



**COSTOS CATASTROFICOS DE LA TUBERCULOSIS.
BARRERAS PARA EL CONTROL INTEGRAL DE LA TUBERCULOSIS DESDE
LA SALUD PUBLICA EN PALMIRA**

PROYECTO DE GRADO

LUCAS POSSO ARANGO

ASESOR DE INVESTIGACIÓN
JORGE ENRIQUE FIGUEROA GÓMEZ

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
CIENCIA POLÍTICA
SANTIAGO DE CALI**

2019

**COSTOS CATASTROFICOS DE LA TUBERCULOSIS.
BARRERAS PARA EL CONTROL INTEGRAL DE LA TUBERCULOSIS DESDE
LA SALUD PUBLICA EN PALMIRA**

LUCAS POSSO ARANGO
Lucasposso1997@hotmail.com

PROYECTO DE GRADO CANDIDATO A:
POLITÓLOGO

ASESOR DE INVESTIGACIÓN
JORGE ENRIQUE FIGUEROA GÓMEZ

**UNIVERSIDAD ICESI
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
CIENCIA POLÍTICA
SANTIAGO DE CALI**

Tabla de contenido

1. Introducción	4
2. Pregunta de investigación	7
3. Objetivos	7
3.1 Objetivo general	5
3.2 Objetivos específicos	6
4. Población objetivo	7
5. Metodología	8
6.Revisión conceptual y estudios sobre el tema	11
6.1 Determinantes para la adherencia al tratamiento de TB y estudios sobre costos catastróficos en TB	11
6.2 Marco Conceptual del estudio	13
7. Iniciativas públicas en TB en Colombia	14
8.Resultados. Análisis de los costos catastróficos en la comuna 5 de Palmira.	19
9.Conclusiones	24
10.Anexos	27
11.Bibliografía	31

1. Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*, que se transmite por el aire cuando una persona infectada tose, estornuda, habla o canta. Esta enfermedad ataca generalmente los pulmones, pero también puede atacar cualquier órgano del cuerpo como los riñones, la columna vertebral y el cerebro; además, en caso de no recibir una adecuada atención puede ser letal (CDC, 2014).

Si bien es cierto que no todas las personas infectadas desarrollan la enfermedad, existen aproximadamente 10,4 millones de casos de TB en el mundo. De estos, en el 2016, fallecieron alrededor de un millón y medio al año, siendo esta la novena causa mundial de muerte y la primera por enfermedades infecciosas -por encima del VIH-. Ahora bien, en Colombia existen alrededor de 12000 casos reportados (OMS, 2017). Según la Gobernación del Valle, Palmira es clasificada de alto riesgo en TB, puesto que aporta aproximadamente el 7.5% de los casos de TB en el Valle del Cauca, siendo el segundo municipio del departamento, después de Cali, con mayor población neta, que padece de esta enfermedad (Gobernación del Valle, 2018). El alto índice de contagio, 46 casos por cada 100.000 habitantes, es muy superior a la media nacional de 25 casos por cada 100.000 habitantes, hacen que esta enfermedad sea considerada como un problema de salud pública.

En el 99% de los casos, la TB es una enfermedad curable y permite al infectado llevar una vida normal. En Palmira, existe un programa municipal de TB, aunado a ello se encuentra el Plan Estratégico Colombia Libre de Tuberculosis, gracias a ello el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad es completamente gratuito y es administrado de manera ambulatoria por los establecimientos de salud (Alcaldía de Cali, 2011).

Después de iniciar el tratamiento, el paciente sentirá mejoría en las primeras semanas, pero la bacteria que produce la TB muere muy lentamente, en un periodo aproximado de 6 meses. Esta enfermedad puede ser tratada con cuatro medicamentos antituberculosos efectivos (de primera línea). Si el paciente abandona el tratamiento o lo toma de forma irregular, puede presentarse la tuberculosis multirresistente (TB-MDR). La TB-MDR se manifiesta cuando las bacterias causantes de la tuberculosis son resistentes por lo menos a la isoniazida y a la rifampicina, los dos medicamentos antituberculosos más potentes. El tratamiento de la TB-

MDR es con medicamentos de segunda línea, que son más costosos, tienen más efectos colaterales y, es más prolongado (Ministerio de Salud Perú, 2010). Existe una etapa posterior a la TB-MDR, conocida como “*extensively drug resistant*” (XDR). Según Jawetz et al. (2011), los individuos infectados por tuberculosis XDR tienen un pronóstico clínico malo y existe la posibilidad de que 64% de ellos fallezcan durante el tratamiento, en comparación con personas infectadas con cepas susceptibles.

Pese a que existen facilidades para adquirir el tratamiento en contra de la TB; son frecuentes los casos de abandono -o de toma irregular de las dosis-, lo cual conlleva a grandes riesgos para la salud del paciente, de las personas con quien convive y de su comunidad. Según Soza (2005):

“El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recidivas y fracasos” (p. 271)

En Palmira existen 143 casos de TB, de los cuales 20 tiene coinfección con VIH, lo cual incrementa el riesgo de abandono del programa. Frente a ello, uno de los problemas asociados al abandono del tratamiento, identificado por la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSPM) son los costos catastróficos asociados a esta enfermedad. Estos costos consisten principalmente en costos de transporte, alimentación, pero también uno de los principales problemas es el costo de oportunidad para los empleados y trabajadores independientes, que obtienen su sustento de la remuneración diaria, entre otros. Es por esto, que en el presente estudio los costos catastróficos se entenderán como:

“los pagos relacionados con el uso de los servicios de salud de TB, tales como los pagos por transporte, alojamiento o neto de alimentos de cualquier reembolso a la persona que hizo los pagos (es decir, la guarda o paciente); las pérdidas de ingresos sufridas por el paciente de TB y cualquier miembro de la familia que acompaña, neto de cualquier pago de bienestar” (OMS, 2015 p.6)

Esta definición abarca los ejes principales que se deben analizar según la organización mundial de la salud. Esta organización creó un documento guía para medir los gastos catastróficos, esta medición será clave para la formulación metodológica del presente escrito. En el libro “Encuestas a los pacientes, costos de la tuberculosis: un libro de mano”. Se nos explica las precauciones metodológicas que se deben tener a la hora de ejecutar la encuesta, cuáles son los problemas más comunes, la luz bajo la cual se debe analizar los resultados, y temas de preparación, como lo son la conformación del equipo y el costo que puede acarrear la investigación. Toda esta información se utilizó para lograr adoptar la encuesta de la OMS.

Ahora bien, un paciente promedio con TB, en Colombia, puede llegar a gastar hasta el 30% de sus ingresos mensuales para lograr la cura total de la enfermedad. Aunque muchos de los servicios de salud son gratuitos, costos adicionales, tanto médicos como no médicos, hacen que el paciente deba invertir más de la mitad de sus ingresos en el tratamiento de la enfermedad (Martínez et al, 2016). Es por esto por lo que la reducción de los costos catastróficos genera mayor continuidad en el tratamiento, pues a medida que estos se reducen, existe mayor posibilidad de culminar el tratamiento.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación busca conocer los principales vacíos y aciertos, que tiene el Estado, para tratar la TB como un problema social, que repercute en la salud pública, tomando como estudio de caso la comuna 5 de la ciudad de Palmira. Dada la gran cantidad de barrios que comprende esta comuna y la heterogeneidad en ellos, se enfocó en uno de los barrios más vulnerables específicamente el barrio de San Pedro y sus alrededores. Para comprender los vacíos y aciertos del Estado, se pretende caracterizar los costos catastróficos y así encontrar el impacto que la enfermedad tiene en la persona y su familia; esto permitirá en una futura investigación reconocer los cambios en la salud pública, teniendo así un mayor control de la TB.

2. Pregunta de investigación

¿Cuáles Son los costos catastróficos que más afecta la calidad de vida de la población afectada por tuberculosis de la comuna 5 de Palmira en el año 2019?

3. Objetivos

3.1.Objetivo general

Establecer la incidencia de los costos catastróficos sobre la calidad de vida de la población afectada por tuberculosis de la comuna 5 de Palmira en el año 2019.

3.2.Objetivos específicos

Describir algunos aspectos contextuales y teóricos en términos de la política pública sobre tuberculosis y los costos catastróficos que acarrea la misma.

Describir la situación socioeconómica y demográfica de la población afectada por tuberculosis en la comuna 5 de Palmira durante 2019.

Analizar los costos catastróficos asumidos por las personas afectadas por tuberculosis durante 2019 en la comuna 5 de Palmira.

Determinar qué variables inciden para la manifestación de mayores costos catastróficos en la población afectada por tuberculosis de la comuna 5 de Palmira durante 2019.

4. Población objetivo

En el entorno médico, relacionado con la enfermedad, es conocido que la TB es una enfermedad de carácter social. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), mientras no se resuelvan los determinantes sociales claves de la enfermedad los cuales son: pobreza, exclusión, malas condiciones laborales y de vivienda, la TB continuará siendo un problema de salud pública (OMS, 2010). Gracias a esto, algunos autores como Freyermuth (2009), han planteado la existencia de un vínculo entre la mortalidad por TB y algunos determinantes sociales como la escolaridad, la etnia, la clase social, el género, entre otros. Estos posicionan a las personas en determinado escalafón social que determina su acceso a recursos, cuando

existen falencias en estos determinantes sociales y se unen entre sí, dejan a las personas en una condición vulnerable para padecer de TB (Freyermuth, 2009). Por estas razones, la TB es considerada como una enfermedad de carácter social y, además, una de las zonas de Palmira en donde se padece, con mayor frecuencia, dicha enfermedad es la comuna 5. Por ende, a continuación, es importante reconocer algunas características de la comuna que muestran las condiciones de vulnerabilidad, en términos de determinantes sociales, en la que se encuentran las personas que residen en esta comuna.

La comuna 5 de Palmira se encuentra ubicada en el este de la ciudad y ha sido vulnerada sistemáticamente por el Estado. Encontramos primero que la calidad habitacional es baja, pues en esta zona el 96.3% de la población habita en casas de estrato 2; el 3.4% en casas de estrato 1 y una ínfima cantidad del 0.3% tiene una vivienda de estrato 3 (Fundación Progresamos, 2017). En cuestión de seguridad, es la segunda comuna que más homicidios aporta a la ciudad con un total del 17.2%, en donde el barrio San Pedro aportó el 5% de los homicidios de toda la ciudad (Observatorio de Seguridad, 2015). En cuestión de cobertura de la salud, en esta comuna se cuenta únicamente con un puesto de salud.

Por lo tanto, siguiendo los planteamientos de Navarrete et al (2012) se puede plantear que: la TB se asocia a condiciones de pobreza, malnutrición y condiciones higiénicas. Esto, sumado al conocimiento de la enfermedad y el nivel socioeconómico, influye en la adherencia o no al tratamiento de TB. Es por ello por lo que, al afluir todas estas problemáticas en una comuna específica y la capacidad de acceso territorial que tiene el investigador, se decidió esta comuna como población objetivo.

5. Metodología

Para esta investigación se realizó una revisión bibliográfica de distintos documentos que permitieran enmarcar el tema y se aplicó una encuesta dirigida a conocer los costos catastróficos afrontados por los pacientes de tuberculosis. Por medio de estas estrategias se logró analizar los costos catastróficos en la población con tuberculosis de la comuna 5 de Palmira en el año 2019, de modo que se puedan identificar tanto vacíos como aciertos del

Estado colombiano, para tratar efectivamente la TB como un problema de salud pública, de manera integral

En términos de la revisión bibliográfica, en primer lugar, se realizó una revisión acerca de las políticas públicas, para posteriormente enfocarse en aquellas que tienen un enfoque en salud pública, con el fin de conocer cómo han sido definidas y conceptualizadas desde distintos referentes. En segundo lugar, se revisaron estudios sobre costos catastróficos y determinantes para la adherencia al tratamiento de tuberculosis con el fin de conocer cómo ha sido abordada la temática desde distintos aportes. Aquí también se tuvieron en cuenta documentos oficiales como los propuestos por organismos de salud nacionales e internacionales para conceptualizar qué se entiende por costos catastróficos. En tercer lugar, se realizó una revisión de los documentos de política pública nacionales para comprender cómo el Estado ha abordado el problema de la tuberculosis desde sus planes, políticas y programas en salud. Finalmente, se consultaron documentos públicos a nivel municipal para hacer un análisis de algunos aspectos descriptivos de la comuna y de los actores involucrados.

En cuanto a las encuestas, se buscó obtener información empírica, que permitiera evaluar los problemas de la comunidad y poder tomar decisiones en consecuencia que faciliten la comprensión de los aciertos y problemas del Estado, al tratar la TB como un problema social. Estas encuestas se realizaron a personas que padecen TB, se encuentren bajo tratamiento supervisado en el puesto de salud de San Pedro, y que resida efectivamente en la comuna 5. Este procedimiento se llevó a cabo para cumplir con transversalmente con los objetivos específicos de la presente investigación. Dicho procedimiento se aplicó sobre una muestra de 34 personas que pertenecen al programa de tratamiento de TB en el puesto de salud de San Pedro, y residen en la comuna 05. Para elaborar esta herramienta se adecuó el instrumento de la OMS, el protocolo de encuesta para determinar los costos directos e indirectos debidos a la tuberculosis, al contexto social de Palmira. Para esto, fue necesario conseguir la encuesta “*tuberculosis patientcost surveys*”; se realizó un proceso de traducción de la misma, pues no existe la versión oficial en español; posterior a ello se hizo una decantación de preguntas, dejando solo aquellas que indagan por las características sociodemográficas de la población y los costos catastróficos asociados a la enfermedad (ver anexo #1).

Ahora bien, por las condiciones mismas de las personas que padecen de TB, es difícil llegar efectivamente a toda la población, dado que muchos son personas en condición de habitación en calle, farmacodependientes, personas privadas de la libertad o inmigrantes sin una residencia fija. Aunado a esto, la focalización de la investigación a una zona concreta, hizo que la cantidad de posibles pacientes a entrevistar fuera menor. Es por esto que, en aras de poder llegar a la mayor cantidad de personas posibles, se usó un muestreo por bola de nieve, sumado a ello, se contó con el apoyo de las enfermeras del centro de salud, quienes hicieron posible el acercamiento a los primeros pacientes, para lograr entrevistar un total de 34 sujetos, de los 47 pacientes que tiene actualmente el programa de TB en el sector.

Para contactar los pacientes fue necesario usar diferentes estrategias, por la dificultad para penetrar el territorio. En primera instancia el apoyo de las enfermeras, permitió tener contacto con 13 pacientes en el centro de salud; posterior a ello, acompañé el recorrido de la ambulancia que brinda los medicamentos en los hogares de algunas personas. Esto me permitió encuestar 11 individuos más. Finalmente, con el apoyo de los pacientes quienes me brindaron números telefónicos, entrevisté a 10 sujetos mediante llamadas telefónicas o visitas a sus hogares.

Por último, durante el proceso de análisis de información, fue necesario hacer una depuración de las encuestas, pues en 2 ocasiones al finalizar la recolección de información, las personas solicitaron que su encuesta no se utilizara en este estudio. Posterior a ello, la información se organizó en un documento de Excel, para lograr tener un correcto manejo de esta, en donde se hicieron varios cálculos estadísticos, como lo son promedios y distribución de los datos. Finalmente, para probar la correlación entre algunas variables, se utilizó el programa SPSS.

Por consideraciones éticas de privacidad, todos los datos recolectados de las personas entrevistadas o encuestadas fueron utilizados únicamente con fines académicos con miras a realizar el presente proyecto. Por lo tanto, el investigador protegió y mantuvo en secreto la información confidencial de las personas, se abstuvo de usar esta información para cualquier propósito que se desvíe de la investigación original, se abstuvo de revelar información confidencial a terceros. En aras de tener un trabajo éticamente responsable, se realizó un proceso de consentimiento informado verbal, en donde se le explicó a los entrevistados que su participación tenía riesgo nulo, pues no se recolectó información personal, que pudiera

ligar el estudio a cada individuo, aunado a ello los beneficios que puede traer para la comunidad en el mediano plazo.

Por consideraciones éticas investigativas, el investigador se comprometió a devolver un producto a la comunidad, de la cual substrajo la información para realizar su investigación. En este caso el investigador presentará su investigación a las entidades prestadoras del servicio de salud y a la secretaria de salud de la municipalidad, para que estos cuenten con información de campo actualizada.

6. Revisión conceptual y estudios sobre el tema

En este apartado se hablará de las políticas públicas en salud, cómo han sido comprendidas desde diferentes actores institucionales y teóricos. Posterior a ello, se realizará una evaluación de la evolución de los costos catastróficos, vista desde la perspectiva de actores como lo son la Secretaría de Salud Pública y la OMS. Aunado a ello, se presentan algunos estudios de caso, en donde se analizan los costos catastróficos de la TB y su incidencia sobre la culminación efectiva del tratamiento. Para finalmente, dar una definición conceptual del concepto de políticas públicas con enfoque en salud, con la cual, el autor entendiendo las partes subsecuentes del texto, junto con la definición de costos catastróficos, todo a partir de la revisión bibliográfica aquí expuesta.

6.1. Determinantes para la adherencia al tratamiento de TB y estudios sobre costos catastróficos en TB

En diferentes estudios realizados en Nicaragua, Cali, y Buenaventura, se han encontrado determinantes claves, que afectan directamente las posibilidades de culminar exitosamente el tratamiento de TB. En estos estudios, se hacen regresiones lineales, en donde mediante un análisis bivariado, se encontraron los principales rubros que afectan el cumplimiento del tratamiento. En todos los estudios los factores socioeconómicos se configuran como una barrera, puesto que impactan económicamente a los pacientes por la pérdida de productividad, gracias a la debilidad física propia de la enfermedad. Es por esto por lo que la incapacidad de asumir costos como los del transporte incrementa el riesgo de incumplimiento, logrando que estos pacientes incumplan 1.82 veces más con el tratamiento,

que aquellos que si pueden costear este gasto (Soza, 2005). Por su parte, quienes no tenían una residencia fija o se encontraban en condición de habitantes de calle tenían 3.2 veces mayor probabilidad de abandonar el tratamiento, que aquellos quienes tenían un domicilio fijo (Soza, 2005). Aunado a ello, las barreras de acceso al sistema médico incrementaban las posibilidades de deserción, logrando así que quienes tuvieran dificultades para acceder al sistema de salud, abandonaran 2.6 veces más el tratamiento, que quienes tenían facilidades de acceso (Carvajal, 2018). Además de esto, las ocasionales fallas del sistema impedían el suministro adecuado y oportuno del tratamiento, lo cual, lograba que quienes tuvieran este problema abandonaran el programa 5.53 veces más que aquellas que no tenían problemas con el sistema médico (Carvajal, 2018). Por estas razones los factores económicos se reconocen como una de las principales barreras para el tratamiento farmacológico.

Lo anterior no implica que son las únicas barreras, por el contrario, existen muchas otras, en primera instancia está el capital social de las personas y sus redes de apoyo, pues quienes aseguraban tener buenas relaciones familiares tenían un 92% de probabilidades de culminar exitosamente el tratamiento, en comparación con aquellos con relaciones familiares turbias (Soza, 2005). En otro rubro de estudio se encontró como uno de los principales factores, que generan apego al tratamiento, es la posibilidad de acceso a grupos espirituales o religiosos, “aquellos pacientes que informaron que nunca asistían a dichas reuniones presentaron una oportunidad de incumplir el tratamiento 28.17 veces mayor que los que informaron que asistían diaria o casi diariamente a misa o culto” (Carvajal, 2018, p.80). Por estas razones los factores sociales y las redes de apoyo, se configuran como una oportunidad para generar adherencia al programa de TB, pues quienes poseen vínculos fuertes, tienen mayor probabilidad de culminar exitosamente el proceso médico.

Un último rubro que impacta considerablemente la adherencia al programa son los hábitos de vida de los pacientes, el uso de diferentes sustancias recreativas ya sean legales o ilegales, afectan directamente las posibilidades de culminar exitosamente el tratamiento. Entre las principales sustancias estudiadas, se encuentra que el consumo de cigarrillo de tabaco incrementaba las posibilidades de incumplimiento en 4.83 veces, en comparación con aquellos que no fumaban. En esta misma línea, el consumo de diversas bebidas alcohólicas incrementaba las posibilidades de incumplimiento en 5.25 veces que aquellos quienes no

ingerían ninguna sustancia alcohólica continuamente, estas bebidas incrementan la probabilidad de deserción del programa de TB en igual medida que el consumo de drogas ilícitas (Soza, 2005). Es decir, para la adherencia al programa, tanto las drogas ilícitas, como las bebidas alcohólicas, presentan un riesgo idéntico, para la culminación exitosa del tratamiento.

6.2. Marco Conceptual del estudio

Ahora bien, gracias a la revisión bibliográfica realizada, en este apartado se tomarán dos grandes categorías de análisis, para lograr responder a los objetivos específicos de la investigación, estas son: las políticas públicas con enfoque en salud y los costos catastróficos. Para entender las políticas públicas con enfoque en salud, primero es necesario hacer un recorrido sobre la discusión existente acerca de ¿qué es una política pública? Para adentrarse posteriormente a la pregunta por ¿qué es una política pública con enfoque en salud? En la segunda categoría de análisis es necesario saber no solo qué se ha dicho acerca de los costos catastróficos sino también conocer sus determinantes. Para tomar una postura teórica, el presente escrito se regirá bajo los planteamientos de Roth, en el área de políticas públicas. En la cual se nos define las políticas públicas como:

“Un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables, y por medios y acciones, que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática” (Roth. 2016, p.21)

Se opta por esta definición pues se ve a la política pública como un instrumento de transformación de la realidad de las personas, de esta manera los gobernantes pueden generar cambios sociales, desde la perspectiva clásica de top-down, pues esta herramienta buscaría ofrecer soluciones de ingeniería social e institucional. Logrando así, una intervención estatal que modifique las características de vida de la población con TB de la comuna 5.

Ahora bien, para poder crear una línea de base que permita la instauración de una política pública, es necesario delimitar el área de trabajo, es decir no se trabajará buscando una

política pública en general, sino que se desea hacer una política con énfasis en salud. Por lo tanto, tomando como línea de base, la definición planteada, de políticas públicas con enfoque en los derechos humanos, del Segeplan 2015 y la definición de políticas públicas en salud planteada por Franco y Alvarez en el 2008, me aventuro a crear mi propia definición de políticas públicas con enfoque en salud pública. Por lo tanto, en el presente texto se entenderá a las políticas públicas con enfoque en salud pública a aquellas políticas que han trascendido el paradigma de los enfoques tradicionales, incorporando la salud pública como elemento clave en la formulación de políticas públicas. Estas se enfrentan a los determinantes de la salud, pues la salud se gana o se pierde por factores que desbordan la esfera sanitaria como lo son la nutrición, vivienda, agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano, es por ello, que la salud se debe entender como un proceso de desarrollo, en donde esta mejora o empeora dependiendo de diversos factores, y no como una variable que se puede poner o quitar. Para lograr garantizar esto es necesario una penetración estatal que asegure estos determinantes básicos de la salud.

7. Iniciativas públicas en TB en Colombia

En el presente apartado se hará un análisis de las leyes, decretos, normativas y programas que rigen actualmente en Colombia para controlar la tuberculosis. Esto con el fin de conocer cuáles son los vacíos, en términos de política pública, que pueden ser solucionados con la presente investigación, buscando generar mayor adherencia al tratamiento de TB, para lograr de esta manera, una mejor prestación del servicio de salud e intervención integral, ofreciendo soluciones a las necesidades reales que enfrenta la población más vulnerable. Aquí se encuentra que, aunque el Estado busca dar una solución biomédica al problema de la TB, este no logra controlar efectivamente la enfermedad, pues los determinantes sociales de la misma, crean barreras que no permiten un control integral de la TB

En términos generales, existen antecedentes a la ley actual. En 1993 nace la ley 100, con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades, haciendo especial énfasis en la prevención como herramienta para mejorar la salud pública. En esta ley se pacta la obligatoriedad del sistema de salud para todo colombiano (Congreso de la Republica, 1993). Posteriormente, en

el año 2000 se crea la resolución 412, en donde se plantean las actividades, los procedimientos e intervenciones de cumplimiento obligatorio, para poder prestar protección específica, detección temprana, y atención a enfermedades consideradas como un problema de salud pública, entre esas la TB (Ministerio de Salud, 2000).

En el 2011 se decreta la ley 1438, mediante la cual nace la Atención Primaria en Salud (APS). Este acontecimiento sentó las bases para la coordinación intersectorial, en donde se reconoce que la prestación del servicio de salud por sí sola es insuficiente, para tratar ciertas enfermedades, por lo tanto, es necesario la participación social, comunitaria y ciudadana para mejorar la salud pública (Congreso de la Republica, 2011). Tiempo después, la ley 1751 de 2015, establece el papel fundamental que juegan los determinantes sociales de la salud para el goce efectivo de una buena salud; en el artículo 9 de la misma se plantea que el Estado debe crear políticas públicas que reduzcan las desigualdades, promuevan el mejoramiento de la salud, prevean la polución de enfermedades y eleven el nivel en términos de calidad de vida, esto en aras de lograr la equidad en salud (Congreso de la Republica, 2015).

Aunado a ello, en la misma ley 1751, se propone que “El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud” (Congreso de la Republica, 2015, p.5). Esto demuestra el nuevo enfoque que busca el Estado, pues entiende que, razones ajenas al sistema de salud, afectan el bienestar de la población, y que, para alcanzar la equidad en términos de salud, se debe intervenir al paciente en esferas por fuera de la médica.

Ahora bien, actualmente en Colombia existe un programa encargado del tratamiento integral de la TB, basado en las orientaciones del Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis, 2016-2025”. Este nuevo plan surge después de finalizar el Plan Estratégico “Colombia Libre de Tuberculosis 2006 -2015”. El plan 2016-2025 busca guiar la asignación de recursos, la definición de las acciones y el establecimiento de prioridades en la lucha contra la TB. Existen tres pilares en este plan los cuales son: 1) la prevención y atención integral centradas en los afectados por TB, 2) compromiso político, protección social y sistemas de apoyo en Colombia y 3) investigación operativa e implementación de iniciativas y herramientas innovadoras para el control de la tuberculosis en Colombia. Por los planteamientos desarrollados en el pilar número dos, este se encuentra estrechamente relacionado con los

finde de la presente investigación, por ello se hará un análisis de este para conocer cuáles son las problemáticas que se deben atacar desde el Estado.

El pilar número dos se basa en una línea estratégica, la cual busca asegurar el acceso a los programas de protección social para al menos el 60% de los pacientes afectados por tuberculosis, que sufren de los problemas generados por los costos catastróficos al año 2025 (MINSALUD,2016). Por ello, busca la implementación de diferentes planes departamentales, distritales y de gestión administrativa a la mayor cabalidad posible. Otro objetivo importante por cumplir es, lograr la mayor cobertura a las estrategias de protección social y asegurar el funcionamiento de los sistemas de control e información de la TB. Por último, se quiere promover la participación de la población civil en la toma de decisiones, para conocer cuáles son sus problemáticas y como solucionarlas.

Para la implementación de los diversos planes departamentales o distritales, propone realizar análisis de los territorios; la participación intra e intersectorial de la sociedad civil y el Estado, fortaleciendo el talento humano, la capacidad institucional y la gestión pública. Para lograr mayor cobertura en el sistema de estrategias de protección, se busca incorporar servicios de protección social en el tratamiento de TB. En busca de mejorar el funcionamiento de los sistemas de control se desea la transparencia en el sistema de información y vigilancia en salud pública, para hacer un uso racional de los medicamentos. Por último, para promover la participación de la población civil, se propone implementar estrategias que promuevan los derechos de las personas afectadas y sus familias, sumado a ello se desea un acompañamiento psicosocial para generar mayor adherencia al tratamiento (MINSALUD, 2016).

Para lograr esta adherencia, el Plan Estratégico, se plantea la necesidad de caracterizar las poblaciones afectadas para poder brindarles un tratamiento específico a sus necesidades. Es por ello, que para el sistema de vigilancia es necesario “en la caracterización de las poblaciones más afectadas por tuberculosis, conocer quiénes son, dónde viven y cuáles son los determinantes de sus condiciones de salud, lo cual permitirá el enfoque diferencial” (MINSALUD, 2016, P.43). Aunque existe esta reglamentación, las comunidades no están siendo intervenidas para lograr los tratamientos específicos que requieren.

Ahora bien, desde el área de órdenes ejecutivas encontramos la circular externa número 058 del 2009, en donde se especifica la duración de los tratamientos; los criterios necesarios para el egreso de pacientes con TB; el seguimiento de contactos con las personas, en términos de visitas y vigilancia epidemiológica. También se incluyen ajustes a los esquemas y categorías de tratamiento (Ministerio de Protección social, 2009). Junto a lo anterior, existe la circular externa número 055 del 2016, en donde se abordan los lineamientos programáticos para el manejo de la TB en niños, casos de TB-MDR y TB con síntomas respiratorios. Es decir, se dan las directrices para la dosificación de los medicamentos, dependiendo de la edad, peso y resistencia a tratamientos tradicionales. Además de ello, plantea los lineamientos para buscar nuevos casos de TB en población con síntomas respiratorios, pues al no existir una alta tasa de incidencia en TB es importante conocer los nuevos casos para tener mayor control sobre la enfermedad (MINSALUD, 2016).

Por otro lado, se está construyendo la ruta integral de atención para la tuberculosis. Estas son un conjunto de acciones que buscan garantizar el derecho a la salud, materializada en atención a personas, familias y comunidades para prevenir enfermedades, un diagnóstico oportuno, un tratamiento eficaz y cuidados paliativos. Para lograr la promoción de la salud la ruta integral de atención para la tuberculosis plantea una lucha desde diferentes frentes, que trabajan de manera individual, pero son complementarios, pues buscan el mismo objetivo. Estos frentes son: primero el educativo, en donde se propone incorporar mecanismos de promoción, prevención y control de la TB. Segundo, un énfasis comunitario en donde se desea informar a la comunidad para prevenir la TB y disminuir las barreras de su diagnóstico. Tercero, un énfasis familiar, en donde se busca generar un buen entorno que permita la disminución del estigma de la TB y garantice un ambiente seguro para la persona afectada. Cuarto, el último frente es el laboral, en donde se busca adecuar los espacios de trabajo para minimizar el contagio de la enfermedad (MINSALUD, 2016).

En el marco de la protección social, según el Ministerio de Salud la mayor porción de casos de TB ocurre entre la población de escasos recursos (MINSALUD, 2016). Como ya se mencionó anteriormente, el sistema cubre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, pero

los pacientes incurren en gastos adicionales, como el transporte y la alimentación. Estos son un problema para la continuidad del paciente en el tratamiento, pero se configuran como una falencia del Estado, cuando el Ministerio de Salud nos plantea que:

No hay registro de los costos derivados de padecer la enfermedad ni mediciones de los costos catastróficos en que incurren los enfermos y sus familias, así como tampoco con mecanismos para identificar quiénes requieren intervenciones de protección social. No existe una identificación de las competencias de las instituciones de sectores diferentes a salud en el apoyo a las intervenciones orientadas a modificar los determinantes de la enfermedad (MINSALUD, 2016, P.46)

A partir de la creación de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) se comprende el derecho a la salud de una manera más amplia, en donde es necesario no solo garantizarle a cada sujeto las vías para tener una buena salud, sino que hay que pensar la salud de manera comunitaria, es decir que la atención va dirigida a familias y comunidades completas, en diferentes ámbitos para lograr la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico oportuno, el correcto tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. Las RIAS tienen 3 rutas, la primera está enfocada en la promoción y mantenimiento de la salud, por ello busca prevenir enfermedades, generar cultura en el cuidado de sí mismo, la comunidad y las familias, y promover la salud. La segunda ruta, se enfoca en entender las enfermedades desde un área social, por lo tanto, busca generar intervenciones colectivas, en aras de identificar los factores de riesgo, el modo de intervención necesario, logrando así evitar la aparición de problemas de salud comunitarios. La última ruta se enfoca en el diagnóstico oportuno, el tratamiento y la rehabilitación de condiciones de salud priorizadas (Ministerio de Salud, 2019).

Después de analizar los principales programas estatales, los cuales, muestran un planteamiento estratégico organizado, que ayuda a solventar los problemas que se proponen en la presente investigación, el vacío que se encuentra en los programas es la implementación empírica de las líneas estratégicas. Es aquí donde la presente investigación cobra relevancia, pues esta ayuda a la recolección y análisis de información primaria, necesaria para la correcta

implementación de las estrategias estatales, que permitan mayor adherencia al tratamiento de TB.

8. Resultados. Análisis de los costos catastróficos en la comuna 5 de Palmira.

En el estudio se entrevistaron 32 personas, en donde se encontró que la TB, ataca principalmente a los hombres de esta comuna. Teniendo una distribución por sexo, en donde el 73% de la población es masculina y el 27% restante, es femenina. Esto es consistente con lo que postula la OMS, quien nos plantea que, en gran parte del mundo, hay muchos más hombres diagnosticados con TB que mujeres, aunque el segundo grupo tiende a morir en mayor proporción a causa de esta enfermedad (OMS, 2019). En términos de edad, hay una gran variación, pues el paciente más joven tiene 18 años, mientras que el mayor ya cuenta con 76 años de edad. A pensar que existe este gran rango de edad, la TB afecta principalmente a los adultos entre los 40 y 50 años, en la comuna 5 de Palmira.

Tabla #1 Características sociodemográficas de la población encuestada

Características sociodemográficas	
Genero	
Femenino	27%
Masculino	73%
Edad	
18-25	8%
26-30	15%
31-35	8%
36-40	15%
41-55	31%
55 o más	23%
Nivel educativo	
Sin estudios	8%
Estudios Primarios	67%
Estudios Secundarios	25%
Estrato socioeconómico	

Estrato 1	25%
Estrato 2	72%
Estrato 3	3%
Ocupación antes de tener TB	
Empleado	58%
Independiente	42%
Ocupación Actual	
Empleado	42%
Independiente	33%
Desempleado	25%
Estatus de VIH	
Positivo	17%
Negativo	75%
Desconocido	8%

Como se explicó anteriormente, la TB, se encuentra intrínsecamente ligada a las condiciones sociales de la población. Es aquí donde el estrato socioeconómico, la cantidad de personas que viven en una casa, el número de cuartos en el hogar, el nivel educativo del paciente, entre otras variables cobran relevancia.

Se encontró que la mayor parte de la población con TB en la comuna 5, vive en casas de estratos 1 o 2. Teniendo la mayor porción de los pacientes en estrato 2, donde se encuentra concentrado el 71.9% de la población que padece de esta enfermedad. Dato que guarda congruencia con la calidad de vida de las personas que habitan en esta comuna. Ahora bien, el dato sorprendente se encuentra en el estrato 1, puesto que solo el 3.4% de los predios en todo el barrio son de este estrato. Por lo tanto, encontrar que el 25% de la población con TB se encuentre aglomerada en esta porción, muestra cómo las condiciones de vida afectan la posibilidad de padecer TB.

Ahora bien, el índice de hacinamiento según la CEPAL, es una razón de 3 personas por cuatro (CEPAL, 2017). Aunque la población estudiada no vive en condiciones netas de hacinamiento, se encuentran muy cerca de estarlo, dado que, se encontró que en promedio

viven 4.9 personas, en 2.1 cuartos. Esta condición, ayuda a reproducir la enfermedad, pues incrementa el índice de contagio con las demás personas de la familia.

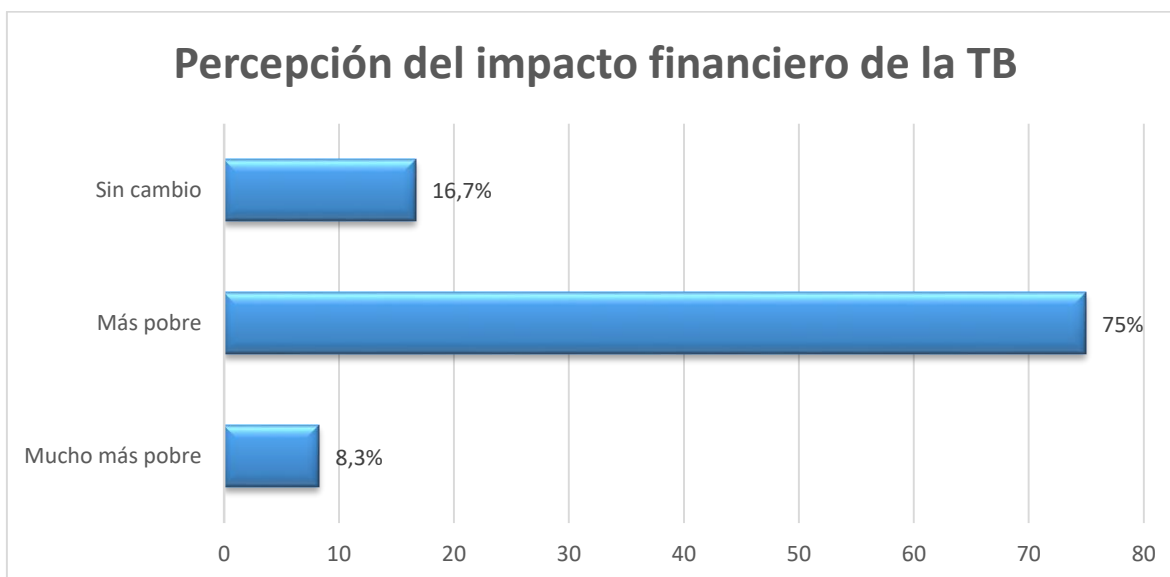
En términos académicos, la población encuestada se encuentra muy por debajo de los índices de la ciudad. Según el Dane para el año 2005 solo el 6.1% de la población, de la ciudad no tenía estudios algunos, el 35% tenía estudios secundarios, otro 35% tenía estudios primarios, y el 23.5% contaba con estudios superiores a los secundarios (Dane, 2005). Esto nos muestra como esta población, en términos educativos, se encuentra por debajo de la media de la ciudad; pues gran parte de los encuestados, solo cuentan con estudios primarios, mientras que en la ciudad se tiende a contar con estudios secundarios o superiores. Al no contar con datos más recientes no es óptimo hacer aseveraciones en términos educativos, pero se espera que esta problemática sea aún mayor, pues la transición demográfica que experimenta la ciudad tiende a mejorar el nivel educativo de la población, lo que probaría que esta población se encuentra en una condición aun peor, que la descrita en este estudio. Prueba de esta transición es que para el año 2018 se cuenta con una tasa de cobertura neta en educación del 99.1%, la cual ayudó a posicionar a la ciudad como el municipio del Valle del Cauca, con el promedio más alto de las Pruebas Saber Pro durante 3 años consecutivos (Alcaldía de Palmira, 2019).

Ahora bien, en términos económicos el ingreso familiar promedio ronda los \$ 878.500 COP. Los costos de transporte varían dependiendo del paciente, en algunos casos los pacientes no asumen ningún gasto por la proximidad del centro de salud con sus hogares, pero por dificultad para la movilización existen casos en donde hasta \$ 13.000 COP son necesarios para cubrir el transporte de una persona. En promedio la población gasta \$ 4.600 COP pesos, en cada visita que deben realizar al hospital. Sumado a ello hay gastos anexos, que incrementan el costo de vida de una persona que tiene TB y el de su familia. Como el uso de tapabocas durante la primera fase de tratamiento, los cuales tienen un costo promedio de \$500 COP pesos, el cual es un desgaste económico para las familias, pues dependiendo de la calidad del mismo, se puede cambiar cada 5 días, pero en promedio un paciente puede gastar hasta 15 tapabocas al mes.

De igual manera, cuando se inicia el tratamiento de TB, se recomienda fortalecer la dieta no solo con nuevos alimentos sino con suplementos vitamínicos también. El 75% de la

población encuestada consume estas vitaminas, lo que supone un gasto promedio a la semana de \$40.830 COP, lo cual puede suponer un gasto de hasta el 4,6 % del ingreso familiar mensual. Este es un gasto constante durante los tres primeros meses del tratamiento, en donde algunas familias invierten hasta \$160.000 COP en suplementos. Ahora bien, en el cambio de dieta, en donde las personas deben consumir más frutas, verduras, lácteos y productos cárnicos, se encuentra el rubro que mayor desgaste económico le genera a las familias de las personas con TB, en donde es posible ver un incremento en el consumo de estos hasta por \$200.000 COP. Esto afecta la economía del hogar pues en promedio el gasto incrementa \$42.000 COP semanalmente, lo que significa que este rubro consume aproximadamente el 4.8% del ingreso familiar mensual.

Gráfico #1 Percepción del impacto financiero de la TB



En el marco de la calidad de vida, la percepción de los pacientes no es nada favorable, pues más del 80% de ellos, siente que desde que tienen TB, su familia se encuentra en una condición económica desfavorable, teniendo en cuenta que ya son población de bajos recursos, esta caída los afecta más fuertemente. En este estudio se encontró una correlación positiva fuerte, entre las horas de espera, y el tiempo laboral perdido con un nivel de significancia del 98%, esto se encuentra relacionado con el costo de oportunidad que implica ir a tomar los medicamentos, pues está afectando negativamente los ingresos de la familia, y

el tiempo laboral que se puede permitir trabajar una persona con TB. Esto se ve reflejado en el tiempo promedio que le toma a un paciente, ir a sus citas de control, el cual es de aproximadamente 105 minutos en una institución médica. Esto es usualmente causado por los largos tiempos de espera y la mala organización en el hospital, pues se les atiende por hora de llegada, sin cuadrar una cita previamente, lo que obliga a que las personas, pasen largo tiempo en una sala de espera.

En algunos casos el tiempo de espera, los obliga a perder media jornada laboral, reduciendo los ingresos del día en \$20.000 COP. En promedio una hora laboral, de esta población, tiene un valor aproximado \$ 5.500 COP, al perder casi dos horas en cada visita, en promedio las personas pierden un 25% de los ingresos diarios. Sumado a esto, están los efectos de TB en la vida personal, siguiendo con la percepción, encontramos que el 70% de la población encuestada sienten que la enfermedad, ha afectado su vida personal de alguna manera; el 33% de ellos perciben inseguridad alimentaria, directamente ligado a la pérdida de ingresos; el 8% de los pacientes, reporta haber sido excluido socialmente de alguna manera, el caso más frecuente, es el contacto con niños; el 17% perdió a su pareja a causa de la TB; y más 40% reportan pérdida del sustento económico, como se explicó anteriormente.

El coletazo por los tiempos de espera ha afectado directamente las horas de trabajo de la población encuestada, puesto que, gracias al nivel educativo de esta población, los oficios a los que se dedican tienden a ser aprendidos empíricamente, por ello se encontró que gran parte se dedica a la construcción, oficios como plomería, electricistas, ayudante de cocina para las mujeres son también comunes, en estas labores se factura por hora trabajada. Esto llevó a que, en promedio el 42% de las personas perdieran sus empleos ya sea por la imposibilidad física de realizarlos, por la debilidad producida por la enfermedad, o por el tiempo que deben invertirle para recuperarse y que el empleador no está dispuesto a asumir la pérdida de mano de obra. En promedio, gracias a la población que perdió su trabajo, hay una disminución de horas laborales cercana al 65%, en donde personas que eran empleadas perdían sus puestos de trabajo, y los independientes tenían que reducir su ritmo de producción hasta un 50%. Esto claramente tuvo un impacto financiero en las familias de esta comunidad. El ingreso promedio de las familias disminuyó en un 54%, teniendo casos, en donde el

ingreso actual es 0 y deben sobrevivir con donaciones de la familia, amigos o préstamos económicos.

Uno de los problemas principales de la población vulnerable es el endeudamiento con agentes ilegales/informales. Esta es una consecuencia directa de la incapacidad a acceder a servicios financieros regulados, debido a barreras de entrada o desconocimiento. Ante esto, y con necesidades latentes, las personas de bajos recursos recurren a vías informales para transferir dinero a sus familiares, ahorrar, invertir o enfrentar calamidades (Allen et al., 2012). Sin embargo, estas vías alternas manejan tasas de interés muy costosas –incluso por fuera de las leyes regulatorias-; además, son insuficientes e inseguras para las personas que acceden a ellas (Karlan, Ratan y Zinman, 2014). Se encontró que esta población suele acceder a préstamos del mercado negro, en un 70% de los casos aproximadamente, en donde el monto promedio a pedir es de \$250.000 COP, con una tasa de interés del 10% mensual, incluso superior en algunos casos llegando al 15%, lo cual perpetúa los círculos de pobreza, pues solo incrementa el empobrecimiento de las familias (Simmel, 2010). El otro 30% recurre a la familia, por montos superiores, en promedio por \$680.000 COP, en ocasiones específicas se solicitó hasta \$2.000.000 COP, pero estos no piden interés e incluso en algunos casos, no solicitan la devolución del dinero, generando un alivio monetario a quienes padecen de TB

9. Conclusiones

Aunque el tratamiento es completamente gratuito lo cual es un acierto Estatal, pues permite generar continuidad en el mismo, el incremento en el costo de vida, las horas perdidas en las jornadas laborales y la disminución del ingreso familiar, están afectando la calidad de vida de la población con TB. Esto es un riesgo para la salud pública, pues puede llevar al abandono del tratamiento, cuando los gastos sean insostenibles para el paciente. Esto se configura como una barrera que el Estado debe solventar, para lograr el control efectivo de la TB.

Esta barrera incrementa los costos en el largo plazo para el Estado, pues deberá asumir nuevamente el tratamiento de este paciente, cuando recaiga y el de todas las personas que pudo infectar en el tiempo que se encontraba por fuera el programa. Además de ello, es necesario tener en cuenta, que las personas infectadas por este paciente que recaen,

probablemente tengan una cepa que ya es resistente a la primera ronda de medicamentos. Esto es un problema, pues genera barreras, para el control de la enfermedad, dado que incrementará el número de infectados, por el círculo social en el que se encuentran y las barreras de pobreza que enfrentan probablemente repitan el ciclo de la persona que los contagió.

En términos de preponderancia, la variable que tienen mayor impacto económico, en los pacientes de TB de la comuna 5 de Palmira, es el tiempo de espera que deben pasar en el hospital, pues este trae consigo un costo de oportunidad muy alto, en donde los pacientes pierden su ingreso diario, por la necesidad de estar en una sala de espera en los hospitales.

Por estas razones los costos catastróficos de la TB, se configuran como un tema relevante a investigar desde la Ciencia Política. Pues estos, pretenden rescatar el rol del Estado en una problemática así. Ahora bien, según la revisión bibliográfica previamente analizada, es posible decir que estos gastos tienden a repetirse de manera sistemática, en una población con características sociodemográficas similares. Por lo tanto, puede pensarse que el problema es estructural, es decir, recae sobre la organización misma del Estado y su incapacidad para velar por un control integral de la TB; que le permita al sujeto no solo acceder al tratamiento médico, sino que este pueda sobrellevar todos los problemas económicos y sociales, que acarrea la enfermedad, para lograr culminar exitosamente el tratamiento. Solo cuando el Estado cumpla con estas condiciones, logrará cumplir su fin último, que es velar por la seguridad de la población.

Es así como los problemas con el mercado negro de préstamos son una oportunidad para el Estado, pues “la población sin banca es una población marcadamente más pobre, menos educada y que depende de la economía informal, en contraste con la población que cuenta con servicios bancarios. Los pobres constituyen la gran mayoría de los sin banca” (Banco mundial, 2006, p.1). En este orden de ideas, es posible identificar cómo la población más vulnerable se encuentra inmersa en un ciclo de pobreza, que se perpetúa por la incapacidad de acceso a la banca. Como solución a esta problemática diferentes entidades a nivel internacional y nacional han iniciado procesos de inclusión financiera, para lograr el ascenso social y económico de estas poblaciones vulnerables. Es de esta manera, como el Estado, mejorando la tasa de bancarización e iniciando procesos de inclusión financiera, puede

ayudar a la población con TB a no empobrecer de manera desmedida a su familia, pues en entidades legales pagarán tasas de interés, dentro del margen legal.

Ahora bien, la población más vulnerable tiende a acceder a los servicios financieros mediante microcréditos, pues estos son un instrumento efectivo para aliviar las condiciones de pobreza. En este punto, es necesario tener en cuenta que el crédito no es condición suficiente para el desarrollo. Es decir, los préstamos por sí solos no erradican la pobreza. No obstante, sirven como medio para aprovechar el capital humano y productivo de estas poblaciones vulnerables; pues son las herramientas con las que se obtiene un activo inicial, que permite el desarrollo de microemprendimientos (Thaler, 2018). Configurándose así, como una posible herramienta para suplir la pérdida laboral, que sufren los pacientes de TB, permitiéndoles obtener una nueva fuente de ingresos.

Para finalizar es necesario aclarar que el estudio, el análisis y las conclusiones del mismo se encuentran sujetas a la información brindada por las personas intervenidas en esta investigación. La cual, al tener un muestreo no probabilístico, por la dificultad para alcanzar a toda la población de la comuna con TB, no permite extrapolar la información aquí obtenida a todo el municipio. Haciendo que esta investigación sea relevante, únicamente en territorio donde fue aplicada.

10. Anexos

Anexo #1

Pregunta	
1. 2. Sexo	1. Hombre 2. Mujer
3. Edad del paciente:	____ Años
4. Estatus del VIH	1. Positivo 2. Negativo 3. Sin examinar 4. Desconocido

Pregunta	
5. <i>¿Cuánto tiempo tomo el último control médico, en el cual no quedo hospitalizado, incluyendo tiempo de viaje y de espera?</i>	____ Horas
6. <i>¿Cuál fue el costo de transporte, en el cual no quedo hospitalizado, incluido el parqueo, en total para ti y cualquier acompañante de tu familia?</i>	
7. <i>¿Cuál fue el coste de alojamiento de su última visita, en total, por usted y cualquier acompañante de su familia?</i>	
8. <i>¿Qué tarifas tuviste que pagar, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado, por concepto de registro o consulta?</i>	Tarifa por consultas.....
9. <i>¿Qué tarifas tuviste que pagar, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado, por concepto de radiografía u otros similares?</i>	
10. <i>¿Qué tarifas tuviste que pagar, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado, por concepto de exámenes, exámenes de TB o similares?</i>	Tarifas por exámenes.....
11. <i>¿Qué tarifas tuviste que pagar, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado, por otros procedimientos?</i>	
12. <i>¿Qué tarifas tuviste que pagar, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado, por concepto de medicinas compradas por fuera de las instalaciones?</i>	Tarifas de medicina
13. <i>¿Qué otras tarifas tuviste que pagar, que no se encontraran en las anteriores mencionadas, durante tu última visita de seguimiento, en la cual no quedo hospitalizado?</i>	Otras tarifas.....
14. <i>¿Compraste algún suplemento nutricional, por fuera de la dieta regular, a causa de la TB? por ejemplo vitaminas</i>	1. Si 2. No

15. ¿Si la respuesta es sí, aproximadamente cuanto gastaste, en los suplementos durante la semana pasada?	
16. ¿Compraste algún tipo de alimento adicional, diferente de tu dieta regular, a causa de la TB? Por ejemplo, carne, bebidas energéticas, o frutas recomendadas por el personal de salud	1. Si 2. No
17. ¿Si la respuesta es sí, aproximadamente cuanto gastaste, en los alimentos adicionales, durante la semana pasada?	
Preguntas	
18. ¿Cuál es tu nivel educativo?	1. Aun no inicia estudios 2. No ha asistido a la escuela 3. Estudios primarios 4. Estudios secundarios 5. Universitarios 6. Graduado del colegio 7. Otro
19. ¿Cuál era tu Fuente primaria de empleo, o trabajo normal, o principal actividad normal, antes de contraer TB?	1. Estudiante 2. Técnico 3. Proveedor de servicios 4. Empleado 5. Granjero 6. Empleado gubernamental 7. Profesor 8. Pensionado 9. Independiente 10. Desempleado 11. Otro
20. ¿Cuál es tu Fuente primaria de empleo, o trabajo normal, o principal actividad normal ahora?	1. Estudiante 2. Técnico 3. Proveedor de servicios 4. Empleado 5. Granjero 6. Empleado gubernamental 7. Profesor 8. Pensionado 9. Independiente 10. Desempleado 11. Otro
21. ¿Cuál es tu principal Fuente de agua?	1. Tubería 2. Embotellada 3. Otra
22. ¿Qué tipo de facilidades tienes en el baño?	1. Inodoro 2. Otro
23. ¿Tu hogar tiene?	Electricidad 1. SI 2. No Televisión 1. SI 2. No

	Motocicleta	1. SI 2. No
	Armario	1. SI 2. No
	DVD	1. SI 2. No
24. Estrato socioeconómico	A) 1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 F) 6	
25. ¿Eras la persona con mayores ingresos en tu casa, antes de contraer TB?	1. Si 2. No	
26. ¿Cuántas horas a la semana trabajabas antes de contraer TB?		
27. Si tenías un trabajo pago, ¿cuál era tu ingreso neto estimado, por actividades laborales al mes, antes de contraer TB?		
28. ¿Aproximadamente cuál era el ingreso neto de tu familia, relacionado con actividades laborales, por mes, antes de contraer TB? (Los ingresos de toda la familia se deben sumar)		
Pregunta		
29. Si tienes un trabajo pago, ¿cuál es tu ingreso estimado, por actividades laborales, por mes en este momento?		
30. ¿Cuál es el ingreso familiar estimado, por actividades laborales, por mes, ahora?		
31. ¿Cuántas horas por semana estas trabajando ahora?		
32. ¿Cuántos niños y adultos duermen, regularmente en su casa?		
33. ¿Cuántos cuartos hay en la casa?	#	
34. ¿La TB ha afectado de alguna manera tu vida social o privada?	1. No 2. Inseguridad alimenticia 3. Divorcio o separación de la pareja 4. Perdida del trabajo 5. Interrupción de los estudios 6. Exclusión social 7. Otro	

Pregunta	
35. ¿Pediste algún préstamo o recibiste dinero para cubrir los costos incurridos, desde que se inició el tratamiento de TB?	1. Si 2. No
36. ¿En caso que la respuesta sea si, cuanto prestaste o recibiste? (En total)	_____
37. ¿De quién recibiste o prestaste el dinero?	1. Familia 2. Vecinos/Amigos 3. Banco Privado 4. Cooperativa 5. Empleador 6. Prestamista no oficial (Mercado negro) 7. Otro
38. ¿Esperas pagar el monto prestado?	1. Si 2. No
39. ¿Vendiste alguna propiedad para financiar los costos ocurridos durante el tratamiento de TB?	1. Si 2. No
40. Si la respuesta es sí ¿Que vendiste?	1. Tierras 2. Ganado 3. Medio de transporte 4. Artículos del hogar 5. Productos agrícolas 6. Oro/ Joyería 7. Otro
41. ¿Cuánto dinero recibiste del total de las ventas?	
42. El impacto financiero en tu hogar, desde que experimentaste síntomas de la TB han sido que tu hogar se volviera:	1 = Más rico 2 = sin cambio 3 = Más pobre 4 = Mucho más pobre

11. Bibliografía

Alcaldía de Cali (2016). Plan de desarrollo 2008-2011.

Alcaldía de Cali (2011). Cali, en la lucha contra la tuberculosis. Recuperado de: http://www.cali.gov.co/salud/publicaciones/38130/cali_en_la_lucha_contra_la_tuberculosis/

Alcaldía de Palmira. (2019). Mirá el cambio: con calidad educativa, palmira tiene el promedio más alto en las pruebas saber 11 de 2016, 2017 y 2018. Recuperado de: <http://www.palmira.gov.co/7742-gestion-en-educacion-motivo-para-que-los-palmiranos-se-sientan-orgullosos-y-hablen-bien-de-palmira>

Allen, F., A. Demirguc-Kunt, L. Klapper, M. Martinez Peira. (2012). The Foundations of Financial Inclusion: Understanding Ownership and Use of Formal Accounts. Washington, DC: Banco Mundial.

Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N. J., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, A., Moreno-Ruiz, D., & Alvis-Guzman, N. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 591-598.

Banco mundial (2006). De la Exclusión a la Inclusión Financiera Necesidad de mejorar la disponibilidad de crédito para los pobres en las zonas urbanas de América Latina.

Brooks, G. (2011). *Jawetz, Melnick y Adelberg: microbiología médica (25a*. McGraw Hill Mexico.

Carballeda, A. (2009). Las Cartografías Sociales y el territorio de la Intervención

CEPAL. (2017). Indicadores No Monetarios De Privación En América Latina: Disponibilidad, Comparabilidad Y Pertinencia.

CDC(2014)-Preguntas y respuestas sobre la tuberculosis. Recuperado de: <https://www.cdc.gov/tb/esp/publications/faqs/TBQASp.pdf8>

Carvajal-Barona R, Tovar-Cuevas LM, Aristizábal-Grisales JC, Varela-Arévalo MT. (2017) Barreras asociadas a la adherencia al tratamiento de tuberculosis en Cali y Buenaventura, Colombia, 2012.

Congreso de la Republica de Colombia (1993). Ley 100 de 1993.

Congreso de la Republica de Colombia (2011). Ley 1438 de 2011

Congreso de la Republica de Colombia (2015). Ley 1751 de 2015.

DANE. (2005). Censo General 2005 perfil Palmira Valle del Cauca.

Departamento Nacional de Planeación (2016) Salud pública. Recuperado de: <http://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>

Franco-Giraldo, Á., & Álvarez-Dardet, C. (2008). Derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gaceta Sanitaria*, 22(3), 280-286.

Freyermuth G. Mortalidad materna. (2009). Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres.

Fundación Progresamos. (2017). Anuario Estadístico de la ciudad de Palmira.

Gobernación del Valle del Cauca. (2018). Informe de evento de interés en salud pública enfermedades por microbacterias.

Heredia-Navarrete, M. R., Puc-Franco, M., Caamal-Ley, Á., & Vargas-González, A. (2012). Determinantes sociales relacionados con el tratamiento de tuberculosis en Yucatán, México. *Revista Biomédica*, 23(3), 113-120.

Karlan, D., A. Ratan y J. Zinman. (2014). “Savings By and For the Poor: A Research Review and Agenda.” CGAP 2014. CGD Working Paper 346. Washington, DC: Center for Global Development

Mariñez, F y Garza, V (2009). Política pública y democracia en América Latina del análisis a la implementación. Porrúa, México, D. F.

Martínez-Sánchez LM, Mejía-Cardona L, Jiménez-Cotes EA, Álvarez-Hernández LF, Castrillón-Velilla DM, González Palomino G, Lázaro Arroyo C, Doria-RomeroEM, AyazoVilladiego P, Ibañez-Gallego AK, Hernández-Sarmiento JM (2017). Costos de bolsillo de pacientes con diagnóstico de tuberculosis en Colombia. *An Fac med*.

Ministerio de Salud de Colombia. (2000). Resolución 412 de 2000: Guía de atención de la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Plan Estratégico “Hacia el fin de la Tuberculosis, 2016-2025”

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Ruta integral de atención para la tuberculosis

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016). Circular externa 000055

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017). INFORME DE EVENTO TUBERCULOSIS, COLOMBIA, 2017.

Ministerio de Salud y Protección social de Colombia (2019). Rutas integrales de atención en salud – RIAS. Recuperado de:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Rutas-integrales-de-atencion-en-salud-RIAS.aspx>

Ministerio de salud de Perú (2010). Preguntas frecuentes de tuberculosis. Recuperado de:
<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/tb/preguntas.html>

Observatorio de Seguridad, Convivencia y Cultura Ciudadana. (2015). Informe consolidado municipio de Palmira enero-diciembre 2015.

Organización mundial de la salud (2005). Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos.

Organización mundial de la salud (2007). Impacto catastrófico y empobrecimiento por gastos médicos: resultados de encuestas nacionales de hogares realizadas en Tailandia. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/85/8/06-033720-ab/es/>

Organización mundial de la salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008.

Organización mundial de la salud (2010). Out-of-pocket payments, user fees and catastrophic expenditure. Recuperado de: http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/out-of-pocket-payments/en/

Organización mundial de la salud (2014). Incidencia del gasto catastrófico por motivos de salud y enfermedades asociadas con el mismo en los hogares en Nepal: un estudio transversal. Recuperado de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/10/13-126615-ab/es/>

Organización mundial de la salud (2015)- Protocol for survey to determine direct and indirect costs due to TB and to estimate proportion of TB-affected households experiencing catastrophic total costs due to TB.

Organización Mundial de la Salud. (2016). Determinantes de Salud

Organización Mundial de la salud. (2017). informe mundial sobre la tuberculosis 2017. Recuperado de: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2017_executive_summary_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2019). Tuberculosis y género.

Posgrado en salud social y comunitaria (2011). Políticas de salud.

Organización Mundial de la Salud. (2019).

priority public health conditions: the example of tuberculosis. WHO Regional Office for Secretaria de Salud de México (2015). Gasto catastrófico y empobrecedor en salud.

Red de Salud de Ladera (2018). Misión y Visión recuperado de: <http://www.saludladera.gov.co/nosotros/mision-y-vision>

Secretaría de Salud Pública Municipal – Santiago de Cali, 2015). ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD: TUBERCULOSIS Experiencias prácticas de aplicación de la estrategia de APS

Segeplan (2015). Guía para formulación de políticas públicas

Simmel, G. (2010). El dinero en la cultura moderna. Cultura líquida y Dinero. Fragmentos simmelianos de la modernidad. Edición 2010

Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., Sosa-Manzano, C. L., & Gómez-Dantés, O. (2005). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud pública de México, 47(1), S37-S46.

Soza Pineda NI, Pereira SM, Barreto ML. Abandono del tratamiento de la tuberculosis en Nicaragua: resultados de un estudio comparativo. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(4):271–8.

Thaler, R. H. (2018). Economía del comportamiento: pasado, presente y futuro. Revista deEconomía Institucional, 20(38), 9-43.

Universidad de Antioquia (2008). Políticas públicas en salud: aproximación a un análisis. Grupo de investigación en gestión y políticas en salud.

World Health Organization (WHO). (2010). How health systems can address inequities in.