social, la adherencia a los tratamientos de VIH y TB juega un papel crucial en la reducción de la prevalencia de ambas enfermedades. La adherencia se refiere a la capacidad de las personas para seguir las indicaciones médicas y tomar de manera regular y correcta los medicamentos prescritos.

La falta de adherencia a los tratamientos de VIH y TB puede tener consecuencias negativas tanto para la salud individual como para la salud pública. Si las personas no siguen adecuadamente los tratamientos, existe un mayor riesgo de que el virus del VIH o las bacterias de la TB se multipliquen y se transmitan a otras personas. Esto puede contribuir al aumento de la prevalencia de ambas enfermedades en una comunidad.

Como trabajadores sociales, es importante abordar los factores que pueden influir en la adherencia a los tratamientos. Estos factores pueden ser de naturaleza psicosocial, económica, cultural o estructural. Algunos ejemplos de estos factores incluyen la falta de acceso a servicios de salud, la estigmatización, la discriminación, la falta de apoyo social, la falta de información y la falta de recursos económicos para obtener los medicamentos.

Para promover la adherencia a los tratamientos de VIH y TB y reducir la prevalencia de estas enfermedades, los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel importante. Esto implica brindar apoyo emocional y social a las personas afectadas, educar a la comunidad sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento, facilitar el acceso a servicios de salud adecuados, abordar el estigma y la discriminación asociados a estas enfermedades, y trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud para proporcionar un enfoque integral de atención.

En resumen, la adherencia a los tratamientos de VIH y TB tiene una relación directa con la prevalencia de estas enfermedades. El trabajo social puede desempeñar un papel fundamental en promover la adherencia, abordando los factores que dificultan el cumplimiento del tratamiento y así reducir la prevalencia de estas enfermedades a través de un enfoque integral y de colaboración con otros actores de la salud (Sinisterra & Palacios (2019).

4.1.1 Barreras familiares y sociales para la adherencia al tratamiento de la TB y VIH en las Mujeres de Bello.

La adherencia al tratamiento de la tuberculosis (TB) y el VIH se refiere a la capacidad de una persona para seguir de manera constante y adecuada las indicaciones médicas relacionadas con su tratamiento (Villeda et al., 2016). En el caso de la TB, implica tomar los medicamentos antituberculosos de manera regular durante un período prolongado, generalmente de 6 a 9 meses. En el caso del VIH, la adherencia implica seguir el régimen de medicamentos antirretrovirales prescrito, lo que implica tomar los medicamentos de manera consistente y en los horarios recomendados (MINSALUD, 2016).

En el caso del VIH, el ser diagnosticado con seropositividad provoca un fuerte impacto emocional, produciendo en las mujeres una situación de extrema tristeza, shock, negación, sorpresa y fundamentalmente miedo. Dicho impacto psicológico limita de una forma importante las relaciones interpersonales alterando la cotidianidad de las portadoras, De los sentimientos que se instalan en la vida de una mujer con diagnóstico con VIH, se destaca el miedo a lo desconocido de la enfermedad, incapacidad que puede generar la misma, evolución de la enfermedad, nivel de contagio, cambios en las relaciones de pareja, de, al descubrimiento de su situación económica afrontar el futuro. En este sentido el impacto emocional, la angustia psicológica y los síntomas demás síntomas asociados a depresión que se desarrollan a lo largo, se asocian con la disminución de la ADH (11) (Sánchez et al., 2017).

Por esta razón se cree que es posible que resulte tan difícil que centros de salud, puedan establecer los Factores sociales, familiares y psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con VIH/SIDA, pues en la base de datos proporcionada por el SIB, no se encontró relación o estadística alguna que permitan inferir en esta relación.

En este sentido, los factores familiares pueden tener un impacto significativo en la adherencia al tratamiento de la TB y el VIH sin embargo, en las bases de datos analizada no existe evidencia que permita determinar de forma explícita, cuáles son los más influyentes en la adherencia en los tratamientos en términos estadísticos , sin embargo se encontró que según el documento titulado “TB/VIH Guía Clínica Regional municipio de Bello ”, algunos de los factores familiares que pueden limitar la adherencia incluyen:

Falta de apoyo familiar: La falta de apoyo emocional y práctico por parte de la familia puede dificultar la adherencia al tratamiento. Si no hay un ambiente de apoyo en el hogar, la persona puede sentirse desmotivada o desalentada para seguir el tratamiento de manera adecuada.

Desde el punto de vista de un trabajador social, el factor familiar desempeña un papel fundamental en la vida de las personas y puede influir significativamente en la adherencia al tratamiento de la tuberculosis (TB) y el VIH. El entorno familiar proporciona un contexto social, emocional y de apoyo que puede afectar la forma en que una persona maneja su enfermedad y sigue el tratamiento de manera adecuada.

Apoyo emocional: El apoyo emocional de la familia es crucial para las personas que viven con TB y VIH. El diagnóstico de estas enfermedades puede generar estrés, ansiedad y temor tanto en la persona afectada como en sus familiares. Un entorno familiar que brinde apoyo emocional y comprensión puede fortalecer la motivación y la resiliencia de la persona para seguir el tratamiento.

Educación y comprensión: La familia puede desempeñar un papel importante en la educación y la comprensión de la enfermedad. Al tener un conocimiento adecuado sobre la TB y el VIH, la familia puede comprender la importancia del tratamiento y los cuidados necesarios.

Esto implica saber cómo administrar los medicamentos, seguir las pautas de higiene y apoyar a la persona en su proceso de recuperación.

Comunicación efectiva: La comunicación abierta y honesta en la familia es esencial para abordar los desafíos relacionados con la adherencia al tratamiento. La capacidad de hablar sobre la enfermedad, los síntomas, los efectos secundarios de los medicamentos y las preocupaciones puede generar un ambiente de confianza y colaboración. La falta de comunicación puede dificultar el seguimiento adecuado del tratamiento y generar malentendidos.

Estigma y discriminación: El estigma asociado a la TB y el VIH puede afectar tanto a la persona afectada como a su familia. La estigmatización puede llevar a la ocultación de la enfermedad, el aislamiento social y la falta de apoyo por parte de la familia y la comunidad. Esto puede dificultar la adherencia al tratamiento, ya que la persona puede tener miedo de ser juzgada o rechazada. Es fundamental que la familia brinde un entorno libre de estigma y discriminación, fomentando la empatía y la aceptación.

Barreras y logísticas: Las familias también pueden enfrentar desafíos logísticos para garantizar la adherencia al tratamiento. Esto puede incluir costos adicionales asociados con el tratamiento, como transporte hacia los centros de salud, entre otros. Es importante que los trabajadores sociales brinden apoyo para superar estas barreras, ya sea a través de la derivación a servicios de apoyo económico o la búsqueda de soluciones alternativas.

Barreras en la comunicación: La falta de comunicación efectiva dentro de la familia puede dificultar la comprensión de la importancia del tratamiento y los pasos necesarios para seguirlo correctamente. Si no se comparte información clara y comprensible sobre el tratamiento, puede haber confusión o malentendidos que afecten la adherencia.

Limitaciones económicas: Los costos asociados con el tratamiento de la TB y el VIH, como los medicamentos y las visitas médicas, pueden generar dificultades económicas para la familia. Esto puede llevar a una falta de recursos para adquirir los medicamentos o acceder a los servicios de atención médica necesarios, lo que afecta la adherencia.

Dinámica familiar disfuncional: Las dinámicas familiares disfuncionales, como la violencia doméstica, la falta de apoyo emocional o la falta de estructura y organización, pueden interferir con la adherencia al tratamiento. Estas situaciones pueden generar estrés adicional y dificultar la capacidad de la persona para seguir el tratamiento de manera adecuada.

Desde la perspectiva del trabajador social, el factor familiar desempeña un rol fundamental en la adherencia al tratamiento de la TB y el VIH. El apoyo emocional, la educación, la comunicación efectiva, la lucha contra el estigma y la superación de las barreras económicas y logísticas son elementos clave para promover una mejor adherencia y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. Los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel crucial al trabajar junto con las familias para fortalecer su apoyo y capacidades, así como al abogar por políticas y programas que aborden estos factores y promuevan un entorno favorable para el tratamiento y el bienestar de las personas con TB y VIH.

Es importante destacar que estos factores familiares pueden variar en cada situación y contexto particular. Los trabajadores sociales desempeñan un papel crucial en abordar estos desafíos y brindar apoyo a las personas y familias afectadas por la TB y el VIH. A través de la educación, la orientación y la intervención familiar, se puede promover la adherencia al tratamiento y mejorar los resultados de salud de las personas afectadas por estas enfermedades.

En esta línea de ideas, la determinación de los factores asociados a la presencia de la enfermedad, así como la descripción de las prácticas de control de las mujeres diagnosticadas en

el municipio de Bello, permite la reorientación del trabajo social dirigido a este grupo de población y el mayor cumplimiento de las metas propuestas.

Además, al fortalecer la producción de investigaciones en el Distrito, se pueden perfeccionar las prácticas de prevención y control para la posterior eliminación de esta enfermedad, que depende en gran medida de las innovaciones científicas en salud

Las cifras de tuberculosis en Colombia sugieren una reducción con respecto a 2015, cuando se lanzó el Plan estratégico «Hacia el fin de la tuberculosis: 2015-2026». Sin embargo, la realidad puede ser otra, como lo señala el estudio «Efectividad del tratamiento para infección latente por tuberculosis en mujeres convivientes de pacientes con tuberculosis pulmonar de Medellín, Bello e Itagüí, Bedoya, investigadora y profesora de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.

El trabajo de Bedoya (2016), les hizo seguimiento a 292 mujeres residentes de los municipios mencionados y convivientes de pacientes con tuberculosis pulmonar. De ellos, el 83 % corresponde a los estratos 1 y 2.

La investigación encontró que un 3.8 % del total de niñas había contraído la enfermedad. Para Bedoya, la tuberculosis infantil «aumenta el riesgo porque a temprana edad la respuesta inmunológica es menor y la capacidad de luchar contra la bacteria que causa la enfermedad pone en peligro no solo a los menores de edad, sino también a su familia y conocidos».

Según Benjumea, es preocupante «que 11 niñas —del total de su muestra— hayan contraído tuberculosis. Es un número alto, especialmente porque desarrollaron la enfermedad

cuando el ideal era prevenir estos casos; muchos de ellos se contagiaron en el interior de los hogares, y hacían parte de familias de desplazados o que estaban en condiciones de hacinamiento, poniendo en evidencia que los factores sociales y económicos inciden en la propagación de la enfermedad; adicionalmente la dificultad para diagnosticarla y el dictamen tardío complica más la situación o acarrea consecuencias mayores como la infección de otros órganos, distintos a los pulmones».

Los resultados son más que reveladores si se tiene en cuenta que «solo en Medellín, el diagnóstico es más o menos de 1600 casos al año, incluyendo niñas y adultas. Hay una tendencia a la estabilidad y ha sido así desde hace veinte años o más, según los registros; pero se mantiene como una cifra preocupante porque en algunos años se ha dejado de buscar y no se ha podido bajar las cifras (Montes, 2019).

Entre los factores sociales estudiados la disfunción familiar mostró un efecto marcado como factor de riesgo (OR= 6,37). Una situación similar fue descrita en un estudio ecológico realizado por *Molina y López Pardo*, sobre la ocurrencia de tuberculosis en el municipio de Bello, Antioquia, en el período 2015- 2022, en el cual se determinó la relación existente entre los niveles de incidencia de tuberculosis y factores socioeconómicos. Las tasas de incidencia se hallaron significativamente asociadas de forma directa con el porcentaje de familias con problemas disfuncionales.

El funcionamiento familiar es una variable que demanda cada vez más que se aborden los problemas de la salud y la enfermedad teniendo en cuenta esa perspectiva. Como afirman varios autores internacionales y estudios nacionales, debe considerarse a la familia en la dinámica de los

conflictos emocionales y los desajustes que conllevan crisis familiares, los cuales producen cambios y transformaciones que repercuten finalmente en la salud de la familia y sus integrantes.

Los investigadores de la familia también plantean que el funcionamiento familiar influye en la aparición o no de enfermedades crónicas, en la descompensación de estas, y en las conductas de riesgo de salud. Este factor también refleja un aspecto no menos importante como es el bienestar en términos económicos.

El estudio del deficiente estado constructivo y de mantenimiento de la vivienda arrojó un efecto marcado como factor de riesgo. Este factor refleja casi siempre, aunque de forma indirecta, el ingreso económico real de la familia que reside en ella. Además, manifiesta mucho mejor la capacidad de compra y de adquisición de bienes y servicios de una familia en nuestro contexto social, que el ingreso nominal en términos de salarios devengados. La calidad de la vivienda es un factor destacado en la literatura científica y forma parte de la estrategia dirigida hacia la medición de la pobreza y la salud y para la localización de casos de tuberculosis.

Carlos Barceló, secretario ejecutivo de la Red Interamericana de Vivienda Saludable, afirma que la vivienda precaria es un espacio de cohabitación con determinantes socioambientales de salud que operan como factores de estrés. Señala también que la insalubridad provoca múltiples problemas de salud pública, entre ellos la tuberculosis, por lo que la vivienda saludable debe constituir una estrategia básica de la salud pública para la transformación de los factores de riesgo en agentes promotores de salud humana

Al estudiar otros factores sociales, como la higiene personal, se encontró como un factor de alto riesgo también asociado a la tuberculosis pulmonar. en un trabajo realizado por *Mireles*

Hernández en el área de salud "Bogotá, en el que se describe más del 70 % de su presencia en los individuos estudiados.

En resumen, factores sociales como la disfunción familiar, así como las deficientes condiciones materiales de vida y de higiene, mostraron una influencia importante en la incidencia de la tuberculosis pulmonar en la población del municipio de Bello Antioquia, por lo que se propone la estratificación de familias con alto riesgo social y la aplicación de una estrategia de localización de casos de tuberculosis pulmonar, para contribuir a la reducción de la transmisión de la enfermedad en este territorio.

Además de los factores familiares, existen diversos factores sociales que pueden influir en la adherencia a los tratamientos de la tuberculosis (TB) y el VIH, estos factores no han sido estudiados ni analizados por los centros ni las autoridades locales y estatales de Salud, no obstante, estudios de campo locales como el de Mesías (2013) titulado “El factor social como variable determinante en la adherencia al tratamientos de VIH – Estudio de caso desarrollado en 3 comuna del municipio de Bello (Niquia, Buenavista y la Madera)”, expone los siguientes factores sociales, como limitantes para la adherencia:

Estigma y discriminación: El estigma asociado a la TB y el VIH puede llevar a la discriminación social y al miedo al rechazo por parte de la comunidad. Esto puede hacer que las personas oculten su condición de salud y eviten buscar tratamiento o seguirlo adecuadamente por temor a ser estigmatizadas. El estigma también puede afectar la autoestima y la motivación de las personas para mantenerse adherentes al tratamiento.

Barreras económicas: La falta de recursos económicos puede dificultar el acceso a los medicamentos y a los servicios de atención médica necesarios para el tratamiento de la TB y el VIH. Los costos de transporte, consultas médicas, pruebas de laboratorio y medicamentos pueden ser prohibitivos para algunas personas, lo que afecta su capacidad para seguir el tratamiento de manera regular.

Barreras de acceso a la atención de salud: Las barreras geográficas, la falta de infraestructura adecuada y la escasez de personal de salud capacitado en algunas áreas pueden limitar el acceso a la atención médica. Esto puede dificultar que las personas reciban el tratamiento necesario en tiempo y forma, lo que afecta su adherencia.

Factores culturales y de género: Las normas culturales y de género pueden influir en la adherencia al tratamiento. Se detectó la existencia de barreras culturales que dificultan que las personas accedan a la atención médica o sigan el tratamiento de manera adecuada. Además, las desigualdades de género pueden poner a las mujeres en desventaja, limitando su autonomía para tomar decisiones relacionadas con su salud y acceso a los servicios de atención médica.

Soporte social limitado: La falta de apoyo social puede tener un impacto negativo en la adherencia al tratamiento. Si las personas no cuentan con un sistema de apoyo sólido, que incluya a familiares, amigos y redes comunitarias, pueden sentirse desmotivadas o aisladas, lo que dificulta la continuidad del tratamiento.

Condiciones de vida adversas: La falta de vivienda estable, la inseguridad alimentaria, la pobreza y otras condiciones socioeconómicas adversas pueden afectar la adherencia al

tratamiento. Estas condiciones pueden generar estrés adicional y dificultar la capacidad de las personas para cumplir con el tratamiento de manera adecuada.

Es fundamental abordar estos factores sociales para mejorar la adherencia al tratamiento de la TB y el VIH. Esto requiere intervenciones que promuevan la educación, la concienciación, la reducción del estigma, el acceso equitativo a los servicios de salud, el apoyo social y el fortalecimiento de las condiciones de vida de las personas afectadas. El trabajo conjunto entre profesionales de la salud, trabajadores sociales, organizaciones comunitarias y autoridades gubernamentales es fundamental para superar estas barreras y promover la adherencia al tratamiento.

Desde el Trabajo Social, la falta de evidencia en las bases de datos del SITB que permita determinar de forma explícita los factores familiares y sociales más influyentes en la adherencia al tratamiento de la TB y el VIH en las mujeres del municipio de Bello puede deberse a varias razones:

Subregistro de información: Puede existir un subregistro de datos relacionados con los factores familiares y sociales en las bases de datos del SITB. Esto podría ser el resultado de deficiencias en la recopilación, registro y seguimiento de esta información por parte de los profesionales de la salud.

Enfoque médico predominante: Las bases de datos de salud suelen centrarse principalmente en información médica, como diagnósticos, tratamiento y seguimiento clínico. Los aspectos psicosociales y familiares a menudo no se registran o se consideran de menor importancia en comparación con los datos clínicos.

Falta de herramientas de evaluación: Puede haber una falta de herramientas estandarizadas o protocolos de evaluación que permitan recopilar sistemáticamente información sobre los factores familiares y sociales que influyen en la adherencia al tratamiento. Esto dificulta la recopilación de datos precisos y comparables.

Falta de capacitación y concientización: Los profesionales de la salud pueden carecer de capacitación en la identificación y documentación de los factores familiares y sociales relevantes para la adherencia al tratamiento. La falta de conciencia sobre la importancia de estos factores puede contribuir a la omisión de su registro en las bases de datos.

Para abordar esta situación, desde el trabajo social, se pueden proponer las siguientes acciones:

Sensibilización y capacitación: Es necesario sensibilizar a los profesionales de la salud sobre la importancia de los factores familiares y sociales en la adherencia al tratamiento. Se deben proporcionar capacitaciones para mejorar sus habilidades en la identificación y documentación de estos factores.

Desarrollo de herramientas de evaluación: Se deben desarrollar herramientas de evaluación estandarizada y validada que permitan recopilar de manera sistemática la información sobre los factores familiares y sociales. Estas herramientas pueden incluir cuestionarios, entrevistas estructuradas u otras técnicas de evaluación.

Promoción de enfoque integral: Se debe fomentar un enfoque integral de atención a la salud, que reconozca la importancia de los factores familiares y sociales en la adherencia al

tratamiento. Esto implica promover la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, incluyendo trabajadores sociales, para abordar de manera conjunta las necesidades de las personas afectadas.

Investigación cualitativa: Se puede llevar a cabo investigación cualitativa para explorar en mayor profundidad los factores familiares y sociales que influyen en la adherencia al tratamiento. Esto puede ayudar a obtener información más detallada y contextualizada, complementando los datos cuantitativos de las bases de datos.

En conclusión, la falta de evidencia en las bases de datos del SITB sobre los factores familiares y sociales más influyentes en la adherencia al tratamiento de la TB y el VIH en las mujeres del municipio de Bello puede ser atribuida a subregistro de información, enfoque médico predominante, falta de herramientas de evaluación y falta de capacitación. Para abordar esta situación, se requiere sensibilización, capacitación, desarrollo de herramientas de evaluación y promoción de un enfoque integral de atención a la salud. Además, se puede realizar investigación cualitativa para obtener información más detallada y contextualizada

4.1.1 Análisis de los factores psicosociales y familiares que inciden en la adherencia al tratamiento de VIH Y TB, bajo un enfoque de género.

Desde el área de estudio del Trabajo Social, es importante reconocer que la información proporcionada por el SITB, no es concluyente, y no permite hacer inferencias exactas acerca de los factores familiares que inciden en la prevalencia de tuberculosis y VIH en las mujeres del Municipio de Bello, según lo aprendido y respaldado por, esta ausencia de información puede ser además de lo expuesto una indicativa de problemas relacionados con género y la falta de apoyo

de las instituciones de salud y estatales. A continuación, se proporciona un análisis desde esta perspectiva:

Estigma y discriminación de género: El estigma y la discriminación relacionados con el género pueden ser barreras significativas para la recopilación de información precisa sobre la prevalencia de tuberculosis y VIH en mujeres. Las normas culturales y sociales pueden contribuir a la ocultación de la información, especialmente cuando se trata de temas relacionados con la salud sexual y reproductiva. Las mujeres pueden enfrentar el miedo a ser estigmatizadas o juzgadas, lo que dificulta la divulgación de su estado de salud.

Barreras de acceso a servicios de salud: Las barreras de acceso a servicios de salud adecuados también pueden influir en la falta de información sobre los factores familiares relacionados con la tuberculosis y el VIH en mujeres. Estas barreras pueden incluir la falta de centros de salud adecuados en la zona, la falta de personal capacitado para abordar los problemas de salud específicos de las mujeres y la falta de recursos disponibles para realizar investigaciones o recopilar datos precisos.

Desigualdades de género: Las desigualdades de género, como la falta de poder y toma de decisiones de las mujeres en los entornos familiares y comunitarios, pueden afectar la disponibilidad y el acceso a información precisa sobre la prevalencia de tuberculosis y VIH en mujeres. Las decisiones relacionadas con la salud a menudo se toman por parte de otros miembros de la familia o en función de normas culturales, lo que puede limitar la capacidad de las mujeres para obtener y divulgar información sobre su propia salud.

Falta de apoyo institucional: La falta de apoyo de las instituciones de salud puede contribuir a la falta de información sobre los factores familiares relacionados con la tuberculosis y el VIH en mujeres. Esto puede deberse a la falta de enfoque en las cuestiones de género, la falta de capacitación en trabajo social y la falta de recursos destinados a la investigación y recopilación de datos específicos sobre la salud de las mujeres.

En general, desde la perspectiva del trabajo social, se reconoce que existen barreras y desafíos específicos que dificultan la recopilación de información precisa sobre los factores familiares que inciden en la prevalencia de tuberculosis y VIH en las mujeres del Municipio de Bello. Estos desafíos también están relacionados con el estigma y la discriminación de género, las desigualdades de género y la falta de apoyo institucional. Abordar estas barreras requerirá un enfoque integral que promueva la igualdad de género, el acceso equitativo a servicios de salud y el fortalecimiento de las instituciones de salud en la recolección de datos y la generación de información relevante para la toma de decisiones informadas y la implementación de políticas adecuadas.

4.1.2 Factores asociados a la estigmatización en Mujeres afectadas por VIH y TB en el Municipio de Bello

En las bases de datos se encontraron algunas estadísticas que al ser cruzadas y analizadas permiten determinar una serie de factores asociados a la adherencia de los tratamientos o éxito de los mismos en el caso de la TB, que es importante mencionarlos, por ende, este subcapítulo, expone de forma cualitativa y cuantitativa dichos factores.

4.1.3 Factores asociados a la estigmatización en Mujeres diagnosticadas con TB

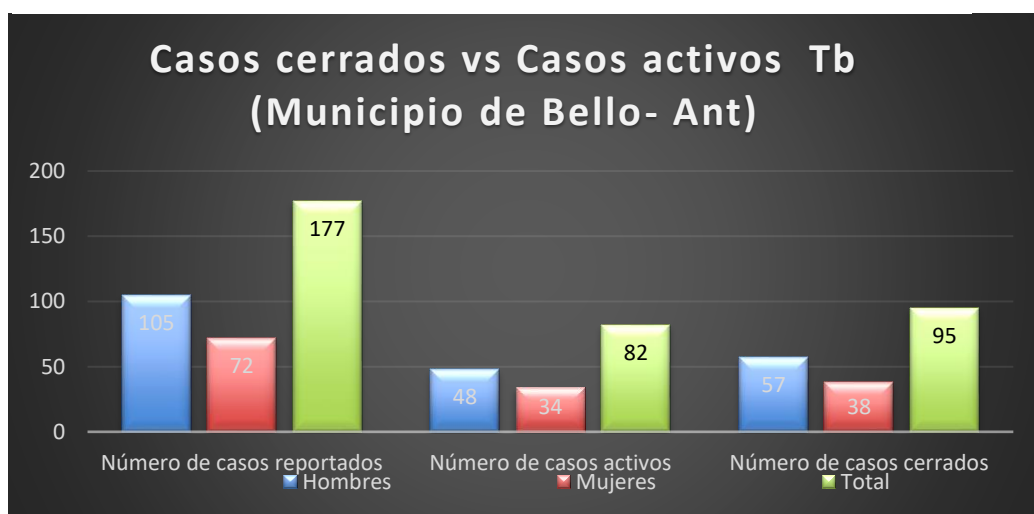
Según la base de datos “Caracterización de TB “del municipio de Bello, en dónde se compila toda la información relacionada con los casos de tuberculosis, reportados por los distintos centros de salud de la zona (hospital La María, clínica Cardiovid, mirador, ese Bello salud, CICCC sede bello, etc.) desde el año 2014 hasta 2017, se obtienen los siguientes datos:

Tabla 1. Casos cerrados vs Casos activos TB (Municipio de Bello- Ant).

Género	Número de casos reportados	Número de casos activos	Número de casos cerrados
Hombres	105	48	57
Mujeres	72	34	38
Total	177	82	95

Fuente: SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia)

Gráfica 8. Casos cerrados vs Casos activos Tb (Municipio de Bello- Ant)



Fuente: SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia).

De acuerdo a las anteriores estadísticas es posible inferir que la TB en el municipio de Bello afecta predominantemente a los hombres, puesto que de 177 casos reportados entre 2014 y 2017, el 59,32% son reportes del género masculino frente al 40,68% del género femenino, según información del Hospital Marco Fidel Suarez (hospital del Municipio de Bello), pese a que la estadística nacional y local apunta que son los hombres mayormente afectados por esta enfermedad, existen estudios que demuestran que por miedo a la estigmatización y rechazo las mujeres tienden a no reportar y tratar la enfermedad una vez ha sido diagnosticada, por lo que se presume que hay muchos casos de mujeres sin reportar y por ende sin tratamiento efectivo, según Daftary (2016) quien lleva estudiando el estigma relacionado con la TB desde 2004, las mujeres al ser diagnosticadas con Tb tienden a no seguir los tratamientos puesto que por lo general sufren rechazo en el hogar, excomuniación de los hijos ,desintegración familiar, incluso pérdida del empleo, insultos y violencia.

Analizando las estadísticas compiladas de los distintos centros de salud del municipio de Bello, se ha extraído una información que se considera relevante para el presente estudio, relacionada con factores que inciden en la estigmatización de las mujeres con Tb.

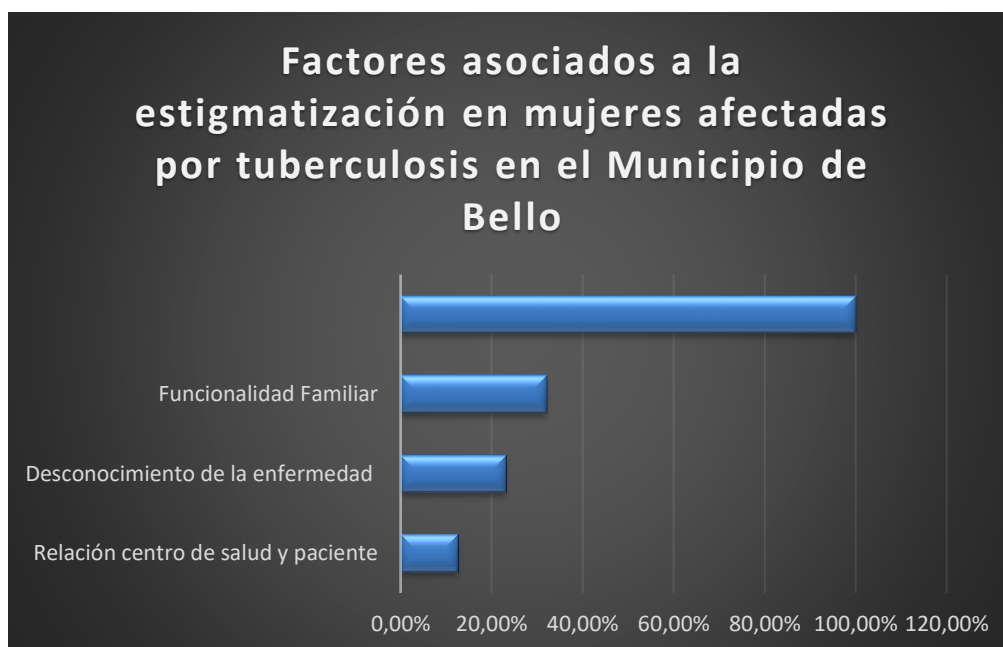
Las estadísticas que a continuación se relacionan surgen de una base de datos que relaciona 150 casos de hombres y mujeres diagnosticados y atendidos en los distintos centros de salud de Bello, entre los años 2015 y 2017, de estos se ha extraído únicamente los reportes de pacientes del género femenino (46 casos) ; el estudio analiza cuatro variables: factores socioeconómicos (estrato , condiciones de vivienda) , relación centro de salud y paciente , desconocimiento de la enfermedad y la funcionalidad familiar.

Tabla 2. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por tuberculosis en el Municipio de Bello.

Factores	Nivel de Relación
Socioeconómicos (estrato, condiciones de vivienda, situación laboral)	20%
Relación centro de salud y paciente	18,2%
Desconocimiento de la enfermedad	23%
Funcionalidad Familiar	38,4%

Fuente: SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia)

Gráfica 9. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por tuberculosis en el Municipio de Bello



Fuente: SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia)

De las estadísticas previas es posible inferir que el principal factor asociado a la estigmatización de mujeres con Tb en el municipio de Bello es la funcionalidad familiar (40%) , le sigue desconocimiento de la enfermedad (23%), la relación centro de salud- paciente se encuentra en tercer lugar (18,2%), y en cuarto lugar los factores socioeconómicos (estrato, condiciones de vivienda, situación laboral), como se citó previamente, la disfuncionalidad familiar es un factor importante que incide en la adherencia al tratamiento en pacientes femeninas con tuberculosis, pues en la mayor parte de los casos , estas sienten que pueden ser rechazadas, y temen la disolución de vínculos familiares .

Por otra parte, el desconocimiento de la enfermedad hace que las personas en general tengan ideas erróneas de esta misma, que contribuyen al rechazo y discriminación de las personas que la contraen.

El sistema de salud también puede contribuir a la estigmatización pues puede transmitir mensajes que tienden a provocar miedo en las mujeres, en experiencia propia del equipo investigador se ha evidenciado que, en lugar de escuchar una historia de recuperación, a las mujeres se les tiende a decir que son un vector de enfermedad y por lo tanto deben mantenerse alejadas de los demás, incluyendo sus propios hijos.

Lo previamente señalado, no quiere decir que los hombres u otros grupos de personas no pasen, por la misma situación, no obstante, la facilidad e intensidad con que se dispersan estos actos estigmatizantes es mucho mayor para las mujeres según distintos estudios a nivel local y nacional (Esguerra & Lora, 2019).

4.1.4 Factores asociados a la estigmatización en Mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello.

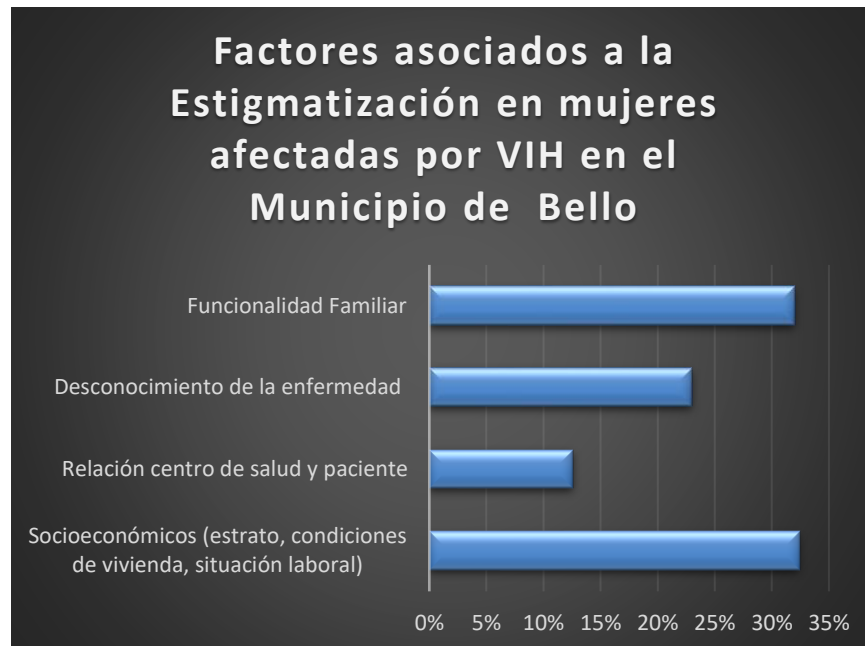
En el caso de las mujeres afectadas por VIH el determinar los factores asociados a la estigmatización, resulta más complejo que para el caso de la tuberculosis, puesto que según Campillay & Monárdez (2019), el VIH/SIDA, es en la actualidad la enfermedad a la que se le asocia más mitos y estigmatizaciones del mundo, por ende para los distintos tipos de estudio que buscan analizar variables como las planteadas, resulta difícil extraer la información puesto que muchas mujeres como hombres prefieren no hablar de su enfermedad, por esta razón los centros de salud que intentaron hacer un abordaje psicosocial para determinar los factores estigmatizantes en pacientes que eran tratadas en sus instalaciones, fue compleja y con una muestra muy reducida, por estas razón la muestra que se extrae de la base de datos de los años 2014 a 2017, es de apenas 17 mujeres portadoras de VIH entre los 18 a 65 años, de edad, de acuerdo a abordajes personalizados a las pacientes y sus familias se obtiene la siguiente información.

Tabla 3. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello

Factores	Nivel de Relación
Socioeconómicos (estrato, condiciones de vivienda, situación laboral)	32,8 %
Relación centro de salud y paciente	12,60%
Desconocimiento de la enfermedad	23%
Funcionalidad Familiar	32%

Fuente: SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia).

Gráfica 10. Factores asociados a la estigmatización en mujeres afectadas por VIH en el Municipio de Bello.



Fuente: SITV- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia)

En el caso de mujeres portadoras de VIH, en el municipio de Bello, de acuerdo a la gráfica anterior, el principal factor asociado a la estigmatización en mujeres afectadas por VIH en el municipio de Bello es el factor socioeconómico, puesto que las mujeres pertenecientes a estratos bajos y condiciones precarias de vida en lo referente a vivienda suelen ser mayormente discriminadas y marginadas y aún más si poseen patologías de gran estigma como el VIH.

En segundo lugar se encuentra el factor “Funcionalidad familiar”, esto se debe principalmente a que las mujeres al contraer una enfermedad altamente contagiosa y mortal como el VIH, suelen ser maltratadas y marginadas por sus familias, por el desconocimiento y mitos alrededor de la enfermedad, en tercer lugar se encuentra “desconocimiento de la enfermedad”, pues muchas personas perciben erróneamente la enfermedad como contagiosa incluso con el tacto, y otras no están al tanto de los avances en los tratamientos de la enfermedad, que si bien no han alcanzado la cura, si se ha logrado que el tratamiento reduzca la cantidad de VIH en el cuerpo y ayuda a que este pueda mantenerse sano, aumentando la esperanza de vida, incluso si el tratamiento antirretroviral es efectivo y el virus está totalmente suprimido, es posible no transmitir el VIH a otras personas, y finalmente la relación centro de salud-paciente, se encuentra como el cuarto factor asociado a la relación centro de salud-paciente, pues según Álvarez (2018):

Los trabajadores de la salud tienen la responsabilidad y el compromiso de brindar a todas las personas atención de calidad sin discriminación alguna, sin embargo, aún existen mitos y creencias relacionados con el VIH/SIDA que llevan a prácticas de estigma social hacia las personas seropositivas y hacia aquellos con sospecha de infección. El actuar de esta forma por parte del personal de la salud tiene grandes implicaciones en la calidad del servicio que se brinda a estas personas. (p.2)

Acorde a lo expuesto es posible inferir que Los profesionales de la salud tienen la obligación ética y el compromiso de proporcionar atención de calidad a todas las personas, sin ningún tipo de discriminación. Sin embargo, en la realidad persisten mitos y creencias arraigadas en torno al VIH/SIDA, lo que conduce a prácticas de estigmatización social hacia las personas seropositivas o con sospecha de infección. Estas actitudes negativas por parte del personal de salud tienen consecuencias significativas en la calidad de los servicios que se brindan a estas personas.

Este fragmento destaca la responsabilidad de los trabajadores de la salud en la provisión de atención sin discriminación. El estigma y los prejuicios relacionados con el VIH/SIDA pueden afectar la forma en que las personas seropositivas son tratadas en los entornos de atención médica. El estigma puede manifestarse a través de acciones y actitudes de rechazo, falta de empatía, trato deshumanizado o exclusión. Estas prácticas discriminatorias socavan la confianza en los servicios de salud y pueden llevar a que las personas eviten o posterguen la búsqueda de atención médica.

Es fundamental que los trabajadores de la salud se eduquen y actualicen sobre el VIH/SIDA, con el fin de desmitificar creencias erróneas y comprender la realidad de la enfermedad. La capacitación en aspectos como la transmisión del virus, los avances en el tratamiento y la importancia del apoyo emocional y social puede ayudar a combatir los estereotipos y prejuicios existentes. Además, es crucial fomentar un enfoque basado en los derechos humanos y la dignidad de las personas, garantizando una atención libre de estigma y discriminación.

La calidad de los servicios de salud se ve directamente afectada por las actitudes y comportamientos del personal sanitario. Cuando los trabajadores de la salud tratan a las personas

con respeto, empatía y compasión, se crea un ambiente de confianza y se promueve la adherencia al tratamiento. Por el contrario, el estigma y la discriminación pueden generar barreras en la búsqueda y continuidad de la atención médica, lo que resulta en una atención de menor calidad y en el deterioro de la salud de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Es crucial abordar los mitos y creencias erróneas en torno al VIH/SIDA y garantizar que los trabajadores de la salud actúen de manera profesional y respetuosa, sin estigmatizar a las personas seropositivas. Esto implica una capacitación adecuada, una cultura institucional de no discriminación y la promoción de un enfoque basado en los derechos humanos y la dignidad de las personas. Solo así se puede brindar una atención de calidad y garantizar el bienestar de las personas afectadas por el VIH/SIDA.

Por lo expuesto, se hacen una serie de propuestas con enfoque de género, que desde el trabajo social pueden contribuir a determinar en la comunidad de Bello “ la relación de Factores sociales, familiares y psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con VIH:

- Realizar intervenciones psicosociales del trabajo social en pacientes con VIH/SIDA del género femenino en centros de salud del municipio de Bello enfocadas en vencer la estigmatización a pacientes portadoras de VIH con enfoque educativo, y a la evaluación de factores sociales, familiares y psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con VIH/SIDA

- Diseñar y establecer las propiedades psicométricas del Cuestionario de adherencia al tratamiento para mujeres con VIH/SIDA (CAT-M VIH) que integren variables psicológicas, sociales y familiares, con el objetivo de contribuir a la necesidad actual , tanto para el control de la infección así como también para el mejoramiento de la calidad de vida de las

mujeres que padecen esta delicada enfermedad, pues las medidas de evaluación tanto locales como nacionales son limitadas y hasta resultan deficientes, por lo que es importante el desarrollo de nuevos instrumentos que consideren las diferencias según el género.

4.1.5 Factores psicológicos que pueden influir en la adherencia y el éxito de los tratamientos de tuberculosis (TB) y VIH en mujeres del Municipio de Bello

Bajo un enfoque de trabajo social, se identifican diversos factores psicológicos que pueden influir en la adherencia y el éxito de los tratamientos de tuberculosis (TB) y VIH en mujeres. Estos factores deben ser abordados para brindar un apoyo integral y promover una mejor calidad de vida. Algunos de estos factores psicológicos incluyen:

Estigma y discriminación: El estigma asociado al VIH y la TB puede tener un impacto significativo en la salud mental de las mujeres, generando sentimientos de vergüenza, culpa y miedo al rechazo. Los trabajadores sociales pueden desempeñar un papel clave en la reducción del estigma y la promoción de una imagen positiva de las mujeres afectadas.

Depresión y ansiedad: Las mujeres con TB y VIH pueden experimentar síntomas de depresión y ansiedad debido a la carga de la enfermedad, la incertidumbre sobre el futuro y los desafíos emocionales y sociales que enfrentan. Es esencial brindar apoyo psicológico y promover la salud mental como parte integral del tratamiento.

Autoestima y empoderamiento: La autoestima y el sentido de empoderamiento son aspectos importantes para la adherencia al tratamiento. Las mujeres necesitan sentirse valoradas, empoderadas y capaces de manejar su enfermedad. Los trabajadores sociales pueden promover el fortalecimiento de la autoestima y la participación activa de las mujeres en su propio cuidado.

Estrés y sobrecarga emocional: El diagnóstico y el tratamiento de la TB y el VIH pueden generar estrés emocional y sobrecarga para las mujeres y sus familias. Es importante brindarles herramientas de afrontamiento y apoyo emocional para manejar el estrés y mejorar su bienestar psicológico.

Expectativas y creencias culturales: Las expectativas y creencias culturales pueden influir en la percepción y la aceptación del tratamiento. Los trabajadores sociales deben comprender y respetar las creencias de las mujeres, al tiempo que brindan información basada en evidencia para promover una toma de decisiones informada y una mejor adherencia al tratamiento.

Redes de apoyo y relación con el entorno: El apoyo social y la calidad de las relaciones con el entorno son factores importantes para la adherencia y el éxito del tratamiento. Los trabajadores sociales pueden facilitar la creación de redes de apoyo y fortalecer los lazos familiares y comunitarios para mejorar el apoyo emocional y social.

En conclusión, los factores psicológicos como el estigma, la depresión, la autoestima, el estrés, las expectativas culturales y las redes de apoyo desempeñan un papel significativo en la adherencia y el éxito de los tratamientos de TB y VIH en mujeres. El trabajo social debe abordar estos factores, brindando apoyo emocional, promoviendo la salud mental y fortaleciendo la resiliencia de las mujeres para mejorar su bienestar y resultados de tratamiento.

4.2 Impacto de las medidas de calidad del servicio de salud en el abordaje de las Mujeres con TUBERCULOSIS y VIH en el Municipio de Bello.

De acuerdo a los documentos titulados “Informe de Evento Tuberculosis año 2021” (MINSALUD, 2021), Análisis de la Situación de *Salud* en el Departamento de *Antioquia* (ASIS

2019), en los que se incluye información del municipio de Bello, la calidad de servicios de atención en salud juega un papel fundamental en el tratamiento de enfermedades como el VIH y la tuberculosis (TB) en mujeres., puesto que un enfoque de calidad en la atención implica proporcionar servicios integrales, accesibles, equitativos y basados en evidencia, centrándose en las necesidades y derechos de las mujeres, en esta línea de ideas , según estos documentos el impacto de la calidad de los servicios de atención en salud puede ser significativo en varios aspectos, que a continuación se sintetizan.

Diagnóstico temprano y acceso al tratamiento: Una atención de calidad garantiza un diagnóstico oportuno y preciso del VIH y la TB en mujeres. Esto implica pruebas de detección adecuadas, acceso a laboratorios de calidad y personal capacitado. Un diagnóstico temprano permite iniciar el tratamiento lo antes posible, mejorando las posibilidades de controlar la enfermedad y reducir su propagación.

Adherencia al tratamiento: La calidad de los servicios de atención en salud también influye en la adherencia al tratamiento. Esto implica proporcionar acceso continuo a medicamentos antirretrovirales y medicamentos para la TB, así como brindar apoyo y educación sobre la importancia de seguir el tratamiento de manera constante. Una atención de calidad también puede abordar los factores psicosociales y familiares que pueden afectar la adherencia, brindando orientación y apoyo emocional a las mujeres.

Acceso a servicios de apoyo integral: La calidad de los servicios de atención en salud implica proporcionar a las mujeres servicios de apoyo integral, más allá del tratamiento médico. Esto puede incluir servicios de salud mental, asesoramiento psicológico, apoyo nutricional y asistencia social. Estos servicios adicionales son esenciales para abordar las necesidades

holísticas de las mujeres y ayudarlas a afrontar los desafíos físicos, emocionales y sociales asociados con el VIH y la TB.

Prevención y educación: Los servicios de atención en salud de calidad también desempeñan un papel importante en la prevención y educación. Esto implica brindar información precisa y comprensible sobre la prevención del VIH y la TB, así como promover prácticas de salud seguras. Además, se debe abordar el estigma y la discriminación asociados con estas enfermedades, educando a la comunidad y promoviendo una mayor conciencia y aceptación.

Mejora en la calidad de vida: Un abordaje de calidad en la atención de mujeres con TB y VIH puede contribuir a mejorar su calidad de vida. Esto implica brindar un tratamiento oportuno, efectivo y adecuado a sus necesidades específicas, considerando los aspectos médicos, psicológicos, sociales y de género.

Reducción de la propagación de enfermedades: El tratamiento adecuado y el seguimiento regular de las mujeres con TB y VIH pueden contribuir a reducir la propagación de estas enfermedades en la comunidad. Al garantizar una detección temprana, un diagnóstico preciso y un tratamiento adecuado, se pueden prevenir nuevas infecciones y brotes de enfermedades.

Promoción de la equidad de género: Un abordaje de calidad debe tener en cuenta las especificidades de género y promover la equidad en el acceso a los servicios de salud. Esto implica considerar las desigualdades de género que pueden afectar a las mujeres en el acceso a la atención médica, la prevención y el tratamiento de la TB y el VIH.

Fortalecimiento del apoyo familiar y comunitario: Las medidas de calidad en el abordaje de mujeres con TB y VIH pueden involucrar la participación activa de la familia y la

comunidad. Esto implica brindar información, educación y apoyo a las mujeres y sus familias para garantizar la adherencia al tratamiento, la promoción de estilos de vida saludables y la reducción del estigma y la discriminación.

Empoderamiento de las mujeres: Un enfoque de calidad en la atención de mujeres con TB y VIH puede contribuir al empoderamiento de estas mujeres. Esto implica brindarles información y herramientas para tomar decisiones informadas sobre su salud, fortalecer su autonomía y promover su participación activa en el proceso de atención y toma de decisiones.

Es importante destacar que el impacto de las medidas de calidad del servicio de salud y abordaje de las mujeres con TB y VIH en el Municipio de Bello dependerá de la implementación efectiva de estas medidas, la disponibilidad de recursos y la coordinación entre los diferentes actores involucrados en la atención de salud.

La calidad de los servicios de atención en salud es crucial para el tratamiento efectivo del VIH y la TB en mujeres. Un enfoque de calidad garantiza un diagnóstico temprano, acceso continuo al tratamiento, apoyo integral y servicios de prevención y educación.

Al abordar estos aspectos, se puede mejorar la salud y el bienestar de las mujeres, así como reducir la carga de enfermedades infecciosas en la sociedad, no obstante, no se encuentra evidencia estadística en las bases de datos proporcionados o estudios de campo cuantitativos y cualitativos que respalden esta información, la falta de evidencia estadística o estudios cuantitativos y cualitativos que respalden la información sobre el impacto de la calidad de los servicios de atención en salud en el tratamiento del VIH y la TB en mujeres puede deberse a principalmente a limitaciones en la recopilación de datos, pues es posible que las instituciones de salud no hayan recopilado sistemáticamente datos específicos sobre la calidad de los servicios en relación con el tratamiento del VIH y la TB en mujeres.

La falta de sistemas de información adecuados o la falta de prioridad en la recopilación de estos datos pueden contribuir a esta falta de evidencia, adicionalmente, y como se expuso en capítulos previos existe un enfoque predominante en aspectos clínicos, por otra parte, los aspectos psicosociales y familiares, que también influyen en la adherencia al tratamiento, pueden haber recibido menos atención y, por lo tanto, hay menos datos disponibles sobre su impacto específico.

Se determina además que existe una escasez de estudios de investigación específicos sobre la calidad de los servicios de atención en salud para el tratamiento del VIH y la TB en mujeres, lo que puede deberse a la falta de recursos, financiamiento o interés en llevar a cabo este tipo de investigaciones. Además, los estudios pueden requerir una metodología compleja y un enfoque multidisciplinario, lo que puede dificultar su realización.

Según el MIN SALUD (2016) existen grandes desafíos en la evaluación de la calidad, debido que la calidad es un concepto multifacético y puede ser difícil de cuantificar de manera precisa. Además, la evaluación de la calidad en relación con el tratamiento del VIH y la TB en mujeres implica considerar aspectos clínicos, psicosociales, culturales y de género, lo que agrega complejidad a la recopilación de datos.

En conclusión, la falta de evidencia estadística o estudios específicos sobre el impacto de la calidad de los servicios de atención en salud en el tratamiento del VIH y la TB en mujeres puede deberse a limitaciones en la recopilación de datos, enfoque predominante en aspectos clínicos, escasez de estudios de investigación y desafíos en la evaluación de la calidad. Es importante por lo tanto destacar la necesidad de realizar más investigaciones desde el trabajo social en este campo para mejorar la comprensión de la relación entre la calidad de los servicios

y los resultados del tratamiento. Esto permitirá informar la toma de decisiones y mejorar la atención y el bienestar de las mujeres afectadas por estas enfermedades.

4.3. Factores asociados al éxito del tratamiento de las pacientes con TB en Bello- relacionados con la calidad de servicios de salud

La base de datos que se analizó no poseía información acerca de la relación de la calidad de la atención en salud, con el éxito de los tratamientos en pacientes con tuberculosis, así como con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH/SIDA de mujeres, por ende la primera inferencia que se hace es en torno, a la falta de investigaciones que evalúen estos factores tan importantes, no solo a nivel local, en el municipio de Bello, si no en el país, pues son pocos los estudios que abordan estos parámetros y los entes de salud, en sus estudios poco o nada los tienen en cuenta, incluso se permite hacer un llamado de atención a los entes de salud para que refuercen sus bases de datos con información que tome en cuenta este parámetro con un enfoque de género así como motivar a los centros de educación superior a llevar a cabo este tipo de estudios.

Por lo previamente expuesto, se toman algunos estudios locales que proporcionan información acerca de relación entre si la percepción de los pacientes frente a la calidad de la atención en salud, son factores que se pueden considerar relevantes en el momento de determinar el nivel de éxito o de adherencia (según la enfermedad) a los tratamientos para TB y VIH. Así, un estudio denominado evidenció que factores tales como nivel el conocimiento del paciente acerca de su enfermedad y tratamiento, y la percepción de los pacientes como una atención médica de excelente calidad, se asocian de forma directa al éxito del tratamiento de TB y un nivel alto de adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH, mientras que factores como

el género , enfrentarse a dificultades para acceder a los servicios de salud , el uso de sustancias psicoactivas , se consideran factores de riesgo para el abandono de los dos tipos de tratamientos

Dentro de las bases de datos, fue posible confirmar que existe una relación significativa entre el consumo de sustancias psicoactivas y el éxito del tratamiento, puesto que se observa que existe un alto porcentaje entre las pacientes que no consumen ningún tipo de sustancias y el éxito en su tratamiento de TB o adherencia al tratamiento para el VIH.

Se infiere que la presentación de estas condiciones se relacionan con una población caracterizada por inadecuadas o improcedentes prácticas en salud, además de periodos en los que resulta complejo localizar a las de pacientes , por ende se hace imposible en unos casos tener una ubicación física permanente, por esta razón, los índices de permanencia en el programa, son de igual forma menores en la población consumidora activa y por tanto, el éxito de la terapia también disminuye de forma importante. Se podría decir entonces, que prácticas de vida saludable previas a la presentación de la enfermedad, garantizan el éxito de la terapia.

Por otra parte, en lo referente a otras condiciones de salud, en investigaciones validadas, se concluye que la coinfección por el Virus, de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un factor importante de riesgo que termina agravando la situación epidemiológica de la Tuberculosis (TB), fundamentalmente en países en desarrollo como Colombia, por lo que es asumido también como un factor determinante en el éxito en los tratamiento.

Se calcula que el riesgo de adquirir TB en pacientes del género femenino con infección por VIH es de 5 hasta 60 veces mayor que en la población general. En el año 2014 en Colombia fueron registrados 857 casos de mujeres TB con infección con VIH, esto es equivalente al 14.28 % de la totalidad de casos de tuberculosis reportados

En el municipio de Bello, el 30,27% del total de pacientes mujeres, presentaba una patología asociada, de estas la inmunosupresión (incluido VIH) representaba el 4,5%, al realizar un análisis de inmunosupresión relacionada al éxito del tratamiento de tuberculosis, no fue posible obtener resultados significativos. Esto puede deberse a que el grupo poblacional analizado que presentaba dicha patología era muy reducido.

Por otro lado, los datos evaluados del municipio de Bello indican, que poseer ninguna condición patológica pre existente, está asociada con un mayor porcentaje de éxito o adherencias a los tratamientos, esto se debe, debido a que la terapia tradicional es llevada a cabo en un periodo más corto, y por ende los efectos adversos suelen ser menores, mientras que el manejo interdisciplinario que se necesita para pacientes con diversas comorbilidades, hace, as compleja la continuación de la terapia.

Respecto a los factores que se relacionan con los servicios asistenciales, analizando el tiempo de permanencia en el programa de salud de TB, se observó que aquellas mujeres que permanecen en el programa de TB un tiempo igual o superior a la duración del tratamiento tradicional (196 días) tienen mayor probabilidad de éxito, en el caso de las mujeres con VIH, los indicadores de calidad de salud en las mujeres que se mantienen en el tratamiento es mayor. En el estudio denominado “Factores asociados al abandono del tratamiento de TB Y VIH” realizado en tres municipios del departamento de Norte de Santander, encontraron que “los factores denominados como perceptivos cognitivos” eran determinantes directos de abandono al tratamiento de TB y VIH en la población estudiada.

Los factores estudiados se relacionan con: desconocimiento de la importancia de adherencia a los tratamientos por parte de las pacientes (95,8%), mejoría del estado de salud, durante el seguimiento o permanencia en el tratamiento (82,7%), falta de conocimiento de la

duración del tratamiento de TB Y VIH (75%) y las inconformidades con la atención del personal de salud al momento de recibir o tramitar las solicitudes de los tratamientos 5,9%) (18).

Uno de los resultados, mas importantes del estudio previamente citado está ligado a la oportunidad en el ingreso, que se considera como el inicio inmediato de los tratamientos, posterior al diagnóstico, presentaron un resultado poco esperado, puesto que entre la población objeto de estudio, quienes tuvieron un ingreso oportuno presentaron porcentajes menores de éxito del tratamiento en caso de TB. Estos resultados pueden deberse , fundamentalmente a que el margen que establecieron los autores, para el ingreso al programa en dicha investigación, se consideraron de acuerdo a la necesidad de un reporte inmediato de la enfermedad por parte de vigilancia epidemiológica, no obstante, pueden existir sesgos de información, puesto que el diagnostico en muchos casos se realiza de manera intrahospitalaria y la entrada al programa ambulatorio en los primeros niveles de atención, suele hacerse varios día después, por esta razón, el tiempo de ingreso no suele ser acorde al inicio del tratamiento, esto quiere decir que el tratamiento pudo iniciarse días, semanas, incluso meses antes, y esta serie de eventos no pudo ser corroborada, dadas las condiciones y métodos de la investigación .

Ante el caso expuesto previamente , como futuros profesionales en Trabajo social, se señala la importancia de continuar fortaleciendo la unificación de los criterios diagnósticos, de tratamientos, controles y seguimiento de las enfermedad, es para de este modo poder contar con registros que sean altamente confiables y a su vez contribuyan a identificar de forma eficiente y a tiempo los errores calidad de la atención en salud y oportunidad, pues para esto precisamente en Colombia, se han instituido unos indicadores de evaluación, relacionados con la detección oportuna de los casos, la iniciación del tratamiento, el éxito de este y las actividades de prevención existentes.

De acuerdo a los estudios previos, y los resultados arrojados en la presente investigación, fue posible deducir que factores sociodemográficas y clínicos tales como género, y régimen de afiliación (contributivo o subsidiado) son factores “no modificables”, mientras que el consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo de permanencia en los programas, son variables modificables que afectan la adherencia y éxito al tratamiento, y en las cuales resulta necesario diseñar y llevar a cabo intervenciones para poder reducir su incidencia en la adherencia a los tratamientos, del mismo modo mismo hacer un llamado a las autoridades de salud para que lideren programas que garanticen la supervisión en los tratamientos, como una de las estrategias principales de adherencia de aquellas pacientes que logran iniciar los proceso de tratamiento y control.

4.3 Manera en que los factores sociales, familiares y psicosociales inciden en el éxito del tratamiento de las Mujeres con TB en el Municipio de Bello.

Al analizar por edad, el menor número de casos notificados se presentó en el grupo de edad de 27-59 a 0-13 años, con una relación de 5:1, ocurriendo el 25% de los casos en el grupo de 14-27 años. La edad mínima es de 1 año y la edad máxima es de $94 \pm 17,8$ años.

En cuanto a las comorbilidades, el 67,7% no reportó comorbilidades relevantes, por lo que se hace la siguiente descripción utilizando el 32,3% de esta proporción.

Las variables inmunosupresoras, incluidos los pacientes con VIH, mostraron proporciones más altas en los agrupamientos de enfermedad crónica, desnutrición y consumo de sustancias psicotrópicas. Entre las variables clínicas, la tuberculosis pulmonar fue superior a la tuberculosis extrapulmonar en un 97,1%, siendo la localización más frecuente la pleura (20,8%) seguida de los ganglios linfáticos (16,7%). Mirando la distribución demográfica de la población,

el grupo de edad con mayor tasa de tuberculosis pulmonar es el de 27 a 59 años con un 57,8%, seguido del de 14 a 26 años con un 25,2%.

En cuanto a la tuberculosis extrapulmonar, los usuarios de 27 a 59 años concentraron el mayor porcentaje con un 45,8%, seguido de los usuarios de 60 y más años con un 37,5%. Del total de casos de tuberculosis de mujeres en los años en 2014, a 2017, el 77,1% se encontró curado o con tratamiento completo.

Para identificar los factores principales y demográficos implicados en el éxito del tratamiento, se encontró que el 32,4% del total de pacientes que no completaron el tratamiento o no se curaron eran mujeres, estadísticamente significativo en términos de probabilidad de éxito.

En cuanto al grupo de edad, el 61,5% de todas las pacientes con fracaso del tratamiento tenían entre 27 y 59 años. Aunque no se encontró una asociación significativa con el éxito del tratamiento, las pacientes de 0 a 13 años tienen mayor probabilidad de éxito en el tratamiento que otros grupos de edad.

Con respecto al régimen de afiliación (subsidiado, contributivo), el 59,4% del total de pacientes que no logro tener un tratamiento exitoso, pertenecen al régimen subsidiado y el 19,8% al contributivo. Se infiere entonces una asociación estadísticamente significativa con el éxito del tratamiento, para los pacientes inscritos en regímenes contributivos.

La población conformada por usuarios habitantes de calle (mujeres), presentó un porcentaje de éxito por debajo del 50%. Al analizar la asociación estadística entre cada una de las variables que caracterizaban la población de acuerdo a la presencia de condiciones clínicas especiales y el éxito del tratamiento ,se pudo apreciar que en el grupo de quienes presentaban el hábito de consumo de sustancias psicoactivas existe una relación estadísticamente significativa con el éxito del tratamiento, ya que las personas que no consumen sustancias psicoactivas tienen

1,4 veces, mayor probabilidad de tener éxito en el tratamiento respecto a quienes consumen este tipo de sustancias.

Por otro lado, factores asociados a características propias del funcionamiento de los programas, presentaron asociaciones estadísticamente significativas con respecto al éxito del tratamiento, observándose que quienes permanecieron en el programa más de 196 días, considerado el tiempo mínimo estipulado para la administración del tratamiento, presentaron 12,734 veces más éxito en la terapia frente a quienes permanecieron menos tiempo en él.

Sin embargo, al evaluar la oportunidad de ingreso a un centro de salud, para lo cual se tuvo en cuenta la importancia del inicio inmediato del tratamiento una vez se realice el diagnóstico, se evidenció que entre quienes tuvieron un ingreso oportuno presentaron porcentajes menores de éxito del tratamiento., y no es posible dadas las condiciones del presente estudio establecer las posibles causas de este resultado.

Finalmente, se concluye que la tuberculosis se desarrolla predominantemente en poblaciones vulnerables por inequidad., se encontró en el estudio que el 32,8% de probabilidad para éxito del tratamiento podría ser explicado por las variables sexo, régimen de afiliación, consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo de estancia en el programa. Tras ajustar por variables como género, afiliación institucional y consumo de psicofármacos, la probabilidad de éxito es 10,09 veces, tras un periodo de tratamiento superior a 196 días. En resumen, debido a la desigualdad, la tuberculosis se presenta principalmente en las personas más vulnerables.

El fracaso del tratamiento de la TB representa una amenaza para la salud y la economía, ya que los pacientes siguen siendo una fuente de infección en la comunidad y pueden causar ausentismo laboral y discapacidad debido a la propagación de formas resistentes de TB pulmonar y las pérdidas económicas asociadas.

De acuerdo con el informe acerca de tuberculosis del 2015 de la OMS, a nivel global, la tasa de éxito en el tratamiento, en las personas con diagnóstico reciente de TB fue del 86% en 2013. Las tasas de éxito terapéutico deben aumentar de forma considerable en los países de América y de Europa (en el año 2013 fueron del 75% en ambos continentes).

Entre los países latinoamericanos, que aún no ha conseguido alcanzar la meta mundial de éxito en el tratamiento es del 85%, esta Colombia, información que es posible corroborar en este estudio, pues de acuerdo con la base de datos de caracterización de TB, el éxito del tratamiento de Tb alcanza el 77,1% para hombres y el 64,3 % mujeres.

En el municipio de Bello, a pesar de los múltiples esfuerzos de las autoridades locales y estatales de salud, por reducir de forma considerable la carga de enfermedad por tuberculosis; las estadísticas obtenidas para los años 2014- 2017, al compararse con las bases de datos, del municipio de años anteriores para esta enfermedad, se logró establecer qué factores demográficos como el género, la zona del municipio de mayor presentación y la edad, continúan siendo los principales factores relacionados a las altas prevalencias.

Al llevar a cabo un análisis de acuerdo al grupo de edad y sexo se encontró en dichas bases de datos que hay mayor prevalencia de TB, en el género masculino, y en el grupo de pacientes de edad productiva cuyo rango de edad es de 27 a 59 años, estos resultados son coincidentes con los reportes del Instituto Nacional de Salud en el protocolo de vigilancia epidemiológica de salud pública de tuberculosis del 2016, en donde 2014 se determina que el grupo de edad con mayor porcentaje de casos fue el de 20 a 29 años, con el 19,5% , siendo el sexo masculino el mayor aportante de casos (62,3% de los casos) , y 37% para el caso de mujeres.

Así mismo, Navarro (2017) en el estudio titulado “Factores asociados al abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes con TB” publicado en el 2013, investigación llevada a cabo en Cúcuta, afirma que mayormente, los pacientes que abandonaron el tratamiento para la Tb fueron hombres (64,7%), en dónde hubo un predominio del rango de edad de 45-54 años (18), de acuerdo a un análisis documental de autores como (Robayo, 2017; Dallas & Brown, 2013 y) coinciden en que las condiciones de cada zona , analizadas desde el ámbito económico y cultural, inciden en el seguimiento o permanencia en los tratamientos de TB, en tanto hombres como mujeres, no obstante los estudios previos de TB en la ciudad de Medellín, como en el resto del país, no son claros en esclarecer cuáles son las causas relevantes que se asocian que se presenten más casos en unos grupos poblacionales más que en otros

Respecto a factores familiares, que inciden en el éxito del tratamiento, no fue posible, encontrar registros, se deduce que esto puede deberse principalmente a la estigmatización de la enfermedad y que para muchas mujeres sea difícil hablar de esta enfermedad, y por ende tiendan a ocultar su padecimiento, y por otro lado el abandono estatal de estas comunidades vulnerables, pues son pocos los estudios a nivel del país que se encargan de abordar los factores familiares relacionados con el éxito de los tratamientos, y en la mayoría de casos son de centros universitarios, mas no de entidades de salud.

Desde la perspectiva del trabajo social, se puede observar que existen diversos factores sociales, familiares y demográficos que influyen en el éxito del tratamiento de las mujeres con TB en el Municipio de Bello. Se destaca que la enfermedad afecta principalmente a personas vulnerables debido a la desigualdad existente en la sociedad.

En cuanto a los factores demográficos, se observa que el grupo de edad de 27 a 59 años presenta una mayor prevalencia de TB, lo cual coincide con la etapa productiva de las mujeres. Además, se evidencia una mayor carga de la enfermedad en el género masculino.

En relación a las comorbilidades, se destaca que el consumo de sustancias psicoactivas y las enfermedades crónicas están asociados a un menor éxito en el tratamiento. Esto resalta la importancia de abordar estos aspectos en la atención de las mujeres con TB.

Asimismo, se menciona la relevancia del régimen de afiliación, donde se observa que las mujeres inscritas en regímenes contributivos tienen una mayor probabilidad de éxito en el tratamiento. Esto plantea la necesidad de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud.

En cuanto a los factores familiares, la información disponible es limitada, lo que sugiere que puede existir estigmatización y ocultamiento de la enfermedad por parte de las mujeres. Esto puede estar relacionado con la falta de estudios que aborden específicamente los factores familiares en el éxito del tratamiento.

En resumen, el análisis de la información proporcionada muestra la complejidad de los factores sociales, familiares y demográficos que influyen en el éxito del tratamiento de las mujeres con TB en el Municipio de Bello. Es necesario fortalecer la investigación en esta área y desarrollar estrategias integrales que aborden estos aspectos para mejorar la atención y el bienestar de las mujeres afectadas por la enfermedad.

A partir de la información anterior, se pueden proponer varias intervenciones desde el trabajo social para mejorar el abordaje de las mujeres con TB en el Municipio de Bello:

Educación y promoción de la salud: El trabajador social puede desarrollar programas de educación y promoción de la salud dirigidos a mujeres, con énfasis en la prevención del VIH y la tuberculosis. Estos programas deberán incluir información sobre las formas de transmisión,

medidas de prevención, acceso a pruebas de detección y tratamientos disponibles. Se deberá promover una comunicación abierta y sin estigma en torno a estas enfermedades, fomentando el autocuidado y la toma de decisiones informadas.

Acceso a servicios integrales de salud: El trabajador social puede facilitar el acceso de las mujeres a servicios de salud integrales que aborden tanto el VIH como la tuberculosis. Esto incluye la derivación y coordinación con profesionales de la salud especializados, la garantía de acceso a medicamentos y tratamientos, así como el apoyo emocional y psicosocial durante todo el proceso. Se deberá priorizar el enfoque de género para abordar las barreras específicas que enfrentan las mujeres en el acceso a la atención médica.

Apoyo emocional y redes de apoyo: El trabajador social puede brindar apoyo emocional a las mujeres afectadas por el VIH y la tuberculosis, reconociendo los desafíos particulares que enfrentan debido a la estigmatización y el impacto en su vida cotidiana. Se debe por lo tanto fomentar la creación de redes de apoyo entre pares, donde las mujeres puedan compartir experiencias, recibir orientación y fortalecer su resiliencia. Esto contribuirá a reducir el aislamiento social y promoverá el bienestar psicológico.

Enfoque en la prevención de la transmisión vertical: Se deberá prestar especial atención a las mujeres embarazadas y a aquellas que planean concebir, con el objetivo de prevenir la transmisión vertical del VIH y la tuberculosis a sus hijos. El trabajador social puede ofrecer asesoramiento sobre prácticas seguras durante el embarazo, el parto y la lactancia, así como apoyo en la adherencia al tratamiento. También se debe trabajar en la promoción de la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no deseados en mujeres con VIH.

Sensibilización y reducción del estigma: El trabajador social puede desarrollar campañas de sensibilización para combatir el estigma y la discriminación asociados al VIH y la tuberculosis. Se deberá entonces, promover una mayor comprensión de estas enfermedades en la sociedad, fomentando actitudes de respeto y empatía hacia las personas afectadas. Además, es importante trabajar estrategias para reducir la discriminación basada en el género y garantizar que las mujeres reciban un trato digno y equitativo en todos los ámbitos.

Estas propuestas de Trabajo Social con enfoque de género para abordar conjuntamente el VIH y la tuberculosis en mujeres buscan garantizar un enfoque integral y equitativo en la prevención, atención y apoyo a las mujeres afectadas, teniendo en cuenta las dimensiones sociales, emocionales y de género.

Capítulo V

5 Desigualdades Existentes en la Atención Sanitaria.

La información previamente proporcionada sobre la falta de atención a poblaciones femeninas y la ausencia de investigaciones y discusiones en el ámbito académico en relación con las políticas públicas de salud, destaca la necesidad de abordar las desigualdades existentes en la atención sanitaria. Esta situación se agudiza cuando se considera el contexto específico del municipio de Bello y las mujeres que enfrentan la coinfección de Tuberculosis y VIH.

En primer lugar, es importante resaltar que las mujeres enfrentan desafíos únicos en el tratamiento de enfermedades como la TB y el VIH, debido a factores psicosociales y familiares que pueden influir en su capacidad para acceder y adherirse al tratamiento. Sin embargo, la falta de información sobre estos factores en las entidades de salud del Municipio de Bello y nivel nacional dificulta la identificación y abordaje adecuado de estas problemáticas.

La falta de información sobre los factores psicosociales implica la ausencia de una comprensión integral de las necesidades emocionales, psicológicas y sociales de las mujeres en el contexto de su tratamiento. Por ejemplo, la presencia de estigma y discriminación hacia las personas con VIH puede tener un impacto significativo en la adherencia al tratamiento y en la búsqueda de atención médica adecuada. Además, situaciones de violencia de género o limitaciones económicas pueden obstaculizar el acceso a los servicios de salud y el cumplimiento de las pautas de tratamiento.

Asimismo, la falta de información sobre los factores familiares impide la identificación de situaciones de apoyo o conflictos que pueden influir en el proceso de tratamiento. La presencia de un sistema de apoyo familiar sólido puede ser fundamental para el éxito del tratamiento, proporcionando el respaldo emocional y la supervisión necesaria. Por otro lado, la

falta de apoyo o la presencia de dinámicas familiares disfuncionales pueden aumentar las barreras para el acceso y la adherencia al tratamiento.

En este contexto, la falta de información en las entidades de salud sobre los factores psicosociales y familiares que inciden en el tratamiento de las mujeres con TB y VIH en el municipio de Bello refleja una brecha en la atención integral y equitativa de esta población. La falta de investigación y discusión académica en este tema también contribuye a perpetuar la invisibilidad de estas problemáticas y a la ausencia de políticas públicas que aborden adecuadamente estas inequidades.

Para superar esta situación, es fundamental promover la generación de información y conocimiento en este campo, a través de investigaciones y estudios que aborden los factores psicosociales y familiares en el tratamiento de las mujeres con TB y VIH en el Municipio de Bello y en el país. Esta información puede servir como base para el diseño e implementación de políticas públicas de salud que aborden de manera integral las necesidades de esta población, garantizando el acceso equitativo a la atención y promoviendo la equidad de género y la justicia social.

En conclusión, la falta de información en las entidades de salud acerca de los factores psicosociales y familiares que inciden en el tratamiento de las mujeres con TB y VIH en el municipio de Bello durante el periodo 2011-2022 refleja una problemática más amplia relacionada con la falta de atención a poblaciones diversas y la ausencia de enfoque de equidad en las políticas públicas de salud en Colombia. Es necesario promover la investigación y generación de conocimiento en este tema, para informar el diseño de políticas públicas que aborden adecuadamente las inequidades y garanticen una atención integral y equitativa para estas mujeres.

6 Conclusiones.

- El abordaje del seguimiento y evaluación de las mujeres con tuberculosis y VIH en el Municipio de Bello requiere de un enfoque integral que considere los aspectos psicosociales y familiares que influyen en su tratamiento y calidad de vida.
- La desigualdad social y las condiciones socioeconómicas adversas son factores determinantes en la prevalencia y el abordaje de la tuberculosis y el VIH en las mujeres. Es necesario trabajar en la reducción de estas desigualdades y garantizar el acceso equitativo a servicios de salud.
- El género y la edad son variables importantes a tener en cuenta en el abordaje de las mujeres con tuberculosis y VIH. Se requieren estrategias específicas para atender las necesidades de las mujeres en diferentes etapas de la vida y promover la equidad de género en la salud.
- Es fundamental fortalecer la educación y promoción de la salud en relación al VIH y la tuberculosis, con especial énfasis en la prevención, detección temprana y adherencia al tratamiento. Esto implica trabajar en la sensibilización y concientización de la comunidad.
- El apoyo emocional y social juega un papel crucial en el tratamiento y la calidad de vida de las mujeres con tuberculosis y VIH. Es importante fomentar redes de apoyo, crear espacios seguros y promover la participación activa de las mujeres en su propio proceso de cuidado.
- La lucha contra el estigma y la discriminación asociados al VIH y la tuberculosis es fundamental en el trabajo social. Es necesario promover una sociedad inclusiva y

respetuosa, donde las personas afectadas puedan vivir sin temor a la discriminación y recibir el apoyo necesario.

- La colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud, trabajadores sociales y otros actores relevantes es esencial para garantizar un abordaje integral y efectivo de las mujeres con tuberculosis y VIH. La coordinación y el trabajo en equipo son clave para brindar una atención integral y de calidad.
- El trabajo social en el abordaje de las mujeres con tuberculosis y VIH en el Municipio de Bello debe enfocarse en la equidad de género, la reducción de las desigualdades sociales, la promoción de la salud, el apoyo emocional y la lucha contra el estigma. Estas conclusiones destacan la importancia de un enfoque integral y colaborativo para mejorar la calidad de vida de las mujeres afectadas
- El presente trabajo de grado presenta algunas limitantes puesto que fue realizado, a partir de fuentes de información secundaria, correspondiente a bases de datos de distintos centros de salud del municipio de Bello, esto generó mayor riesgo de selección de la información, en esta base de datos, no se tenía registros relacionados con factores psicológicos y familiares relacionados con la permanencia en los tratamientos del VIH o de la TB, o en el éxito en el tratamiento de VIH, debido a que esta no estaba contenida esta información en la base de datos. Además, no es posible determinar causalidad debido al tipo y diseño seleccionado para este estudio.
- El régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud demostró también asociación importante al éxito de la terapia para tuberculosis, ya que aquellas Mujeres del régimen contributivo presentaron mayor probabilidad de éxito, teniendo en cuenta la garantía de los controles y la dispensación oportuna de los medicamentos. Los

factores relacionados con poblaciones socialmente en riesgo, como lo son los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas y habitantes de calle, se asociaron con menores porcentajes de éxito de la terapia para tuberculosis

- La permanencia en el programa para pacientes con Tuberculosis desarrollado en los primeros niveles de atención, resulta ser el factor principal que garantiza el éxito de los tratamientos tanto en hombres como en mujeres, y es desde este punto, que se hace posible identificar aquellas características demográficas y a la vez clínicas individuales para cada mujer diagnosticada con alguna de las patologías en estudio, que han significado un obstáculo importante en la garantía del éxito de la terapia o adherencia al tratamiento, en el caso del VIH/ SIDA. Los hombres presentan un riesgo mayor de infección por Tuberculosis, y VIH, no obstante, se ha demostrado con esta investigación que las mujeres presentan porcentajes de éxito de terapia mayor, lo cual es un indicador de que la infección sigue aumentando por el grupo de pacientes con más alta prevalencia, y principalmente en aquellas personas que tienen una terapia antibiótica mal administrada o no continuada.
- Es fundamental que los profesionales de salud tanto asistencial como administrativos puedan identificar los diversos factores que inciden en la presencia de la tuberculosis en las pacientes con este tipo de problemas, puesto que estos factores se convierten en un problema que causa retraso en el control y prevención de enfermedades, se establece este análisis con el objetivo de contribuir en el diagnóstico de los pacientes con riesgo de la tuberculosa si como la prevención del VIH.
- La infección por VIH es considerada el principal factor de riesgo para desarrollar TB. Durante el tratamiento, el factor de riesgo más importante y con mayor porcentaje de

asociación en pacientes con TB es el de desarrollar Multi drogo resistencia, condición que emerge por un tratamiento previo mal asistido o incorrecto. Si los casos no se curan o no son detectados hay una probabilidad grande de aumento del número de casos infectantes en la Comunidad, lo que contribuye a que siga perpetuándose la enfermedad, factor que se presenta como una de las causas del desacierto en los programas de control de la tuberculosis.

- Otro factor que está presente es la estrecha relación entre la situación socioeconómica y la incidencia de la tuberculosis es el fenómeno de los movimientos migratorios poblacionales un factor que ha ido en aumento, no solo en el municipio de Bello si no a nivel mundial, originado principalmente por la desigualdad económica y la facilidad de los medios de transporte, consistentes en los movimientos migratorios masivos desde países con altos índices de prevalencia de tuberculosis. Por ende, es prioritario que las estrategias de salud que se enfoquen en planificación del control de la tuberculosis, se proyecten a la reducción de la desigualdad social, con el fin de lograr el éxito deseado en el control de esta enfermedad.
- La tuberculosis se desarrolla predominantemente en poblaciones vulnerables por inequidad., se encontró en el estudio que el 32,8% de probabilidad para éxito del tratamiento podría ser explicado por las variables sexo, régimen de afiliación, consumo de sustancias psicoactivas y el tiempo de estancia en el programa. Tras ajustar por variables como género, afiliación institucional y consumo de psicofármacos, la probabilidad de éxito es 10,09 veces, tras un periodo de tratamiento superior a 196 días. En resumen, debido a la desigualdad, la tuberculosis se presenta principalmente en las personas más vulnerables.

- En la base de datos proporcionado por el SIB, no se pudieron establecer los Factores sociales, familiares y psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con VIH/SIDA, pues, no se encontró relación o estadística alguna que permitan inferir en esta relación, por esta razón se hacen una serie de propuestas con enfoque de género, que desde el trabajo social pueden contribuir a establecer en la comunidad de bello en la incidencia Factores sociales, familiares y psicosociales en la adherencia al tratamiento farmacológico en mujeres con VIH/SIDA:

7 Recomendaciones.

- Fortalecer los programas de educación y promoción de la salud, con énfasis en la prevención del VIH y la tuberculosis, dirigidos específicamente a mujeres. Estos programas deben abordar la transmisión, prevención y acceso a pruebas y tratamientos.
- Mejorar el acceso a servicios integrales de salud que aborden tanto el VIH como la tuberculosis. Esto implica garantizar la coordinación entre profesionales de la salud, el suministro adecuado de medicamentos y tratamientos, así como el apoyo emocional y psicosocial.
- Fomentar el apoyo emocional y las redes de apoyo para las mujeres afectadas por el VIH y la tuberculosis. Esto incluye la creación de espacios seguros donde puedan compartir experiencias, recibir orientación y fortalecer su resiliencia.
- Priorizar la prevención de la transmisión vertical del VIH y la tuberculosis a través de programas de consejería y apoyo a mujeres embarazadas y en edad reproductiva. Esto implica brindar información sobre prácticas seguras durante el embarazo, el parto y la lactancia, así como acceso a métodos anticonceptivos.
- Realizar campañas de sensibilización para reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH y la tuberculosis. Es fundamental promover una mayor comprensión y empatía hacia las personas afectadas, especialmente las mujeres, y garantizar un trato digno y equitativo en todos los ámbitos.

Estas recomendaciones buscan mejorar el abordaje del seguimiento y evaluación de las mujeres con tuberculosis y VIH en el Municipio de Bello, teniendo en cuenta los factores psicosociales y familiares que influyen en su tratamiento. El enfoque integral, basado en el género y en los determinantes sociales de la salud, permitirá mejorar los resultados y la calidad de vida de estas mujeres.

8 Referencias

- Abarca, P. S. (2002). Determinantes sociales de la adherencia al tratamiento de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva heurística del riesgo. *revistas de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 3. Obtenido de https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592002000100006&lang=es Desatendidas), M. D. (27 de 08 de 2022). Pagina del Ministerio de salud. Obtenido de <file:///C:/Users/Personal/Desktop/TRSBAJO%20DE%20GRADO/abece-tuberculosis-msps.pdf>
- Álvarez, M (2018). Estigmatización a pacientes con VIH por profesionales de la salud en la era antirretroviral. *Revista Médica Electrónica*, 40(1), 221-223. Recuperado en 16 de mayo de 2023, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242018000100025&lng=es&tlng=es.
- Bermeo L & Perez Z. (2007) Georeferenciación éxito del tratamiento de Tuberculosis por zonas de Medellín. 2014
- Betancur A., Gallo N., García A., Molina D., Patiño L., Rodríguez F (2013). Tendencias en sexualidad y reproducción en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva en Colombia, 2003- 2013- Investigación/Salud Pública
- Campillay Campillay, Maggie, & Monárdez Monárdez, Maribel. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. Epub 16 de diciembre de 2019. Recuperado en 16 de mayo de 2023, de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008&Ing=es&tIng=e

Concejo Nacional De Trabajo Social. (2015). *Concejo de trabajo social*. Obtenido de <https://trabajosociallibertario.files.wordpress.com/2016/10/codigo-de-etica-2015.pdf>

De Bedout, A. (2008), "El VIH-SIDA: Factores Psicosociales y Comportamentales." *Duazary*, Vol., núm.2, pp.129-140 [Consultado: 16 de Mayo de 2023]. ISSN: 1794-5992. Disponible en:

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156328010>

Desatendidas, M. D. (27 de 08 de 2022). *Página del Ministerio de salud*. Obtenido de <file:///C:/Users/Personal/Desktop/TRSBAJO%20DE%20GRADO/abece-tuberculosis-msps.pdf>

Frankfurt. (2011). *Escuela de FRANKFURT*. Obtenido de <https://www.um.es/tic/LIBROS%20FCI-I/ESCUELA%20DE%20FRANKFURT.pdf>

Galeano Marin, M. (2015). *Estrategias de investigacion social cualitativa*. Medellin: La Carreta.

Organización Mundial de la Salud (OMS) Tuberculosis [Internet]. [Citado 15 de Junio de 2023]

Disponible en: <http://www.who.int/topics/tuberculosis/es/>

organizacion mundial de la salud. (2014). *Organizacion Mundial de la salud*.

Rodriguez Campos, I. (2005). *Tecnicas de Investigacion Documental*. México: trillas.

Salud, O. P. (2000). La tuberculosis: principal asesina de mujeres jóvenes. *Revista Panamericana de la salud publica*, 1. Obtenido de <https://scielosp.org/article/rpsp/1998.v4n2/126-126/>

Sánchez ,S; Pastor ;M, Cánovas , M, Almansa ; Martínez, P; Peñalver, G; Caridad D, &

Jiménez, I. (2021). Factores relacionados con la adherencia al tratamiento antirretroviral

en mujeres con VIH: Un estudio mixto con diseño secuencial. *Enfermería Global*, 20(62), 1-34. Epub 18 de mayo de 2021. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.437711>

SITB- Registro diario de pacientes del municipio de Bello (Antioquia)- Bases de datos de 2009 hasta 2017

Social, M. D., & Ministerio de salud y proteccion Social,. (20 de 02 de 2020). Resolucion

Republica de Colombia. Obtenido de:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-227-de-2020.pdf>

Ulloa Broquis CJ, Osori Claro DC, Peña Paladinez Y, Bermeo Rojas LM, Pérez SV. Factores

asociados al abandono del tratamiento acortado supervisado por los pacientes con

tuberculosis manejados en las entidades de salud de la red lo-cal del municipio de

Neiva durante el año 2006 [Internet]. 2006. Disponible en:

[https://contenidos.usco.edu.co/images/do-cumentos/grados/T.G.Enfermeria/130.T.G-](https://contenidos.usco.edu.co/images/do-cumentos/grados/T.G.Enfermeria/130.T.G-Angela-Janeth-Ulloa-Broquis-Dia-na-Carolina-Osorio-Claros-Karen-Yorlenny-Pea-P.-)

[Angela-Janeth-Ulloa-Broquis-Dia-na-Carolina-Osorio-Claros-Karen-Yorlenny-Pea-P.-](https://contenidos.usco.edu.co/images/do-cumentos/grados/T.G.Enfermeria/130.T.G-Angela-Janeth-Ulloa-Broquis-Dia-na-Carolina-Osorio-Claros-Karen-Yorlenny-Pea-P.-)

Valles Martinez, M. (1999). Técnicas cualitativas de Investigación Social. *Plataforma*

universidad de Antioquia. Obtenido de

https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwNx7ENgDAMBEDRIobwBgFaNmAL45jw

[kkkKO5kfrt5SSVt--](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwNx7ENgDAMBEDRIobwBgFaNmAL45jw)

[X5qX6v03mESoWwk3Q2BAfGn6yEOtQDhQWtkjcBG70oXY0Gm6l_-](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwNx7ENgDAMBEDRIobwBgFaNmAL45jw)

[WYbbsg&q=tecnicas+cualitativas+de+investigacion+social+miguel+valles&oq=tecnicas+](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwNx7ENgDAMBEDRIobwBgFaNmAL45jw)

[cualitativas+de+&aqs=chrome.2.0i512j6](https://www.google.com/search?gs_ssp=eJwNx7ENgDAMBEDRIobwBgFaNmAL45jw)

Villeda Sánchez ME, (2016) Factores asociados al éxito y al abandono del tratamiento

antituberculoso en la jurisdicción de san Luis Potosí. [Internet] 2008.Disponible en:

<http://es.slideshare.net/ceciliahuapaya1/ejemplo-2-factores-asociados-al-xito-yo-abandono-del-tratamiento-antituber-culoso-en-la-jurisdiccin-sanitaria-no-1-de23>. Organización Panamericana de Salud (OPS), Guía Clínica TB. [Internet]. .
Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Coinfeccion_TB-VIH_Guia_Clinica_TB.pdf.

Anexos

Anexo 1.Oferta de baja y mediana complejidad disponible para garantizar el acceso a los servicios de salud

ESE	Cod de prest		RAZON SOCIAL	JURÍDICA	NIVEL
SI	0508804909	01	ESE HOSPITAL ROSALPI	Pública	1
SI	0508804909	02	CENTRO DE SALUD MIRADOR	Pública	1
NO	0508805568	07	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR DE ANTIOQUIA	Privada	1
SI	0508805618	01	ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	Pública	2
NO	0508811823	01	FUNDACIÓN CLINICA DEL NORTE	Privada	3
SI	0508804734	01	ESE HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA	Pública	2
NO	0508810819	01	EMMSA CLINICA ESPECIALIZADA	Privada	3
NO	0508802107	02	CLINICA ANTIOQUIA SEDE NORTE	Privada	2
NO	0508810559	01	URGENCIAS DEL NORTE DE BELLO SAS	Privada	1
NO	0508886005	80	BATALLON DE INGENIEROS PEDRO NEL OSPINA	Privada	1

NO	0508850200	99	CPMS BELLO	Pública	1
SI	0508804909	09	CENTRO DE SALUD LA MARUCHENGA	Pública	1
SI	0508804909	07	CENTRO DE SALUD ANTONIO ROLDAN BETANCUR	Pública	1
SI	0508805618	03	ESE HOSPITAL MARCO FIDEL SUAREZ	Pública	2
SI	0508804909	08	CENTRO DE SALUD FONTIDUEÑO	Pública	1
SI	0508804909	06	CENTRO DE SALUD ZAMORA	Pública	1
SI	0508804909	05	CENTRO DE SALUD PLAYA RICA	Pública	1
SI	0508804909	03	CENTRO DE SALUD SAN FELIX	Pública	1
NO	0508810471	01	VIVA 1A IPS SA	Privada	1
NO	0508814276	04	VIRREY SOLIS UAB BELLO	Privada	1
NO	0508809022	08	SUMIMEDICAL SAS	Privada	1
NO	0508816607	02	COOMSOCIAL IPS SAS	Privada	1
NO	0508809099	22	PROMEDAN IPS BELLO	Privada	1
NO	0508804259	45	IPS SURA BELLO	Privada	1
NO	0508804917	09	ASOCIACION PROFAMILIA	Privada	1

NO	0508805568	65	CIS COMFAMA PARQUE FABRICATO	Privada	1
----	------------	----	------------------------------	---------	---

Fuente: SITB Municipio de Bello-

