

El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad

Flor Yesenia Musayón Oblitas¹

Natalie Loncharich²

María Esther Salazar³

Helena Maria Leal David⁴

Inés Silva⁵

Doris Velásquez⁶

El objetivo del presente artículo es analizar el rol de la enfermera en el control de la tuberculosis desde la perspectiva de la equidad, a nivel de los países latinoamericanos. La tuberculosis está asociada frecuentemente con la pobreza, pero muchos determinantes juegan un rol importante en su prevalencia. Los países latinoamericanos luchan contra la presencia de esta enfermedad y enfermería juega un rol protagónico en el control de este problema planteando intervenciones integrales en diferentes esferas del individuo, familia y sociedad. La intervención de enfermería se enfoca desde el planteamiento de políticas públicas basadas en estudios de base epidemiológica, mediante la implementación de programas multisectoriales hasta la atención directa y educación de los usuarios en el plan operativo. Diferentes instituciones profesionales en enfermería pueden desarrollar un papel decisivo en el abordaje integral del problema, no sólo en el ámbito nacional sino también internacional, pero para ello se requiere establecer redes de apoyo con integración educativa, social, técnica y política.

Descriptores: Tuberculosis; Inequidad Social; Enfermería.

¹ Doctoranda en Salud Pública, Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru, e-mail: fmusayon@upch.edu.pe.

² Doctoranda en Ciencias de la Salud, Escuela de Postgrado Víctor Alzamora Castro, Peru. Profesora Asociada, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru. E-mail: nloncharic@upch.edu.pe.

³ Maestría en Epidemiología, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru, e-mail: mesl_libra@yahoo.com.

⁴ Doctora en Salud Pública, Profesora Adjunta, Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil, e-mail: helena.david@uol.com.br.

⁵ Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru, e-mail: isilva@upch.edu.pe.

⁶ Maestría en Enfermería, Facultad de Enfermería, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Peru, e-mail: dvelasquez@upch.edu.pe.

Correspondencia:

Flor Yesenia Musayón Oblitas
Facultad de Enfermería. Universidad Peruana Cayetano Heredia
Miguel Baquero 251
Lima 01 Perú
E-mail: fmusayon@upch.edu.pe

O papel da enfermagem no controle da tuberculose: uma discussão na perspectiva da equidade

O objetivo do presente artigo é analisar o papel do profissional de enfermagem no controle da tuberculose, na perspectiva da equidade, considerando-se os países da América do Sul. A tuberculose está frequentemente associada à pobreza, mas muitos determinantes contribuem de modo importante para sua prevalência. Os países sul-americanos lutam contra esta enfermidade e a enfermagem possui um papel protagônico no controle deste problema, reivindicando intervenções integrais voltadas para as diferentes esferas – indivíduos famílias e sociedade. A intervenção de enfermagem é enfocada desde o desenho de políticas públicas com base em estudos epidemiológicos, mediante a implementação de programas multisetoriais, até a assistência direta e educação dos usuários, no plano operativo. Diferentes instituições profissionais de enfermagem podem desenvolver uma atuação decisiva para a abordagem integral do problema, em âmbito nacional e internacional, devendo, para tanto, estabelecer redes de apoio integradas às dimensões educativa, social, técnica e política.

Descritores: Tuberculose; Inequidade Social; Enfermagem.

Nursing Role in Tuberculosis' Control: a Discussion from the Perspective of Equity

This paper's objective is to analyze nurses' main role in Tuberculosis control, from equity's perspective, considering countries in South America. Tuberculosis is a disease frequently associated with poverty, but many additional determinants play an important role in its prevalence. South American countries fight against this illness, and nursing professionals play a relevant role in TB's control, supporting integral interventions in different spheres – individuals, families and society. The focus of Nursing's intervention include public policies' level, based on epidemiologic studies and implementing multisectorial programs, to direct assistance and client's education in the operative level. Different professional nursing institutions can have a decisive role in this problem's integral approach, both in national and international scopes; it requires the establishment of technical and political support network.

Descriptors: Tuberculosis; Social Inequity; Nursing.

Introducción

Es derecho de toda persona disfrutar del nivel más alto de salud física y mental, en especial la alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios; aspectos claramente resaltados en el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermeras y que marcan la pauta de la profesión de enfermería a nivel mundial⁽¹⁾. Este derecho debiera ser asumido como compromiso social desde la formación del enfermero, proponiendo en el plan de estudios; el desarrollo de temas como derechos humanos, equidad, justicia y

solidaridad como base para acceder a salud de manera justa⁽²⁾.

En Sudamérica, los problemas sanitarios que afectan a la población están ligados a pobreza y discriminación. "Quien vive en la pobreza tiene menos acceso a servicios básicos como: agua limpia, saneamiento o atención sanitaria"⁽³⁾.

Según los cálculos de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), en los últimos 20 años la pobreza en el continente no ha bajado del 40%

de su población; agregando que la tendencia ha sido ascendente⁽⁴⁾. Aproximadamente 1000 millones de personas viven actualmente en barrios pobres y se prevé que este número se duplicará en los próximos 30 años en los países más pobres; cerca del 80% de la población urbana vive en barrios míseros⁽⁵⁾.

Las reformas de estado en toda América Latina se desarrollarán en el marco de la crisis del capital productivo y de una reestructuración productiva, todavía en curso. Las críticas al modelo adoptado en la mayoría de los países latinoamericanos es direccionada sobretudo a sus características que privilegia una perspectiva economicista, tecnicista, pragmática y restrictiva⁽⁶⁾. En el sector salud, el concepto de equidad pasa también a incluir la dimensión de efectividad y de focalización de políticas públicas.

El crecimiento económico observado en los países latinoamericanos en los años setenta no logró determinar cambios suficientes para un desarrollo sostenible e independiente de esos países. Por su parte, los cambios del proceso de globalización económica, que incluyen nuevos países industrializados en el escenario internacional, como los "tigres asiáticos", no tuvo impacto en la disminución de las tasas de pobreza en Sudamérica. A pesar del crecimiento económico, la pobreza alcanza a la mayor parte de la población que no se beneficia de los resultados macroeconómicos positivos. Así, en el Perú el 44.5% de la población vive en pobreza y el 16,1% en pobreza extrema; en Bolivia, datos oficiales de 2001 muestran las mismas tasas con valores de 63,8%, y 39,5%⁽⁶⁻⁷⁾. En Argentina, la incidencia de la pobreza creció 24% entre 1983 y 1998, haciendo con que en este último año más de 37% de la población fuera considerada pobre⁽⁶⁾.

Esta situación de pobreza y pobreza extrema no es homogénea; existen grandes desigualdades entre las regiones del continente y dentro de cada país, así como patrones epidemiológicos distintos entre los diferentes estratos de las sociedades.

La tuberculosis se desarrolla en un contexto de pobreza y desventaja social. Anualmente hay 8.800.000 casos nuevos y 5.500 muertes por día en todo el mundo⁽⁸⁻⁹⁾. Todos los países latinoamericanos luchan contra la presencia de esta enfermedad y a ello dirige sus esfuerzos sanitarios; sin embargo, se requiere de una intervención multisectorial e interdisciplinaria para procurar controlar el problema desde sus determinantes.

La tasa actual de morbilidad por tuberculosis en el Perú es de 129,0 por 100000 habitantes, de los cuales el 58,3% de los pacientes se concentra en Lima y Callao⁽¹⁰⁾.

Otras tasas de países latinoamericanos muestran una gran variabilidad, pero la tuberculosis se mantiene como un problema grave de salud pública. En el año 2007, en Venezuela, la tasa de prevalencia por 100000 fue de 39,0. En Bolivia, la misma tasa fue de 198,00; en Chile, 12,0 y en Ecuador, 140,0. Mientras que en países como Brasil la prevalencia habitantes disminuye de 84,0 para 48,0 por 100000 entre los años 1990 hasta 2007, en Paraguay se mantiene, con tasas de 60,0 e 58,0 en el mismo periodo⁽⁹⁾.

El impacto económico que causa la tuberculosis en el paciente y su familia es importante, debido al gasto que se genera antes de conocer el diagnóstico y posteriormente, para cumplir con el tratamiento. A esto se suma, el ausentismo laboral, las horas de trabajo perdidas y la disminución de la productividad al no poder trabajar con todo el potencial humano.

También para los profesionales de salud, sobretudo enfermeras, el riesgo de tuberculosis laboral debe ser considerado. Con la expansión de la estrategia DOTS (Directly Observed Treatment Short Course), la enfermera es con frecuencia el primer profesional que hace contacto con personas infectadas⁽¹¹⁾, quedando expuesta a desarrollar la enfermedad. El riesgo aumenta cuando existen insuficientes condiciones de protección individual y colectiva, con políticas de trabajo ineficientes, desorganización de los trabajadores de salud y baja calificación técnica del personal de salud.

Equidad en salud, implica que idealmente todos deben tener una oportunidad justa para lograr todo su potencial y nadie debería estar en desventaja de alcanzarlo, si puede ser evitado. La equidad se preocupa por consiguiente, en crear las oportunidades iguales para la salud y con los diferenciales de salud al nivel más bajo posible⁽¹²⁻¹³⁾.

La equidad ha sido incorporada como un valor de las Naciones Unidas en su Declaración del Milenio⁽¹⁴⁾ y un principio adoptado, en los lineamientos de políticas públicas en los años 90, por estados latinoamericanos, como el peruano⁽¹⁵⁾, chileno⁽¹⁶⁾ y otros. En este sentido, la persecución de salud global y equidad es una meta pertinente por alimentar, y es además el centro de interés de la disciplina de enfermería⁽¹⁷⁾.

Los Objetivos del Milenio, persiguen la meta de salud global en el Siglo XXI y de manera más específica se plantea reducir para 2015 la pobreza (definida como no tener el equivalente de un dólar por persona al día), a la mitad de lo que fue en 1990. Para contribuir a cumplir estas metas, es necesario reflexionar acerca de qué segmentos de la población están más expuestos a la

pobreza y la exclusión, a fin de redirigir los esfuerzos adecuadamente⁽¹³⁾. En este sentido, la población con tuberculosis es una población expuesta y frecuentemente excluida, por las desventajas económicas y el estigma social que enfrenta.

La contradicción entre esos objetivos y el actual modelo de desarrollo en Latinoamérica y sus efectos en los procesos endémico-epidémicos puede ser verificada en otros países, como Brasil: a pesar de hoy ser considerado uno de los cuatro países económicamente emergentes, juntamente con India, China y Russia (los llamados BRIC), ocupa la posición 16, en términos de prevalencia de TB en el mundo, como reflejo de la desigualdad en la distribución de renta, y de la aplicación de los recursos de salud⁽¹⁸⁾.

Para contribuir con el cumplimiento de las metas de los objetivos del milenio el profesional de enfermería desarrolla un papel importante aún no explotado⁽¹⁹⁾. Es posible que la participación de enfermería, se dé desde el nivel político hasta el nivel operativo y desarrolle un rol protagónico en la persecución de dicha meta. Así, el presente artículo busca debatir sobre el potencial rol de la enfermería en el enfrentamiento del problema de la tuberculosis en un contexto de inequidad y pobreza, considerando las dimensiones políticas y operativas del trabajo enfermero.

Métodos

Para la presente revisión se realizó la búsqueda, selección y lectura de investigaciones relacionadas al papel de la enfermera en el control de la tuberculosis a nivel regional, para ello se hizo uso de bases de datos como: LILACS, BIREME, SciELO y PUBMED, así como documentos político-normativos y reportes publicados en páginas web de agencias internacionales intergubernamentales - Organización de Las Naciones Unidas (ONU), Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana para la Salud (OPS) y de instituciones gubernamentales de los países Perú, Brasil y México.

La búsqueda se realizó en español y portugués, y sí desde los descriptores tuberculosis, control de la tuberculosis, enfermería y enfermeras. Sin embargo, en tanto la búsqueda de documentos fue electrónica es importante tener en cuenta que pueda existir "bibliografía gris" o documentos impresos no explorados.

Todos los artículos seleccionados, en total 16, cumplieron con los siguientes criterios: eran artículos científicos publicados en revistas indexadas a partir del año 2000, a nivel regional, que abordaban las variables tuberculosis + enfermería, tuberculosis + inequidad, tuberculosis + pobreza. Se incluyeron también documentos político - normativos del Consejo

Internacional de Enfermeras. No se incluyeron tesis.

El análisis de la información se realizó empezando por el título, seguido por el resumen de la investigación y finalmente el informe en extenso.

Rol protagónico de la enfermera

No cabe duda que la tuberculosis ocurre preponderantemente en poblaciones vulnerables por pobreza e inequidad. Sin embargo lo importante no solo es saber que estas personas son pobres, sino cuan pobres son y cuáles son las características de su pobreza a fin de hacer asignaciones acertadas cuando de distribución presupuestal y de servicios se trate.

Aún cuando el tratamiento de la tuberculosis es una de las intervenciones mas costo - efectivas, en razón a que el costo de curar un caso de tuberculosis es de sólo 90 centavos de dólar por cada año de vida que se agrega al enfermo⁽²⁰⁾ esta intervención no asegura la equidad entre los pacientes.

La equidad es un concepto multidimensional que abarca igualdad de oportunidades y de acceso así como la distribución de recursos. No debe ser confundida con igualdad, dado que está referido más bien con lo justo. En este sentido constituye un "valor social"⁽²¹⁾, dado que implica dar a cada uno lo suyo. Para el caso de la tuberculosis los trabajadores de salud necesitan mejorar el entendimiento de los aspectos de género y sociales del control de la tuberculosis particularmente aspectos que influyen en la probabilidad para lograr la equidad en el diagnóstico y la cura⁽²²⁾. Dentro de estos aspectos sociales, no cabe duda que el análisis de la pobreza es fundamental para intervenir sobre esta enfermedad. La corresponsabilidad con otros actores sociales, resalta la necesidad de un trabajo intersectorial e interdisciplinario.

La profesión de enfermería no esta ajena a esta intención, pues es parte de su filosofía el contribuir con el nivel adecuado y calidad de vida de la persona sujeto de atención, más aún específicamente en el caso de la Tuberculosis, la enfermera desempeña un rol crucial en los programas de control⁽²³⁾. No en vano en el plan regional de tuberculosis 2006 - 2015, se considera a enfermería como un socio histórico en el trabajo contra la Tuberculosis, pero ahora con exigencias mayores en su desempeño⁽²⁴⁾.

En tal sentido, las acciones existentes deben ser integrales y reducir de manera radical la tuberculosis desde el control de la pobreza. Más aún, estas intervenciones deberían ser entendidas y ejecutadas con esa visión por los profesionales involucrados hasta el nivel operativo. En Brasil por ejemplo, la estrategia DOTS/TAES, es llevada a los hogares con el fin de satisfacer las necesidades sociales, culturales, económicas y facilitar el acceso del paciente y familia a diferentes niveles y

servicios del sistema de salud⁽²⁵⁾. Experiencia similar la cumple San Salvador donde las pastillas son entregadas por las manos de las enfermeras a los pacientes casi todos los días de la semana⁽²⁶⁾. En el Perú, la enfermera realiza la visita domiciliaria periódicamente para realizar el seguimiento del cumplimiento del tratamiento, esta visita se realiza principalmente en el primer nivel de atención.

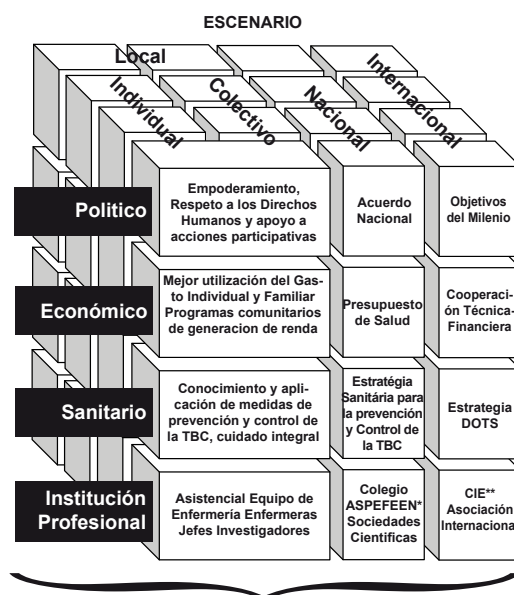
En muchos países el desempeño enfermero es entendido, casi exclusivamente al aspecto asistencial; de hecho que gran parte de la responsabilidad para tal apreciación involucra al propio enfermero, pero esta realidad puede ser modificada. Es necesario adoptar medidas correctivas, ya que se percibe en la burocracia administrativa a la profesión como una carga financiera e incluso se exploran vías para reducir los costos que representa el trabajo de enfermería profesional⁽²³⁾.

Una de las cuestiones básicas a nivel local para la enfermería es valorar la y promover la participación de la comunidad, en los programas de control de la

calidad de atención de salud, especialmente en los programas de enfermería. La información es una herramienta fundamental para capacitar al usuario, a fin de que pueda participar como elemento activo en el control social del sector. Por ello es necesario considerar como estrategia de acción, el informar acerca de quién es la enfermera, cuál es su actividad, qué capacidad de liderazgo posee, cuál es su valor dentro de la sociedad⁽²⁷⁾.

En el esquema 1, se proponen los niveles de intervención en donde puede participar la enfermera desde los planteamientos políticos hasta los operativos, desde el nivel local hasta el internacional y así como en las organizaciones competentes.

Una lectura ascendente del esquema explica los diferentes escenarios en que se desempeña el profesional de enfermería, estos van a nivel local desde la atención directa hasta el nivel internacional donde pueda alcanzar objetivos relacionados con políticas y manejo de los problemas de salud.



Atención directa

- Promoción de la salud Prevención de TB (vacunas, medidas de bioseguridad, etc.)
- Valoración integral al paciente y familia (física, psicológica, nutricional, socioeconómica, cultural etc)
- Cuidado integral al paciente y familia en TB, TB-MDR, VIH-TB, gestante, pob. vulnerables o en desventaja Educación sanitaria a paciente, familia y comunidad
- Reinserción social
- Empoderamiento
- Educación crítica para la participación popular

Gerencia

- Participación en elaboración de políticas.
- Participación en asignación presupuestal de manera justa
- Participación en elaboración de normas y guías de atención adecuando según inequidad
- Distribución de recursos de enfermería.
- Gestión del cuidado directo considerando las inequidades existentes
- Advocacy

Investigación

- Análisis de la Situación de TB
- Factores e riesgo, modelos de prevención
- Estudio de inequidades
- Aporte al Tratamiento farmacológico (adherencia, efectos secundarios, prevención de complicaciones y resistencia)
- Cuidados de enfermería.
- Seguimiento de Políticas
- Sistematización de estrategias de empoderamiento individual y colectivo

Docencia

- Formación de nuevo recurso humano en enfermería en Tuberculosis – inequidad, desventajas sociales, solidaridad, ciudadanía, derechos humanos, presupuesto participativo, etc.
- Capacitación de colaboradores o personal de enfermería – comprendiendo inequidades
- Educación sanitaria crítica
- Autoformación

Leyenda

*Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería
 **Consejo Internacional de Enfermeras

Figura 1 - Participación Política Económica y Sanitaria de la Enfermera en la Prevención y Control de la Tuberculosis Según Escenarios

Al respecto es válido señalar que si uno de los aspectos asociados a la pobreza es el trabajo por sus implicancias en el ingreso familiar, la participación de la enfermera debe darse desde la promoción o planteamiento técnico político con el Ministerio de Trabajo o con los gobiernos locales, mediante la instalación de un programa laboral paralelo para las personas con Tuberculosis. Es decir, podría plantearse que la estrategia incluya una bolsa de trabajo para aquellas personas con tuberculosis que mas lo necesitan, dado que no todos atraviesan por este fenómeno.

El ingreso de un paciente a la estrategia debería incluir una evaluación integral liderado por la enfermera, incluyendo la evaluación socioeconómica rigurosa realizada por profesionales competentes, de tal manera que existan dos o tres variantes de la estrategia, una para aquellos en pobreza crónica y desempleados, otra para los pobres recientes con empleo y probablemente una mas para aquellos socialmente integrados⁽²⁸⁾. Esta evaluación no es considerada actualmente en una valoración integral, usualmente la valoración del profesional enfermero se centra en problemas físicos, biológicos o médicos⁽²⁹⁾.

En el plan de las relaciones entre la sociedad civil y el estado, para el desarrollo de políticas públicas que tengan convergencia de intenciones para el enfrentamiento de inequidad, la actuación política de la enfermera debe direccionarse al fortalecimiento de los procesos de accountability, comprendido como hacer efectivo el control de la sociedad en todos sus segmentos, incluso los más pobres, sobre las acciones del estado⁽²²⁾. La transparencia de las informaciones de salud, económicas y políticas es el primer paso, así como el apoyo a los diversos mecanismos de representación política y participación, como consejos comunitarios, sindicales y profesionales.

De cierta forma la enfermera que desempeña este rol en el nivel asistencial establece un primer contacto con el recién nacido al aplicar la vacuna de la BCG; este actuar implica una oportunidad para identificar a través de los padres algún contacto con TB en la familia; si esta primera evaluación fuera positiva, llámese positiva a alguna persona con TB pulmonar en la familia; se debe completar la evaluación e identificación de dicha familia valorando además: estado nutricional, hábitos alimenticios, estilos de vida, situación socio-económica, etc., estos datos entre otros, podrían dar luces a la identificación e incluso categorización del nivel socio-económico en que se encuentran estas familias, donde

existe o ha existido por lo menos un caso de TB y que podría influir en los determinantes de salud de los demás miembros de esa familia. Esta identificación oportuna, podría permitir la construcción de indicadores que permitan valorar el nivel de pobreza, los que a su vez servirán para un mejor manejo de la situación económica y política ya que tal vez se podría redistribuir o redireccionar los recursos humanos, logísticos y económicos según necesidad.

En otro ámbito, nuevamente en la valoración integral al paciente, se observa con frecuencia la preocupación "particular" que muestra un porcentaje importante de madres por sus hijos, se resalta este hallazgo porque aun teniendo la madre un problema de salud muestra mucho interés por la recuperación del hijo (a), esta actitud es homogénea en pobladores de diferentes áreas geográficas y es independiente del grado de instrucción e incluso del idioma, oportunidad que podría ser tomada para promover la educación sanitaria e incluso hacer replicas a través de ellas en la comunidad. El trabajo de consejería dado por pares tiene resultados significativos; se ha observado por ejemplo que cuando un adolescente entrenado en sexualidad responsable y métodos anticonceptivos brinda consejería a otro adolescente, se logra mejores resultados de aceptación e incluso cambios de conducta, que cuando la consejería es dada por un profesional de la salud.

De allí que se propone trabajar en consejería con las madres de los pacientes: tanto de aquellos que han completado el tratamiento como con los que lo han abandonado, para que a través de ellos se capte casos sospechosos, se brinde educación sanitaria a los mismos, y se rescate a los potenciales abandonos; esta medida también se puede extender en la comunidad.

Es reiterativo entonces la experiencia positiva obtenida cuando se capacita al sujeto afectado con alguna enfermedad, para pueda influir en estos resultados.

Del mismo modo las redes de ayuda que existen en determinados problemas de salud crónicos permiten la recuperación no solo física sino también emocional de la persona afectada.

De otro lado, se podría por ejemplo mostrar un paciente socialmente integrado que probablemente tenga los recursos para comprar los alimentos necesarios para mantener una nutrición adecuada, pero no conozca realmente cuales son estos alimentos, esto significaría que sólo requeriría una orientación hacia lo que realmente es nutritivo, y lo que es más; probablemente no necesite el apoyo alimentario. Además de solamente

ofrecer información, es necesario que la enfermera conduzca un proceso crítico de educación, con estímulo al desarrollo de una consciencia sanitaria más amplia, buscando la ruptura de padrones culturales, que tienen visión hegemónica y que valoran de hábitos como el uso de tabaco y alcohol, de alimentos tipo fast-food, y de baja autoconciencia acerca de su propia salud. Desde la perspectiva de la equidad, hay también que considerar los macro determinantes de clase social, que afectan y limitan el abordaje educativo, y que plantean retos para la enfermería no solo desde la mirada profesional, pero también como una fuerza de trabajo que posee un rol social importante.

Finalmente estas variantes deberían incluir una evaluación completa del estado nutricional del paciente y especificarle con precisión al paciente que tipo de nutrientes requiere y en que alimentos puede encontrarlos para recuperar el equilibrio perdido. Muchos pacientes experimentan reacciones gastrointestinales por la sobrecarga farmacológica que enfrentan. Una educación pertinente en este caso debería orientarse en la selección de alimentos conjuntamente con el paciente que le permita sobrellevar la terapéutica respectiva y evitar aquellos que agraven las manifestaciones adversas. Con ello se contribuiría no solo a fortalecer la nutrición del individuo, sino también a restar las posibilidades de abandono por rechazo al tratamiento.

A nivel de docencia, la formación y participación activa de los estudiantes de enfermería en el manejo integral propuesto permitirá que egresen con una mentalidad abierta y proactiva en este ámbito, erradicando de esa manera los casos de discriminación. Un estudio realizado en Brasil, recomienda introducir un enfoque humano y social en la formación del enfermero sobre el tema de TBC⁽³⁰⁾. Mientras que por su parte México sugiere capacitar a las enfermeras en procedimientos diagnósticos como la técnica de Mantoux⁽³¹⁾, esto podría mejorar el acceso al servicio, reducir la inequidad en salud y mejorar la cobertura de la atención.

Los riesgos ocupacionales a los que están expuestas las enfermeras en su trabajo de detección y asistencia a portadores de tuberculosis, son un tema importante en la formación de los futuros profesionales, apuntando para la necesidad de defensa de las buenas prácticas y adecuadas condiciones para el trabajo sanitario, en especial en la Atención Primaria, principalmente teniendo en cuenta que algunos profesionales de enfermería aprenden a trabajar en el programa no por formación sino muchas veces por la práctica diaria del servicio⁽³²⁾.

Existen condiciones de vulnerabilidad para la enfermera que trabaja en esta área, y el conocimiento así como la cantidad de tiempo de exposición en el servicio juegan un rol importante⁽³³⁻³⁴⁾. Un estudio realizado en un hospital universitario de Brasil identificó que el 12% de los casos ocurría en enfermeros y el 32% en técnicos de enfermería⁽³⁵⁾.

Al respecto en la celebración por el día mundial de lucha contra la tuberculosis el año 2006 en México, se dieron a conocer los logros alcanzados al realizar la alianza estratégica entre la Secretaría de Salud y la Universidad Nacional Autónoma de México a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO). El compromiso asumido, "garantiza el trato humano sobre una base ética y engloba a la salud como un derecho humano fundamental mediante nuestra Red TAES de Enfermería en Tuberculosis. Destaca la inclusión del control de la tuberculosis en la currícula de las Escuelas y Facultades de Salud, además de la alianza para la atención a personas coinfectadas de tuberculosis y VIH-SIDA, y búsqueda activa de enfermos fuera de los centros de salud"⁽³⁶⁾.

A este nivel se puede fomentar además la participación de los colegios en la promoción de la salud, ya sea capacitando al docente del colegio o trabajando directamente con los alumnos en los diferentes niveles de prevención, con actitudes específicas.

Conclusión

La tuberculosis requiere de una atención no solo clínica y farmacológica, esto es no solo una mirada biológica sino más bien un enfoque integral, social y cultural, y el análisis de las inequidades sociales es un punto importante en esta compleja situación. Queda demostrado, que si bien es cierto el escenario que rodea a los pacientes con TB es de pobreza y desventaja social es importante conocer las características de esta situación para que las intervenciones sean acertadas y pertinentes. Mas aún es el profesional de enfermería quien debe asumir un rol protagónico en la prevención y control de esta enfermedad pero planteando intervenciones realmente integrales: políticas, económicas y sanitarias desde un nivel local hasta internacional y son las instituciones líderes de opinión en enfermería quienes pueden asumir en mayor proporción el reto, con el compromiso real de todas las enfermeras a nivel mundial.

Referências

1. Consejo Internacional de Enfermeras, editors. Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería [monograph on the Internet]. Ginebra: Fornara; 2006 [cited 2006 July 20]. Available from: <http://www.icn.ch/icncodesp.pdf#search=%22%22codigo%20del%20cie%22%2>
2. Consejo Internacional del Enfermeras.org [homepage on the Internet]. Ginebra: CIE: Pobreza y salud: romper el vínculo. [updated 2006 May 15; cited 2006 July 20]. Available from: http://icn.ch/matters_povertysp.htm
3. Foro Salud, editors. Informe presentado por el Sr. Paúl Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental [monograph on the Internet]. Lima: Foro Salud; 2005 [cited 2006 July 20]. Available from: <http://www.forosalud.org.pe/Informe%20Paul%20Hunt%20CHR2005Peru%20-%20versin%20espa%F1ola.pdf>.
4. Tortosa JM, editor. Desigualdad y pobreza: entre el simplismo y la complejidad [monograph on the Internet]. Alicante: Fundación Carolina Alicante; 2007. [cited 2006 Jul 20]. Available from: <http://www.fundacioncarolina.es/NR/rdonlyres/3D251955-00A9-434D-BBB3-238B32A669C7/1407/Art%C3%ADculoTortosa107.pdf>
5. Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos (UN-Hábitat). Alianza Alto a la Tuberculosis y Organización Mundial de la Salud. Plan Mundial para Detener la Tuberculosis 2006-2015. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006.
6. Almeida C. Equity and health sector reform in Latin America: a necessary debate. *Cad Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2002 [cited 2008 June 22]; 18 (Suppl):[14 p.]. Available from: URL: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000700004&lng=en&nrm=iso. doi: 10.1590/S0102-311X2002000700004
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática [homepage on the Internet]. Lima: Nota de Prensa. N° 135. INEI 2007 July. [actualizado 2007 Jul 20; cited 2007 Ago 14]. INEI; [about 2 screens]. Available from: <http://www.inei.gob.pe/web/NotaPrensa/Attach/7007.pdf>
8. Villa TCS. Nursing knowledge production in tuberculosis control in Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem* [periódico na Internet]. 2008 Ago [Acesso 09 Julho 2009]; 16(4):655-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400001&lng=pt. doi: 10.1590/ S0104-11692008000400001.
9. World Health Organization [homepage on the Internet]. Ginebra: WHO. [updated 2008; cited 2006 July 28]. Available from: <http://www.who.int/mdg/goals/goal6/en/index.html>
10. Ministerio de Salud, editor. Informe de Gestión. ESN Prevención y Control de Tuberculosis 2001 – 2006 [monograph on the Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2001. [cited 2007 March 8]. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/04ESN-Tuberculosis/Archivos/Documentos%20Relevantes/InformedeGestionESNPCT2001-2006.pdf>
11. International Council of Nurses.org [homepage on the Internet]. Ginebra: ICN: Tuberculosis exposure in the health care setting: prevention of occupational transmissions. [updated 2007; cited 2008 Jun 18] Available from: http://www.icn.ch/matters_tb_workplace.htm
12. World Health Organization. Social justice and equity in health: report on a WHO meeting. Copenhagen: Regional Office for Europe; 1986.
13. World Health Organization. Social justice and equity in health: report on a WHO meeting. En Whitehead, M. The concepts and principles of equity and health. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
14. United Nation Organization. Fifty-fifth session Agenda item 60 (b). Resolution adopted by the General Assembly [without reference to a Main Committee]. United Nations Millennium Declaration. 2000 Sep. 8th plenary meeting.
15. Ministerio de Salud (PE). Lineamientos de Política Sectorial para el Período 2002 - 2012. Lima: Ministerio de Salud; 2002.
16. Arteaga Ó, Thollaug S, Nogueira AC, Darras C. Información para la equidad en salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2009 July 09]; 11(5-6): 374-385. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002000500012&lng=en. doi: 10.1590/S1020-49892002000500012.
17. Mill J, Astle B, Ogilvie L, Opore M. Global health and equity. Part 1: setting the context. *Can Nurse*. 2005 May; 101(5):22-4.
18. Santos ML SG, Vendramini SHF, Gazetta CE, Oliveira SAC, Villa TCS. Pobreza, caracterização socioeconômica da tuberculose. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007 setembro-outubro; 15(número especial):762-7.
19. Ogilvie L, Astle B, Mill J, Opore M. Global health and equity: part 2: exploring solutions. *Can Nurse*. 2005 June; 101(6):25-8.
20. Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Washington: Banco Mundial; 1993.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática, editors. Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en el Perú [monograph on the Internet]. Lima: INEI; 2002 [cited 2003 May 02]. Available from: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0387/CAP-021.HTM>
22. Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Gender and Tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy* 2000; 52(1):33-51
23. Durán M. Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería. En Duran M, Gutiérrez E, Pinto N, Sánchez B, Vásquez E, Villarraga L, editores. Dimensiones del cuidado. Medellín: Universidad de Colombia; 1998. p. 92-7.
24. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS; 2006.
25. Cardozo Gonzales RI, Monroe AA, Arcêncio RA, Oliveira MF, Ruffino A Netto, Villa TCS. Performance indicators of DOT at home for tuberculosis control in a large city, SP, Brazil. *Rev Latino-am Enfermagem* 2008; 16(1):95-100.
26. Organización Panamericana de la Salud [homepage on the Internet]. Washington: OPS; [actualizado 2009; citado 10 July 2009] Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/dmtb2006_domicilio.htm
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN). Calidad

de los Servicios de Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Enfermería. Brasil: OPS/OMS; 2001.

28. Musayón OY, Loncharich VN, Castillo RR, Saravia PA. Inequidad en personas que padecen de Tuberculosis: Estudio piloto en tres Centros de Salud de Lima (Perú). Index Enferm [revista en la Internet]. 2008 Jun [citado 2009 July 16]; 17(2):111-5. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000200007&lng=es.

29. Williams G, Arrascue EA, Jittimane S, Walusinbi M, Sebek M, Berga E, et al. Guidance for the implementation of best practice for the care of patients with tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis 2008; 12(3):236-40.

30. Villa TCS, Ruffino A Netto, Andrade RLP, Arrascue EA, Montero CV, Firmino DR. Survey on tuberculosis teaching in Brazilian nursing schools, 2004. Int J Tuberc Lung Dis 2006; 10(3):323-7.

31. Hernández ZNM, Sánchez CL, Olivera CR, García CA. La técnica de mantoux en población indígena. caso de estudio. Rev Inst Nal Enf Resp Mex. 2004; 17(2):73-9.

32. Terra MF, Bertolozzi MR. Does directly observed treatment ("DOTS") contribute to tuberculosis treatment compliance? Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(4):659-64.

33. Souza JN, Bertolozzi MR. The vulnerability of nursing workers

to tuberculosis in a teaching hospital. Rev Latino-am Enfermagem [serial on the Internet]. 2007 April [cited 2009 July 16]; 15(2):259-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200011&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692007000200011.

34. Bertazone EC, Gir E, Hayashida M. Situações vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na assistência ao portador de tuberculose pulmonar. Rev Latino-am Enfermagem [serial on the Internet]. 2005 June [cited 2009 July 16]; 13(3):374-81. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000300012&lng=en. doi: 10.1590/S0104-11692005000300012.

35. Prado TN, Galavote HS, Brioshi AP, Lacerda T, Fregona G, Detoni VV, et al. Perfil epidemiológico dos casos notificados de tuberculose entre os profissionais de saúde no Hospital Universitário em Vitória (ES) Brasil J Bras Pneumol [serial on the Internet]. 2008 Aug [cited 2009 July 16]; 34(8):607-13. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000800011&lng=en. doi: 10.1590/S1806-37132008000800011.

36. Cenavece.gob [homepage on the Internet]. México: México y el Comité "Alto a la Tuberculosis". [updated 2006 Mar; cited 2007 May 01]. Available from: <http://www.cenave.gob.mx/tuberculosis/eventos/diatb2006.htm>

Recibido: 31.8.2008

Accepted: 13.10.2009

Como citar este artículo:

Musayón Y, Loncharich N, Salazar ME, David HML, Silva I, Velásquez D. El rol de la enfermería en el control de la tuberculosis: una discusión desde la perspectiva de la equidad. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. ene.-feb. 2010 [acceso en:];18(1):[09 pantallas]. Disponible en:

día / mes abreviado con punto / año

URL