



Programa de control de la tuberculosis: una mirada desde los trabajadores de la salud¹

Alba Idaly Muñoz Sánchez²

Carlos Andrés García Alvarado³

doi:10.11144/Javeriana.ie18-2.pctm

Cómo citar: Muñoz Sánchez AI, García Alvarado CA. Programa de control de la tuberculosis: una mirada desde los trabajadores de la salud. *Investig Enferm. Imagen Desarr.* 2016;18(2): 121-135. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie18-2.pctm>

-
1. Artículo original de investigación. Fecha de recepción: 22 de febrero de 2015. Fecha de aceptación: 4 de diciembre de 2015.
 2. Profesora titular de la Facultad de Enfermería-Grupo de Investigación Salud y Cuidado de los Colectivos, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: aimunozs@unal.edu.co
 3. Enfermero, Facultad de Enfermería-Grupo de Investigación Salud y Cuidado de los Colectivos, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: carlosgarciaalv@gmail.com

Resumen

El Programa Nacional de Control de Tuberculosis se constituye en el principal elemento para hacer frente a esta enfermedad. *Objetivo:* Analizar los significados en los trabajadores de la salud de los aspectos que inciden en el control de la tuberculosis en un municipio de Colombia. *Método:* Estudio de abordaje cualitativo realizado en el municipio de Tumaco, durante 2011-2012. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 13 trabajadores de la salud que laboraban en el programa de control de la tuberculosis en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) adscritas en el municipio de Tumaco (Nariño). *Resultados:* Aspectos programáticos, proceso salud-enfermedad-tuberculosis y atención integral humanizada son categorías relevantes para alcanzar las metas del programa. Las condiciones socioeconómicas del contexto pueden afectar los indicadores del programa. Se destaca el compromiso de los profesionales de la salud que participaron en el presente estudio para el control de la tuberculosis. Es necesario fortalecer las redes de apoyo para los pacientes. *Conclusiones:* Aunque el programa tiene fortalezas, identificadas en las entrevistas de los trabajadores de la salud, se deben orientar esfuerzos hacia la transformación del enfoque biomédico y la adopción de un enfoque social que impacte los determinantes sociales y trascienda a una visión integral del ser.

Palabras clave: evaluación de programas y proyectos de salud; tuberculosis; trabajadores de la salud

Control Program of Tuberculosis: A View from Health Workers

Abstract

The National Tuberculosis Control Programs are constituted as the main element in tackling the disease. *Objective:* To analyze meanings of health workers on issues that affect the control of tuberculosis in Colombia municipalities *Methodology:* A qualitative approach carried out in the municipality of Tumaco during 2011-2012. Were made Semi-structured interviews with 13 health workers who worked in the program for TB control in the attached service institutions health (IPS) affiliate to the town of Tumaco (Nariño). *Results:* The programmatic aspects, health-disease-tuberculosis, humanized comprehensive care, they are relevant categories to achieve program goals. Contextual socioeconomic conditions may affect program. We highlighted the commitment of health professionals who participated in this study for TB control. It is necessary to strengthen support networks for patients. *Conclusion:* Although the program has strengths identified in the interviews of health workers, Efforts should be targeted in the transformation of the biomedical approach to a social approach that impacts social determinants and transcend an integral vision of human being.

Keywords: evaluation of programs and projects in health; tuberculosis; health workers

Programa de controlo da tuberculose. Olhar desde os trabalhadores da saúde

Resumo

O Programa Nacional de Controlo da Tuberculose constitui o principal elemento para lidar com a doença. *Objetivo:* Analisar os significados para os trabalhadores da saúde dos aspectos que incidem no controlo da tuberculose em um município da Colômbia. *Método:* Estudo de abordagem qualitativa realizado no município de Tumaco, durante 2011-2012. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a 13 trabalhadores da saúde que laboravam no programa de controle da tuberculose nas instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS) registradas no município de Tumaco (Nariño). *Resultados:* Aspectos programáticos, processo saúde-doença-tuberculose e atenção integral humanizada são categorias relevantes para alcançar as metas do programa. As condições socioeconômicas do contexto podem afetar os indicadores do programa. Remarca-se o compromisso dos profissionais da saúde que participaram no presente estudo para o controle da tuberculose. Preciso é reforçar as redes de apoio para os pacientes. *Conclusões:* Embora o programa tem fortalezas, identificadas nas entrevistas com trabalhadores da saúde, é preciso orientar os esforços para a transformação do enfoque biomédico e a adoção de um enfoque social que impacte as determinantes sociais e transcenda para uma visão integral do ser.

Palavras-chave: avaliação de programas e projetos de saúde; tuberculose; trabalhadores da saúde

Introducción

La tuberculosis (TB) se posiciona en el escenario epidemiológico mundial no solo por ser la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo, sino por sus factores asociados, por ejemplo, su condición de enfermedad reemergente, la coinfección con el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/sida) y el desarrollo de multidrogorresistencia al tratamiento estandarizado. Esto sumado a las desigualdades e inequidades sociales, precarias condiciones de vida y trabajo y sistemas de salud débiles, que afectan la atención oportuna y la calidad en algunos países. Estos aspectos generan diferencias en la situación epidemiológica regional y en el control mismo de la enfermedad (1).

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, en la región del Pacífico (en la cual se encuentra el municipio de Tumaco, departamento de Nariño), cuya población es mayoritariamente afrocolombiana e indígena, existe mayor vulnerabilidad para enfermar o morir por TB, debido a circunstancias relacionadas con aspectos nutricionales, de salubridad y hacinamiento (2).

De acuerdo con los reportes del Instituto Departamental de Salud de Nariño, este departamento presentó en el 2013 un total de 169 casos, de los cuales 45 fueron aportados por la capital, Pasto; 44, por Tumaco; 7, por Barbacoas; 7, por Samaniego; 6, por Ipiales; entre otros (3).

En el 2013 surge la estrategia POST-2015 (después del 2015), la estrategia mundial para el control de la tuberculosis, la cual se sustenta en tres pilares: 1) atención y prevención integrada centrada en el paciente, 2) políticas audaces y sistema de apoyo y 3) investigación e innovación intensificada (4). Esos pilares pueden identificarse en estudios como el que a continuación se presenta y corroboran la necesidad de seguir orientando esfuerzos para controlar esta enfermedad, puesto que el abordaje programático supera los elementos y resultados cuantitativos y debe trascender hacia aspectos relacionados con el contexto, así como creencias y actitudes del personal de salud en relación con la enfermedad para de estar forma poner fin a la epidemia de TB.

En ese orden de ideas, autores como Tanaka y Melo (5) expresan la complejidad de los fenómenos que se evalúan en salud, y destacan que los abordajes cuantitativos son insuficientes para su comprensión; además, si se tiene en cuenta que los productos de los servicios de salud son el resultado de la interacción entre profesionales de la salud y los usuarios, el abordaje del enfoque cualitativo toma mayor relevancia a la hora de llegar a explicar y profundizar frente a la dinámica interna de los fenómenos de los servicios de salud. Por esta razón, mediante la comprensión de los significados que sobre el programa puedan tener los trabajadores de la salud se identificarán elementos que garanticen y fortalezcan el cumplimiento de los objetivos y metas programáticos y, en últimas, alcanzar el control efectivo de la TB en el ámbito local.

Método

El estudio fue cualitativo de alcance descriptivo, y para este se realizaron entrevistas semiestructuradas a 13 trabajadores de la salud en el periodo 2011-2012, con el objetivo de analizar los significados en los trabajadores de la salud de los aspectos que inciden en el control de la TB en un municipio de Colombia. Los criterios de selección fueron: trabajadores de la salud que laboraban en el programa de control de la TB en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) adscritas a este en el municipio de Tumaco (Nariño), que aceptaron voluntariamente participar, previa presentación del objetivo del estudio y de la lectura y firma del consentimiento informado, de acuerdo con los lineamientos éticos vigentes.

Las preguntas utilizadas se diseñaron a partir de la revisión de la literatura científica y previo pilotaje de entrevista, en busca de cumplir con el objetivo propuesto: ¿se sienten bien trabajando en el programa o quisieran trabajar en otra área?, ¿cómo es trabajar con pacientes portadores de TB?, ¿cuáles creen que son las mayores fortalezas del programa?, ¿cuáles consideran que son las mayores debilidades del programa?

Se realizaron en total 13 entrevistas semiestructuradas, con una duración de 40 minutos en promedio. El número de entrevistas obedece al criterio de saturación de la información; es decir, hasta el momento en que la información obtenida no aportó información nueva. Posteriormente, se transcribieron y analizaron las entrevistas mediante lecturas repetidas a profundidad, basados en el referencial hermenéutico-dialectico (6). El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. De acuerdo con lo estipulado en la Resolución 8430 de 1993, la presente investigación representó un riesgo mínimo para los participantes. Se resalta que prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y privacidad de los participantes en la investigación y la protección de sus derechos y su bienestar. Se efectuaron los procedimientos para garantizar el anonimato en la información.

Resultados

Se entrevistaron 13 trabajadores de la salud que participaron voluntariamente en el presente estudio, distribuidos en los siguientes perfiles: 4 promotoras en salud, 3 auxiliares de enfermería, 1 bacterióloga, 1 auxiliar de laboratorio y 4 enfermeras, desde su perspectiva en la cotidianidad del programa de control de la TB en el municipio de Tumaco. Surgieron 3 categorías del análisis de las entrevistas y del proceso comprensivo propio de la metodología adoptada: aspectos programáticos, atención integral humanizada y proceso salud-enfermedad-TB, como ejes centrales que orientan y respaldan el análisis del fenómeno de estudio.

Aspectos programáticos

Se encontró que en el presente contexto existe compromiso en la comunidad con la búsqueda de sintomáticos respiratorios: “cuando en la casa de los pacientes alguien empieza a toser, vienen y nos dicen: ‘vea, es que en mi casa hay alguien que está tosiendo y yo no quiero que le dé lo mismo” (T4). De acuerdo con las entrevistas a los trabajadores de la salud, se refiere que existe un gran esfuerzo por el diagnóstico oportuno, expresado en la agilidad en el procesamiento de las muestras de baciloscopias: “me gusta extenderle sus muestras, que la bacterióloga trate de leerme lo más rápido para ver que el paciente esté bien o el paciente tenga alguna... tuberculosis” (T10). Otro de ellos refiere: “a veces los pacientes; de hecho, se preocupan. Te dicen ‘¡Ay!, vea, colabóreme, ¿será que me puede sacar el resultado más rápido de lo normal?, porque de verdad me siento mal’. Entonces a ti te dan como esas ganas de colaborar” (T12). Cabe adicionar frente a este aspecto que se cuenta con la disponibilidad de insumos para el diagnóstico: “afortunadamente, se nos proporcionan los medios de cultivo, que es una herramienta muy importante” (T12), situación que contribuye al diagnóstico precoz de la enfermedad y es esencial para el inicio del tratamiento, pues se contribuye al control de la cadena de transmisión de la enfermedad. En última instancia, todos estos aspectos positivos en lo programático contribuyen tanto al control de la enfermedad como al cumplimiento de los indicadores nacionales.

Frente a la infraestructura, se manifiesta que tanto las instalaciones del laboratorio como los consultorios de atención cuentan con los elementos mínimos para la atención de los pacientes del programa de control de TB: “el laboratorio está muy bien y, además, con el apoyo se ha fortalecido” (T5). Este aspecto constituye una fortaleza programática que refleja el compromiso administrativo de la empresa social del Estado con el correcto funcionamiento del programa, coherente con el lineamiento 1 de la estrategia Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES), que expresa la voluntad política y el compromiso que deben tener los tomadores de decisiones para con los programas de control de la TB.

En este contexto, se identifica por los trabajadores, igualmente, una fragilidad en relación con la toma de la baciloscopia, que consiste en la recolección de muestras a personas que no cumplen el criterio de sintomático respiratorio (tos con expectoración durante más de quince días), debido a las presiones que refieren los trabajadores de la salud para el cumplimiento de las metas exigidas por el programa: “en un mes tiene que subir todas las metas, ¿en un mes pedirle a usted quinientas baciloscopias?, yo le voy a recoger es solo saliva, pero como se cumplió la meta entonces no importa cómo... Miran cantidad no calidad” (T1). En este sentido, los porcentajes de captación de la concentración de la positividad de la baciloscopia sugieren la necesidad de revisar las proyecciones programáticas.

Así mismo, es innegable el éxito mundial que ha tenido el TAES para el programa de control de la TB. En el presente estudio, se adecuó esta estrategia de acuerdo con las realidades del contexto; pero se ha evidenciado

la flexibilización del TAES, principalmente mediante la capacitación de un delegado comunitario, quien se encarga de la supervisión y el suministro directo del tratamiento: “nos tocó capacitar a una señora donde él vivía para que le diera el medicamento, porque era una zona de difícil acceso al puesto, pero la capacitamos y estábamos en constante comunicación con ella para ver cómo iba el señor; ella nos mandaba los controles, el paciente no se soltó hasta que no terminó el tratamiento” (T4).

Otra situación que puede incidir negativamente en la adherencia al tratamiento son los efectos adversos de los medicamentos antituberculosos: “a veces es lo fuerte que es el tratamiento, porque el tratamiento es fuerte, les duele el estómago, otros se enronchan todos, les da una alergia en todo el cuerpo; entonces eso es lo que los hace abandonar” (T7).

El seguimiento y monitoreo de casos es un momento clave desde el punto de vista programático. Se identifica, mediante lo expresado por los trabajadores de la salud, que la visita domiciliaria es una herramienta importante para el seguimiento de los pacientes en el municipio de Tumaco:

Se mete al programa y estamos pendientes de la persona, que esté el tratamiento; a los ocho días se le tiene que hacer la visita, y cuando acabó la primera fase también hay que hacerle la visita... Si el paciente no es juicioso... la jefa solicita que nosotros localicemos otra vez ese paciente porque se nos ha perdido una semana, quince días, para que vuelva a dar el tratamiento. (T1)

Atención integral humanizada

Se encontró que, en muchos casos, el vínculo profesional-paciente sobrepasa las funciones asignadas a los trabajadores de la salud:

Con la otra compañera le conseguimos una pieza en una casa, ahí nos cobraba veinte mil pesos, y ¿qué hicimos para la comida?, conseguimos frijol, lenteja, todas esas cosas y una señora le daba a él la comida todos los días ya; fuimos a un granero y nos regalaron unos colchones, sábanas, si uno les puede colaborar, bienvenido, hay que hacerle. (T3)

Dentro de esta categoría se identificó, igualmente, que el compromiso de los trabajadores de la salud cumple un papel preponderante para el éxito del programa local, según la mayoría de indicadores reportados. Dicho compromiso se da en cada una de las etapas del proceso de atención programático: búsqueda, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes. Este elemento es identificado por ellos como una fortaleza programática:

Es gratificante cuando un paciente lo diagnosticas y lo ves en dos, tres meses, que no ha terminado tratamiento, pero lo ves diferente, lo ves gordito, lo ves todo rosadito, entonces tú dices: “estás haciendo bien tu trabajo”. Eso es lo más gratificante, y al final uno saber que

sus baciloscopias, sus cultivos, todo está negativo, entonces tú dices: “¡guau!, se curó. Bendito sea Dios. Entonces eso es lo más chévere”. (T12)

Suministro del Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado. Un mecanismo relacionado con el compromiso de los trabajadores y la atención humanizada es la administración y supervisión del TAES en los domicilios: “están las promotoras, que colaboran mucho con lo de la ubicación y lo del tratamiento; cuando el paciente no puede venir, ellas llegan hasta la casa y dejan el medicamento, y cuando son ancianitos que no pueden caminar” (T4); “si hay que llevar algún medicamento a algún paciente también van las promotoras” (T13). Igualmente, el equipo de promotores(as) se desplaza en el caso de pacientes con dificultades para la adherencia al tratamiento: “entonces las promotoras son las que van y miran qué pasa, por qué no asiste, o muchas veces hasta ellas le llevan el medicamento allá, pero ellas lo supervisan, que se lo tome, pero más no le entregan” (T11), aspectos que contribuyen, fundamentalmente, desde el punto de vista programático, a la adherencia al tratamiento y, por ende, al éxito en el control de la enfermedad.

Accesibilidad. La poca disponibilidad de servicios de salud en las zonas de difícil acceso geográfico del área rural del municipio genera cambios y limitantes territoriales que restringen la accesibilidad a los servicios de salud y, por ende, dificultan el desarrollo del TAES y que los trabajadores lo asuman: “hay muchas personas que son de la zona rural, que son personas que trabajan en el campo, que son de zonas de muy difícil acceso, entonces ¿qué se hace?, la jefe autoriza el suministro de pastillas hasta por dos semanas” (T12). Otro de los trabajadores pone de manifiesto que el desplazamiento de los equipos de promotores(as) a la residencia de los pacientes debía hacerse en grupos, a pesar del alto riesgo del territorio: “... hacia esas zonas que son bien peligrosas, yo por lo menos entro. Es terrible” (T7). Frente a esta situación, se evidencia que las dificultades de seguridad para el acceso de los pacientes a las instituciones donde se suministra el TAES se constituye, para el caso de Tumaco, en un factor limitante; sin embargo, dicha situación se atenúa gracias al compromiso de los trabajadores, quienes en muchos casos asumen el cuidado de pacientes que son actores del conflicto armado: “hay otros pacientes que son más difíciles y son reacios al tratamiento, por cuestiones también que tienen de conflicto armado” (T5).

Educación. Se identifica igualmente dentro de esta categoría que la educación en salud es un elemento indispensable en la atención humanizada, para mitigar la estigmatización en torno a la TB, no solo frente a los portadores, sino también hacia sus familias y los mismos trabajadores de la salud: “el apoyo o el acompañamiento que le hacemos es, pues, explicándole sobre la enfermedad, tranquilizándolo; la familia a veces piensa que por el hecho de alguien tener tuberculosis en la casa va a tener que sacarlo a la calle, que van a tener que... Entonces esa parte se trabaja para que el paciente no sufra de aislamiento, que le perjudica” (T4), aspecto que reafirma que el compromiso de los trabajadores parte de un abordaje integral hacia los portadores de TB.

Finalmente, estas acciones frente a la TB se han dirigido no solamente hacia los pacientes y sus familias, sino que también con poblaciones

específicas: “uno tiene que conocer los factores de riesgos y saberlos manejar bien y saber enseñar tanto a la comunidad, a los miembros de la familia y al mismo paciente” (T5). Otro de los trabajadores manifiesta: “buscando el paciente, captando y dando la orientación y las charlas de lo que se está buscando..., pero así enfocado para dar las charlas educativas sobre mi enfermedad de tuberculosis” (T1); “a mí me gusta atenderlos a ellos, a la familia y hacerles conocer de qué están enfermos; en sí ellos no saben, ellos no saben y vienen y acuden a tomar su tratamiento y no lo abandonan” (T7).

Proceso salud-enfermedad-tuberculosis

Es innegable que los procesos salud-enfermedad están directamente relacionados con las condiciones de vida y trabajo de la población. Desde la perspectiva de los trabajadores, también es relevante en el análisis programático de la TB la precaria situación económica y nutricional de los enfermos: “hay personas que son de escasos recursos, y tú sabes que esa es una enfermedad en la que se suministran medicamentos muy fuertes, y esas personas no se alimentan bien, entonces, eso es una parte muy importante para la población, la alimentación” (T12). Dentro de los aspectos de vulnerabilidad social de esta población se hacen más marcados los relacionados con el desempleo y, por ende, la inseguridad alimentaria.

El miedo y el rechazo producto de la gran carga social que implica el estigma frente a la TB tiene implicaciones sobre los pacientes, las familias y el personal de salud; en primer lugar, frente al paciente se encuentra que el miedo al contagio de sus familiares lleva al autoaislamiento: “él mismo se hizo aislar, él mismo, o sea, eran las piezas seguidas, y la última pieza era la de él; pero no lo aisló la familia; la familia sí tenía esa negatividad de que si entraban ahí se podían enfermar” (T1). En segundo lugar, la familia. Igualmente, recurre al rechazo de los sujetos por miedo al contagio: “con otro paciente, los familiares lo sacaron a él de la casa, o sea que como estaba con tuberculosis, él no se podía quedar ahí... lo discriminaron” (T3), lo que se constituye en una debilidad extraprogramática, ya que, como se ha expresado, la red de apoyo familiar es fundamental para el éxito del programa.

Así mismo, existe aún gran carga de estigma en los propios trabajadores de la salud: “el miedo, más que todo, es que se vayan a contagiarse, ese es el miedo de ellas, entonces por eso ellas le tienen miedo, que la muestra de gargajo, nada, ellas cero” (T3). Otro de ellos complementa: “me llaman, me toca salir porque ellas dicen que para allá no pasan, que les da miedo enfermarse” (T4), lo que lleva a que, desde ellos, como trabajadores de la salud, se promueva el rechazo: “varias veces también qué hacen, ayudan a que el paciente se aisle, puede ser, porque no todas, muchas personas piensan que toda tos es tuberculosis, no toda tos es tuberculosis; porque muchas promotoras creen eso, así se hayan capacitado y todo, siguen que toda tos es tuberculosis” (T3), lo que se constituye como un elemento programático que afecta el control de la enfermedad, debido a que es indiscutible la relación directa que existe entre el conocimientos y la estigmatización en torno a la TB.

Discusión

Varios estudios y análisis programáticos han evidenciado que existen fallas en los programas nacionales de control de tuberculosis (7-9), los cuales afectan el cumplimiento de los objetivos y metas del programa y, en última instancia, la superación de la TB como enfermedad, como es el interés para la salud pública de las naciones. Por esta razón, abordajes cualitativos permiten acercarse y describir los fenómenos que afectan positiva y negativamente dichos programas.

La detección temprana de casos sintomáticos de TB consiste, principalmente, en la búsqueda y captación de sintomáticos respiratorios para su diagnóstico, lo cual es fundamental para el desarrollo posterior del programa, puesto que, por un lado, contribuye a la canalización de las personas enfermas; por otro, al identificar oportunamente los casos bacilíferos, se logra cortar la cadena de transmisión. El presente estudio evidenció que involucrar a los pacientes de TB lleva a que estos se conviertan en sujetos captadores de sintomáticos respiratorios, lo que ha generado la sensibilización frente a la TB como una enfermedad real y curable y el empoderamiento de los sujetos, que lleva a que adquieran la habilidad de actuar durante el tratamiento (10), además de constituirse en elementos de movilización social en torno a la TB. Se identificó, igualmente, que las acciones del equipo de promotores(as), estrategia ya promovida por la Organización Mundial de la Salud (11), han fortalecido la captación temprana de casos bacilíferos en zonas altamente endémicas y de poca accesibilidad (12), mediante el acercamiento de los servicios de salud a las comunidades. Por esta razón ello se constituye, para el presente estudio, en una de las principales fortalezas programáticas, de cara al control efectivo de la TB.

El diagnóstico es otro momento clave dentro de los programas de control de la TB; si bien es cierto que el programa municipal cuenta con fortalezas en su infraestructura e insumos, es el compromiso y la dedicación de sus trabajadores el aspecto más relevante, ya que permite agilizar el diagnóstico y, por ende, el inicio temprano del tratamiento, pues aumenta el impacto en el control de la cadena de transmisión. Igualmente, es necesario mejorar la utilización de pruebas (cultivo, reacción en cadena polimerasa, identificación cromatográfica, entre otros) que aumenten la sensibilidad y la especificidad para de esta forma poder contar un diagnóstico oportuno (13).

Otro momento determinante para el programa de control de tuberculosis, y quizá el que mayor impacto programático parece tener es el tratamiento. Los avances terapéuticos han evolucionado rápidamente desde que se descubrió la estreptomycin, en 1944, y, posteriormente, la isoniazida y la rifampicina (14). Las múltiples dificultades presentadas con el suministro de los medicamentos antituberculosos llevó a que en 1991 la Organización Mundial de la Salud comenzara con el proceso de implementación de la estrategia TAES como táctica especial para hacer frente a la enfermedad (15); sin embargo, las dificultades para la adherencia al extenso tratamiento han llevado a realizar “flexibilizaciones operativas” (16), tendientes a garantizar su cumplimiento y evitar así fracasos terapéuticos y, por ende, el desarrollo de multidrogorresistencia (17). En el contexto del presente estudio, las

condiciones geográficas, que constituyen una barrera territorial de acceso a los servicios de salud (18,19), han permitido promover la inclusión y participación de la comunidad en el tratamiento de la TB, y de esta forma garantizar el éxito del tratamiento y mejorar los resultados en salud (20,21).

En relación con las visitas domiciliarias, como expresan los trabajadores, se identifica que permiten realizar un seguimiento directo del paciente y garantizar la adherencia al tratamiento; en otras palabras, la visita domiciliaria es una herramienta para la identificación de necesidades en salud, ya que posibilita conocer el contexto social y familiar, con lo que se pueden identificar otros factores de riesgo que puedan ser potencialmente riesgosos para la adherencia al tratamiento (22).

Igualmente, las acciones enmarcadas en la estrategia de Información, Educación y Comunicación han logrado generar modificaciones positivas en los estilos de vida de las comunidades, además de contribuir de modo significativo a la identificación temprana de la enfermedad (22,23), pues disminuyen el estigma que sobre esta se construye, al mejorar los conocimientos que frente a esta se tengan (24). Este desarrollo de acciones educativas se identifica como una fortaleza en términos programáticos. Al igual que en otros países con recursos económicos limitados para los sistemas de salud, la estrategia de agentes comunitarios (aquí denominados promotores en salud) permite responder a las necesidades operativas del programa (25), además de identificarse en estos trabajadores gran compromiso de cara al control de la enfermedad. Es fundamental reiterar que las acciones educativas son indispensables para mejorar el conocimiento que frente a la enfermedad se tenga y, por ende, para fortalecer la adherencia, a lo que se suma la interacción fraterna entre los pacientes, las familias y las comunidades con el equipo de promotores(as) (24). No obstante, es necesario avanzar en el fortalecimiento de los conocimientos de los trabajadores de salud, puesto que el presente estudio identificó que persiste desconocimiento y estigma en relación con la enfermedad.

En el proceso de salud-enfermedad de los pacientes con TB existe una relación directa con el contexto socioeconómico, en el que se enmarca la enfermedad en Tumaco, como elemento que determina la condición de salud de dichos sujetos (26). Son muchos los estudios con enfoque positivista que entregan explicaciones a la relación entre la TB y el estado nutricional de las personas (26); pero también existe una corriente amplia que aborda esta situación desde una perspectiva social más amplia, donde se establecen determinantes entre la TB, la seguridad alimentaria y la desnutrición, pero sobre todo con la pobreza y la desigualdad económica bajo el actual modelo político y económico (27), elemento que lleva a una franca vulneración de los derechos humanos, haciendo entonces de la TB en el municipio de Tumaco una situación de violencia estructural (28).

Desde una perspectiva integral de los sujetos en torno a la TB, es pertinente tener en cuenta al enfermo de tuberculosis como un sujeto participativo, con ejercicio pleno de ciudadanía y portador de significados, aspecto que se logra en la medida en que se comprende el proceso salud-enfermedad-TB como un proceso histórico y social y no reducido solamente a los aspectos

biomédicos. Según esto, el presente estudio aporta elementos sustanciales que indican que al trascender al mejoramiento de las condiciones de vida de las personas, en el marco de la relación entre el profesional y el paciente, se contribuye al control efectivo de la enfermedad.

De acuerdo con lo anterior, en el marco de la interacción dialógica intersubjetiva se construyen la escucha calificada, las responsabilidades compartidas y el ejercicio de la ciudadanía, que apuntan, en últimas, a la adherencia al tratamiento y, por ende, al éxito terapéutico (29). En las entrevistas realizadas se identifica el establecimiento de un vínculo entre el trabajador de la salud, el enfermo de TB y su familia, quienes durante el tratamiento van construyendo lazos interpersonales, confianza, confidencialidad, apoyo y cooperación mutua, los cuales logran trascender y perduran en el tiempo más allá del TAES (30), y constituyen lo que se ha categorizado como *atención integral humanizada*.

Finalmente, y teniendo en cuenta lo anterior, se hace hincapié en la necesidad de desarrollar de manera estructural la búsqueda de soluciones integrales a las difíciles condiciones de vida y salud de las personas enfermas de TB, lo que en la práctica estaría materializando un enfoque social de la TB (26), aspecto que lleva a una ampliación significativa en su manejo. En este sentido, toma relevancia la estrategia Post-2015 y sus tres pilares y componentes: 1) atención y prevención integrada centrada en el paciente (diagnóstico precoz, acceso a pruebas de sensibilidad, tamizaje sistemático, tratamiento la colaboración TB/VIH y manejo de las comorbilidades); 2) el eje de políticas audaces y sistema de apoyo, que ratifica la necesidad de compromiso político con recursos adecuados para la atención y prevención de la TB, el compromiso comunitario, los proveedores de atención, la cobertura universal de salud, la protección social, la reducción de la pobreza y las acciones sobre otros determinantes de TB, y 3) el eje de investigación e innovación intensificada, con su respectiva propuesta para la generación de herramientas, estrategias de intervenciones, que lleven a promover las innovaciones (4), tal y como lo resume esta expresión de un trabajador del presente estudio, acciones todas ellas tendientes a lo que en últimas significa control de la enfermedad: “es la preocupación por el paciente y que salga curado, que no nos vaya a abandonar o que de pronto no nos vaya de pronto a hacer un fracaso, lo ideal es que el paciente salga curado” (T4).

En el presente estudio se identificaron otros elementos que inciden determinadamente en los resultados programáticos, y que a su vez permiten ubicar el programa de control de la enfermedad inmerso en un contexto histórico-social de organización, producción y reproducción social, aspecto que amplía no solo la visión, sino la posibilidad de acciones de cuidado del profesional de enfermería, una vez que en el escenario de salud pública la profesión se constituye como esencial en el buen ejercicio de las acciones programáticas, desde las actividades de promoción, prevención y control de la enfermedad, contextualizadas en escenarios complejos como en el que se desarrolló el presente estudio.

Conclusiones

De acuerdo con los sujetos y el escenario de estudio, es innegable mencionar que los significados de los trabajadores expresan su compromiso para contribuir con las acciones de búsqueda, captación, diagnóstico, seguimiento y control de la tuberculosis, hasta tal punto que trascienden las acciones programáticas y logran establecer lazos intersubjetivos que llevan a intervenciones sociales más allá de lo que pauta el programa de control.

Estudios de estas características permiten constatar la importancia de realizar investigaciones de tipo cualitativo en enfermería, tendientes al análisis de este fenómeno en otros contextos; además, motiva la necesidad de trascender del enfoque biomédico actual y dirigirse hacia un abordaje que incorpore lo social y contribuir de forma efectiva al control de la tuberculosis, toda vez que el proceso salud-enfermedad-TB connota la determinación social.

Igualmente, se identificó que en este escenario se deben fortalecer las redes de apoyo de pacientes, pues se constituyen en espacios de encuentro y respaldo para el programa de control, pues brinda acciones programáticas contextualizadas e integrales en relación con la TB (31).

Financiación

El presente estudio fue financiado por Colciencias, mediante la Convocatoria 525-2011 del programa Jóvenes Investigadores e Innovadores, y la División de Investigación de la sede Bogotá (DIB), de la Universidad Nacional de Colombia.

Conflicto de interés

Declaramos que no hubo conflicto de intereses en el desarrollo del presente estudio.

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015: programas nacionales de control de la TB-ministerios de salud pública. Washington: OPS; 2006.
2. Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia. Convocatoria para la investigación operativa del programa nacional de prevención y control de la tuberculosis [internet]. [Citado 2012 ago 30]. Disponible en: http://www.viceinvestigacion.unal.edu.co/VRI/files/11062012_convocatoria_TB_pediatria.pdf.
3. Varela E. Tuberculosis: estado actual 2014. En: Taller de TB y lepra. Tumaco, Nariño; 2014.
4. Organización Mundial de la Salud. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015 [internet]. [Citado 2015 ene 15]. Disponible en: http://www.who.int/tb/post2015_TBstrategy.pdf.
5. Tanaka OY, Melo C. Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos. En: Magalhães ML, Mercado FJ. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Buenos Aires: Lugar; 2007.

6. Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como o caminho do pensamento social. Em: Minayo, MCS, Deslandes SF. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 83-107.
7. Tenorio Gnecco A, Plaza RV. Evaluación de programas de salud. Rev Fac Ciencias Salud [internet] 2008 Jun [citado 2012 ago 1];10(2):48-55. Disponible en: <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF/2008/100206200806.pdf>.
8. Cáceres M. F, Orozco V. L. Demora en el diagnóstico de tuberculosis pulmonar en una región de Colombia. Rev Salud Pública [internet]. 2008 [citado 2014 sep 12];10(1):94-104. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642008000100009&lng=en.
9. González-Martín J, García-García JM, Anibarro L, Vidal R, Esteban J, Blanquer R, et al. Documento de consenso sobre diagnóstico, tratamiento y prevención de la tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2010;46(5):255-74.
10. Björklund M, Sarvimäki A, Berg A. Health promotion and empowerment from the perspective of individuals living with head and neck cancer. Eur J Oncol Nurs. 2008;12(1):26-34. DOI: 10.1016/j.ejon.2007.09.003.
11. World Health Organization. An expanded DOTS framework for effective control Tuberculosis. Geneva: WHO; 2002.
12. Muñoz CD, Ríos HG, Villalva SC, Muñoz CS. Factores asociados al diagnóstico tardío de pacientes con tuberculosis pulmonar en Lima Este, Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica [internet]. 2004 [citado 2013 jul 31];20(1):18-22. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342004000100004&lng=es&nrm=iso.
13. Dorronsoró I, Torroba L. Microbiología de la tuberculosis. An Sist Sanit Navar. 2007;30(Supl 2).
14. García R, Lado FL, Túnez V, et al. Tratamiento actual de la tuberculosis. An Med Interna (Madrid) [internet]. 2003 [citado 2013 ago 2];20(2):43-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000200011&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S0212-71992003000200011>.
15. Smith I. ¿Qué es el DOTS? En: Frieden TR, editor. Tuberculosis: detección de casos, tratamiento y vigilancia. Preguntas y respuestas. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2006. p. 275-80.
16. Martínez MA. Efecto del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) sobre la adherencia y la tasa de curación de la tuberculosis pulmonar. Gac Méd Méx [internet]. 2004 [citado 2013 ago 4];140(1):1-6. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000100001&lng=es.
17. Álvarez G, Dorantes J. Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar. Salud Publica Mex. 1998;40(3):272-5.
18. Santos M, Ribeiro W, Gonçalves CW. O país distorcido: o Brasil, a globalização e a cidadania. São Paulo: Publifolia; 2002.
19. Culqui DR, Trujillo OV, Cueva N, Aylas R, Salaverry O, Bonilla C. Tuberculosis en la población indígena del Perú 2008. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [internet]. 2010 [citado

- 2013 ago 2];27(1):8-15. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342010000100003&script=sci_arttext&tlng=pt.
20. Patrick C, Kazandjian V A, Vallejo Gutiérrez P. Evaluación en salud pública: lecciones aprendidas de la gestión de la tuberculosis pulmonar. *Gaceta Sanitaria*. 2008;22(4):362-70.
 21. García M, Mayar ME, Ferreyra L, Palacios M, et al. Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en jurisdicciones sanitarias de Morelos. *Salud Pública Méx* [internet]. 1998;40(5):421-29 [citado 2013 ago 4]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36341998000500006&script=sci_arttext&tlng=es.
 22. Hino P, Takahashi RF, Bertolozzi MR, Villa TCS, et al. Family health team knowledge concerning the health needs of people with tuberculosis. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2012 [citado 2013 ago 6];20(1):44-51. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100007&lng=en.
 23. Zárate E, Lobón I, Saavedra C, Castañeda M. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios. *An Fac Med* [internet]. 2005 [citado 2013 ago 6]; 66(2): 148-58. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200009&lng=es&nrm=iso.
 24. Sharma N et al. The impact of an IEC campaign on tuberculosis awareness and health seeking behaviour in Delhi, India. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005;9(11):1259-65.
 25. García CA, Pedraza LM, Cruz O, Muñoz AI. Creencias y actitudes del personal de salud frente a la tuberculosis en una localidad, Bogotá. *Rev Univ Ind Santander. Salud* [internet]. 2011;43(1):57-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v43n1/v43n1a09.pdf>.
 26. Fuentes-Tafur LA. Enfoque sociopolítico para el control de la tuberculosis en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2008;26(3):370-9.
 27. Gupta KB, Gupta R, Atreja A, Verma M, & Vishvkarma S. Tuberculosis and nutrition. *Lung India*. 2009;26(1):9.
 28. Castro A, Farmer P. El estigma del sida y su evolución social: una visión desde Haití. *Revista de Antropología Social*. 2006;14:125-44.
 29. Vinaccia S, Quiceno J M, Fernández H, Pérez B E, Sánchez G y Londoño A. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Ann Psicol*. 2007;23(2):245-52.
 30. Brunello MEF, Cerqueira DF, Pinto IC, Arcênio RA, Gonzales RIC, Villa TCS. Scatena LM. Vínculo doente-profissional de saúde na atenção a pacientes com tuberculose. *Acta Paulista de Enfermagem*. 2009;22(2):176-82.
 31. Queiroz EM, Bertolozzi MR. Tuberculose: tratamento supervisionado nas Coordenadorias de Saúde Norte, Oeste e Leste do Município de São Paulo. *Rev Esc Enferm. USP* [internet]. 2010 [citado 2013 jul 21];44(2):453-61. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200030&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000200030>.