



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS AFECTADAS POR
TUBERCULOSIS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

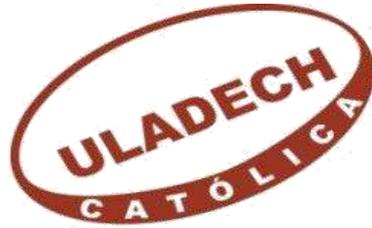
MGTR. CLEOPATRA DE AMERICA HUAPAYA PIZARRO

ASESORA:

**DRA. ENF. YOLANDA ELIZABETH RODRÍGUEZ DE
GUZMAN**

LIMA- PERÚ

2016



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

**VIVENCIAS DE LAS ENFERMERAS AFECTADAS POR
TUBERCULOSIS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN
CIENCIAS DE ENFERMERÍA**

AUTORA:

MGTR. CLEOPATRA DE AMERICA HUAPAYA PIZARRO

ASESORA:

**DRA. ENF. YOLANDA ELIZABETH RODRÍGUEZ DE
GUZMAN**

LIMA- PERÚ

2016

JURADO EVALUADOR

Dr. Enf. Freddy Hernán Polo Campos. -----

Presidente

Dra. Enf. María Elena Gamarra Sánchez. -----

Secretaria

Dra. Enf. Carmen Gorritti Siappo. -----

Miembro

Dra. Enf. Yolanda Rodríguez Nuñez. -----

Asesora

AGRADECIMIENTO

A mi buen Padre, Dios, quien ha bendecido todos los estudios y trabajos que he realizado para Su servicio y la sociedad.

A la Dra. Yolanda Rodríguez Núñez, por su orientación y apoyo en todas las fases de esta investigación.

A la Dra. Neide Aparecida Titonelli Alvín y Dra. Regina Célia Gollner Zeitoune por su orientación y apoyo en la revisión del proyecto de investigación.

A los miembros del Equipo Técnico del Programa de Prevención y Control de TB de EsSalud, por su compañerismo y apoyo en la realización de este estudio.

DEDICATORIA

A mis padres **Ruth y Leoncio**, quienes siempre dan muestras de cuidado e interés por mi vida. Ellos son los referentes de superación, responsabilidad y fortaleza.

A **Cinthya**, reflejo de belleza, encanto e inteligencia, a **David**, talentoso, alegre y cariñoso; hijos amados que me comprenden y ayudan en los retos de la vida.

A mis hermanas y hermano con sus respectivas familias.

A mis queridas amigas y colegas que alegran y acompañan mis vivencias.

A las enfermeras que participaron de este estudio, por compartir sus experiencias.

A las enfermeras que cuidan a personas afectadas por TB, para que así como les transmiten confianza y esperanza, consoliden un entorno de trabajo saludable y digno.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece”.

Santa Biblia, Filipenses 4:13

RESUMEN

La tuberculosis es un problema de salud pública y considerada una enfermedad profesional que afecta particularmente a los profesionales de enfermería. Existe un amplio marco legal y normativo que establece la prevención de la transmisión de TB a nivel intrahospitalario. El **objeto de estudio** fue las vivencias de las enfermeras con tuberculosis en el ámbito hospitalario. Los **objetivos de la investigación** fueron: describir las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis, analizar las vivencias de las enfermeras y discutir las implicancias de sus vivencias en las políticas de tuberculosis como enfermedad ocupacional. El tipo de estudio fue cualitativo con enfoque del **método Historia de Vida**, empleándose como técnica de recolección de datos la entrevista abierta y a profundidad a 08 enfermeras a través de la técnica de saturación. **Resultados:** desde las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario se identifican tres categorías: 1) Vivenciando la falta de condiciones adecuadas para trabajar 2) Sintiendo rechazo, vergüenza, temor y aislamiento 3) Vivenciando ser paciente de TB y ser enfermera después de la TB. **Consideraciones finales:** La prevención de la transmisión de TB en el ámbito hospitalario es un tema delicado y difícil de abordar. Para promover un ambiente de trabajo saludable se requiere la voluntad política y capacidad de gestión, así como conocimientos científicos, actitudes y buenas prácticas de todos los involucrados. Es de alta prioridad la implementación del Plan de Control de Infecciones por TB en cada Establecimiento de Salud, así como los procesos y procedimientos específicos para la atención de la enfermera afectada por TB.

Palabras clave: riesgo de transmisión de TB, salud laboral enfermeras, Plan de Control de Infecciones por Tuberculosis.

SUMMARY

Tuberculosis (TB) is an occupational disease and a public health problem that particularly affects nurses. There is a vast legal and regulatory framework that provides prevention of TB transmission in health facilities. The focus of this study was the experiences of nurses with tuberculosis in hospitals. The research objectives were to: (a) describe the life experiences of nurses affected by tuberculosis; (b) analyze the experiences of nurses; and (c) discuss the implications of their experiences in working with the laws and regulations of tuberculosis as an occupational disease. The type of study was qualitative with approach to the life story method, which was used as a technique for data collection in open and in-depth interviews with nurses through the saturation technique. Results from the nurses' experiences affected by tuberculosis in hospitals, are addressed in three identified categories: 1) Experiencing the lack of adequate working conditions; 2) Feelings of rejection, shame, fear, and isolation; 3) Experience in being a patient and a nurse after TB. Final Considerations: The prevention of TB transmission in health facilities is sensitive and difficult to approach; therefore, in order to promote a healthy work environment in the framework risk of TB transmission, political will and managerial skills such as scientific knowledge, attitudes, and good practices of everyone involved, are required. It is vital to make the implementation and enforcement of the plans for TB Infection Control in each health facility, as well as the processes and specific procedures to treat the professional nurses being infected by TB, a high priority.

Keywords: risk of TB transmission, nursing, occupational health, Tuberculosis Infection Control Plan.

RESUMO

A tuberculose é considerada um problema de saúde pública e uma doença de trabalho, já que afeta principalmente aos profissionais da área de saúde. A prevenção da TB nos estabelecimentos de Saúde é estabelecida de forma ampla através de normas legais. O objeto de estudo foi a convivência das enfermeiras com a TB no ambiente hospitalar. Os objetivos da investigação foram: descrição das experiências das enfermeiras afetadas pela tuberculose, assim como análises e discussões sobre as implicações de tais experiências em relação às leis e normas para a TB como doença de trabalho. O tipo de estudo foi qualitativo com enfoque no método História de Vida, empregando como técnica de coleta de dados a entrevista aberta e profunda a 08 enfermeiras por meio da técnica de saturação. Resultados: das experiências das enfermeiras afetadas pela tuberculose no âmbito hospitalar foram identificadas três categorias: 1) Confirmando a falta de condições adequadas no trabalho 2) Sentimento de rejeição, vergonha, medo ou isolamento 3) Experiência de ser paciente de TB e ser enfermeira depois da TB. Considerações finais: A prevenção da TB nos estabelecimentos de Saúde é um tema sensível e de difícil abordagem pois requer a vontade política e capacidade de gestão assim como conhecimentos científicos, atitudes e boas práticas de todos os envolvidos. Para promover ambientes de trabalho saudáveis é necessário tratar e atuar com prioridade a implementação e o cumprimento dos planos de controle de infecções pela TB, bem como os processos e procedimentos específicos para o cuidado das enfermeiras afetadas pela TB.

Palabras clave: risco de transmissão de tuberculose, enfermeiras, saúde laboral, Plano de Controle de Infecções por Tuberculose.

ÍNDICE

	Pág.
Agradecimiento	iii
Dedicato	iv
Resumen	v
Abstract	vi
Resumo	vii
Indice	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Problematización e importancia.....	2
1.2 Objeto de estudio.....	7
1.3 Pregunta de estudio.....	7
1.4 Pregunta orientadora	7
1.5 Objetivos del estudio.....	8
1.6 Justificación y relevancia del estudio.....	8
II. REFERENCIAL TEORICO-CONCEPTUAL.....	10
2.1 Contexto de estudio	11
2.2 Referencial contextual	16
2.3 Referencial conceptual	20
2.3.1 Riesgo de Transmisión de Tuberculosis en los Hospitales	20
2.3.2 Tuberculosis como enfermedad profesional.....	25
2.3.3 Medidas de prevención en el contexto de la TB profesional.....	28
2.3.4 El cuidado de la enfermera con tuberculosis.....	34

2.4 Referencial teórico.....	43
2.4.1 El riesgo laboral de la enfermera y el modelo de Determinantes Sociales de la Salud.....	43
2.4.2 Teoría del Entorno de Florecen Nightingale.....	54
III. METODOLOGÍA.....	64
3.1 Tipo de investigación.....	65
3.2 Método de investigación.....	66
3.3 Sujetos de investigación.....	67
3.4 Escenario de investigación.....	68
3.5 Procedimiento de recolección de datos cualitativos.....	69 -
Técnica de recolección de datos.....	69 -
Procesamiento de datos.....	70
3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico.....	70
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	72
4.1 Presentación de resultados.....	73
4.2 Análisis y discusión de resultados.....	75
V. CONSIDERACIONES FINALES.....	113
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	124
ANEXOS.....	138

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

Gráfico N° 1: Medidas de control de Infecciones por tuberculosis.....	29
Gráfico N° 2 Determinantes de la Salud Lalonde.....	46
Figura N° 1 Modelo de determinantes de la Salud Dahlgren y Whitehead.....	47
Tabla N° 1. Datos generales de los sujetos participantes en el estudio.....	74

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

N

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1 Problematización e importancia

La tuberculosis (TB) es considerada una amenaza mundial, por ser una enfermedad prevalente y responsable de elevada morbilidad y mortalidad. Su control no es exclusivo del sistema sanitario, debido a que está asociada a determinantes sociales como pobreza y exclusión social, nutrición, hacinamiento y vivienda, empleo, educación, seguridad social y estilos de vida (1).

Según la Organización Mundial de la Salud la cifra estimada de nuevos casos en el año 2014 fue de 9.6 millones, y 1,5 millones murieron por esta causa (2). A nivel latinoamericano, en el Informe de la Organización Panamericana de la Salud se registraron 285,213 casos de los cuales el número de muertes estimadas fue de 20,459 casos (3).

En el Perú, los reportes siguen siendo alarmantes a pesar que en los últimos diez años, según el Banco Mundial destacó como una de las economías de más rápido crecimiento (4). La tasa de morbilidad fue de 102.1 y mortalidad de 3.7 casos por cada 100 mil habitantes. Por lo tanto, seguimos siendo los segundos de América Latina con la estadística más alta en la forma sensible de la tuberculosis y los primeros con más casos de TB multidrogorresistente (TB MDR), siendo el grupo etareo entre los 18 y 59 años los más afectados (5).

Por otro lado, están aumentando los casos de tuberculosis extensamente resistente (TB XDR), que demanda un periodo más largo de tratamiento, es altamente costosa, tiene menores posibilidades de cura y no se cuenta con suficiente oferta hospitalaria para su manejo. Adicionalmente, el afectado por esta enfermedad

experimenta rechazo y aislamiento por el estigma y la discriminación que persiste en la sociedad (6).

En este contexto, la población está expuesta a la infección por el *Mycobacterium tuberculosis* y entre el grupo de personas que tienen mayor riesgo se encuentra el personal de salud (PS). Existen evidencias que la tasa de tuberculosis puede llegar a ser entre 10 a 50 veces superior a la de la población en general (7). Al respecto, se encontró una tasa anual de infección de 30% en el personal de emergencia de un importante Hospital Nacional de Lima (8).

Fica et al (9) Huaroto y Espinoza (10) y Mendoza A. (11) refieren que los hospitales con hacinamiento, escasa iluminación y ventilación natural, escasa o nula identificación de pacientes tosedores, retardo en el diagnóstico, falta de salas de aislamiento implementadas, insuficientes equipos de protección personal y la falta de capacitación en control de infecciones por TB en el personal de salud favorecen la transmisión de la tuberculosis a nivel intrahospitalario. Teniendo en cuenta que los pacientes bacteriológicamente positivos, sin tratamiento, al toser, estornudar o simplemente al hablar pueden infectar en promedio a 10 personas por año (7).

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis (ESNPCT) del Ministerio de Salud (MINSa) en el año 2014, notificó 140 casos de trabajadores de salud con tuberculosis (12). En ese sentido, hay reportes que el personal de enfermería tiene un mayor riesgo de infección y de desarrollar TB activa respecto a otras funciones o profesiones entre el PS, en algunos casos superando al grupo médico (9, 13,14).

En ese mismo orden de ideas, se han identificado factores o situaciones que predisponen o acentúan la exposición a daños en la salud de la enfermera como la

sobrecarga laboral, desgaste físico y emocional, estructura física inadecuada de la institución hospitalaria, materiales de baja calidad, insuficientes equipos de protección personal o falta de uso de los mismos y falta de capacitación (15-18).

En los servicios de hospitalización se observa que la asignación de pacientes por enfermera supera el coeficiente de pacientes por enfermera, que de acuerdo al Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) en los Servicios de Medicina en Estados Unidos es de una enfermera por cada cinco pacientes, en Corea una enfermera por cada 13 pacientes y en Australia varía entre una enfermera por cada cuatro a seis pacientes (19).

En el contacto interpersonal con enfermeras que vivieron la experiencia de tener tuberculosis durante su desempeño laboral en servicios en hospitalización, captadas por la autora, durante la Quinta Ronda del Programa del Fondo Mundial para la lucha de la Tuberculosis y VIH en el Perú, se percibió el impacto que generó la enfermedad en sus vidas, la vergüenza y el rechazo que sintieron así como el temor de contagiar la enfermedad a sus familiares o tener tuberculosis multidrogorresistente.

La Organización Mundial de la Salud, la Organización Internacional del Trabajo, la Ley de Seguridad y Salud en el trabajo y la Ley de Prevención y Control de tuberculosis en el Perú, consideran a la tuberculosis como una enfermedad profesional (20-22).

El impacto de la TB es de índole económica y social. En España, sus efectos están relacionados a perder aproximadamente entre 220,3 días de trabajo (23). En el Perú, los años saludables perdidos fueron de 72,770, así mismo, por pérdidas humanas se perdieron 23,5 millones de US dólares y el costo de los años de vida con

discapacidad por la enfermedad fue de 4,8 millones de US dólares. Así mismo, hay efectos importantes en el aspecto emocional y en las relaciones sociales de la persona (6, 24).

La legislación y normas para la prevención y el control de la TB en Establecimientos de Salud, establecen por un lado, la obligación del empleador para adoptar medidas para garantizar la seguridad de los usuarios, usuarias y del personal que labora en los establecimientos así como las obligaciones del trabajador para prevenir los riesgos laborales mediante el cumplimiento de las normas, reglamentos, capacitación de los riesgos a los que están expuestos por el trabajo que desempeñan, entre otros.

Sin embargo, en el Informe de la Defensoría del Pueblo el 23.7% de hospitales públicos en el Perú, no habían implementado medidas de prevención frente a la TB (25). Esta situación, está relacionada por un lado, a las limitaciones del Sistema Sanitario en el Perú para atender a las crecientes demandas de la población y a la escasa importancia de las políticas sanitarias para la promoción de la salud y prevención de riesgos del trabajador de salud durante su vida laboral, bajo el contexto de los determinantes sociales de la salud (26).

Esta situación genera una disyuntiva, por un lado existe la necesidad de otorgar las prestaciones sanitarias a las personas con tuberculosis en cualquiera de sus formas, derecho que otorga a todo ciudadano la Ley General de Salud, no obstante, el riesgo de enfermar por tuberculosis en las enfermeras y el personal de salud es alto al tener una escasa implementación de las leyes y normativas para disminuir el riesgo de transmisión de la TB a nivel hospitalario (27).

En este contexto, la pregunta que surge es ¿Quién cuida de la salud laboral de las enfermeras que durante las 24 horas del día atienden ininterrumpidamente a las personas hospitalizadas con sospecha o diagnóstico de TB? ¿Qué experimentan las enfermeras que fueron afectadas por tuberculosis durante su ejercicio laboral?.

En este estudio, se plasma mi trayectoria profesional, que se inició en el año 1991, siendo enfermera comunitaria de Programas de Nutrición Infantil, Inmunizaciones, Crecimiento y Desarrollo y Salud del Escolar y Adolescente en comunidades de la sierra central y la selva oriental del Perú. En esta última, se inicia mi experiencia en la gestión de programas de salud pública.

Posteriormente en la ciudad de Lima, en el área asistencial por primera vez fui testigo de compañeras de trabajo, médicos asistentes e internos de medicina que padecieron por TB, incluso uno de ellos tuvo que ser intervenido quirúrgicamente por tener TB MDR. En ese contexto, experimenté el temor de ser contacto de compañeros de trabajo diagnosticados por esta enfermedad.

La Providencia también me ha permitido desempeñar la docencia en la Universidad donde me formé, realizando funciones administrativas como Directora de Escuela Profesional y Asistente Académico de la Unidad de Posgrado de Enfermería, teniendo la valiosa y significativa oportunidad de realizar estudios de posgrado de Especialidad en Cuidados Intensivos y de Maestría en Salud Pública.

En el ámbito de Programas de Desarrollo Social, en una Organización No Gubernamental, fui designada para Monitorizar el Programa de Mejoramiento de la Protección Respiratoria en 18 hospitales y 1 Instituto Nacional de Salud del Niño del Ministerio de Salud, en el contexto de la Quinta Ronda del Fondo Global. El objetivo principal de esta intervención fue disminuir el riesgo de transmisión de TB en el

personal de salud, para lo cual los equipos técnicos de cada EESS tenían que diseñar el Plan de Control de Infecciones por TB y con la aprobación de la máxima autoridad implementarse.

Esta experiencia me permitió conocer los esfuerzos de un número reducido de profesionales entre directivos y operativos que se interesan por resolver o disminuir los efectos del problema de la tuberculosis. Lamentablemente muchas veces, la falta de voluntad personal, conocimientos de gestión y la burocracia de la administración pública, impiden tener una respuesta oportuna y eficaz para el control de la tuberculosis a nivel intrahospitalario.

Retornando al área asistencial en el Hospital donde ingresé a trabajar, tomé conocimiento de casos de TB en enfermeras; curiosamente sólo este grupo ocupacional fue el afectado. Finalmente, desde hace tres años, por invitación de la Sede Central de mi Institución soy parte del equipo técnico del Programa de TB. Allí sigo experimentando los efectos de la TB en los usuarios y el personal de salud.

Desde mi perspectiva existe un camino difícil, que a veces parece muy largo, pero no imposible, para brindar prestaciones sanitarias eficientes a las personas afectadas por tuberculosis y al mismo tiempo gestionar y abogar por un ambiente de trabajo saludable para las enfermeras y el personal de salud.

1.2 Objeto de estudio

El objeto de estudio trata de las vivencias de las enfermeras con Tuberculosis en el ámbito hospitalario.

1.3 Pregunta orientadora

Se planteó la pregunta ¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario?

1.4 Objetivos del estudio

- Describir las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario.
- Analizar las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis.
- Discutir las implicancias de las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en las políticas de salud ocupacional.

1.5 Justificación y relevancia del estudio

La tuberculosis en el Perú es un problema de salud pública que afecta a un gran número de peruanos, entre los que se encuentra el personal de salud, particularmente el grupo ocupacional de enfermería, teniendo en cuenta el alto riesgo de transmisión de tuberculosis en los hospitales, por el hacinamiento y escasa ventilación que los caracteriza. El impacto de la TB es a nivel social y económico e influye en el desarrollo del país (24).

Existe un amplio marco normativo a nivel mundial y nacional para proteger la salud y seguridad del trabajador y de la enfermera. En este contexto, este estudio contribuye por un lado al incremento del conocimiento del marco normativo y legal de la prevención de la tuberculosis como enfermedad profesional, bajo el marco referencial de Florence Nightingale y su Teoría del Entorno y el análisis del riesgo laboral del profesional de enfermería en base a los determinantes sociales de la salud. Por otro lado, el conocimiento del cuidado de la enfermera afectada por tuberculosis hasta su reincorporación a las labores asistenciales.

Metodológicamente esta investigación es importante porque aborda las vivencias de las enfermeras desde el abordaje cualitativo, aspecto poco explorado en

investigaciones realizadas en el tema de control de infecciones por tuberculosis en el ámbito hospitalario.

A nivel de la docencia y capacitación la contribución de este estudio se basa en la incorporación teórico-práctica de la tuberculosis como enfermedad profesional a nivel de pre-grado y en la inducción a estudiantes y trabajadores de salud que ingresan por primera vez a realizar prácticas y/o laborar en las áreas de alto riesgo de transmisión de los Establecimientos de Salud .

CAPÍTULO II

REFERENCIAL TEÓRICO CONCEPTUAL

CAPITULO II: REFERENCIAL TEORICO CONCEPTUAL

2.1 Contexto de Estudio

Como se ha señalado, la reemergencia de la tuberculosis es una preocupación en todo el mundo y se han intentado establecer las razones por las cuales no se logra su erradicación. Al respecto Farga y Caminero (7), señalan que la mala utilización de las estrategias terapéuticas disponibles, el descuido de los programas nacionales de control de la tuberculosis, la pandemia de infección por VIH/SIDA, el aumento de la pobreza tanto en países en desarrollo y desarrollados, el crecimiento demográfico así como las inmigraciones masivas desde los países de alta endemia, contribuyen a la persistencia de las altas tasas de esta enfermedad.

Se ha identificado que las acciones para detectar, tratar y curar a todos los casos con TB están enfocadas en las grandes ciudades. En América Latina el 80% de la población vive en ciudades donde uno de cada cuatro habitantes es pobre, 117 millones de personas viven en barrios marginales y el desempleo y sub empleo es alto. Esta realidad confirma la vinculación de esta enfermedad con la pobreza y con las malas condiciones de trabajo y vida (28).

En ese sentido, la persona afectada por tuberculosis sufre el estigma y la discriminación de la sociedad. Goffman E. (29), refiere que el estigma es un proceso dinámico de devaluación, que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de los demás. Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación. Esta consiste en acciones u omisiones dirigidas contra los individuos estigmatizados.

La tuberculosis es un atributo profundamente despreciativo para la persona que lo padece, porque además de estar asociada directamente con la pobreza e

indigencia, se la relaciona a la falta de aseo y al castigo divino y sus efectos incluyen el estrés, la depresión, el miedo, problemas de relación, la pérdida de empleo, la reducción de las oportunidades de educación y la vulnerabilidad a la discapacidad (30,31).

Esta actitud de rechazo a las personas afectadas por tuberculosis, es visible aun en el personal de salud. Según Guel et al (30), la mayor causa del estigma es el miedo a ser contagiado de tuberculosis y que la forma más común de estigmatizar es minimizando el contacto con el paciente, la discriminación verbal y rechazo a la atención.

Por lo antes mencionado el estigma representa un obstáculo para la atención oportuna y de calidad a los pacientes, incrementa el sufrimiento e influye negativamente en el afrontamiento de la enfermedad y la adherencia al tratamiento.

Debido a la magnitud del problema, el abordaje de la Tuberculosis, a nivel mundial tiene como referentes al Objetivo 6 del Milenio, que establece combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades graves y la Estrategia Alto a la TB que tiene como metas reducir la prevalencia y la mortalidad por tuberculosis en un 50% respecto a 1990 y eliminar la tuberculosis como problema de salud pública para el 2050 (32, 33).

En nuestro país se cuenta con el Plan Estratégico Multisectorial (PEM) 2010 – 2019, que pretende disminuir al 2019 la incidencia de TB pulmonar frotis positivo a menos de 40 casos por 100 mil habitantes; la Alianza Intergubernamental Lima Respira Vida Juntos contra la TB, el Plan Nacional 2013 – 2016 y el Plan Lima 2013-2016 (34, 35).

Así mismo, el Ministerio de Salud en el año 2013, ha actualizado la Norma Técnica de Salud para la Atención integral de las personas afectadas por Tuberculosis y el Seguro Social de Salud el Manual de Prevención y Control de TB en EsSalud y finalizando el año 2014 se ha promulgado la Ley N° 30287 de Prevención y Control de TB en el Perú (36, 37,22).

Para la prevención y el control de la TB, existen Normas y Lineamientos desde las Instituciones más representativas de Salud en el mundo y en el país, lo cual refleja la voluntad política por controlar la TB y el manejo integral de las personas afectadas por esta enfermedad.

Por otro lado, considerando que el problema de la TB afecta al personal de salud de los Establecimientos de Salud, por el contacto que se da con los usuarios afectados, también se cuenta con Lineamientos para la implementación del control de infecciones de tuberculosis en las Américas y el Manual de Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud de la OPS y a nivel nacional, el Plan Nacional de prevención VHB, VIH, TB por riesgo ocupacional en los trabajadores de salud 2011-2015 así como el Módulo de Control de Infecciones por Tuberculosis (38-41).

Estos documentos establecen las medidas de prevención que deben ser consideradas por los gestores en cada nivel de atención para proteger al componente más importante de las instituciones: el personal de salud.

En este contexto, es necesario describir cómo funciona el sistema sanitario en el país y su relación con el impacto de la tuberculosis en la comunidad y en el personal de salud. Al respecto, Sánchez (42), refiere que existe el sector público y el privado; el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

El Ministerio de Salud (MINSA) atiende a la población no asegurada que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema por medio del Seguro Integral de Salud (SIS) y a los trabajadores del sector informal, los autoempleados de zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, lo que representan alrededor del 58% de la población total.

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). La primera cubre aproximadamente al 20% de la población, tiene sus propios centros asistenciales y ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus instalaciones (propias y alquiladas) pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997 el sector privado le vende servicios personales a través de las EPS (43). Por otro lado, los seguros privados y los servicios prepagados ofrecen cobertura a poco menos de 2% de la población y entre 10 y 20% de la población se encuentra totalmente excluida del sistema de salud.

Respecto al financiamiento, el MINSA obtiene sus recursos de los impuestos generales, cuotas de recuperación, donaciones y transferencias. EsSalud, con las aportaciones que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos y en el caso de los jubilados, el 4% de la remuneración asegurable.

Es necesario indicar que el gasto que invierte el estado peruano en la salud de su población, es de aproximadamente 4.6% del producto bruto interno (PBI) y el gasto per cápita bordea los 400 dólares, mientras que países como Argentina y Brasil destinan el 9,5% y el 9% de su PBI, y el gasto per cápita está en 1.387 dólares y 1.185 dólares respectivamente. Es notable la diferencia (4).

Según Polo F. (44), un aspecto importante que limita la respuesta social está relacionado con la importancia que representa el gasto social en salud en la política gubernamental. En ese sentido, la inversión que realiza el Estado Peruano en la salud es insuficiente para mejorar, mantener y aumentar la infraestructura hospitalaria y del primer nivel de atención, el equipamiento, los insumos y materiales necesarios para brindar prestaciones de salud a la población peruana.

Esta situación también incide en el bienestar de los trabajadores de salud, porque existen diversas modalidades de empleo: Ley 276, Ley 728 y Ley 1057 contrato por terceros, las cuales tienen diversos beneficios para trabajadores que en su campo de acción desarrollan las mismas funciones. Así mismo, influye en la no priorización, o poco interés sobre la salud ocupacional o seguridad y salud en el trabajo que es un paso importante para prevenir los accidentes y enfermedades ocupacionales y controlar los riesgos al respecto (45, 46).

En ese sentido, en el Perú, en el año 1940 se creó el Instituto de Salud Ocupacional (INSO), pero en el 1994 pasó a depender de la Dirección General de Salud Ambiental del Ministerio de Salud, minimizando así al límite las actividades de salud ocupacional (47). A partir del año 2002, se cuenta con el Centro Nacional de Salud Ocupacional y Protección del Ambiente para la Salud (CENSOPAS) que forma parte del Instituto Nacional de Salud. Sin embargo, las Unidades de Salud Ocupacional a nivel nacional son escasas y no cuentan con recursos humanos necesarios.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (39), refiere que estas Unidades deberían contar con médico, enfermera, especialistas en salud ocupacional, ingeniero especialista en prevención de riesgos e higiene ocupacional, psicólogo

especialista en psicología social laboral y organizacional, especialista en ergonomía y con equipos suficientes: dosímetros, sonómetros, audímetros, espirómetros entre otros.

En consecuencia, al no contar con Unidades que se dediquen a esta labor, existe sub registro de los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales, así como el escaso abordaje de la salud del personal ante el riesgo inminente de la tuberculosis.

Por lo antes expuesto, la existencia de normatividad y leyes es importante, sin embargo se requiere voluntad política, capacidad de gestión e inversión financiera para garantizar las condiciones y medio ambiente laboral favorables para el personal de salud.

2.2 Referencial Contextual

Se presentan los estudios relacionados a esta investigación, que a nivel internacional son los siguientes:

Souza y Bertolozzi (48), en el estudio "La vulnerabilidad a la tuberculosis en trabajadores de enfermería dentro de un hospital universitario", Brasil 2007 identificaron aspectos que podrían potenciar la vulnerabilidad de los trabajadores de enfermería frente a la tuberculosis. Fue un estudio descriptivo y los principales resultados mostraron que auxiliares de enfermería y trabajadores del turno nocturno presentan mayor número de indicadores de vulnerabilidad. Gran parte de los trabajadores mostraron conocimiento equivocado sobre la enfermedad, a pesar de brindar atención a pacientes con tuberculosis, evidenciando la necesidad de difundir el conocimiento apropiado sobre la tuberculosis, ya que estos trabajadores constituyen agentes para su control.

Aedo y Aracena (49), realizaron el estudio “Vivenciando el Fenómeno de enfermar por Tuberculosis”, Chile, 2008. El objetivo fue describir las vivencias y sentimientos que experimentaron los pacientes con diagnóstico de TB. Fue de tipo cualitativo con orientación fenomenológica, estudiándose las vivencias sobre el diagnóstico de la enfermedad, la experiencia del temor a la discriminación en el entorno social, las vivencias de la hospitalización y la necesidad de aislamiento, las descripciones del temor a la muerte, el valor de la familia como red de apoyo, la influencia de la enfermedad en el ámbito emocional, y reconociendo la calidad de atención del equipo de salud. Las vivencias que más se destacaron fueron el fuerte impacto emocional en el diagnóstico de la enfermedad y en el entorno familiar.

Sissolak et al (50), en el estudio "Experiencias de Prevención y control de la infección por TB de enfermeras de Sudáfrica - un estudio fenomenológico", Sudáfrica, 2011, investigaron las experiencias de las enfermeras respecto a las prácticas de prevención y los factores de riesgo asociados con la transmisión nosocomial que influyen en el control de la infección tuberculosa.

Los resultados indican que los factores que influyen y aumentan el riesgo potencial de transmisión nosocomial, están relacionados con la falta de una política para establecer el Plan de Control de Infecciones por TB, que incluyen la falta de provisión de instalaciones de aislamiento y los equipos de protección personal. Otras influencias incluyen la formación inadecuada en TB para el personal y los pacientes, las barreras de comunicación, la excesiva carga de trabajo de las enfermeras y un sentido del deber de cuidado.

González Y. (51), en el estudio “Exposición ocupacional por contaminantes biológicos: *Mycobacterium tuberculosis*- TB en trabajadores de la salud y

enfermería: estado del arte”, Colombia, 2010, el objetivo fue realizar una revisión de la literatura indexada internacional y nacional, para abordar la temática de bioseguridad con énfasis en Tuberculosis, trabajadores de la salud – TS y Enfermería durante el periodo 1999-2009. La investigación fue de tipo descriptiva, y los resultados indican que en América Latina se encuentra limitada la publicación de artículos frente a la temática de la Tuberculosis, excepto Brasil. Se evidencia que el personal del área de la salud se encuentra desprotegido y que existe la necesidad de crear programas que permitan brindar educación tanto a nivel hospitalario como ambulatorio, se recomienda fortalecer la investigación sobre la temática, específicamente haciendo alusión a la exposición ocupacional que viven los trabajadores de la salud en especial Enfermería.

Costa et al (52), estudiaron “Biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar”, Brasil 2013. El objetivo fue evaluar las medidas preventivas recomendadas durante la asistencia de los pacientes sintomáticos respiratorios con Tuberculosis pulmonar. Fue un estudio exploratorio-descriptivo, retrospectivo. Los resultado fueron: el número de casos de tuberculosis durante o período de estudio fue de 65 de los cuales 29 (44,6%) fueron diagnosticados durante la hospitalización. En relación a las medidas de bioseguridad durante la admisión de los 29 casos, se encontraron registros de precauciones por aerosoles en las historias clínicas de 13 (44,8%) pacientes, estos datos muestran que los profesionales de enfermería que trabajan en hospitales continúan expuestos a riesgos de infección latente.

Los estudios internacionales relacionados a la presente investigación, inciden en la exposición ocupacional de los trabajadores de salud en el desempeño de sus

funciones, de manera particular las enfermeras, respecto a la infección y desarrollo de la enfermedad por *Mycobacterium tuberculosis*. Este riesgo se incrementa con la falta de implementación de Planes de Control de Infecciones por TB, que establece las medidas para contar con ambientes ventilados e implementados, provisión de equipos de protección personal, así como la mejora de los conocimientos y actitudes de los trabajadores para el control de esta enfermedad. Por otro lado, tener tuberculosis genera vivencias con fuerte impacto emocional debido al estigma y la discriminación que existe al respecto.

A nivel nacional los estudios de investigación que se encontraron, se describen a continuación:

Riboty A. (13), realizó el estudio “Factores de riesgo ocupacionales y no ocupacionales para enfermar por tuberculosis pulmonar en trabajadores de salud-HGAI” Lima, 2005. El objetivo fue demostrar la asociación entre los factores de riesgo ocupacionales y la tuberculosis pulmonar entre los trabajadores. Fue de tipo casos y controles. Los principales resultados indican una asociación significativa entre no usar respirador N 95 y TB, laborar en un servicio de alto riesgo de transmisión de *Mycobacterium tuberculosis*, tener mayor tiempo de empleo, mayor número de horas laborales por mes y ser contratado, así como entre menor edad y TB y tener menor índice de masa corporal al riesgo de enfermar por TB.

Nakandakari M. (53), realizó el estudio “Tuberculosis en trabajadores de salud: Estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue”, Lima 2014, con el objetivo fue describir las características epidemiológicas y clínicas de los trabajadores de salud del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) con diagnóstico de Tuberculosis (TBC) entre el 2006 y 2013. Fue un estudio

observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Se identificaron 56 trabajadores de Salud con diagnóstico de TB, 4 fueron BK (+++) y uno falleció. La frecuencia de los casos tuvo una tendencia a disminuir desde el 2008, con su valor más bajo en el 2012. Las conclusiones fueron que la mayoría fueron diagnosticados en el 2007 y 2013, médicos residentes, BK negativo, con TBC pulmonar sensible y del Servicio de Hospitalización de Especialidades.

Nereida B. (54), en el estudio “El significado de vivir con TB. No te acerques”, Trujillo 2010, develó los sentimientos de los afectados con tuberculosis pulmonar frotis positivo, mediante un estudio cualitativo de trayectoria fenomenológica. Los resultados encontraron sentimientos vividos: agradecimiento a Dios, sufrimiento, autoaislamiento, necesidad de apoyo, aislamiento, sentimiento de valía, rechazo, vergüenza y soledad.

Los estudios en mención, establecen que los hospitales tienen áreas de alto riesgo de transmisión de tuberculosis, por lo tanto los trabajadores de salud están expuestos a esta enfermedad. Existe una relación significativa entre el uso de equipos de protección personal, el mayor número de horas laborales, mayor tiempo laborando y ser de contextura delgada. Así mismo, las personas que desarrollan la tuberculosis experimentan sentimientos de autoaislamiento, sufrimiento, rechazo, vergüenza y soledad.

2.3 Referencial Conceptual

2.3.1 Riesgo de Transmisión de Tuberculosis en los Hospitales

Farga y Caminero (7), estudiosos de la tuberculosis en el mundo explican aspectos de la enfermedad que a continuación se detallan.

La tuberculosis forma parte de la historia de este mundo, como consta en las momias egipcias e incaicas y en otras descripciones a través de dibujos, esculturas y escritos antiguos, siendo Hipócrates (460-370 a.C.), quien la denominó como “tisis”. Es una enfermedad infecciosa, cuyo agente causal es el *Mycobacterium tuberculosis*. La pared celular de este bacilo es la más compleja de entre todas las bacterias, no tiene toxinas por lo que puede permanecer en estado de latencia; es aerobio, crece a expensas de la presión de oxígeno de su huésped; se multiplica lentamente por eso su tendencia a la cronicidad; tiene virulencia variable y ocasiona una variedad de respuestas inmunológicas. Estas características biológicas, permiten comprender su continua y progresiva agresión al ser humano en el tiempo.

El mecanismo de transmisión mayoritariamente es por vía aérea a partir de individuos enfermos. Al toser, estornudar o hablar se genera aerosoles, que contienen los núcleos goticulares de Wells, que por su tamaño inferior a 5 micras resultan potencialmente infecciosas, porque son capaces de alcanzar y depositarse en los alveolos.

La mayoría de los individuos que adquieren la Tuberculosis, no presenta síntomas ni signos clínicos, en cuyo caso se habla de Infección latente, en los casos en que sí aparecen se habla de enfermedad tuberculosa.

Hay factores estudiados respecto al potencial para infectar que tiene un enfermo por tuberculosis entre los cuales están los diagnosticados con baciloscopias positivas y lesiones cavitarias; los más tosedores, porque generan más microgotas; los contactos íntimos y prolongados en ambientes cerrados que permite la concentración de bacilos en la atmósfera y la susceptibilidad del huésped. Este último, está en relación a todas las condiciones que determinan una depresión

transitoria o permanente de la inmunidad, habiéndose identificado la desnutrición, el alcoholismo, el tabaquismo, infecciones como el VIH, la diabetes, insuficiencia renal, los tratamientos prolongados con corticoides y drogas inmunosupresoras, entre otros.

El diagnóstico se basa en la baciloscopía, sin embargo, por el aumento de casos resistentes, se cuenta con pruebas rápidas fenotípicas y moleculares. El tratamiento es de seis meses, para lo cual se aplica la estrategia Directly Observation Treatment Supervisión (DOTS) que consiste en la supervisión de la ingestión de cada dosis de cada fármaco por el personal de salud entrenado para esta actividad (55). La transmisión de la enfermedad cesa aproximadamente a las dos semanas de quimioterapia y el riesgo de contagio, prácticamente desaparece (7).

En los casos de resistencia a fármacos antituberculosis, el tratamiento se prolonga hasta por dos años, con la complejidad que ello representa en la adherencia al mismo, el alto costo de los medicamentos y su alta toxicidad y un sistema sanitario que no cuenta con suficientes ambientes con condiciones de bioseguridad para atender a estos pacientes cuando necesiten internamiento por alguna complicación.

Independientemente que los pacientes con TB requieran ser internados, los Hospitales han sido clasificados como centros de trabajo de alto riesgo, por el National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH) de los Estados Unidos de Norteamérica (56).

En relación a la TB, desde la década de 1950 empezó a ser considerada como una amenaza para el personal de salud, sin embargo el riesgo ocupacional recibió mayor atención cuando ocurrieron numerosos brotes de tuberculosis pulmonar (TBP)

y Tuberculosis Multidrogorresistente (TBMDR) en Estados Unidos y Europa en los años ochenta (13).

En la actualidad, se conoce que el riesgo aumenta cuando los hospitales tratan alto número de pacientes con tuberculosis (>100 por año), así mismo la incidencia de TB guarda relación con la incidencia de TB en la comunidad del ámbito del hospital. Baussano et al (57), encontraron que el riesgo de TB, en su forma latente y activa, entre personal de salud es mayor que el riesgo entre la población general en todo el mundo. El riesgo anual de infección de TB entre trabajadores de salud es de 4,6% y una diferencia de riesgo de incidencia anual de TB de 2,9 entre trabajadores de salud frente a la población general.

Diversos estudios muestran esta problemática en los establecimientos de salud del Perú, como la documentada por Echeanove et al (58), en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen que afectó a 36 trabajadores de salud de los servicios de laboratorio y medicina. Los grupos ocupacionales más afectados fueron los médicos, seguidos por los técnicos de laboratorio, enfermeras y auxiliares de enfermería.

En el Hospital A. Loayza, Danilla et al (59), reportaron que la tasa de prevalencia de tuberculosis ocupacional del año 1999 al 2003 fue de 18.26 por 1000 trabajadores y en el Hospital Carrión del Callao, Bonifacio et al (60) encontraron una incidencia creciente de infección de TB en personal de salud, relacionada al mayor tiempo de exposición.

Se tiene el reporte de Escombe et al (8), del Hospital Dos de Mayo, donde se encontró una tasa anual de infección de 30%; es decir, de cada cien personas que

trabajan en una sala de alto riesgo como emergencia, treinta se infectan por el bacilo a lo largo de un año de seguimiento.

Al respecto, es preciso considerar los cinco niveles que pueden asignarse al riesgo de transmisión y progresión de la enfermedad: el riesgo de exposición, el riesgo de infección, riesgo de desarrollar la enfermedad activa, riesgo de desarrollar la tuberculosis multidrogorresistente y el riesgo de morir (55).

El riesgo de exposición está asociado con la frecuencia y la duración del contacto con un caso infeccioso de tuberculosis, especialmente en áreas hacinadas y mal ventiladas. El riesgo de infección, se relaciona con el número de micobacterias inhaladas, la duración de la exposición, la actividad de los bacilos y la respuesta del sistema inmunológico de la persona. Se ha determinado que el 10% de las personas que se infectan, tienen el riesgo de desarrollar la enfermedad activa en el curso de su vida, pero con mayor énfasis durante los dos primeros años siguientes a la infección.

Por otro lado, la amenaza actual es el riesgo de desarrollar la tuberculosis multidrogorresistente, que según la evidencia se presenta en el 4% de los nuevos casos de TB y finalmente el riesgo de muerte, especialmente en las personas que tienen VIH.

Los hospitales en el Perú, especialmente donde es alta la incidencia de TB en la comunidad, de acuerdo a las evidencias anteriormente descritas, son lugares donde el riesgo de transmisión de la TB es alto: de paciente a paciente y del paciente al personal de salud, por lo que se requiere incidir en el enfoque de prevención para proteger la vida de los pacientes y la salud laboral de las enfermeras y el personal de salud que trabaja en el ámbito hospitalario.

2.3.2 Tuberculosis como enfermedad profesional

El trabajo, fuente de sustento y realización de los individuos y las familias puede causar alteraciones en la salud derivadas de las condiciones y medio ambiente de trabajo. Al respecto, Nieto y Tomasina (46), mencionan como factores relacionados a las condiciones de seguridad, riesgos ambientales, carga de trabajo y riesgos psicosociales. El personal de salud está expuesto a un riesgo ambiental de tipo biológico, como es el *Mycobacterium tuberculosis*, por lo tanto la tuberculosis es considerada una enfermedad profesional.

Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) una enfermedad profesional “...es *aquella enfermedad que se contrae como resultado de la exposición a algún factor de riesgo relacionado con el trabajo...se requiere que se establezca la relación causal entre la enfermedad y la exposición del trabajador...sobre la base de datos clínicos y patológicos, historial profesional (anamnesis) y análisis del trabajo, identificación y evaluación de los riesgos del trabajo, así como de la comprobación de la exposición* (61).

En este sentido, se han identificado factores de riesgo ocupacionales para la tuberculosis profesional entre las que destacan la falta de búsqueda sistemática de sintomáticos respiratorios y la poca capacidad para diagnosticar precozmente a estos pacientes. Se han encontrado casos de pacientes ingresados a los hospitales en los que se han demorado hasta 60 días para diagnosticarlos (13).

Esta situación es constante si no se tienen los flujos de atención establecidos una vez identificados los sospechosos de tuberculosis y se carecen de las instalaciones adecuadas, como salas de aislamiento con medidas de bioseguridad para actuar de manera efectiva.

Por otro lado, el bajo nivel de conocimientos y prácticas del personal de salud sobre tuberculosis y las medidas de prevención para disminuir el riesgo de transmisión intrahospitalaria es una debilidad en los establecimientos de salud (10, 62).

Si bien, en los programas de educación superior se revisan algunos contenidos sobre la tuberculosis, éstos son generales y están relacionados a la prevención y detección de la enfermedad a nivel de la comunidad. En los programas de inducción para estudiantes de Ciencias de la Salud y el nuevo personal que ingresa a trabajar a los hospitales no se considera o es limitado el tiempo que se destina para el tema de medidas de control de infecciones por tuberculosis y generalmente sólo se enfatiza en el uso del respirador.

El tiempo de exposición del personal de salud es otro factor clave para el riesgo de transmisión de tuberculosis, este factor está relacionado al número de horas de trabajo (13). Es de conocimiento que muchos profesionales de salud, incluidos los de enfermería optan por realizar horas extraordinarias o tener dos trabajos, para mejorar sus ingresos económicos.

También es conocido que el riesgo en el hospital varía en determinadas áreas, siendo mayor en aquellas donde se realizan procedimientos que aumentan el número de partículas infecciosas en el aire, como las salas de fibrobroncoscopía y de nebulizaciones o donde hay pacientes infecciosos con TB como las salas de medicina, salas de aislamiento, salas de urgencias, salas de pacientes con VIH/SIDA entre otras y varía de acuerdo con el tipo de labor y el grupo ocupacional (9, 10, 41).

Con respecto a lo antes mencionado la TB es la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a las enfermeras. La asociación entre este grupo ocupacional y el

riesgo de transmisión puede estar relacionada al contacto cercano y prolongado con los pacientes (9, 13,14).

La TB aparece en la lista de enfermedades profesionales a nivel mundial y en el país. Así mismo, es importante que se estudien los casos de trabajadores a los que se diagnostica TB, para determinar su asociación al ámbito laboral (63,64).

Por otro lado, en la legislación peruana, la tuberculosis está incluida en el Seguro Complementario de Trabajo Riesgo (SCTR) de la Ley de modernización de la Seguridad Social en Salud (65, 43). Este seguro otorga coberturas por accidentes de trabajo y enfermedad profesional para los trabajadores, empleados u obreros, afiliados regulares al Seguro Social de Salud y considera como enfermedad profesional todo estado patológico permanente o temporal que sobreviene al trabajador como consecuencia directa del trabajo de que desempeña o del medio en que se ha visto obligado a trabajar.

Con la promulgación de la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo (21), se enfatiza en la responsabilidad del empleador para garantizar, los medios y condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores, asumir las implicancias económicas, legales y de otra índole a consecuencia de un accidente o enfermedad que sufra el trabajador en el desempeño de sus funciones y brindar las prestaciones de salud necesarias y suficientes hasta su recuperación y rehabilitación.

Un avance importante en este tema ha sido la promulgación a fines del año 2014 de la Ley de Prevención y Control de TB en el Perú (22), la que reafirma que la tuberculosis es una enfermedad ocupacional del sector salud y por lo tanto si un trabajador se enferma de TB, deberá recibir la atención de acuerdo a las normas del MINSA y la cobertura del SCTR.

Es importante que la TB haya sido declarada como una enfermedad profesional porque además de brindar un derecho a una cobertura por invalidez temporal o permanente, debe determinar la puesta en marcha de medidas preventivas con el objeto de evitar su aparición en el resto de los trabajadores y en los usuarios de los establecimientos de salud.

2.3.3 Medidas de prevención en el contexto de la TB profesional

En el Perú, normativamente hay avances en el marco legal de la protección de la salud de los trabajadores de salud, que alcanza a las enfermeras. Mediante la Ley de Prevención y Control de TB promulgada en diciembre del 2014, se establece en el artículo 16 que *“los trabajadores de salud tienen derecho a contar con condiciones de trabajo que les permitan disminuir los riesgos de infección, enfermedad y muerte por tuberculosis”* (22).

Complementan esta disposición, la Ley de Seguridad y Salud en el trabajo y la Ley General de Salud. La primera en el artículo 49 del Capítulo I, señala que el empleador garantiza la seguridad y salud de los trabajadores, perfecciona los niveles de protección existentes y dispone lo necesario para la adopción de medidas de prevención de los riesgos laborales. Mientras que la segunda en el Título I Capítulo II menciona que los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo, deben cumplir los requisitos de acuerdo a las normas técnicas que dicta la Autoridad de Salud de nivel nacional en relación a infraestructura, equipamiento, personal asistencial, sistemas de saneamiento y control de riesgos relacionados con los agentes ambientales físicos, químicos, biológicos y ergonómicos y otros relacionados a la naturaleza y complejidad de los mismos (21,27).

Así mismo, el Consejo Internacional de Enfermería y la Ley del Trabajo de la Enfermera precisan que en el ejercicio de su labor como prestadora de salud de cuidados continuos y permanentes, la enfermera debe contar con entornos laborales más seguros, debidamente acondicionado para controlar la exposición a contaminantes y sustancias tóxicas y, asimismo, contar con condiciones de bioseguridad idóneas de acuerdo al área en que labora (18, 66).

Es importante que las enfermeras estén informadas, conozcan sus derechos y tengan una actitud proactiva para analizar las condiciones en las que trabajan y manifiesten no sólo verbalmente sino con los debidos sustentos técnicos las reformas que se requieran en su ámbito laboral.

El artículo 16, de la Ley de Prevención y Control de TB en el Perú, señala que *“todo establecimiento de Salud debe diseñar e implementar un Plan de Control de Infecciones por tuberculosis, que incluye un conjunto de medidas preventivas, denominadas: medidas de control administrativo, medidas de control ambiental y medidas de protección respiratoria personal”*(22).

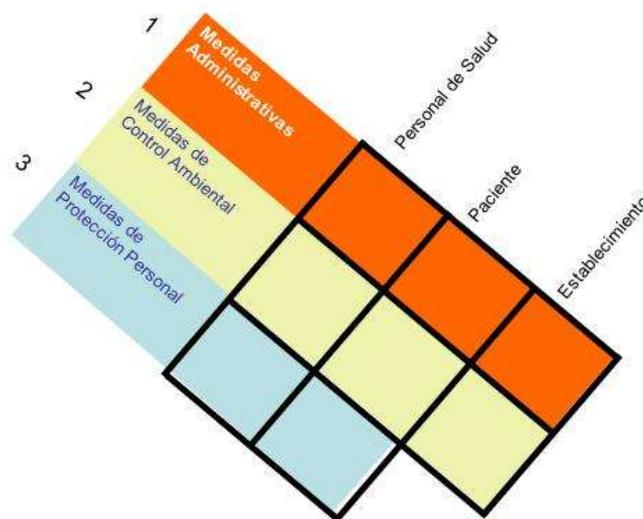


Gráfico N° 1 Medidas de control de Infecciones por tuberculosis. Fuente: Módulo Control de Infecciones en Establecimientos de salud. Ministerio de Salud 2005.

El término controlar se refiere al establecimiento de estrategias de prevención, de nuevos casos de enfermedad, de erradicación de los casos existentes y de la prolongación de la vida de aquellos que tienen la enfermedad, por lo tanto, el control de las infecciones intrahospitalarias debe ser de alta prioridad en la salud pública (67).

En orden de prioridad, para el control de la tuberculosis, las medidas de control administrativo, son las más importantes porque establecen los procesos y procedimientos para cortar la transmisión de la TB en los Hospitales.

De acuerdo a la Norma Técnica de Salud de la Atención Integral del paciente afectado por tuberculosis estas medidas están orientadas al diagnóstico precoz del paciente con TB a través de la búsqueda activa de sintomáticos respiratorios en todos los servicios del establecimiento y por todo el personal de salud. Ampliar horarios de atención del laboratorio de tuberculosis según la complejidad del establecimiento de salud, así como acortar los tiempos de emisión de resultados y optimizar los sistemas de reporte e identificación de los casos. Disponer la separación o aislamiento de sospechosos o pacientes con TB confirmada; la atención diferenciada en consultorios, laboratorio y salas de procedimientos y radiología de pacientes diagnosticados con TB; la entrega dentro de las dos horas siguientes de recibidas en el laboratorio las muestras de baciloscopía que proceden de los servicios de emergencia y hospitalización y el inicio inmediato del tratamiento anti-tuberculosis (36).

Finalmente, la evaluación del riesgo de transmisión en los diferentes servicios del hospital, la capacitación del personal de salud, pacientes y familiares y la vigilancia activa de los casos de TB en trabajadores sanitarios representan medidas

que disminuyen la exposición del personal de salud y de los pacientes al *Mycobacterium tuberculosis* (41, 68).

Implementar estas medidas es desafiante para los líderes y los trabajadores, considerando las limitaciones que se tienen de índole presupuestal y desde el punto de vista de oportunidad, especialmente en los hospitales del sector público, porque representan actitudes y prácticas sostenibles de todo el personal de salud, que al ser conscientes del alto riesgo de transmisión que existe en su ámbito laboral, deciden actuar al amparo de la normatividad existente.

En segundo lugar están las medidas de control ambiental, que buscan evaluar y mejorar la direccionalidad del flujo de aire y la ventilación para diluir y remover el aire contaminado a través de dos estrategias: maximizar la ventilación natural o instalar sistemas de ventilación mecánica (41).

La ventilación natural es la medida de control ambiental menos costosa y más sencilla de implementar, para lo cual se debe garantizar que se disponga de estructuras (puertas, ventanas, etc.) que permitan obtener ventilación cruzada. En ese sentido, tiene ventaja sobre la ventilación mecánica, que requiere una alta inversión económica para su implementación y mantenimiento, por lo que su uso es recomendado especialmente en países de escasos recursos (41, 69).

Ambientes de aislamiento con presión negativa con buen mantenimiento son el estándar óptimo para cuidar a pacientes con infecciones respiratorias. Sin embargo, son demasiado costosos para lugares de escasos recursos, y se restringen para zonas pequeñas designados de alto riesgo, sin pensar en áreas importantes de transmisión como servicios de emergencia y salas de espera. Cuando las personas potencialmente infectantes y personas susceptibles deben compartir ambientes, y el

uso universal de respiradores y ventilación mecánica con presión negativa con buen mantenimiento no está fácilmente disponible, se deben disminuir el hacinamiento y abrir las ventanas para maximizar la ventilación natural y disminuir el riesgo de la transmisión de la tuberculosis intrahospitalaria.

El Módulo de Control de Infecciones por TB (41) recomienda un mínimo de 6 recambios de aire por hora (RAH) en ambientes antiguos, con techos altos, y entre 12 y 15 RAH en salas nuevas o remodeladas por la baja altura del techo. Estas medidas ambientales pueden ser complementadas con el uso de filtros de alta eficiencia (HEPA) o el uso de luz ultravioleta (LUV).

Otras medidas de control ambiental son la ubicación de las áreas de espera de pacientes ambulatorios en espacios abiertos y bien ventilados y el aislamiento de pacientes con TB, TB MDR/XDR en salas de hospitalización con donde debe maximizarse la ventilación natural o implementar la ventilación mecánica para garantizar un mínimo de 12 recambios de aire por hora.

Estas medidas son las más difíciles de implementar debido a que la mayoría de los hospitales públicos son antiguos, han recibido escaso mantenimiento y conservación de su infraestructura y han quedado pequeños en relación a la población que atienden, por lo que se observan hacinados. Por otro lado, existen hospitales con infraestructura inadecuada porque han sido adaptados y/o remodelados, carentes de ventilación e iluminación suficiente, condiciones que favorecen la transmisión del *M. tuberculosis* en los usuarios y en las enfermeras.

La última medida en importancia es la protección respiratoria personal y se basa en la implementación del uso de respiradores N95 (NIOSH 1860) para el personal sanitario y familiares. Los Hospitales, deben asegurar la adquisición

adecuada en cantidad y calidad certificada de respiradores N95 en diferentes tamaños y priorizar su uso en las áreas de neumología, medicina, emergencia, unidad de cuidados intensivos, salas de procedimientos, laboratorio y áreas donde se hospitalizan usuarios con tuberculosis(41,56,68).

La capacitación y buenas prácticas en el uso y conservación de los respiradores N 95 por el personal de salud pueden garantizar la protección personal en áreas donde la concentración de núcleos de gotitas de *Mycobacterium tuberculosis* no puede ser reducida adecuadamente por medidas de control administrativo y ambiental.

Complementan estas acciones, la colocación de las mascarillas simples a todo paciente sospechoso o con TB pulmonar que se encuentre hospitalizado o durante su traslado en ambulancia u otro medio de transporte así como la educación a la familia en el uso de respirador N 95 mientras el paciente esté hospitalizado y la baciloscopía sea positiva.

De hecho, la mayor parte del personal de salud, incluidas las enfermeras identifican esta medida de control como la más importante, sin embargo, la protección respiratoria no funcionará si no se han implementado las dos primeras.

Recapitulando, el Plan de Control de Infecciones (PCI-TB) considera las medidas de control administrativo, ambiental y de protección respiratoria personal. De acuerdo a la Norma Técnica de Salud debe ser elaborado por Comité de Control de Infecciones en Tuberculosis o por el Comité de Infecciones Intrahospitalarias e incluido en el Plan Operativo Anual de cada establecimiento de salud para obtener los recursos necesarios para su implementación (36).

Esta disposición implica un trabajo organizado, de abordaje multidisciplinario, basado en conocimientos científicos sobre las medidas de prevención de la tuberculosis en el área hospitalaria, que debe ser liderado por el Director o jefe del Hospital para garantizar la implementación con la participación de todos los servicios y no solamente del Programa de TB.

Por otro lado, siendo que las enfermeras representan la mayor fuerza laboral del equipo multidisciplinario y por su formación científica en los principios de higiene, epidemiología y sobre todo en el modelo del cuidado preventivo, son las llamadas a liderar en sus servicios y ser agentes de cambio en el sistema sanitario frente al problema de tuberculosis como enfermedad profesional.

2.3.4 Cuidado de la enfermera con tuberculosis

El cuidado, una palabra que forma parte del lenguaje de todas las personas, tiene diversas definiciones que abarcan desde la solicitud o especial atención que se pone a una situación o persona, la vigilancia por el bienestar de alguien o por el funcionamiento de una cosa; el esmero y atención para hacer algo bien y el recelo, temor y preocupación (91).

El cuidado es una práctica que acompaña a la vida y la humanidad, siendo atribuido el rol de cuidadora a la mujer, por ser más evidente en ella la demostración de interés y afecto. Lamentablemente el no cuidado: negligencia, falta de responsabilidad e interés, por citar alguna de sus características, también forma parte de la historia del hombre.

En su trayectoria la Enfermería ha sido asociada al cuidado, porque desarrolla competencias para cuidar de las personas en su esfera biológica, psicológica, social y

espiritual durante las diferentes etapas de vida, ya sea que estén en estado de salud o enfermedad e incluso en el proceso hacia la muerte.

En ese contexto, la enfermera proporciona cuidado de Enfermería a las personas sospechosas y afectadas por tuberculosis en el consultorio de la Estrategia de Prevención y Control de TB y en los servicios de internamiento. Para lo cual debe recibir preparación y desarrollar competencias respecto a la prevención de esta enfermedad, su desarrollo en el organismo humano, los medios de diagnóstico, el tratamiento, las reacciones adversas, las principales comorbilidades y de manera especial las medidas de prevención para evitar la transmisión en el personal de salud y los usuarios (55).

Por lo antes mencionado, el riesgo a la infección o TB activa es permanente en las enfermeras respecto a otras funciones o profesiones entre el personal de salud, por el contacto directo y continuo a través del cuidado de enfermería.

Las estadísticas anuales reportan los casos de personal de salud con tuberculosis, entre los que se encuentran las enfermeras, las que se convierten en pacientes del Programa de TB y son atendidas de acuerdo a las normas establecidas, sin embargo por ser trabajadoras de salud hay algunos aspectos que requieren ser tomados en cuenta, desde el diagnóstico de la enfermedad, el tratamiento, el seguimiento e incluso hasta su reincorporación al trabajo hospitalario, lugar donde por las evidencias encontradas el riesgo de transmisión de la tuberculosis es continuo.

Según la Ley de Prevención y Control de TB los trabajadores de salud que se enfermen por tuberculosis reciben tratamiento de acuerdo a los estándares normados

por el Ministerio de Salud. La atención es integral y comprende la promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y atención especializada (22).

En ese sentido, la Norma Técnica de Salud refiere que el profesional de enfermería de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Tuberculosis (ESPCT), es responsable de organizar la atención integral de la persona afectada por TB, su familia y comunidad (36).

En este estudio se describen los aspectos más relevantes del cuidado que debería recibir la enfermera con tuberculosis en el sistema de salud.

Valorar las necesidades sociales y psicológicas

Una de las primeras acciones de la enfermera de la ESPCT consiste en conocer los efectos del impacto de la enfermedad en los pacientes. Se conoce que la mayoría de las personas son impactadas desfavorablemente ante el anuncio del diagnóstico por tuberculosis, por ser considerada una enfermedad que estigmatiza y lleva a los pacientes a sentirse rechazados y aislados (30). La enfermera afectada por TB no es ajena a esta realidad, más aun cuando el desarrollo de la enfermedad está relacionado a su ámbito laboral

Al respecto en el artículo 4 del capítulo IV la Ley de Prevención y Control de TB (22), señala que la persona afectada en cualquier forma clínica de tuberculosis, tiene derecho a no ser discriminada y si fuere el caso canalizar su queja por el órgano correspondiente o la Defensoría del Pueblo Por lo tanto, las actitudes de aceptación a través de un trato cordial, de comprensión, ayuda y confidencialidad de parte de la enfermera de la ESPCT y del equipo multidisciplinario son el soporte emocional que necesitan los pacientes al ingresar al Programa, donde permanecerán al menos seis meses.

Un componente muy importante de las actividades del Programa de TB es la entrevista de enfermería, pues a través de este contacto se establece la interrelación enfermera-paciente, muy importante para la adherencia al tratamiento. Así mismo, es la oportunidad de valorar integralmente al paciente detectando sus necesidades y problemas que conlleven a planificar la atención individualizada (36).

La enfermera de la ESPCT durante la entrevista, informa al paciente sobre los exámenes diagnósticos y complementarios, el tratamiento farmacológico con sus efectos colaterales y probables reacciones adversas, las consultas con nutrición psicología y servicio social y otra que fueren necesarias, los controles necesarios durante las fases del tratamiento, el censo de contactos, los trámites para el descanso médico, así como la educación sanitaria para el control de la infección en el hogar. Esta acción facilita el afrontamiento de la enfermedad, por lo tanto debe brindarse a la enfermera afectada por TB, evitando asumir que por ser personal de salud no necesita mayor información al respecto.

Descartar la resistencia a fármacos antituberculosis

La enfermera afectada por TB así como los trabajadores de salud, de acuerdo a la Ley de Prevención y Control de TB tiene derecho a acceder a pruebas rápidas de sensibilidad para TBMDR (22). De acuerdo a la OPS (3) en lugares donde la resistencia a los fármacos antituberculosis es mayor al 6%, como lo es en nuestro país, se debe universalizar las pruebas de diagnóstico rápido para TB MDR. En ese sentido, el personal del Programa de TB debe realizar todos los esfuerzos necesarios para que las muestras de esputo de la enfermera o el trabajador de salud se analicen sin tardar así como estar pendiente del seguimiento de los resultados, en el contexto de ser el primer país con TB MDR en América.

Esta acción involucra una organización de los laboratorios de acuerdo a su nivel de atención. La Norma Técnica al respecto señala que a fin de fortalecer el diagnóstico oportuno de la tuberculosis y disminuir los tiempos de inicio de tratamiento individualizados en los casos de tuberculosis resistente a medicamentos, el Programa de TB trabaja coordinadamente con el Instituto Nacional de Salud y su red de laboratorios de salud pública (36).

Los integrantes del Programa de TB y el personal de laboratorio deben realizar un trabajo coordinado y en equipo para garantizar la oportunidad del diagnóstico de resistencia en todos los pacientes, entre los que se encuentran las enfermeras y el personal de salud.

Inicio inmediato del tratamiento

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de las personas afectadas por tuberculosis considera que el inicio del tratamiento para la TB debe ser dentro de las 24 horas posteriores al diagnóstico (36).

En este ciclo se brindan las facilidades para seguir el tratamiento lo más fácilmente que sea posible, considerando que tiene una duración de 6 meses. La enfermera afectada por TB escoge el Establecimiento de Salud más cerca a su domicilio o de su trabajo o donde le sea práctico por alguna otra razón para recibir el Tratamiento Directamente Observado (DOT). Esta estrategia, ha demostrado reducir la aparición de farmacoresistencia, por lo que la enfermera bien informada, llevara el tratamiento supervisado en boca como lo establecen las normas vigentes (36, 37).

La enfermera responsable de la ESPCT registra las dosis administradas en la tarjeta de control de tratamiento y vigila la presencia de reacciones adversas a medicamentos. Las reacciones como ictericia o trastornos gastrointestinales graves

requieren la suspensión del tratamiento y ser atendidos en el establecimiento de salud. También pueden presentarse reacciones menores como náuseas, prurito, alteraciones visuales, y hormigueos en los dedos de manos o pies (36, 37).

La enfermera afectada por TB debe ser atendida oportunamente en la ESPCT a fin de iniciar inmediatamente el tratamiento antituberculosis.

Investigación y seguimiento de los contactos

La vía aérea de transmisión de la tuberculosis, pone en riesgo a las personas más cercanas al paciente diagnosticado con TB, a las que se denomina Contacto. La Norma Técnica define Contacto a toda persona que tiene o ha tenido exposición con un caso índice diagnosticado de tuberculosis en los tres meses previos al diagnóstico. Es necesario que se investiguen a los contactos más cercanos de la enfermera con TB, empezando por las personas que habitan en el mismo domicilio, hasta las personas con las que se relaciona en el ámbito laboral. Si hay niños menores de 5 años, personas infectadas con VIH, adultos mayores o personas que estén recibiendo tratamiento inmunosupresor serán los prioritarios en la investigación (36, 37).

El examen de los contactos consiste en examen clínico, rayos X, prueba de tuberculina (PPD) y si es sintomático respiratorio: baciloscopías y cultivos de esputo. Las personas identificadas como contacto de un afectado por TB deben pasar por 3 controles en el transcurso de un año (36, 37). Respecto a la investigación de los contactos del centro laboral, la Unidad de Salud Ocupacional tendría que asumir esta actividad, teniendo en cuenta el principio de la confidencialidad.

Prueba diagnóstica de VIH

Como personal de salud, la enfermera afronta no sólo el riesgo de la tuberculosis como enfermedad ocupacional, sino también la infección por VIH. La

asociación entre ambas enfermedades es tan importante que ninguna se puede tratar sin considerar la otra. En ese sentido, la enfermera con TB, debe ser invitada a realizarse la prueba del VIH, en forma atenta, consensuada y confidencial. Debe existir un plan claramente definido ante la posibilidad de diagnosticar coinfección por tuberculosis y VIH y tener los mecanismos para el manejo de la ansiedad que puede presentarse debido al reciente diagnóstico de TB (36, 37).

Control de la infección en el Hogar

El control de la infección en el hogar, a través del aislamiento temporal de los demás integrantes de la familia durante las dos primeras semanas de tratamiento si es posible en un cuarto individual y la colocación de mascarillas quirúrgicas simples o el uso de pañuelos desechables para toser y estornudar, es una medida necesaria e importante (41). Otras medidas que ayudan a reducir la exposición son la ventilación e iluminación natural máxima en los ambientes donde se encuentra el paciente. Ambientes ventilados permiten el intercambio constante de aire y proporcionan mayor seguridad en la prevención del contagio (41).

Es importante que la enfermera y su familia reciban orientación sobre la transmisión de la tuberculosis. Debe quedar claro que cuando el enfermo habla, tose y expele, elimina partículas de diversos tamaños que pueden contener el bacilo. Sin embargo, solo los bacilos suspendidos en el aire son los que alcanzan los alvéolos e inician la lesión primaria. Las partículas mayores tienden a depositarse en el suelo, mezclándose con el polvo por lo tanto, el uso de objetos personales del enfermo no transmite la TB. La idea distorsionada de la transmisión ocasiona mayor aislamiento y rechazo a la persona afectada por TB (62).

Seguimiento del estado de salud

Entre los indicadores del seguimiento y buena respuesta al tratamiento de las personas afectadas por TB, figura el cambio de la baciloscopia positiva a negativa, el mejoramiento de los síntomas y del estado clínico (36, 37). La enfermera deberá ser evaluada por el equipo multidisciplinario y tendrá acceso a exámenes y procedimientos especialmente al terminar los dos meses de la fase intensiva del tratamiento. Sus progresos o dificultades deben ser registrados de manera clara y precisa en la Historia Clínica y la tarjeta de control de tratamiento de la ESPCT. Realizar por lo menos tres entrevistas de enfermería: al inicio, al cambio de fase y al alta; y otras cuando sea necesario son actividades regulares durante la etapa de seguimiento. El asesoramiento, comunicación y enseñanza requieren ser consideradas por el sistema de salud para la atención de la enfermera con TB.

Descanso médico y cobertura

La Ley de Prevención y Control de TB (22), señala que las personas afectadas por TB, así como los que hacen farmacoresistencia, y presentan reacciones adversas tienen derecho a descanso médico, el que es otorgado por el médico tratante. Así mismo, dispone que este descanso no debe afectar los ingresos económicos y el tiempo de servicio laboral de los pacientes. En ese sentido, el establecimiento de Salud donde labora la enfermera debe brindar las facilidades para el trámite administrativo que ello representa a través de las áreas correspondientes.

Por otro lado, para determinar la culminación del descanso médico el paciente tiene que evidenciar tres baciloscopías negativas de manera consecutiva, recogidas de diferentes días y una evolución radiológica favorable (36, 37). Es necesario e imprescindible que de acuerdo a la Norma Técnica de Salud, el estado de salud de la

enfermera sea evaluado y con las evidencias que se ha recuperado pueda culminar el descanso médico, considerando que al reintegrarse a su ámbito laboral, que es el hospital, se expone nuevamente al riesgo de transmisión de TB.

Por otro lado, la Ley de prevención y Control de TB indica que *“es nulo el despido de un trabajador que pertenece a cualquier régimen de actividad laboral que tenga por motivo su condición de persona afectada por tuberculosis”* (22). Al respecto el Consejo Internacional de Enfermería reafirma que las enfermedades causadas por agentes patógenos como la tuberculosis no son causa de despido, se hayan adquirido o no en el trabajo (18).

Ante el temor de la transmisión y el estigma social, esta disposición protege a las personas afectadas por tuberculosis, para no perder su condición laboral, lo que impactaría en la curación y su reincorporación social y laboral.

Reincorporación de la enfermera a su ámbito laboral

La reincorporación de la enfermera a su centro de labores, considera su ubicación en un puesto de trabajo en el que se minimice la exposición a pacientes con tuberculosis activa. Teniendo en cuenta que trabajar en los hospitales representa un alto riesgo para contraer tuberculosis, es importante evitar en lo posible que la enfermera retorne a trabajar en las áreas identificadas como de alto riesgo de transmisión, donde generalmente se realizan procedimientos relacionados a movilizar aerosoles (18,22).

Esta situación es compleja tanto para las gestoras de los servicios de Enfermería como para la afectada que se reincorpora, sin embargo, son medidas que protegen la salud de la enfermera.

2.4 Referencial teórico

En relación al objeto de estudio, vivencias de las enfermeras con Tuberculosis en el ámbito hospitalario, la presente investigación se fundamenta con el modelo de determinantes sociales de la salud y la teoría del entorno de Florence Nightingale a la luz de la Ley de Prevención y Control de TB en el Perú.

2.4.1 El riesgo laboral de la enfermera y el modelo de Determinantes Sociales de la Salud

A partir de la Conferencia de Alma Ata, la OMS (70), conceptualiza a la salud como *«un estado de bienestar físico, mental y social con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de enfermedad»*. Concepto que considera por un lado la subjetividad representado por la sensación de bienestar, y por otro lado, la capacidad de funcionamiento, detectable en distintos grados como la parte objetiva y medible.

La salud es un anhelo permanente tanto individual como colectivamente, por lo que ha sido abordada desde diversas disciplinas y perspectivas para encontrar y entender cuáles son las causas de la enfermedad para su respectiva solución. En esa búsqueda, ligada al desarrollo de la sociedad, se han desarrollado modelos explicativos, desde el modelo mágico-religioso, ecológico y el biomédico. Este último, con el desarrollo de la anatomía patológica, la fisiopatología, la bacteriología y la inmunología es el que tiene predominio desde hace cien años en el mundo y es innegable su contribución a escala individual, sin embargo, tiene dificultades explicativas cuando se utiliza para abordar los problemas de salud a nivel poblacional (67).

En el caso de la tuberculosis, el *Mycobacterium tuberculosis*, fue una de las primeras bacterias identificadas como causa específica de infección en las personas, desarrollándose medicamentos y medios de diagnóstico efectivos, sin embargo en pleno siglo XXI es considerada un grave problema de salud pública a nivel mundial y en el Perú tiene un comportamiento epidémico. Surgen entonces varias interrogantes, sobre si las acciones llevadas a cabo durante todo este tiempo han sido eficaces para combatirla, necesitándose explicaciones que van más allá del análisis del agente causal de la enfermedad.

En ese sentido, surgió una corriente de pensamiento alternativo al modelo biomédico, que coloca a la salud como un atributo tanto de las personas a nivel individual, como de los grupos sociales, denominado modelo de determinantes sociales de la salud (DSS). El atributo de la salud posee un carácter fundamental social y su principal origen se relaciona en los modos de vivir en grupo; así mismo, para este modelo, la enfermedad individual emerge como resultado de las condiciones de vida (67, 71).

Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Las circunstancias están íntimamente ligadas a la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas emitidas e implementadas. La OPS reafirma estas ideas al concebir la salud como un producto social, resultado de la interacción de los determinantes sociales, culturales e institucionales de los cuidados individuales y colectivos de la salud y de las políticas del Estado (67, 72).

De esta manera, se considera a los determinantes sociales de la salud como un modelo explicativo trascendente para disminuir las brechas de inequidad de la riqueza y el poder que afectan al mundo. Se tienen identificados los determinantes sociales de la salud como por ejemplo la pobreza, una de las principales causas de muerte prematura y la mortalidad infantil asociada a la baja escolaridad materna, entre otros.

La tuberculosis se presenta con mayor énfasis en el círculo de la pobreza e inequidades sociales. En países desarrollados como Alemania e Inglaterra, se ha documentado que entre los años 1902-1930, las tasas de mortalidad de tuberculosis pulmonar fueron de dos a tres veces más altas entre los grupos más pobres que en los grupos con mejores ingresos. En el Perú, 79.8, % de los hogares de los afectados por TB se encuentran en el nivel socioeconómico E y D (ingresos económicos entre 600-850 soles), lo que confirma la asociación entre la pobreza y la tuberculosis (24, 67).

Desde 1970 se han desarrollado modelos para mostrar los mecanismos a través de los cuales los determinantes sociales (DS) afectan el estado de salud de la población. Estos modelos explican los vínculos entre los diferentes tipos de DS y permiten identificar los puntos estratégicos en los que deben actuar las políticas. De hecho, el Modelo de Lalonde (73), es el más difundido y aceptado, que clasifica los determinantes de la salud en cuatro grandes grupos: la biología humana, el medio ambiente, los hábitos o estilos de vida y la organización de los servicios de salud.



Gráfico N° 2 Determinantes de la Salud Lalonde. Fuente: Lalonde M. A new perspective on the Health of Canadians

La biología humana abarca aspectos relacionados a la constitución, carga genética, desarrollo y envejecimiento. El medio ambiente incluye todos aquellos factores externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control, como la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.

Los hábitos de salud o estilo de vida, representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce un cierto grado de control, como alimentación, el ejercicio físico, el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios.

El cuarto determinante es la organización de la asistencia sanitaria, que consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina, la enfermería, los hospitales, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, mala utilización de recursos, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera y burocratización de la asistencia.

Por otro lado, el Modelo de Dahlgren y Whitehead (74), identifica como determinantes de la salud factores que abarcan desde las características biológicas de los individuos y su estilo de vida, hasta el papel de las organizaciones comunitarias y de apoyo social, así como las condiciones del contexto cultural, económico y ambiental.

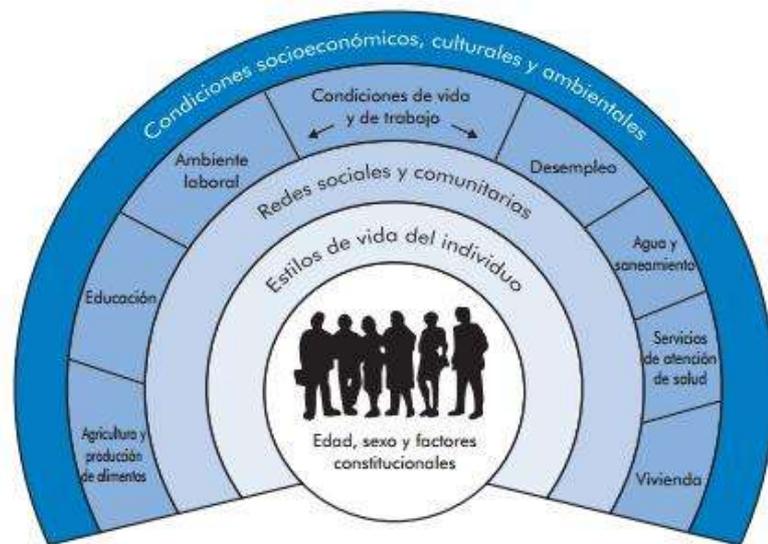


Figura N° 1 Modelo de determinantes de la Salud Dahlgren y Whitehead. Fuente: Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century.

Este modelo, ubica a los individuos en el centro y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables como la edad, el sexo y genéticos. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar: las conductas personales y estilos de vida. La comunidad y las redes sociales pueden influir en los comportamientos personales ya sea de forma positiva o negativa. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y

trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa.

Sobre la base de lo antes planteado, la permanencia y el resurgimiento de la tuberculosis, está determinada por la forma en la que la sociedad se organiza y se reproduce. Según Marmot M. (75), existe gran evidencia entre los bajos ingresos y la TB: vivir y trabajar en ambientes hacinados con poca ventilación, polución de aire, infección por VIH, desnutrición (aumenta en cuatro veces la probabilidad de enfermar por TB) fumar, abuso del alcohol, diabetes. Esta explicación, abarca los determinantes de la salud, por lo que queda demostrado que para combatir a la tuberculosis, la intervención del sector salud es insuficiente. Se requiere financiamiento en educación, desarrollo infantil y en el ambiente, solo así se puede mejorar la salud y disminuir la inequidad en salud, lo que significa poner la justicia social en el centro de todas las políticas sociales.

Del mismo modo, en el ámbito sanitario, la salud de la enfermera, se ve influenciada por los determinantes de la salud más amplios o profundos, en cuanto a su influencia: estilos de vida, condiciones de vida y trabajo, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

Siguiendo los modelos de determinantes sociales de la salud, expuestos anteriormente, pueden analizarse varios aspectos relacionados con la salud de las enfermeras. Así, los estilos de vida de acuerdo con Umaña A. (76), Quiroga I. (77) y Mamani B. (78) se caracterizan por alimentación poco saludable, sin horarios establecidos, malnutrición con énfasis en sobrepeso y obesidad, falta de actividad física, exceso de trabajo, inadecuado manejo del estrés, agotamiento físico y mental y alteraciones del estado de ánimo y del sueño.

De manera primordial, el medio ambiente laboral donde permanentemente la enfermera cuida a los usuarios y donde se ha identificado varios riesgos, en el contexto peruano uno de los más significativos es el riesgo biológico de la transmisión del *Mycobacterium tuberculosis* (8, 57-60).

Malvarez (17), indica las condiciones de trabajo de las enfermeras en Latinoamérica caracterizadas por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, así como carga psicológica por el manejo de situaciones críticas. Con respecto a lo antes mencionado, desde los años 1,700 Ramazzini señaló la importancia del ambiente laboral como causa de enfermedad (67).

A comienzos del siglo XX, la aplicación de dos principios tayloristas: acentuar la división entre el diseño y ejecución del trabajo, ha causado graves daños a la salud física y mental de los trabajadores, debido a los resultados de muchas horas seguidas de trabajo, ritmo rápido, priorización de la producción, la fatiga física y especialmente la automatización, la no participación del proceso de producción y entrega de tareas (79).

Bajo la perspectiva en mención, la deshumanización, la despersonalización del trabajador, es una fuerte tendencia de gestión que se deriva de la valorización exclusiva de la productividad y los resultados financieros. Adoptando actitudes objetivas e impersonales hacia las personas, rechazando su complejidad psicológica, sociológica, cultural y espiritual (80).

Esta forma de enfocar el trabajo, es opuesta a lo que debería significar el trabajo, considerando que las enfermeras ocupan un tiempo significativo de sus vidas al mismo, especialmente en el ámbito hospitalario.

La Organización Internacional del Trabajo refiere respecto a las condiciones del trabajo, “... *el personal de enfermería está amparado por numerosos convenios y recomendaciones internacionales del trabajo que fijan normas de alcance general en materia de empleo y condiciones de trabajo*”... “*debería hacerse todo lo necesario para prevenir, reducir o eliminar los riesgos para la salud o la seguridad del personal de enfermería*” (81).

Es decir, es imprescindible el enfoque de prevención para salvaguardar la salud de la enfermera; implica actuar con anticipación para evitar que suceda una situación considerada negativa, es minimizar los riesgos. Incorporar el concepto de prevención primaria, con medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Teniendo como objetivo principal disminuir la incidencia de la enfermedad, prevenir el riesgo de enfermar o morir, interviniendo en las causas, desplegando intervenciones en la etapa pre patogénica (82).

Las enfermeras representan la fuerza laboral del sistema de salud y desempeñan un papel destacado en la protección y mejoramiento de la salud y bienestar de la población, por lo tanto, mediante estas afirmaciones, las autoridades deberían dar un lugar prioritario en sus agendas de gestión al enfoque de prevención primaria, mitigando o eliminando los factores de riesgo que puedan causar enfermedad como es el caso de la tuberculosis.

La OIT afirma: “*reconociendo que el sector público, como empleador de personal de enfermería, debería desempeñar un papel particularmente activo en el mejoramiento de las condiciones de empleo y de trabajo del personal de enfermería,.. El empleador debería poner a disposición del personal de enfermería y*

mantener sin ningún gasto para este último la ropa de trabajo, los instrumentos clínicos, los medios de transporte y demás útiles que sean impuestos por el empleador o necesarios para la realización del trabajo.

Así mismo, “el personal de enfermería debería disponer de servicios médicos laborales que funcionen de acuerdo con las disposiciones de la recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo” (81).

Con respecto a lo antes planteado, la finalidad de la salud laboral, es “lograr la promoción y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todos los trabajos; prevenir todo daño causado a la salud de éstos por las condiciones de su trabajo; protegerlos en su empleo contra los riesgos resultantes de agentes perjudiciales a su salud; colocar y mantener al trabajador en un empleo adecuado a sus aptitudes fisiológicas y psicológicas... en resumen, es la adaptación del trabajo al individuo y de cada individuo a su trabajo” (26).

Esta afirmación destaca la importancia del marco integral de la salud del trabajador a nivel físico, mental y social, promoviendo condiciones de trabajo seguras, con un enfoque de prevención a través del control de los riesgos y considerando la formación y experiencia de los trabajadores para la asignación del puesto de trabajo.

Es imprescindible que a la luz de las políticas en salud laboral, las autoridades y cada jefatura de las instituciones empleadoras sean responsables en prevenir los riesgos laborales y garantizar la salud laboral, en el entendido que protegiendo la salud de las enfermeras, podrán garantizar servicios sanitarios óptimos y mejor percibidos por los usuarios internos y externos.

Por otro lado, las vivencias del trabajador en relación a la labor que desempeña pueden ayudar a aumentar la autoestima, a desarrollar un sentido de identidad, de valor y de dignidad. Como consecuencia, puede contribuir a la mejora de las condiciones de vida del trabajador y de su comunidad (80).

Al respecto Dejours C. (83), plantea el trabajo subjetivo, porque es ante todo una relación de uno consigo mismo, en donde cada uno se pone a prueba con el mundo y su resistencia a mí saber hacer, a mis conocimientos, a mi experiencia. También es intersubjetivo y proyecta directamente al sujeto en el vínculo social porque siempre está dirigido para alguien: un patrón, mis subordinados, mis colegas o para un cliente.

En ese sentido, pueden ocurrir vivencias de placer y/o de sufrimiento en el trabajo. El placer está relacionado a la satisfacción de necesidades representadas en un alto grado por el sujeto, resulta de la descarga de energía psíquica que la tarea representa. El sufrimiento es caracterizado por las sensaciones desagradables provenientes de la no satisfacción de necesidades.

De hecho, para convertir un trabajo fatigante en un trabajo equilibrado, se necesita una organización más flexible, a fin de dejar más libertad a los trabajadores para organizar su labor operativa y para encontrar los mecanismos que le brinde satisfacción por su trabajo.

Farias S. Zeitone R. (84), sobre la base de lo antes planteado, señalan que las condiciones de trabajo y organización del trabajo para desempeñar sus funciones son puntos destacados para alcanzar la calidad de vida de las enfermeras en el trabajo. Esta perspectiva es importante, considerando que actualmente en el mundo globalizado, el trabajo de enfermería se realiza con deficiencias de recursos humanos

y materiales, déficit de equipos, altas cargas físicas, inadecuadas políticas de organización de los servicios y políticas de personal, problemas de relación con el equipo de salud y deterioro de la salud de la enfermeras, entre otros problemas.

Sin embargo, la calidad de vida en el trabajo, no representa sólo un deseo, es buscar el compromiso de las enfermeras y de los gestores para lograr un trabajo digno, agradable y decente. Por ello, el Consejo Internacional de Enfermería (18) afirma que *“la enfermera... tiene derecho a esperar que el empleador provea un entorno de trabajo seguro y saludable y facilite así la dispensación de cuidados seguros y eficientes”*. De igual forma la 10ª política de calidad en salud (85), señala que *“ las organizaciones proveedoras de atención de salud asumen como responsabilidad que los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo bajo su administración, garanticen las competencias laborales de los trabajadores que proveen la atención, brinden adecuadas condiciones de trabajo y protección frente a los riesgos laborales e incentiven a sus trabajadores en relación a la mejora de la calidad de la atención”* a través de la Supervisión de la implementación de normas para la prevención de riesgos ocupacionales derivados de la atención.

En consecuencia, es necesaria una acción concertada de los empleadores, los trabajadores de atención de salud, los gestores y otros grupos de interés como las Asociaciones Nacionales de enfermeras y otros grupos. Cada uno de ellos tiene deberes y obligaciones éticos de crear un entorno de trabajo más seguro y de menor riesgo que contribuyan a lograr la calidad de vida en el trabajo de la enfermera, bajo el marco de los determinantes sociales de la salud.

2.4.2 Teoría del Entorno de Florecen Nightingale

Considerada la fundadora de la Enfermería moderna, Florence Nightingale (1820-1910), ha dejado evidencias de su capacidad intelectual y educación privilegiada unida a una fuerte convicción que “ *trabajar para beneficiar a los demás es el mejor modo de servir a Dios*” (86). Lo cual la llevó a dedicarse no sólo al desarrollo de la Enfermería sino a los problemas sociales locales, nacionales e internacionales de su época- que no difieren mucho a los actuales- con la finalidad de cambiar la atención sanitaria y la sociedad, especialmente las condiciones de pobreza de las personas.

Este enfoque, como lo refiere Hernández J. (87), quien cita junto con Nightingale a Dunant y Ernesto Rusca, los que propugnan una popularización-democratización” del “Arte de Cuidar” en el siglo XIX, que se centra en la atención humana y que posteriormente en el siglo XX, se materializa en los Derechos Humanos y en el Derecho Internacional Humanitario.

La enfermera en el cuidado de los pacientes con TB, reconoce que esta enfermedad es un reflejo de la desigualdad social y económica que existe en el Perú, que influye negativamente en el desarrollo de la persona y la familia que la padecen, perpetuando muchas veces la pobreza por el tiempo que implica recuperarse de la enfermedad, en muchos casos dejando de trabajar. Conocer esta realidad permite a la enfermera tener un posicionamiento social respecto al abordaje de la tuberculosis.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado, la experiencia de Nightingale en los hospitales durante la guerra de Crimea, donde predominaba la suciedad, peste y muerte, hizo que su atención se enfocara en mejorar el entorno por medio de la limpieza con agua potable, establecimiento de ropa de cama limpia y lavandería,

reorganización de los hábitos alimenticios, mejoramiento del equipamiento hospitalario y habilitación de lugares de recreación de los soldados, logrando disminuir el número de muertes, del 40% al 2% (86).

Estos principios de organización e higiene que evidenciaron ser efectivos, fueron plasmados por Nightingale en informes y libros, los cuales caracterizan hasta hoy el trabajo de la enfermera, especialmente cuando atiende pacientes en el ámbito hospitalario, como es el caso de los pacientes con tuberculosis internados por alguna complicación o inestabilidad hemodinámica. Las medidas que aplica la enfermera en estos pacientes consideran la vía de transmisión aérea para evitar la diseminación del *Mycobacterium tuberculosis*.

En la destacada obra Notas sobre Enfermería, qué es y qué no es, Nightingale F. (88), explicó los principales supuestos sobre la salud, la persona, la enfermedad, la enfermería y el entorno. Este último supuesto es la base del pensamiento filosófico y lógico de su Teoría.

La salud fue definida como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona. Para ella el mantenimiento de la salud se lograba por medio de la **prevención de la enfermedad** mediante el **control del entorno** y la **responsabilidad social**.

Respecto a la persona en la mayoría de sus escritos la denomina paciente, asignándole generalmente un rol pasivo, excepto en las decisiones respecto a horarios y sus preferencias sobre la comida. Veía a cada persona como digna de respeto, sin considerar su origen o nivel social o por sus creencias religiosas o la falta de las mismas.

Afirmaba que la enfermedad era un proceso reparador, el esfuerzo de la naturaleza para remediar un proceso de envenenamiento o deterioro. Indicó que los síntomas o sufrimientos, generalmente considerados como inevitables e inherentes al

proceso reparador reflejaban la necesidad de aire fresco, o de luz, o de calor, o de tranquilidad, o de limpieza, o de puntualidad y cuidado en la administración de la dieta. Por falta de conocimiento o de atención en alguna o todas estas cosas, surgía el dolor, el sufrimiento o la interrupción de todo el proceso reparador.

Nightingale F. (88), profundizó estas afirmaciones con cuestionamientos: *¿Es tal o cual enfermedad un proceso reparador? ¿Puede tal enfermedad no ir acompañada de sufrimiento? ¿Podría prevenir algún cuidado que tal paciente sufra esto o aquello? Yo digo humildemente que no lo sé. Pero cuando haya suprimido todo aquel dolor y sufrimiento que en los pacientes son los síntomas, NO de su enfermedad, sino de la AUSENCIA de los ya mencionados elementos esenciales para que se realice el proceso reparador de la Naturaleza, entonces sabremos cuáles son los síntomas de la enfermedad y los sufrimientos que le son inseparables.*

Señala que los componentes del entorno forman parte de las necesidades humanas, reforzando la importancia del origen de los cuidados básicos de Enfermería: satisfacer estas necesidades vitales.

La enfermería consistía en hacerse responsable de la salud de otra persona, por lo tanto, su función era prevenir interrupciones de este proceso reparador y brindar las mejores condiciones para su continuidad.

Con énfasis menciona que la enfermería debe enfocarse en el control del entorno mediante el uso apropiado del aire, la luz, el calor, la limpieza, el ruido y la selección de la dieta y su administración, con el menor gasto de energía del paciente y no sólo a administrar medicamentos y aplicación de cataplasmas.

Coloca en un primer plano a estos componentes del entorno a los que denomina las Leyes de la Salud que para ella eran las Leyes de la Enfermería, válidas tanto para las personas sanas como enfermas. Según su pensamiento, estas habían

sido asignadas por Dios a las relaciones de nuestros cuerpos con el mundo en que los ha colocado, por eso cuestiona la escasa enseñanza y comprensión de estas Leyes a las propias enfermeras, maestras y madres. Complementando White E. (89), menciona que los que cuidan a los enfermos deben comprender la importancia de una debida atención a las leyes de la salud.

Estos principios del cuidado del entorno, se basan en experiencias universales de los resultados del cuidado de enfermería en la enfermedad a diferencia del valor de los remedios y formas de tratamiento que no está absolutamente comprobado.

La descripción del cuidado de la enfermera respecto al aire, fue minucioso y refleja su sentido lógico, característica que se hace notar en toda su Teoría. Mencionó que mantener el aire que respira el paciente tan puro como el aire de afuera sin que se resfríe es la primera regla para la enfermera y la más esencial para el paciente. Le otorga a este cuidado una importancia vital que hasta podría prescindirse de todo lo demás.

Afirmó que el aire siempre debe proceder de afuera, entrar por una ventana, que se debe evitar ventilar con aire que provenga de pasadizos internos, que se debe evitar tener cuartos cerrados, porque el aire se encuentra estancado y son lugares propicios para las enfermedades como escarlatina, difteria y otros.

Sostuvo que era necesario desterrar los falsos conceptos respecto a que el aire que ingresa a la habitación de personas enfermas ocasiona el resfrío de los mismos. En ese sentido, mencionó que el mismo personal sanitario cerraba las ventanas de los ambientes del hospital.

Señaló que mantener las ventanas cerradas y los cuartos sin ventilación exponía al paciente a una atmósfera infectada, especialmente durante la noche,

refiriendo que en ese período de sueño, es mucho más nociva esta acción para las personas estando sanas o enfermas. Afirmó que abrigar bien al paciente y si es necesario usar bolsas de agua caliente, podía mantener la temperatura corporal sin alterar la ventilación durante el tratamiento del paciente. Tenía muy claro que la falta de ventilación, perjudicaba la salud de la enfermera y destruía las oportunidades de recuperar la salud de los pacientes. Por último, el cuidado del aire también incluía el control de sustancias irritantes, evitando los olores desagradables mediante la ventilación natural y limpieza (88).

White E. (89) y Henderson V. (90) señalan que todo el mundo sabe que la respiración es una función esencial para la vida, pero son pocos los que aprecian en qué medida puede afectar a la salud la forma en que se respira y que al restringir la ventilación corren peligro la vida del paciente y la de quien lo cuida. Por lo tanto, para asegurar al paciente las condiciones más favorables para su restablecimiento, su cuarto debe ser espacioso, con claridad y facilidades para ventilarse.

La segunda necesidad después del aire puro, señalada por Nightingale F. (88) es la iluminación. Consideraba que la luz tiene efectos reales y tangibles sobre el cuerpo humano, por lo que incluía en los cuidados de enfermería el desplazamiento de los pacientes a recibir directamente la luz solar. Así mismo, le asigna una importancia vital al ingreso de los rayos solares a las habitaciones de los pacientes, lo cual debería considerar la enfermera en el tratamiento de las enfermedades.

Las enfermeras deben conocer los principios fisiológicos de la producción y pérdida de calor y saber promover cualquiera de estos procesos mediante la alteración de la temperatura, la humedad o el movimiento del aire, así mismo,

conocer los efectos de una prolongada exposición al aire libre, para evitar daños en la piel y los ojos de los pacientes (90).

Por su experiencia exitosa en la guerra de Crimea, consideraba que la aplicación de los principios de limpieza por la enfermera y el control del entorno físico eran fundamentales para recuperar la salud de los pacientes y evitar las enfermedades. En ese sentido, en el caso de las enfermeras el lavado de manos con frecuencia durante el día constituía la mejor garantía de limpieza y en el caso del entorno, la limpieza de los suelos, las paredes, las camas y las sábanas, así como la higiene de la piel del paciente (88).

El cuidado de la higiene del paciente, desde los inicios de la Enfermería, ha sido una labor fundamental, para lo cual se debe proporcionar a todo paciente el material, medios y ayuda necesaria para la limpieza de la piel, del cabello, de las uñas, de la nariz, de la boca y de los dientes. En el caso de los pacientes dependientes, este cuidado ofrecía la oportunidad para oírlo, observarlo, darle explicaciones y reconfortarlo. En el transcurrir del tiempo, la enfermera no cuenta con el tiempo para hacer esta labor, que ha sido delegada al personal de enfermería (90).

Respecto a la limpieza del entorno, es la enfermera quien vela para la provisión de ropa de cama limpia y en cantidad suficiente. Este recurso, generalmente es muy limitado en los Hospitales públicos.

La alimentación del paciente, fue un principio al que Nightingale le dio énfasis, indicando que las enfermeras no se limitaran sólo a vigilar que el paciente reciba su dieta, sino también a tener en cuenta el horario en que recibían sus alimentos, la calidad de éstos y su efecto en el paciente, especialmente en los que

tenían bajo peso y en los padecían enfermedades crónicas. En ese sentido, mencionó que era importante investigar las preferencias del paciente y darle la oportunidad de planificar la forma de alimentarse durante su hospitalización.

El control de la alimentación del paciente, es un cuidado vital para la recuperación del paciente, puesto que la enfermera permanece con el paciente más que ningún otro miembro del personal, por lo tanto se encuentra en la mejor posición para saber qué es lo que el paciente quiere comer y beber, para sacar el mejor provecho de sus hábitos alimentarios sanos y para disuadirle de los que no son buenos para la salud (90).

Al respecto White (89) y Henderson V. (90) indican que las enfermeras han de estar preparadas para aconsejar sobre los niveles de talla y peso; sobre los requerimientos nutricionales y sobre la selección y preparación de las comidas y hasta servir las de modo que resulte apetitosa para el paciente.

Nightingale F. (88), considera que el ruido aunque sea insignificante molesta a los pacientes. Especialmente cuando por su causa se despierte repentinamente al paciente que estaba durmiendo, lo que ocasionará un estado de excitación y daño mayor. Cataloga como una buena enfermera a aquella que nunca permite que su paciente sea despertado intencional o accidentalmente. Se refiere a los pacientes que han sufrido alguna contusión o alteración cerebral, ser los más afectados frente a los ruidos, por más simples que estos sean. Menciona el ruido ocasionado por las ventanas, las puertas, persianas e incluso por los vestidos de las señoras al caminar. Con el fin de proporcionar un entorno tranquilo, la enfermera debería controlar el ruido innecesario, ya que podría ocasionar molestias al paciente y perjudicar su recuperación.

La Teoría del Entorno de Florence Nightingale, forma parte de la Enfermería desde hace ciento cincuenta años y representa la base del cuidado de la personas en los espacios hospitalarios. Notas sobre Enfermería, qué es y que no es, no estaba dirigida a enseñar a las enfermeras a cuidarse a sí mismas ni pretendían ser un manual para enseñar el “arte de cuidar”, sin embargo, sus aportes permiten recordar y reaprender los principios que guían los cuidados básicos de enfermería (88).

Por otro lado, si bien la enfermería puede facilitar el cumplimiento de estos principios, las enfermeras trabajan en un contexto de restricciones en términos de costos y calidad en la prestación de servicios de salud. Esta situación representa un contexto superior que influye y puede determinar la actuación de la enfermera, como lo señala Nightingale “*Una mala sanidad, una mala arquitectura y una mala administración a menudo hacen imposible cuidar*”. (86).

Este pensamiento puede ser interpretado como radical, porque concluye con la frase “imposible cuidar”, sin embargo, como ella mismo lo demostró, las enfermeras se encuentran en una posición que les permite asesorar sobre la repercusión de las políticas dirigidas a la rentabilidad de la sanidad. Para ello, es fundamental que entiendan claramente cómo se formulan e implementan las políticas, de lo contrario no participarán en el proceso para producir las reformas en el sistema de salud, tal cual fue el legado de Florence Nightingale.

Por otro lado, es necesario señalar que la atención de los pacientes con tuberculosis, es llevado a cabo por el equipo multidisciplinario, sin embargo la enfermera responsable de la Estrategia de TB, cumple una importante función en la organización y gestión de la atención integral del paciente.

En ese mismo orden de ideas, la pertinencia del “arte de cuidar” como lo expresa Nightingale F. (88), especialmente cuando las personas atraviesan por

situaciones de enfermedad, como es el caso de la enfermera afectada por TB y su familia, tiene un rol trascendente, porque coloca a la persona en alta vulnerabilidad al sufrimiento, a perder las esperanzas, incluso su dignidad, especialmente cuando perciben que son estigmatizadas por tener tuberculosis. Cuando su mirada, su voz, su opinión o sus gestos que indican incertidumbre, desconcierto por encontrar una explicación a todo lo que representa la enfermedad en su modo de vida no son motivo de interés de parte de quienes los atienden.

Al respecto Nightingale resalta una cualidad que para ella es la lección práctica más importante que puede ser dada a las enfermeras: enseñarles a observar. La observación que debería realizar la enfermera es minuciosa e integral, desde los síntomas de la enfermedad, el temperamento, los cambios que se producen, identificación de riesgos y todo aquello que conlleve a salvar vidas, mejora la salud y el bienestar de los pacientes.

Si bien Nightingale en su teoría no enfatiza la relación enfermera-paciente, mediante la observación la enfermera indaga y llega a conocer a los pacientes, su idiosincrasia, sus preferencias, de tal modo que permitan a la enfermera satisfacerlas.

Confianza es la palabra que utiliza Nightingale para referirse a la característica que toda enfermera debe tener, así como ser honesta, sobria, de sentimientos delicados y modestos y más que eso ser una mujer religiosa y devota. Continúa describiendo que la enfermera debe respetar su propia vocación y ser agradecida a Dios porque el precioso don de la vida muchas veces es colocado en sus manos (88).

En base a lo mencionado por Nightingale, acudimos a Colliere M. (92) para relacionar las características de la enfermera con su esencia que es el cuidar. Cuidar

es mantener la vida, garantizando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para ella y se manifiesta por el desvelo, la responsabilidad, atención y cautela, entre otros atributos del cuidado humano.

Waldow R. (93), complementa al plantear que el cuidado está acompañado de una lista extensa de comportamientos y actitudes entre las que se destacan el respeto, la gentileza, la amabilidad, la consideración, la compasión, la disponibilidad, la responsabilidad, el interés, la seguridad y el ofrecimiento de apoyo, confianza, comodidad y solidaridad.

Este enfoque convierte al cuidado en un acto único y trascendente en la vida de las personas, especialmente en estado de enfermedad, como es la situación de las enfermeras con tuberculosis.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1 Tipo de Investigación

Para abordar la comprensión de las vivencias de las enfermeras con tuberculosis en el ámbito hospitalario, se aplicó la investigación cualitativa, que según Souza Minayo (94), permite el estudio de la historia, de las relaciones, de las representaciones, de las creencias, de las percepciones y opiniones, producto de la interpretaciones que los humanos hacen con relación a cómo viven, construyen sus instrumentos y a sí mismos, sienten y piensan. Lo que permite la construcción de nuevos abordajes, revisión y creación de nuevos conceptos y categorías durante el proceso de investigación, dando lugar a sistematización progresiva del conocimiento hasta la comprensión de la lógica interna del grupo o proceso de estudio.

Es interesante que este enfoque de investigación no se preocupa en cuantificar, sino en comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales, las vivencias, experiencias, con la cotidianidad y por supuesto la comprensión de las estructuras e instituciones como resultados de la acción humana objetivada, donde el lenguaje, la prácticas y las cosas son inseparables.

Si bien este tipo de estudios en el campo de la salud, antes de la década de los '80 eran de uso exclusivo de los antropólogos, la necesidad de analizar los problemas en el campo de la salud, que a través de la investigación cuantitativa, busca encontrar explicaciones en extenso de cómo esos sujetos, agregados en un nivel poblacional, se tornan expuestos y vulnerables a eventos o procesos que ponen en riesgo su salud, cómo se enferman, cómo y con qué magnitud demandan tratamiento y atención, el enfoque cualitativo complementa con la comprensión de la profundidad de los valores,

prácticas, lógicas de acción, creencias, hábitos y actitudes de grupos e individuos sobre la salud, enfermedad, las terapéuticas, las políticas, los programas y demás acciones protagonizadas por los servicios de salud.

En ese sentido, el enfoque holístico y la interacción entre el investigador y los participantes permite comprender el desarrollo de los procesos del foco de interés de esta investigación para avisorar la transformación que se necesita sobre el cuidado de la enfermera y el personal de salud en su ámbito laboral.

3.2 Método de investigación

De acuerdo al objeto de estudio, se ha utilizado el método narrativo Historia de Vida. En las ciencias sociales el relato de vida empieza a principios del siglo XX y ha sido utilizado en varias disciplinas y con distintos objetivos: en investigación, en intervenciones o como una herramienta testimonial. Originalmente fue concebida y utilizada como una técnica, entre otras, relacionada con el uso de los documentos personales en la investigación sociológica.

Do Prado et al (95), refieren que la Historia de Vida, se ubica en el marco del denominado método biográfico cuyo objeto principal es el análisis y transcripción que el investigador realiza a raíz de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma y también sobre los relatos y documentos extraídos de terceras personas, es decir, relatos y aportaciones realizadas por otras personas sobre el sujeto de la Historia de Vida.

Su principal finalidad la podemos localizar en el relato que se extraen de las mismas contextualizadas en un lugar y tiempo determinado, que permiten revivir, analizar e incluso situarse ante tales circunstancias y razonar su comportamiento en ese determinado momento. El análisis de los datos obtenidos supone un proceso de

indagación basándose en técnicas de recogida de datos de índole cualitativa. Las principales son las entrevistas y los largos diálogos entre el investigador y el autor del relato donde éste último expone lo más íntimo de él como sentimientos, pensamientos y valores para que el investigador pueda contextualizar el relato lo más veraz posible a esa persona y sin interferir la subjetividad a la hora de transcribir la Historia por parte del mismo.

Es importante señalar, según lo indica Souza Minayo (94), que las Historias de Vidas permiten visualizar, entender e interpretar las voces que siempre han estado pero los discursos dominantes de nuestra sociedad han imposibilitado ver.

Al indagar en las experiencias de una persona no significa entrar en la intimidad de una persona ya que la información obtenida ha sido extraída de forma consensuada por parte de los dos sin ejercer ningún tipo de coacción ni de presión por ninguna parte. No es una única persona la que muestra su voz y la que la escribe, sino un conjunto (investigador e informante) que se unen en la elaboración del relato creando Historias de Vidas propias y vividas.

3.3 Sujetos de Investigación

Los sujetos que participaron del estudio fueron ocho enfermeras que trabajaban en servicios de hospitalización, quienes narraron su historia de vida en relación a la tuberculosis como enfermedad profesional.

Los criterios de inclusión fueron:

- Enfermeras que tuvieron tuberculosis en cualquiera de sus formas, de alta del Programa de TB.
- Enfermeras que tuvieron la tuberculosis cuyo ámbito de trabajo fueron los servicios de hospitalización u otro servicio, excepto el Programa de TB.

Los criterios de exclusión fueron:

- Enfermeros con tuberculosis que trabajen en los Programas de TB.
- Enfermeros que no acepten formar parte del estudio

3.4 Escenario de Estudio

El estudio fue realizado en Hospitales del Seguro Social de Salud de la ciudad de Lima, Hospital III Emergencias Grau y Hospital II Clínica San Isidro Labrador.

La Seguridad Social inició sus funciones bajo la denominación de Instituto Peruano de la Seguridad Social, el 12 de agosto de 1936, mediante la Ley N° 8433 (Caja Nacional del Seguro Social Obrero) (96). Después del Ministerio de Salud, es la institución pública que atiende a la mayor cantidad de peruanos en todo el territorio nacional, que actualmente oscilan en más 10 millones, de los cuales el 57% se encuentran en la capital.

Los asegurados y sus derecho habientes (esposa (o)/ conviviente e hijos menores de 18 años son atendidos de acuerdo a la ubicación geográfica de su domicilio en Centros de Atención Médica, policlínicos, hospitales generales, y establecimientos especializados de salud, que se encuentran organizados en Redes Asistenciales.

Los hospitales donde se identificaron a las enfermeras afectadas por tuberculosis, cuentan con servicios de emergencia, hospitalización, consulta externa, Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad de Cuidados Intensivos, así como los servicios de apoyo como Diagnóstico y tratamiento, entre otros. Organizacionalmente, la máxima autoridad es el Director que conjuntamente con el equipo de gestión, de la que forma parte la Jefatura de Enfermería, lideran la prestación de los servicios de salud.

Cada establecimiento de salud hace llegar sus requerimientos de recursos humanos, equipamiento, insumos, materiales a la Red Asistencial, quien se encarga de consolidar y hacer las gestiones ante la Sede Central de la Institución, lo que influye en la oportunidad de contar con lo que cada Centro necesita para salvaguardar el cumplimiento de sus funciones.

3.5 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos

En la presente investigación se utilizó la entrevista abierta y a profundidad, considerada la estrategia más usada en el trabajo de campo, privilegio que le es otorgada porque es sobretodo un encuentro entre dos, una conversación, destinada a construir informaciones pertinentes a un objeto de investigación (94). Las informantes, a saber las enfermeras que tuvieron tuberculosis, fueron invitadas a hablar libremente sobre el tema indagado a través de la pregunta orientadora: Háblame de la historia de tu vida en relación a la tuberculosis como enfermedad ocupacional que experimentaste.

Así mismo, se consideró a partir de la pregunta en mención, otras preguntas complementarias para dar más profundidad a las reflexiones expuestas, con el fin de completar los “vacíos” en la historia. En este estudio estas preguntas estuvieron planificadas en relación a las condiciones laborales, a los eventos personales que las enfermeras vivenciaron antes de enfermarse y las experiencias al retornar a sus labores en su centro de trabajo.

Proceso de recolección de datos

El proceso de recolección de datos se realizó identificando a enfermeras con tuberculosis. En primer lugar del Hospital donde trabajó la autora, ya que disponía de esta información; así también se solicitó al personal de salud del Programa de TB

de uno de los hospitales, los datos de las enfermeras que habían tenido esta enfermedad.

La recolección de datos se realizó entre el mes de febrero y setiembre del 2015. A cinco de las enfermeras se las contactó personalmente en su lugar de trabajo y a las restantes vía telefónica, posteriormente se acordó con cada uno de ellas el día y horario según su disponibilidad. Se les informó sobre la finalidad de la investigación y la libertad que tenían para participar del estudio; seis de las entrevistas se realizaron en su centro de trabajo, las dos restantes en el domicilio de la entrevistada y en un lugar fuera del hospital. Todas hablaron libremente, la mayoría, mostró amabilidad y disposición para contar sus vivencias, que duraron entre 40 minutos y dos horas, las cuales fueron grabadas con la anuencia de las participantes, garantizando la confidencialidad mediante el anonimato.

Procesamiento de datos

Se realizaron las degrabaciones integrales de las entrevistas por la investigadora de tal manera que permitieron organizar las ideas hasta el punto de saturación, que según Bertaux D. (97), se toma en cuenta cuando un relato se repite recurrentemente en un contexto y el criterio de representación, orientado a revisar la prevalencia y la calidad de los datos, la veracidad de la información.

3.6 Consideraciones éticas y de rigor científico

Se tomaron en cuenta los principios éticos del reporte de Belmont. En primer lugar el principio de respeto por las personas, es decir, tener en cuenta el principio de autonomía. En ese sentido, cada participante decidió en forma voluntaria su participación en la investigación, a través del consentimiento informado. Así mismo considerando el principio de no maleficencia, que indica que los sujetos de la

investigación no serán expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y sólo utilizadas para fines de investigación (95).

Por otro lado, la información recolectada se ha mantenido en estricta confidencialidad por lo que las grabaciones no serán reportadas en público ni serán accesibles a otras partes que no sean las involucradas en la investigación, teniendo en cuenta además que los casos de tuberculosis en personal de salud muchas veces son tomados para los reclamos de un grupo de manifestantes agremiados con claras intenciones de desestabilizar las gestiones de turno.

El rigor científico de esta investigación se basa en los criterios de credibilidad y auditabilidad, teniendo en cuenta que cada investigación tiene una orientación teórico-metodológica única, por lo tanto su evaluación es compleja. Sin embargo, en este estudio, se consideraron los pasos necesarios para evaluar y mejorar la calidad de los datos recolectados y de esa manera garantizar que corresponden a información brindada por los informantes como una verdadera aproximación sobre lo que ellos piensan y sienten en base a sus experiencias. La interpretación o análisis de la información permite que cualquier lector u otro investigador pueda seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica (95).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 Presentación de resultados

El tratamiento de los datos fue en base a la sistematización de la información obtenida en las entrevistas para ser analizadas e interpretadas. En esta investigación se realizó el análisis temático de los núcleos de sentido que componen una comunicación, para lo cual se realizaron las siguientes tareas:

- a) Reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, en medio magnético.
- b) Lectura profunda y minuciosa de las narrativas de cada entrevistada, para identificar las similitudes de sus discursos.
- c) Organización de ideas centrales y unificación de las mismas, agrupándolas posteriormente en categorías.

Al inicio se identificaron 21 unidades de significación, agrupándose posteriormente de acuerdo a lo investigado en el marco referencial teórico. De esa manera emergieron tres categorías temáticas, que se presentan a continuación:

- Categoría I: Vivenciando la falta de condiciones adecuadas para trabajar
 - Sub categorías
 - Trabajando en entornos inseguros
 - Trabajando sin equipos de protección personal
 - Sobrecarga laboral
 - Escaso interés en la salud del trabajador
- Categoría II: Sintiendo rechazo, vergüenza, temor y aislamiento
- Categoría III: Vivenciando ser paciente de TB y ser enfermera después de la TB

Tabla N°1
Perfil de las enfermeras entrevistadas afectadas por Tuberculosis en el ámbito hospitalario

Pseudonimo	Edad	Estado Civil	Años de experiencia laboral	Servicios que trabajaba antes de tener TB
E1	42	Casada	9	Hospitalización Medicina
E2	55	Separada	30	Hospitalización Medicina, Cuidados Intensivos
E3	46	Casada	17	Medicina, Cuidados Intensivos, emergencia
E4	41	Soltera	16	Hospitalización Medicina, Cuidados intermedios
E5	38	Casada	13	Hospitalización Medicina
E6	40	Soltera	14	Hospitalización Medicina
E7	35	Soltera	3	Hospitalización Medicina, Emergencia
E8	33	Soltera	6	Hospitalización Medicina

Fuente: Entrevista a profundidad realizada por Cleopatra Huapaya Pizarro, aplicada a enfermeras participantes del estudio, entre febrero y setiembre 2015.

Se realizaron 8 entrevistas a enfermeras afectadas por TB cuyas edades fluctuaron entre 33 y 55 años. La mayoría entre los 35 y 49 años y sólo dos tienen 33 y 55 años respectivamente. La mitad son solteras, tres son casadas y una separada. El tiempo de experiencia laboral fue entre 3 a 30 años, la mayor parte tiene entre 13 y 17 años como enfermera, una con 3, 23 y 35 años de experiencia respectivamente. Todas habían trabajado en un área de alto riesgo: salas de hospitalización (medicina, neumología), Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Intermedios y Emergencia.

4.2 Análisis y discusión

En relación a los objetivos de la investigación se presentan las categorías temáticas:

1. Vivenciando la falta de condiciones adecuadas para trabajar

Los ambientes saludables de trabajo es un enfoque, donde los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para promover y proteger la salud, la seguridad y el bienestar de todos (26). En el ámbito sanitario, por sus características especiales, las condiciones y medio ambiente de trabajo impactan sobre la salud del trabajador, las cuales están relacionadas a la seguridad, riesgos ambientales, carga de trabajo y riesgos psicosociales (46).

La Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y la Ley General de Salud contienen disposiciones para que el empleador adopte un enfoque de sistema de gestión en el área de seguridad y salud en el trabajo para garantizar la protección de la salud y la seguridad de los trabajadores y de terceras personas en sus instalaciones o ambientes de trabajo (21,27). Para los trabajadores de salud, la Ley de Prevención y Control de Tuberculosis complementa estas disposiciones indicando que tienen derecho a contar con condiciones de trabajo que les permitan disminuir el riesgo de infección, enfermedad y muerte por tuberculosis (22).

La misma Ley señala que todo establecimiento de Salud debe diseñar e implementar un Plan de Control de Infecciones por tuberculosis, que incluye un conjunto de medidas preventivas, denominadas: medidas de control administrativo, medidas de control ambiental y medidas de protección respiratoria personal (22).

En este estudio, las enfermeras vivenciaron la falta de condiciones adecuadas para trabajar evidenciado por las Subcategorías: trabajando en entornos inseguros,

trabajando sin equipos de protección personal, sobrecarga laboral y el escaso interés en la salud del trabajador.

Trabajando en entornos inseguros

En el contexto actual del sistema de salud peruano, la demanda de usuarios se ha incrementado exponencialmente en todos los hospitales, especialmente por las altas tasas de enfermedades crónico degenerativas, lo cual no ha ido de la mano con la previsión de infraestructura, recursos humanos, equipos e insumos y materiales, observándose hacinamiento y limitaciones para brindar las prestaciones de salud de manera oportuna a los usuarios, aumentando de ese modo el riesgo de los trabajadores de salud a accidentes y enfermedades profesionales.

En el caso de personas afectadas por tuberculosis, el tratamiento es ambulatorio, sin embargo, por alguna complicación de su estado de salud pueden requerir hospitalizarse y al no contarse con ambientes adecuados para aislamiento, son ubicados en las salas comunes. Así mismo, existen pacientes tosedores por más de 15 días en las salas de emergencia y hospitalización que no están siendo identificados para el descarte respectivo, lo que representa un incremento del riesgo de transmisión de TB al no aplicarse con ellos las medidas de control.

Para controlar la TB a nivel intrahospitalario, la segunda medida de importancia y efectividad es la denominada medida de control ambiental, que consiste en contar con ventilación natural o mecánica complementada con filtros de alta eficiencia y/o luz ultravioleta (22, 36,41).

Las enfermeras en este estudio, experimentaron que el entorno donde trabajaban eran inseguros al carecer de salas de aislamiento y no cumplir con las

normas establecidas para los servicios de hospitalización, por lo tanto, las exponían a los riesgos de transmisión de TB tal como lo señalan en los siguientes relatos:

(...) “el estar de enfermería estaba al costado de los pacientes con TB”... “Se pidió con los médicos infectólogos que se hicieran salas de aislamiento, pero jamás se hicieron” (E3).

(...) “en la unidad de cuidados intensivos el ambiente es bastante reducido, no tiene nada que ver con las normas de arquitectura que establece el Ministerio de Salud, es tan reducido que uno se da la vuelta y se choca con el otro ventilador, con el aspirador” (E4).

Recurrimos a las Normas Técnicas Nacionales (36,98), que respecto a las características de la sala de hospitalización para aislados, debe ubicarse en un área mínima de 9 m², la cual debe contar con servicio higiénico propio, pulsador de emergencia y accesorios, con presión de aire negativa en relación a las áreas circundantes y con 6 a 12 recambios de aire por hora. Se eliminará el aire al exterior a través de un filtro de alta eficacia y se debe mantener la puerta cerrada y la ventana con su apertura bloqueada.

En el país, se implementaron Centros de Excelencia para el manejo de la TB (99), entre los años 2006-2011 con el apoyo del Fondo Global, que incluían salas de aislamiento con presión negativa, sin embargo, son 29 camas reportadas por el Ministerio de Salud, que resultan insuficientes para el manejo de pacientes sospechosos y/o diagnosticados con TB que requieren hospitalización.

Por otro lado, al trabajar en el nivel administrativo de una institución pública, la autora ha identificado que hay al menos tres limitaciones que dificultan para contar con salas de aislamiento con ventilación mecánica. La primera de ellas, está relacionada a contar con el espacio suficiente que de acuerdo a la norma es al menos

9m2, teniendo en cuenta que la mayoría de los hospitales se encuentran hacinados (98). Para tener una sala de aislamiento con medidas adecuadas de bioseguridad tendrían que anularse al menos dos camas.

En segundo lugar, toda prestación nueva que implique contar con equipos electromecánicos, como ventilación con presión negativa, responde a un proyecto de inversión pública que contempla los requisitos del Sistema Nacional de Inversión Pública. Actualmente las Unidades Formuladoras que son las que elaboran los expedientes técnicos para los proyectos de inversión, no cuentan con los profesionales suficientes, por lo que estos proyectos desde que se inician hasta su culminación demoran alrededor de cinco años, en el mejor de los casos.

La tercera limitante es la estructura organizacional del sistema de salud, en donde los establecimientos forman parte de una Red Asistencial y por lo tanto sus necesidades las canalizan por este nivel, por lo que el proceso administrativo demanda tiempo y en muchos casos no llegan a ser atendidas oportunamente.

En ese sentido, la estructura organizacional de las Instituciones Públicas, limita muchas veces la gestión local de cada Director del Establecimiento de Salud para mejorar las prestaciones sanitarias, como bien lo manifestó una de las entrevistadas:

(...) “el problema está que nosotros dependemos de fondos que nos de la Red, por ejemplo, el arreglo del ambiente de aislados, que hasta ahora no se puede. Necesitamos que por lo menos haya las herramientas necesarias para poder cuidar” (E2).

Por otro lado, teniendo en cuenta este panorama, las medidas de control ambiental, consideran la ventilación natural, que consiste en colocar al paciente en

una habitación individual con la puerta cerrada y ventana al exterior que facilite una ventilación frecuente (36,90).

En ese sentido, es común observar que las ventanas de los hospitales permanecen cerradas. Aún persiste la creencia que el aire produce resfríos y enfermedades no sólo en el público común sino también en el personal de salud. De esta manera, esta acción tan sencilla es poco considerada como una medida eficaz para evitar la diseminación de gérmenes por la vía aérea. En la experiencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue se implementaron medidas para maximizar la ventilación natural, logrando recambios de aire mayores a 12 por hora, tal como lo recomienda la OMS (39, 100).

Una afirmación de las entrevistadas refleja la poca importancia que se le da a esta medida:

(...) “no vigilaba que las ventanas permanezcan abiertas, yo me olvidaba, para mí no existía la tuberculosis” (E1).

La aplicación del principio natural del aire puro, tal como lo señala Nightingale (88), en la Teoría del Entorno, tiene un lugar prioritario. El aire es un elemento para proteger la salud, que según la teórica es la primera regla para la enfermera y la más esencial para el paciente.

Henderson V. (90), White (89) y Rusca, citado por Hernández (87) complementan el saber descrito por Nightingale, respecto a la preparación de la enfermera en los conocimientos de las cualidades útiles y dañinas del aire, su modo de actuar en el hombre y que sepa conseguir que el aire no cause daño al enfermo y que ayude al restablecimiento de su salud e incluso debe conocer y enseñar la forma en que se debe respirar. Al igual que la autora de la Teoría del Entorno, son enfáticos

al mencionar que al restringir la ventilación corren peligro la vida del paciente y la de quien lo cuida. Por lo tanto, para asegurar al paciente las condiciones más favorables para su restablecimiento, su cuarto debe ser espacioso, con claridad y facilidades para ventilarse.

Es importante, que a la luz de esta teoría, las enfermeras en el ejercicio de su labor, tengan claro y destierren el mito que el aire produce resfríos y por ese motivo se mantengan las ventanas y puertas cerradas, lo cual perjudica la salud de la enfermera y de los pacientes, en el contexto de tuberculosis y otras enfermedades de transmisión respiratoria.

Para el control de la tuberculosis en los Hospitales, uno de los lineamientos más importantes es lograr la dilución e intercambio de aire a través de la apertura de ventanas y puertas, es decir, maximizar la ventilación natural. Las ventanas deben colocarse en paredes que den al aire libre, de tal manera que el aire se desplace al exterior y no a otros pabellones o salas de espera (41).

Sobre la base de lo antes planteado, la enfermera que trabaja en el ámbito hospitalario, requiere profundizar sus conocimientos en el control del aire y evaluar el riesgo de los ambientes donde cuida a las personas; hacer las coordinaciones para garantizar una ventilación natural a fin de disminuir la transmisión del agente causal de la tuberculosis y otros microorganismos que se transmiten por la misma vía.

La OMS (39), recomienda la ventilación natural maximizada, el enfoque más sencillo para lograr una mejor ventilación, por lo que el aporte de Nightingale establecido hace ciento cincuenta años, se mantiene vigente hasta el presente.

Por otro lado, en la atención de los pacientes con TB que se encuentran hospitalizados, sigue siendo un cuidado primordial mantener los ambientes con

iluminación natural para eliminar al *M. tuberculosis*. Con el avance de la ciencia, se dispone de lámparas ultravioleta que cumplen en parte la función de la luz natural, las cuales se colocan en las áreas donde se atienden a pacientes con tuberculosis. Así mismo, la práctica de movilizar a los pacientes para que reciban la luz solar, ha sido casi olvidada y en la mayoría de los hospitales modernos, no se cuentan con ambientes externos destinados para los pacientes a fin de recibir este cuidado.

Trabajando sin equipos de protección personal

La protección respiratoria personal es la tercera medida de control de tuberculosis y es la menos importante si no se han aplicado las medidas administrativa y ambiental. Sin embargo, en este estudio la experiencia de trabajar sin equipos de protección respiratoria personal en procedimientos como aspiración de secreciones, fue la más relacionada por las enfermeras con la transmisión de la tuberculosis como se describen en los siguientes relatos:

(...) “Cuando me tocaba turno habré usado el 50% y sobretodo recuerdo cuando aspiraba a mis pacientes no usaba” (E1).

(...) “Aspirábamos las secreciones sin mascarilla y yo no entendía eso, por más que pedíamos nos decían que no había” (E3).

(...) “La institución tuvo que ver mucho en mi enfermedad, porque jamás nos daban mascarillas N 95, no nos daban los equipos de protección” (E4).

(...) “Creo que un día que una paciente joven que estaba intubada, vino su familiar y me dijo que tenía muchas secreciones, que se estaba ahogando. En ese momento yo me fui así como estaba... lo único que hice fue inmediatamente aspirarle e incluso limpiarle la boca, no use guantes ni la máscara. Después nos enteramos que tenía tuberculosis, yo creo que en ese contacto tan cercano sin protección fue que me contagié” (E6).

(...) *“Siempre tenía el problema de la mascarilla, pero el ajuste nunca me dio, yo me compre mi mascarilla” (E8).*

La protección respiratoria personal se basa en el uso de respiradores N 95, que son dispositivos que protegen de los núcleos de gotitas de *M. tuberculosis*. Estos equipos poseen una eficiencia de filtración mínima de un 95% para estas partículas y es eficaz si el dispositivo ajusta bien la superficie facial del usuario (39,56). Acudimos al Manual de Control de Infecciones TB para complementar que su uso está indicado en el personal de salud que trabajan en áreas de alto riesgo y los lugares donde se realizan procedimientos que generan aerosoles (41).

En este estudio algunas enfermeras indicaron que no contaban con este dispositivo de protección personal durante la atención a pacientes hospitalizados que requerían aspiración de secreciones. Al respecto Riboty (13) en el estudio que realizó en el hospital Guillermo Almenara, encontró una asociación significativa entre no usar respirador N 95 y TB, en el contexto de una mayor exposición con pacientes con TB frotis positivo y deficiente sistema de ventilación. Señaló sin embargo, que la falta de protección respiratoria personal es la última medida para controlar la tuberculosis como lo indican los lineamientos internacionales y nacionales.

El relato de las entrevistadas, también develó que teniendo el respirador N 95, lo usaba en un 50% durante su jornada laboral y por otro lado, este dispositivo no cumplía con el ajuste correspondiente para su rostro.

Algunos estudios concuerdan con estos testimonios, al concluir que existe una falta de conocimiento sobre el uso apropiado de máscaras y respiradores N95 y que su uso no se realiza en el 100% de los trabajadores de salud durante la jornada laboral (9, 10, 15,50).

Es preciso señalar que de acuerdo a la Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo el empleador proporciona equipos de protección personal, según el tipo de trabajo y riesgos específicos en el cumplimiento de sus funciones (21). Bajo este contexto, señalar que la adquisición de estos equipos en el sector público, es priorizando los de bajo costo y no en la calidad ni las tallas que se requieren de acuerdo a la dimensión de la cara de los usuarios.

Se necesita que cada directivo en los diferentes niveles de atención viabilice las políticas, leyes y normas a través de Planes de Control de Infecciones por TB con su respectivo presupuesto, considerando que una de las medidas administrativas consiste en que cada establecimiento de salud, debe capacitar a su personal en el control de la tuberculosis.

Sobre carga Laboral

Assis (15), Das Neves (16), Malvarez (17), señalan que las condiciones de trabajo de las enfermeras se caracterizan por la sobrecarga de trabajo, jornadas extensas, turnos rotatorios, trabajo nocturno, frecuentes cambios de servicios, carga psicológica por el manejo de situaciones críticas, por lo que es un personal expuesto a permanentes riesgos biológicos, químicos y físicos que se constituyen en amenazas para la salud. En ese sentido, las enfermeras vivenciaron sobre carga laboral en los servicios donde trabajaban, como lo refieren en las historias de vida:

(...) “Paso al servicio de medicina donde realmente el trabajo es arduo... de 22 pacientes 16 eran grado de dependencia tres... El tiempo no nos alcanzaba para atenderlos sobre todo en las tardes y en las noches que rotábamos una sola” (E3).

(...) “Trabajaba en la Unidad de Cuidados Intermedios, había bastante sobrecarga laboral, éramos una enfermera para 10 pacientes, si bien en ese entonces no se manejaban ventiladores

mecánicos en UCIN, pero el grado de compromiso clínico de los pacientes era igual de inestable”. (E4)

(...) “Tenía 15 pacientes, todos los pacientes eran con sonda, postrados... había mucho trabajo, eso ocasionaba mucho agotamiento en el personal y a veces ya no daba ganas de protegerte ni nada” (E8).

Los servicios de salud públicos han sobrepasado su capacidad y esta situación se evidencia en la insuficiente cantidad de enfermeras en relación a la población peruana: 9.7 enfermeras por 10,000 habitantes (45). La experiencia de las enfermeras entrevistadas de atender entre 10 a 22 pacientes por enfermera considerando que la mayoría son adultos mayores con enfermedades crónicas, con grado total o parcial de dependencia, es una realidad en el país.

Al respecto, las recomendaciones del ratio enfermera/paciente establecidos en Europa es un promedio de 8 pacientes en adultos, en los Servicios de Medicina en Estados Unidos, Corea y Australia el coeficiente de enfermera por pacientes es 1:5, 1:13 y 1:4-1:6 respectivamente (19).

En España, se ha establecido la relación 6-8 pacientes y 12-13 pacientes en turno diurno y nocturno; cuando son mayores de 80 años, tienen un proceso agudo, comorbilidad y necesitan ayuda completa para las actividades cotidianas. En pacientes menores de 74 años 8-10 en turno diurno y 14-15 en turno nocturno, cuando necesitan ayuda en dos actividades de la vida cotidiana y están cursando con un proceso agudo médico o quirúrgico con comorbilidad (101).

Es necesario destacar la posición del Consejo Internacional de Enfermería respecto a que mientras persista la sobrecarga laboral es imposible garantizar cuidados de enfermería seguros y eficaces. En el estudio realizado en 9 países de

Europa, los resultados señalan que por cada paciente extra que se añada al trabajo de la enfermera, las posibilidades de que un paciente muera en el mes posterior a la cirugía se incrementa en un 7% y por cada dólar invertido en mejorar la plantilla de enfermería tiene un retorno estimado de 0.75 dólares en inversión directa en el hospital.

Considerando lo mencionado anteriormente, si los empleadores priorizan las condiciones adecuadas del ratio enfermera/paciente, los beneficios para la enfermera en su salud laboral y la disminución de complicaciones y muertes serían los beneficios importantes para el sistema sanitario.

Es importante señalar que la Ley del enfermero en el Perú (66), no menciona ratios enfermera/ paciente, por lo que estas evidencias deberían ser el aval para mejorar la funcionalidad y calidad del trabajo de la enfermera.

Por otro lado, las enfermeras afectadas por TB indicaron haber tenido la experiencia de trabajar más horas para sostenerse económicamente, en el período que les diagnosticaron tuberculosis:

(...) “Cuando yo vengo a Lima mi vida cambió completamente,...los gastos acá son mayores, entonces trabajaba horas extras, me desvelaba, me descuidaba en ese sentido” (E2).

(...) “Porque yo trabajaba y tenía otro trabajo adicional eventual” (E5).

Malvarez S. Castrillon M. (17), señalan que las enfermeras, han reportado la necesidad de mantener dos o tres trabajos para poder sostener a sus familias. Con los cambios suscitados en los sistemas sanitarios, ahora realizan más trabajo en menos tiempo, con menos personal, con poblaciones más enfermas y con mayores

restricciones en materia de suministros, equipos y servicios en el interior de sus instituciones.

En el Perú, las condiciones laborales de las enfermeras, en el sector público, se rigen por diferentes modalidades de remuneraciones debido a las diferentes Leyes con las que se cuenta: 276, 728 y 1057, ésta última más conocida como el Régimen Especial de Contrato Administrativo de Servicios, (RECAS) (45). Tenemos enfermeras realizando las mismas funciones con diferentes remuneraciones, lo cual representa un reflejo fiel de las brechas de desigualdad que existe en la política de recursos humanos en el sector salud, que genera insatisfacción y pone en mayor riesgo la salud de las enfermeras.

En ese sentido, los estudios de Silva et al (15), De Souza, Bertolozzi (48), Sissolak et al (50), coinciden con las vivencias de las enfermeras descritas en este estudio respecto a la sobre carga laboral así como la carga horaria, que muchas veces sobrepasa las 60h/semana, debido a horas extras o a tener dos empleos. Así mismo, en los resultados del estudio de Riboty A. (13), se encontró asociación entre la TB y laborar en un servicio de alto riesgo de contacto con pacientes con TB, tener mayor tiempo de empleo, mayor número de horas laborales por mes y ser contratado.

Diversos autores argumentan que el grupo ocupacional de enfermería, está compuesto mayoritariamente por mujeres y en muchos casos asumen la carga económica como jefes de hogar, trabajando horas extras o en dos instituciones. Así mismo, además de desarrollar labores entre el trabajo profesional, realizan el doméstico, por lo que experimentan un desgaste físico y emocional que puede mermar su salud (15,17).

Escaso interés en la salud del trabajador

El Manual de Salud Ocupacional del Ministerio de Salud y de la OPS afirman que debe haber una política de seguridad y salud laboral autorizada por la alta dirección de la organización, que establezca claramente los objetivos globales de la seguridad y salud laboral (102, 39).

En tal sentido, la Ley de prevención y Control de TB indica que los trabajadores de salud tienen derecho a que se les realice los exámenes médicos ocupacionales de acuerdo a las normas establecidas, priorizando la prueba de despistaje de tuberculosis, al iniciar sus labores, durante su permanencia y al término de la relación laboral, el cual debe realizarse anualmente (22).

Acudimos al Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de Tuberculosis en ESSALUD que al respecto señala que el examen médico pre-ocupacional se debe realizar a todo trabajador nuevo, incluyendo internos y residentes y debe incluir radiografía de tórax, Quantiferon o PPD (37).

Farga V, Caminero J (7), refieren que las pruebas de conversión de tuberculina, más conocida como PPD es otra forma de diagnosticar TB en el personal de salud. Sin embargo, en países donde es amplio el uso de la vacuna BCG generalmente el resultado da positivo. Sería recomendable entonces aplicar la prueba basada en la liberación de gama-interferón, conocida como Quantiferon por tener alta especificidad. Aunque su sensibilidad es baja, no obstante puede mejorar la eficiencia en el estudio de contactos, siendo el principal inconveniente su alto costo (84, 103).

Por otro lado, el examen médico anual es de vital importancia en los trabajadores de salud. Para detectar la tuberculosis activa se debe efectuar una

evaluación clínica, radiológica y microbiológica (36,37). El siguiente testimonio habla de esta actividad:

(...)“En la placa que me tomé por el chequeo vacacional yo ya tenía TB, pasaron ocho meses... esa placa no debe pasar por un médico general o uno que recién ingresa, debe pasar por un médico neumólogo, cuando estamos trabajando en un hospital en un área crítica no se debe dejar pasar”(E8).

Para la ejecución de la vigilancia en el personal de salud, según la OPS (39), la administración de las Instituciones de Salud deben favorecer la creación y el desenvolvimiento de una Unidad de Salud y Seguridad Ocupacional (USSO) para la vigilancia del ambiente de trabajo y de la salud de los trabajadores.

En el diagnóstico de la situación de seguridad y salud en el trabajo en el Perú sólo los hospitales de nivel IV cuentan con un equipo básico conformado por médicos y enfermeras especialistas en medicina ocupacional (104). En los establecimientos con niveles III, II y I, se designan por horas a profesionales que realicen la evaluación de los trabajadores que ingresan a trabajar y/o el chequeo pre vacacional, corriendo el riesgo de realizar evaluaciones no tan certeras, como la vivenciada por la enfermera que fue evaluada mediante placa radiográfica ocho meses antes del diagnóstico de tuberculosis, durante su evaluación pre vacacional. Lo que indica la necesidad de contar con estas USSO a fin de detectar oportunamente los casos de TB en el personal de salud.

Así mismo, según lo descrito en el Manual de Normas y Procedimientos para la prevención y Control de Tuberculosis en ESSALUD una de las labores importantes de las USSO es entrenar a los trabajadores en prevención de transmisión de *Mycobacterium. Tuberculosis* (37).

Complementando esta disposición, la Guía de prevención y control de Tuberculosis en el ámbito sanitario refiere que los trabajadores de salud deben tener información sobre los mecanismos de transmisión, patogénesis, signos y síntomas para sospecha de la enfermedad; diferencia entre infección latente y enfermedad tuberculosa, protocolo de actuación ante la sospecha o confirmación de enfermedad, tuberculosa, activación de medidas de control y transporte del enfermo, factores de riesgo de TB en el personal sanitario, situaciones de susceptibilidad de los propios trabajadores así como como el enfoque de la tuberculosis como un problema de Salud Pública y Enfermedad Profesional (68).

Con respecto a lo antes mencionado, los trabajadores de salud, incluidas las enfermeras, deberían acceder a la capacitación en control de infecciones por tuberculosis, entendiéndose como capacitación a un proceso de aprendizaje que desarrolle competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales en el campo laboral.

Es interesante, que las enfermeras afectadas por TB, identificaron estilos de vida alimentarios inadecuados y altos niveles de estrés los meses anteriores a ser diagnosticadas con tuberculosis, como factores de riesgo personales para enfermar por tuberculosis:

(...) “Por esa época meses antes que me contagie tuve un estrés intenso, porque tuve problemas y andaba triste, llorando, deprimida, creo que eso bajó mi sistema inmunológico (E1).

(...) “A veces uno cuando sale de su casa en las mañanas le es difícil salir tomando desayuno, a veces tomaba solo leche” (E2).

(...) “Tal vez fue debido al estrés me dijo un médico... en mi trabajo a mí me contrataron, y como estábamos empezando, organizando por

primera vez el trabajo...teníamos que cumplir las metas, los indicadores (E7).

(...) “A veces no tomaba desayuno,... no cenaba, en las guardias a veces no iba a comer” (E8).

Es común la asociación entre el desequilibrio nutricional inferior a las necesidades y la tuberculosis, sin embargo de acuerdo a las evidencias hay factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, los cuales son infección por VIH/SIDA, infecciones recientes, lesiones fibróticas pulmonares, Silicosis, tratamientos con anti-TNF, Insuficiencia renal, trasplante renal. La desnutrición proteica y peso inferior al normal es considerado un factor de riesgo con insuficiente evidencia o menor impacto (7). En ese sentido, es importante que las enfermeras mejoren sus conocimientos respecto al desarrollo de la enfermedad y en consecuencia lleven a cabo prácticas seguras para el control de la TB (18).

Por otro lado, el estrés y su relación con la enfermedad, está siendo cada vez más estudiado, sin embargo, la evidencia científica no es fuerte. Hay posiciones como la de Sánchez quien argumenta que el estrés conduce a una capacidad disminuida para combatir la infección. Estudios en pacientes con VIH reportaron que la progresión más rápida al SIDA está asociada con un mayor número de eventos vitales estresantes, mayores síntomas depresivos y menor apoyo social (105).

Se espera que un trabajador bien informado y consciente de los riesgos que tiene por su trabajo, pueda adquirir una conducta de prevención y en el caso de la tuberculosis, notificar inmediatamente si tiene tos persistente por más de dos semanas, para el descarte respectivo.

Sobre la base de lo antes planteado, estas acciones forman parte de la medida de control administrativo: vigilancia activa de los casos de TB en trabajadores

sanitarios , por lo que se reafirma la necesidad de contar con el Plan de Control de Infecciones por TB, en cada hospital para el manejo preventivo de la tuberculosis como enfermedad profesional (22, 36,37,41,68).

Por otro lado, como se ha descrito, en los hospitales existen áreas denominadas de alto riesgo de transmisión. En ese estudio, todas las enfermeras trabajaron en alguna de estas áreas y al retornar a su centro laboral posterior al alta, la mayoría fue asignada a los mismos servicios donde probablemente fueron expuestas al *M. tuberculosis*, como lo señalan en los siguientes testimonios:

(...) “Desde que regresé a trabajar, no hubo ninguna pregunta por parte de mis autoridades con el propósito de cambiarme de servicio... Yo regresé a la misma UCI” (E2).

(...)” Acá las que no aspiran secreciones, no tienen por qué estar en este servicio”... me dijo... “no, no creo que se te pueda dar el pase para otro servicio “y si te dan lo primero que van hacer en algún momento cuando termine la fecha del contrato, no te van a renovar (E5).

La Ley de Prevención y Control de TB indica *“que la persona afectada por TB y que por prescripción médica, al momento de reintegrarse a su centro laboral, no pueda desempeñar las funciones para las cuales fue contratado, el empleador debe resignarlo por el plazo señalado en la indicación del médico tratante, en otras funciones que afectado pueda realizar sin poner en riesgo su seguridad y salud”.*

Así mismo, la Ley en mención, en el artículo 12 del capítulo V, refiere que *“es nulo el despido de un trabajador que pertenece a cualquier régimen de actividad laboral que tenga por motivo su condición de persona afectado por tuberculosis”* (22).

Es un logro que las personas afectadas por TB, tengan un sustento legal para no ser despedidas. Es conocido que, debido al temor del despido y al estigma social, muchas personas afectadas por TB permanecían en “silencio”, no informando en su centro laboral su condición de paciente, ni haciendo uso del descanso médico y por lo tanto diseminando la enfermedad.

Por otro lado, la indicación legal de estos aspectos, es importante porque si bien los hospitales son considerados ambientes con riesgo para infectarse y enfermar por TB, hay áreas denominadas de alto riesgo de transmisión, en las se debería evitar que retorne la enfermera afectada por TB, por la alta probabilidad de volver a infectarse, como sucedió en una de las enfermeras entrevistadas:

(...) “Pasaron cinco años de la primera a la segunda vez que me enfermé, de los cuales cuatro años estuve trabajando en infectología” (E3).

El Manual de Prevención y Control de TB de ESSALUD y la Guía de Prevención y Control de TB en el ámbito sanitario argumentan que todo trabajador afectado por tuberculosis al incorporarse a su actividad laboral debe pasar reconocimiento médico de retorno para valorar su aptitud. Así mismo tiene derecho a ofrecerse reubicación del puesto de trabajo que minimice la exposición a pacientes con tuberculosis activa (37,68).

El Consejo Internacional de Enfermería (18), complementa manifestando que las Asociaciones Nacionales de enfermería deben prestar apoyo a planteamientos flexibles que permitan cambiar las asignaciones del personal de enfermería, en función de su capacidad para realizar tareas y evitar infecciones.

En la experiencia del testimonio de una de las enfermeras, tal como lo relata, su reincorporación fue a un área de alto riesgo, donde la exposición a pacientes con TB y otras patologías transmisibles es mayor, dando lugar a desarrollar nuevamente la enfermedad.

Con respecto a lo antes mencionado, desde las Unidades de Seguridad y Salud Ocupacional se debe valorar si es o no Enfermedad Profesional. La Tuberculosis será enfermedad profesional en aquellos trabajadores en los que no se identifique un contacto domiciliario, que contraigan la enfermedad a causa de su trabajo, verificándose la exposición a pacientes con tuberculosis activa, de acuerdo a lo dispuesto el Manual de Normas y Procedimientos para la prevención y control de la TB en ESSALUD y la Guía de Prevención y Control de TB en el ámbito sanitario (37,68).

De acuerdo al Boletín estadístico mensual de notificación de accidentes de trabajo, incidentes peligrosos y enfermedades profesionales del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (106), hasta el mes de junio del 2015, se notificaron 6 casos de enfermedad profesional, ninguno de los casos corresponde a Tuberculosis profesional. En el mismo período la Estrategia Nacional de Prevención y Control de TB reportó 57 casos de trabajadores de salud con TB (12). Lo que refleja la falta de investigación de estos casos por la USSO, que estaría relacionada a la falta de recursos humanos de estas Unidades y la escasa importancia que se da a la notificación en el ente respectivo.

De hecho, la protección de la salud del trabajador, tiene que ser priorizada y destinarse los recursos que sean necesarios para beneficio del trabajador, el sistema

sanitario y el desarrollo del país, pues los costos sociales y económicos son impactantes, así como las experiencias que hasta ahora hemos observado.

Al respecto, recurrimos al documento Impacto socioeconómico de la TB en el Perú que expone cifras alarmantes, como por ejemplo los 72, 770 años saludables perdidos, los 66,432 años de vida perdidos por muerte prematura así como los 6,338 años vividos con discapacidad por la enfermedad. Complementamos estos datos con el costo para la sociedad por la mortalidad. En el año 2010 se estimó en 23,5 millones de US dólares, que corresponde a la pérdida humana de 1,011 personas y el costo de los años de vida con discapacidad por la enfermedad en 4,8 millones de US dólares (24).

Las vivencias descritas de las enfermeras afectadas por TB coinciden con Sissolak et al C. (50), respecto a la falta de una política para establecer el Plan de Control de Infecciones por TB que incluyen la provisión de instalaciones de aislamiento y los equipos de protección personal, así como la formación inadecuada en TB para el personal de salud, excesiva carga de trabajo de las enfermeras y la baja adherencia a las medidas de control de infecciones por TB por los pacientes, familiares y cuidadores.

Queda demostrado que las enfermeras desempeñan actividades de alto riesgo en el ámbito hospitalario y su trabajo se caracteriza por exigencias organizacionales como la sobrecarga del trabajo, situaciones de conflicto, tensión constante y estrés tanto personal y situacional, que pueden llevarle a un desgaste físico y mental (15).

De allí la importancia de propiciar un ambiente de trabajo saludable, que no sólo tiene que ver con los aspectos físicos, sino también con los aspectos psicosociales (16). En ese sentido, para convertir un trabajo fatigante en un trabajo

equilibrado, se necesita una organización más flexible, a fin de dejar más libertad a los trabajadores para organizar su labor operativa y para encontrar los mecanismos que le brinde satisfacción por su quehacer, la expresión de su subjetividad, es decir “la realización del sí” (80).

Al respecto el trabajo del cuidado es invisible, no se puede, contar, porque el cuidado moviliza relaciones particulares, basadas en las necesidades de las personas. Por otro lado, el cuidado es algo que se instala en la temporalidad, por ejemplo cuando se atienden personas con problemas crónicos como los enfermos mentales (107). Estas características hacen que el trabajo del cuidado pueda ser considerado inestimable, por lo tanto, calcular el valor económico del cuidado es muy difícil, más aún cuando la mirada neoliberalista de los gestores actuales es la cuantificación, la productividad.

Ante esta situación, para entender las maneras mediante las cuales la gente organiza sus trabajos, y las respuestas que se dan a las necesidades de los demás hay que pasar por otras formas de descripción tales como los relatos, las historias y las narraciones contextuales, que permiten acceder al sentido, cada vez distinto, de por qué la gente hizo una u otra elección con relación a su trabajo. En ese sentido, sería importante que las cuidadoras defiendan, fomenten y visibilicen la voz del cuidado.

De esa manera, según lo planteado por Farias, Zeitone (84), las condiciones de trabajo y organización del trabajo de las enfermeras para desempeñar sus funciones son puntos destacados para alcanzar la calidad de vida en el trabajo.

Bajo los lineamientos del Consejo Internacional de Enfermería, la OIT y la Ley de la Enfermera, el profesional de enfermería está amparado por numerosos convenios y recomendaciones internacionales y nacional del trabajo que fijan normas

de alcance general en materia de empleo y condiciones de trabajo y por lo tanto tienen derecho a esperar que el empleador provea un entorno de trabajo seguro y saludable y facilite así la dispensación de cuidados seguros y eficientes (18, 66, 81).

2. Sintiendo rechazo, vergüenza, temor y aislamiento

El efecto de la tuberculosis en quienes la padecen, va más allá de los signos y síntomas de la enfermedad. Es una enfermedad que afecta psicológica y socialmente al afectado que no se atreve a decir abiertamente su diagnóstico por temor al rechazo de la sociedad en la que se desenvuelve. Esta es una realidad que no ha cambiado mucho en la historia del mundo.

En el caso de las enfermeras afectadas por TB experimentaron sentimientos marcados de rechazo, vergüenza, temor y aislamiento, tanto en su ámbito familiar, social y laboral, como se muestran en los siguientes testimonios:

(...) “Es chocante para mí, para mi familia,.. tiene TB, ay qué vergüenza! ... mi mamá nunca quiso que yo lo comentara con mi familia, porque sonaba a que eso le daba a gente con una economía muy, muy baja” (E5).

(...) “Fue muy difícil aceptar, pensar como me iban a ver los demás, porque no te lo dicen con palabras, pero con las miradas te rechazan, yo no quise ir al hospital” (E6).

Tener tuberculosis es experimentar un cambio en la identidad social, se deja de ver al afectado como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado (30). Estos sentimientos coinciden con el estudio de Nereida B. (54), quien señaló los impactos negativos del estigma como la baja autoestima, la depresión y la tristeza, el miedo a la transmisión de causalidad, la vergüenza y la culpa.

Es preciso destacar, como el estigma también puede formar parte del que hacer de las enfermeras que atienden en el Programa de TB, como a continuación se observa:

(...). *“Me sentía marginada y me daba vergüenza.., la enfermera del programa siempre mantenía una distancia... yo era como un perro leproso para ella... sabiendo que era enfermera me trataba mal”*(E1).

Diversos autores refieren que la falta de información y conocimiento conduce al estigma de los pacientes con tuberculosis. En el caso del personal de salud la forma más común que utiliza para estigmatizar es minimizando el contacto con el paciente, mediante la discriminación verbal y rechazo a la atención (6, 30,108).

Llama la atención que teniendo mayor acceso a la información y conocimiento sobre la tuberculosis, se evidencien estas prácticas en la profesional de Enfermería, lo que indica la necesidad de intervenciones continuas respecto a desterrar los mitos o creencias respecto a esta enfermedad, fundamentalmente a la vía de transmisión, desde la formación en el pregrado y durante el ejercicio de la profesión.

Respecto a lo expuesto, Florence Nightingale, entendía que sólo se realizaría una buena práctica de enfermería con una buena formación. Farley, citado por Marriner A. Raile M. (86), refieren que *“la formación consiste en capacitar a una enfermera para que actúe del mejor modo posible.... como un ser inteligente y responsable”*. Así mismo, considerando las bases de la enfermería: la expresión del arte y la ciencia del cuidado; la cuidadora debe demostrar además del conocimiento y

experiencia, sensibilidad en su interrelación con el paciente, expresadas en sus palabras, en su tono de voz, en su mirada y hasta en la forma de tocar (88).

Por otro lado, los sentimientos frente a la tuberculosis tienen una secuencia concatenada, como se refleja en las vivencias de las enfermeras que experimentaron temor a transmitir la enfermedad:

(...) “Por más que mi cuarto siempre estaba ventilado.... sentía ese temor que mis hijas al acercarme a darme un beso se podrían contagiar” (E2).

(...) “Tuve temor que mi familia, mis padres, ellos tengan la enfermedad” (E4).

Las enfermeras experimentaron el temor a transmitir la enfermedad especialmente a sus hijos, esposos, padres o hermanos, las personas más íntimas a ellas. Acudimos a Farga V, Caminero J (7) para explicar que ese temor tiene bases sólidas, porque se conoce que en muchos países entre el 2% y 4% de los contactos de un paciente con tuberculosis bacilífera, al momento del diagnóstico ya está enfermo y entre el 5% y el 10% de los contactos íntimos de enfermos con baciloscopías positivas harán tuberculosis activa dentro de los dos años siguientes al diagnóstico del caso índice.

De acuerdo a la vivencia de una de las enfermeras afectadas, su temor se transformó en realidad:

(...) “Yo me siento mal porque mi mamá se contagió de la tuberculosis, ella es una persona mayor..., fue muy doloroso verla, pero ella me decía que no me preocupara” (E7).

Así es esta enfermedad, al afectar a una persona, ingresa también a su familia, su entorno social y su ámbito laboral. En el país existen registros de familias enteras

que han padecido este problema, llegando incluso a morir uno a uno. De allí la vital importancia de realizar todos los esfuerzos de acuerdo a los lineamientos internacionales y nacionales disminuir el riesgo de transmisión de TB en los hospitales.

En la experiencia de enfermar por tuberculosis una de las enfermeras manifestó el gran temor a morir pensando que podría tener la TB MDR, como menciona en el siguiente testimonio:

(...) “Lo primero que pensé es que me iba a morir porque lo relacioné con la TB MDR porque soy personal de salud... toda esa ansiedad disminuyó yo creo en un 50% cuando pude ver que era simplemente una TB común” (E1).

Debido a que somos el primer país que notifica casos de TB MDR el riesgo de infectarse y desarrollar la enfermedad con cepas drogorresistentes también es una posibilidad constante (12). Existen tres tipos principales de resistencia, la natural, la adquirida o secundaria y primaria y debido a los brotes de transmisión intrahospitalaria de TB MDR y TB XDR publicados en la última década, el control de la transmisión hospitalaria ha pasado a un primer plano entre todas las estrategias de intervención (7).

El temor a volver a tener la enfermedad, fue otro sentimiento común en las enfermeras con TB, como lo revelan a continuación:

(...) “He llorado mucho (se quiebra y salen unas lágrimas) cada vez que recuerdo...hasta ahora tengo el miedo, es horrible, vivir esto, porque siempre estas con ese temor,.. de volverme a enfermar, e tener una recaída” (E3).

(...) “Ahora no deseo volver a hospitalización porque tengo temor que me vuelva a pasar lo mismo, creo que trabajar allí sería exponerme nuevamente” (E7).

El Consejo Internacional de Enfermería (18) refiere que el personal de enfermería puede sentirse incapaz de protegerse y experimentar ansiedad y miedo al contagio en su quehacer diario. El miedo puede estar relacionado con una falta de comprensión clara del modo de infección, del método de prevención y del estigma social relacionado con la TB y a veces la dimensión del miedo no guarda proporción con el riesgo real.

Un sistema de apoyo entre iguales con una red de compañeras interesadas o de enfermeras que pasaron por esta experiencia dispuestas a compartirlas podría brindar la oportunidad de resolver la vulnerabilidad, temores y prejuicios propios. El temor con frecuencia exagerado debe desterrarse mediante programas de formación basados en conocimientos científicos sólidos de la transmisión y prevención, desde la formación en el pregrado y mediante la retroalimentación en el campo laboral, para desarrollar las competencias de las enfermeras en el cuidado de pacientes con tuberculosis y en sus formas resistentes.

El aislamiento de las personas más significativas de su entorno, fue otro sentimiento compartido que vivenciaron las enfermeras con TB como se puede apreciar en estos testimonios:

(...) “Me aislaba mucho, yo comía alejada a pesar que sabía que no se contagiaba por los cubiertos, pero en ese momento uno deja de ser enfermera, te vuelves una más,...no quería que entren a mi cuarto” (E1).

(...) “Psicológicamente, te afecta, porque a veces ya no quieres ni que se acerquen los seres que tu más quieres” (E2).

(...) “No quería que me vean, al principio te aíslas tu misma, no quería ver a nadie” (E6).

(...) “No quiero ver a nadie, no por ahora, más delante de repente si decía yo... como al cuarto o quinto mes recién ahí recibí a un amigo que me fue visitar “(E5)

La conducta de aislamiento apartándose del ámbito social y familiar, se da principalmente porque el enfermo tiene temor de infectar a otros, así como por el miedo al estigma y la discriminación de su entorno, de tal manera que se crea entonces una imagen alterna del individuo, el cual se ve a sí mismo como una persona deteriorada o sin valor (6).

Recapitulando, se evidencia el estigma que padecen las personas afectadas por tuberculosis, en este caso las enfermeras, lo cual coincide con diversos estudios. Estos autores destacan que la estigmatización permite entender los prejuicios socioculturales y las brechas sociales marcadas entre los afectados y las personas sanas por un lado y la reestructuración del cotidiano para adaptarse a esta nueva forma de vida tanto en el enfermo como en su familia (6, 30, 49, 54, 108, 109).

Coinciden en señalar que el estigma hacia la tuberculosis y las personas que la padecen es un fenómeno histórico, un proceso social, que prevalece en la sociedad y está profundamente arraigado dentro de los valores de la vida cotidiana.

En ese sentido, Baral et al (31), aporta una reflexión para el sistema sanitario, sobre si a la luz de profundizar el conocimiento de las causas del estigma de acuerdo a cada contexto, se podría mejorar el abordaje actual que aparentemente sigue siendo biomédico. Aun teniéndose identificado que las principales causas asociadas al estigma son el temor al contagio y su asociación a la pobreza, el consumo de drogas y alcohol e incluso la dimensión de castigo divino.

Si bien, tanto la Ley de Prevención y Control de TB y la Norma Técnica de Salud integral de las personas afectadas por TB señalan el derecho de las personas con TB a no ser discriminada y si fuere el caso canalizar su queja por el órgano correspondiente o la Defensoría del Pueblo (22, 36). Esta norma es positiva en tanto, brinda un amparo frente a conductas discriminatorias producto del estigma, sin embargo, lo que se requiere es un cambio en las actitudes, es decir en la predisposición positiva de aceptación a las personas afectadas por TB, de todos los integrantes de la sociedad peruana, porque ellas reflejan el sentir de las personas, en las miradas y el tono de voz por ejemplo, lo cual es más profundo y significativo que las palabras.

Por otro lado, se menciona la vivencia opuesta a las descritas hasta este momento y que refleja sentimientos profundos de amistad, cariño y comprensión que sobrepasa el temor a ser contagiado por la persona con TB, como habla el siguiente relato:

(...) “En el trabajo tenía un buen grupo de amigas, ellas siempre me llamaban por teléfono, incluso después de dos meses seguía saliendo positivo y yo vine a dejar mi descanso médico, todas estaban esperándome y me dijeron después de todo lo que hemos pasado somos un bacilo andante. Ellas se portaron muy bien conmigo. (E8).

Como se mencionan en los estudios de Aedo, Aracena (49) y Nereida B. (54), el soporte de una red social de apoyo como la familia y amigos, es trascendente para el afrontamiento de la enfermedad y lograr la curación de la enfermedad de manera integral. Valdría la pena plantearse si en esta red social de apoyo, el personal de salud, especialmente del Programa de TB, es considerado por el paciente como fuente de calidez y confianza.

Desde el ámbito sanitario, se debe promover la capacitación y reflexión en el personal de salud para disminuir el estigma y discriminación en las personas afectadas por tuberculosis, orientándolas y apoyándolas para aceptar y afrontar la enfermedad, más aun si en ese grupo de pacientes se encuentra una enfermera o trabajador de salud.

3. Vivenciando ser paciente de TB y ser enfermera después de la TB

Toda enfermedad trae consigo en un primer momento, un impacto negativo en las personas que la padecen y su familia, quienes tienen que adaptarse mental, social y económicamente a una nueva situación y cambios en el estilo de vida.

En el caso de las personas afectadas por TB, considerada una enfermedad infectocontagiosa, con un largo tratamiento y por el estigma y la discriminación que persiste socialmente, experimentan un impacto mayor que no se atreven a aceptar ni decir abiertamente que tienen tuberculosis (51, 109).

En ese sentido, la negación a tener la enfermedad fue vivenciada por las enfermeras afectadas por tuberculosis como se muestran en los siguientes testimonios:

(...) “Yo jamás pensé enfermarme ni antes de ser enfermera ni después... me cambio la vida porque no lo podía creer” (E1).

() “Por qué me ha dado a mí eso, por qué me ha tenido que dar” (E3).

(...) “Entonces yo decía en que momento, cómo fue, no encontraba una explicación de índole personal, emocionalmente estaba bien, no tenía preocupaciones agregadas” (E4).

(...) “Recuerdo que me sentía un poco mal, cansada, bajé de peso, tenía sudoración por la noche, tos pero sin expectoración, pero yo no aceptaba pensar que tenía tuberculosis” (E7).

La negación es un mecanismo de defensa que trata de proteger contra la realidad desagradable y está estrechamente relacionada con la muerte, las enfermedades y otras experiencias igualmente dolorosas y amenazantes (54). Esta vivencia por un lado permite reflexionar sobre la baja percepción de vulnerabilidad de las enfermeras respecto a la tuberculosis como enfermedad profesional, en el contexto de la situación epidemiológica de esta enfermedad transmisible en el país.

La vulnerabilidad está referida a la oportunidad de exposición de las personas a la enfermedad, como producto de un conjunto de aspectos no solo individuales, sino también colectivos, contextuales que los hace más o menos susceptibles a la infección y a la enfermedad y, de forma indirecta a la mayor o menor disponibilidad de recursos para la protección de las personas contra las enfermedades (110).

Al respecto, los hospitales son lugares denominados de alto riesgo de transmisión y por lo tanto el personal de salud, incluidas las enfermeras están expuestas a los cinco niveles de riesgo por TB: exposición, infección, tener TB activa, tener TB-resistente y morir por TB (55).

Bajo este contexto, las enfermeras y el personal de salud afectado por tuberculosis al ingresar al Programa de TB necesitan como todos los pacientes una actitud de comprensión y acompañamiento de los profesionales responsables de este servicio, que les permita aceptar la enfermedad y adaptarse a los cambios que ella conlleva.

Teniendo en cuenta las características del agente causal de la tuberculosis y las altas tasas de TB MDR en el país, todos los pacientes diagnosticados con Tuberculosis deben acceder a una prueba de sensibilidad rápida y cultivos necesarios a fin de descartar TB MDR, de acuerdo a las normas vigentes (22, 36,37). Las

enfermeras afectadas por TB, vivenciaron las debilidades del sistema sanitario en este aspecto:

(...) “Los resultados del cultivo, salió paucibacilar se perdieron los papeles, el cultivo que me había hecho en el hospital de origen” (E1).

(...) “Esperar que el cultivo salga, a veces demoraba un mes o dos meses y era estar con una gran preocupación, si el bacilo era sensible o no a los medicamentos” (E3).

(...) “En el segundo control de la tomografía salieron 3 nódulos... todo fue tan rápido que al día siguiente me estaban operando...el examen del nódulo sale negativo y para TB se olvidaron de hacer los exámenes” (E6).

En el Perú se cuenta con pruebas rápidas fenotípicas y moleculares para detección de resistencia a Isoniacida y Rifampicina (36,37), sin embargo, no todos los sectores del sistema sanitario cuentan con laboratorios implementados para tal fin. Por lo tanto, el acceso a estas pruebas puede ser limitado, con el consiguiente retraso en el diagnóstico de TB MDR.

En ese aspecto, los procesos y procedimientos para la atención de las enfermeras y el personal de salud, por ser considerado de alto riesgo para enfermar por tuberculosis, debería ser inmediato y tomarse todas las medidas desde el Programa de TB y el laboratorio para el seguimiento respectivo.

Por otra parte, la Ley de Prevención y Control de TB señala que el paciente con tuberculosis debe recibir atención integral en los Programas de TB (22). Los relatos de las enfermeras nos hablan sobre su experiencia respecto al tratamiento supervisado de la tuberculosis en el Programa de TB:

(...) “A veces no estaba ella ni la técnica..., entonces yo decía porque me hacen ir si no me van a supervisar lo que estoy tomando...”

Por quince días, me hospitalizaron porque hice reacciones adversas al medicamento, empecé con náuseas, vómitos y mis pruebas hepáticas estaban alteradas” (E1).

(....) “Me dieron para tomar las pastillas en el mes para mi casa... me daban menos de la dosis por mi peso, otro doctor me dijo cómo te van a dar menos de la dosis si eres personal de salud” (E8).

Un pilar de la atención en el Programa de TB es el Tratamiento Oral Directamente Supervisado (DOTS), que ha demostrado ser eficaz en reducir la aparición de farmacorresistencia (111).

Independientemente que el paciente sea enfermera u otro personal de salud, el tratamiento debe ser supervisado. Entregar los medicamentos a los pacientes para que los tomen en sus casas, es una práctica inadecuada en el control de la tuberculosis. Como lo señalan Farga V, Caminero J (7), en los últimos años se evidencia un descuido de los Programas de TB y según los estudios sobre automedicación en enfermos aparentemente cooperadores, hasta la mitad de ellos no cumple con la ingesta de medicamentos de manera regular. Por lo tanto, la estrategia DOTS, representa un desafío, porque se necesitan recursos humanos, medicamentos, insumos e infraestructura para facilitar la toma de los medicamentos y otras atenciones que requiere el paciente.

En ese mismo orden de ideas, otros desafíos consisten en integrar y coordinar tanto en el ámbito público como privado, para tener un abordaje único de la tuberculosis. Es necesario lograr que los médicos especialistas como neumólogos, infectólogos e internistas acepten los esquemas establecidos, debido a su formación más sólida respecto a la patogenia, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis (7).

También, la ingesta de medicamentos de primera línea usados en el tratamiento farmacológico puede dar lugar a reacciones adversas (36,37). En ese sentido, la labor de la enfermera del Programa de TB es vital porque es la que informa y educa a los pacientes sobre estos posibles efectos a fin de tomar las medidas necesarias como fue el caso de la enfermera que tuvo que ser hospitalizada.

Recapitulando, ser paciente y enrolarse en el Programa de TB principalmente impone una rutina de obligaciones, especialmente por la modalidad supervisada del tratamiento, lo que genera una posición de rigurosidad al cumplimiento del mismo por los profesionales de salud que atienden en el Programa, que tienen el sustento debido, por las características del *Mycobacterium tuberculosis*.

De parte del paciente, se alteran sus actividades cotidianas, unido a los prejuicios que una enfermedad debilitante como la tuberculosis impone al cuerpo y al ánimo del individuo. Por tanto, las expresiones de las entrevistadas muestran el impacto de la tuberculosis y la fuerza negativa de ese diagnóstico, ante lo cual se requiere profesionales del Programa de TB con actitudes que demuestren sensibilidad, comprensión, aceptación y respeto a los pacientes y su familia.

Por otro lado, en las experiencias de las enfermeras en el rol de pacientes, hay impactos positivos relacionados a la reflexión sobre el cuidado y su modo de vivenciar su ser enfermera como profesional y persona.

Los siguientes relatos, hablan de los cambios que experimentaron las enfermeras al retornar a su ámbito laboral en relación a las medidas para prevenir la TB durante su práctica como enfermera:

(...) “Después que me pasó la enfermedad soy muy cuidadosa, el respirador para todo, que esté ventilado el ambiente” (E1).

(...) “Todos los años me hago mi control y cuando a veces me siento muy estresada, ahí mismo me tomo mi placa y me cuido, porque no me gustaría recaer.... Sobre todo las medidas de bioseguridad” (E2).

(...) “.Colóquense sus mascarillas, o a los pacientes que vemos que están tosiendo, proporcionarles una mascarilla” (E3).

Las enfermeras después de atravesar por la experiencia de la enfermedad, tomaron conciencia de la vulnerabilidad que representa trabajar en un hospital. De esa manera, experimentaron cambios en sus prácticas respecto al control médico ante la presencia de algún signo de alarma, mantener los ambientes ventilados y usar el equipo de protección respiratoria personal en la atención directa a los pacientes.

Por otro lado, vivir la experiencia de ser paciente de tuberculosis, les permitió tener presente y aplicar las Leyes de Enfermería como denomina Nightingale al aire puro en las habitaciones donde cada día cuida de los pacientes. Un cuidado de enfermería tan básico como promover una ventilación adecuada a través de la apertura de las ventanas no sólo beneficia a los pacientes sino a todas las personas que se encuentran en la habitación incluida la enfermera (88, 89).

También las enfermeras adoptaron el uso de los equipos de protección respiratoria personal durante la atención directa a los pacientes, así como la colocación de la mascarilla simple a los pacientes tosedores, medidas de bioseguridad plenamente establecidas para disminuir el riesgo en los trabajadores de salud según las normas nacionales e internacionales, sin embargo, en la práctica aún no se consolida en el cotidiano de la enfermera (36,41, 58).

Las enfermeras cuidaron su estilo de vida alimentario y de descanso, como medios protectores para evitar la tuberculosis, como lo expresa el siguiente testimonio:

(...) “Ya aprendí a cómo alimentarme, sigo utilizando algunas vitaminas que utilicé en el tiempo me enfermé... trato de dormir mis horas” (E5).

La teoría del Entorno de Nightingale F. (88), también considera a la alimentación como una Ley básica para la salud y fomentar condiciones para el proceso reparador, como denomina a la enfermedad. La cantidad, calidad y horario de la alimentación influyen en un estilo de vida alimentario que protege la salud de las personas. Igualmente el descanso provee la recuperación de energías y sosiego para el cuerpo y la mente (90).

Es interesante que a través de las vivencias como pacientes de tuberculosis, las enfermeras consideraran la filosofía del cuidado en su vida. El cuidado de sí se entiende como un conjunto de prácticas mediante las cuales un individuo establece cierta relación consigo mismo y en esta relación el individuo se constituye en sujeto de sus propias acciones (112).

De acuerdo a los relatos de las experiencias de las enfermeras con tuberculosis, su actitud hacia su vocación, hacia su ser enfermera fue uno de los efectos más importantes de su historia de vida, como lo expresan en estos testimonios:

(...) “Puedo comprender más al paciente, ahora me siento comprometida, le explico todo los cuidados, le hago sentir que a cualquiera le puede pasar, que no se sienta discriminado” (E1).

(...) “Ahora más bien con más cariño, con más cuidado, porque yo lo he pasado como paciente” (E3).

(...) “Te vuelves más empática, te pones en el lugar del paciente, me volví mucho más humana, definitivamente, cambias de actitud y no solamente con el paciente con TB, antes yo decía “hay que colocar

una sonda, ay pero qué antipático no pasa la sonda”.. cuando a mí me la pusieron yo he sabido lo que duele y lo que molesta... entonces eso me hizo más sensible ante el paciente” (E5).

(...) “Uno se vuelve más sensible ante la enfermedad.. Me ha ayudado el estar de la otra parte, a pensar que puedo ser yo, por eso se les debe dar el trato que se merecen” (E8).

El cuidado es necesario en cada momento de la vida, pero se vuelve imprescindible cuando las personas atraviesan por situaciones de enfermedad, discapacidad o en el proceso de morir, porque la persona y familia que viven estas circunstancias son altamente vulnerables al sufrimiento, a perder las esperanzas, incluso su dignidad, especialmente cuando perciben que son etiquetados como un número de cama, un diagnóstico médico o un apelativo característico por su edad o condición. Cuando su mirada, su voz, su opinión o sus gestos que indican incertidumbre, desconcierto por encontrar una explicación o por querer entender lo que les sucede son muy poco consideradas o no son motivo de interés de parte de quienes los atienden.

Florence Nightingale, en su obra *Notas sobre Enfermería*, qué es y que no es destaca que el “Arte de cuidar” tiene que ver con los factores ambientales, la prevención, y la observación. Enfatiza en que la enfermera debe desarrollar constantemente la capacidad de observación para conocer a los pacientes, su idiosincrasia, sus preferencias, de tal modo que le permitan satisfacerlas mediante el cuidado (88).

Colliere M. (92) y Waldow R. (93) complementan este enfoque al ampliar la concepción del quehacer de la enfermera e inciden en que cuidar es mantener la vida, garantizando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para ella y

se manifiesta por el desvelo, la responsabilidad, atención y cautela. Es un modo de ser, de sentir, de experimentar que está acompañado de una lista de comportamientos y actitudes entre las que se destacan respeto, gentileza, amabilidad, consideración, compasión, disponibilidad, responsabilidad, interés, seguridad y ofrecimiento de apoyo, confianza, comodidad y solidaridad.

Este enfoque del cuidado, frente a la deshumanización y mal trato que las personas perciben del sistema sanitario, pone en relevancia al cuidado de enfermería a la persona y a su entorno, apoyándose en la misericordia, pero sin paternalismos, respetando la dignidad de la persona, que no se excusa frente a la sobrecarga de pacientes, la falta de insumos y materiales o entornos inadecuados. El cuidado de la enfermera es la última línea de defensa del paciente, por lo cual debe ser rescatado continuamente.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

CAPITULO V: CONSIDERACIONES FINALES

Como país, el Perú, viene realizando esfuerzos significativos para el abordaje multisectorial de la tuberculosis en todas sus formas, considerando los lineamientos mundiales para la detección, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta enfermedad, que afecta a las personas principalmente en la etapa de vida productiva y que en el territorio nacional tiene altas tasas de prevalencia e incidencia, especialmente de casos multidrogorresistentes.

El impacto social y económico que genera la tuberculosis, se contrapone con el crecimiento económico que se tiene en los últimos años, reflejando la persistencia e incluso el incremento de las desigualdades entre peruanos, lo que indica la necesidad de intervenir bajo el marco de los determinantes sociales de la salud.

Por otro lado, al observar las cifras del año 2014 (4), respecto al Producto Bruto Interno 4.6% y el gasto per cápita de 400 dólares, es de esperar que resulte insuficiente para asegurar el derecho a la salud de todos los ciudadanos según lo establece la Ley General de Salud (27).

Existe un amplio marco legal y normativo relacionado a la tuberculosis y se cuenta con la Ley de Prevención y Control de la Tuberculosis en el Perú, que tiene por objeto regular los mecanismos de articulación entre los sectores involucrados, garantizando la cobertura y continuidad de una política de estado frente a la tuberculosis.

En ese sentido, el sistema sanitario, es el que afronta la atención de las personas afectadas por tuberculosis y ha venido realizando acciones para su

prevención y control en el ámbito comunitario, sin embargo evitar la transmisión de la tuberculosis a nivel hospitalario tiene progresos lentos.

Bajo las condiciones actuales, la mayoría de hospitales públicos son antiguos, con escaso mantenimiento o infraestructuras que han sido acondicionados para ser Establecimientos de Salud, los cuales no cumplen necesariamente con las condiciones establecidas por las normas de infraestructura. Debido a la alta demanda de usuarios, tenemos ambientes hacinados que colocan al personal de salud en alto riesgo de exposición, infección, desarrollo de la enfermedad, tener TB MDR y morir por tuberculosis.

Al respecto, la eficiencia de la transmisión exclusivamente aérea del *Mycobacterium tuberculosis* juega un rol muy importante, debido a que los pacientes bacteriológicamente positivos, sin tratamiento, al toser, estornudar o simplemente al hablar pueden infectar en promedio a 10 personas por año. De allí la importancia de identificar a todo sospechoso con tos por más de quince días, actividad que generalmente es realizada sólo por el personal de salud que trabaja en los Programas de tuberculosis.

La Ley de Prevención y Control de Tuberculosis, promulgada a fines el año 2014, reafirma que la tuberculosis es una enfermedad ocupacional e indica que cada Establecimiento de Salud a nivel nacional debe diseñar e implementar el Plan de Control de Infecciones por Tuberculosis. Así mismo, esta Ley garantiza la atención del trabajador de salud afectado por esta enfermedad.

Bajo este contexto, las vivencias de las enfermeras con tuberculosis en su ámbito hospitalario fue el tema estudiado en esta investigación. Los objetivos fueron: Describir las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito

hospitalario; Analizar las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis y Discutir las implicancias de las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en las políticas de salud ocupacional.

En relación al primer objetivo orientado a la descripción de las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario se puede concluir que las enfermeras vivenciaron la falta de condiciones adecuadas para trabajar, mostrando la escasa implementación del Plan de Control de Infecciones por TB en los Establecimientos de Salud como señala la Ley de Prevención y Control de Tuberculosis y las normas nacionales e internacionales, considerando que la TB es una enfermedad profesional. Destacan la experiencia de sobrecarga laboral y trabajar más horas mensuales para satisfacer sus necesidades y las de su familia, así como la escasa implementación de políticas de seguridad y salud laboral.

De igual forma, vivenciaron sentimientos de negación e incredulidad al conocer su diagnóstico, así como la vergüenza, el rechazo, el temor y el aislamiento durante la enfermedad, reflejo del estigma que prevalece en la sociedad ante esta enfermedad y la necesidad del apoyo familiar y del sistema sanitario para afrontarla.

Como pacientes de TB, experimentaron dificultades para tener acceso a las pruebas rápidas para TB MDR de manera oportuna y la disponibilidad del tratamiento fue sin la rigurosidad de la supervisión en boca.

Ser enfermera después de la TB, les permitió asumir la responsabilidad profesional y personal para las buenas prácticas en el cuidado directo a los pacientes y en su autocuidado. Experimentaron actitudes favorables al desarrollar mayor empatía y sensibilidad ante las necesidades de los pacientes, evitando discriminarlos.

Respecto al segundo objetivo de la investigación, analizar las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis, las experiencias indican que durante el contacto directo enfermera-paciente a través del cuidado de enfermería en los servicios de hospitalización, el riesgo es permanente debido a que el *Mycobacterium tuberculosis*, puede permanecer horas y días en el ambiente donde se encuentra una persona tosedora bacilífera. Por tanto, el medio ambiente y las condiciones de trabajo impactan sobre la salud de las enfermeras.

La normativa establece que los hospitales maximicen la ventilación natural e implementen salas de aislamiento con presión negativa, luz ultravioleta y filtros de alta eficacia que brinden las condiciones de seguridad durante la atención, sin embargo, los relatos develaron que los procesos y procedimientos para mejorar la infraestructura en los Establecimientos de Salud tienen limitaciones de aspecto organizacional, porque no se tiene autonomía presupuestal, representando un nudo crítico para la solución a corto plazo. También, en el sector público modificar la infraestructura de acuerdo a criterios establecidos, obedece a formular proyectos de inversión pública, que tienen grandes limitaciones por no contar con los profesionales especialistas y por los trámites administrativos que representa.

En ese sentido, la Teoría del entorno de Florence Nightingale, basada en crear y mantener un entorno terapéutico donde los principios de la naturaleza como el aire, la luz, la temperatura, la limpieza, la alimentación y la tranquilidad contribuyen al bienestar de las personas sanas o enfermas. Para disminuir el riesgo de transmisión de TB, a la luz de esta teoría, el aire y la luz, son los dos elementos por evidencia científica que evitan la diseminación del agente causal de la tuberculosis, por lo tanto, medidas tan sencillas como mantener las ventanas y puertas abiertas así como

facilitar la iluminación natural deberían aplicarse en los hospitales, bajo el liderazgo de enfermería.

Por otro lado, las normas establecen que el empleador debe brindar los equipos y materiales de protección a los trabajadores así como servicios que garanticen la seguridad y salud en el trabajo. Las enfermeras identificaron al respirador N 95, como principal medida de prevención, siendo que las mejores prácticas preventivas están relacionadas a la identificación oportuna de los pacientes tosedores por más de quince días por todo el personal de salud y mantener los ambientes ventilados.

Implementar las Unidades de Salud Ocupacional dedicadas a la vigilancia de la salud del trabajador y/o el entrenamiento de profesionales para cumplir esta función podrían contribuir a mejorar los controles para disminuir el riesgo de la transmisión de la TB, así como establecer las pautas respecto a la asignación del lugar de trabajo de la enfermera afectada por TB cuando retorna al ámbito hospitalario.

En este mismo orden de ideas, la necesidad de capacitación y retroalimentación sobre el control de infecciones por tuberculosis a nivel intrahospitalario debería ser asumido por estas Unidades, siendo que estos contenidos no se contemplan en la formación como profesional de la salud.

Las enfermeras experimentaron sobrecarga laboral, una realidad cada vez más evidente considerando la alta demanda de personas enfermas con problemas crónicos degenerativos y edad avanzada que caracteriza a los servicios de hospitalización. Internacionalmente existen ratios enfermera/paciente, con criterios establecidos, sin embargo, a nivel nacional no se cuenta con esta perspectiva, lo que indica una tarea

pendiente a nivel de las políticas del cuidado de enfermería a fin de mejorar la funcionalidad y calidad del trabajo de la enfermera.

Por otro lado, el contexto laboral en el país, con diferentes modalidades de remuneraciones reflejan las brechas de desigualdad en materia de políticas de recursos humanos. De esta manera, tenemos enfermeras realizando las mismas funciones con diferentes salarios, dando lugar a otro empleo alternativo o realizar turnos extras. Queda demostrado que para analizar la salud laboral de las enfermeras se necesita el enfoque de los determinantes sociales de la salud.

Las experiencias de las enfermeras como pacientes de TB confirman el estigma que persiste en la sociedad, lo que ocasiona malestar psicológico y social en la persona afectada y en el afrontamiento de la enfermedad. Por lo tanto, se requiere del apoyo social, en primer lugar de la familia, los amigos y de manera responsable y humana de los prestadores de salud, en especial de los que trabajan en el Programa de tuberculosis.

Respecto al abordaje de la tuberculosis desde el sistema de salud, las vivencias de las enfermeras evidenciaron que la política de universalizar las pruebas rápidas para el diagnóstico de resistencia aún es un objetivo a mediano plazo. A pesar de los avances en el país, se requiere que cada Subsector de Salud implemente laboratorios con pruebas rápidas, garantizando el diagnóstico oportuno de TB MDR tal como lo indica la Ley de Prevención y Control de TB.

Las vivencias como paciente de TB, marcaron un antes y después en la vida de las enfermeras. La reflexión sobre el cuidado y su modo de experimentar su ser enfermera como persona y profesional cambió, incorporando buenas prácticas para prevenir la transmisión de la TB durante su labor profesional conforme a las normas

de salud y seguridad en el trabajo. Si bien, existen responsabilidades de los empleadores para proteger la salud del trabajador y evitar los riesgos laborales, los trabajadores tienen que asumir compromisos para salvaguardar su salud. En ese mismo orden de ideas, los principios básicos del cuidado de la salud que las enfermeras aprenden como parte de su formación profesional deberían formar parte de su estilo de vida.

Considerando que desde sus orígenes el quehacer de la enfermería ha sido el cuidado de las personas en cada etapa de su desarrollo ya sea en estado de salud o enfermedad, es en ésta última donde el malestar y sufrimiento que atraviesan, requiere el despliegue de enfermeras que mediante el cuidado con respeto y compasión, sin discriminación, con conocimientos científicos y con responsabilidad, promuevan la dignidad de las personas.

De acuerdo al tercer objetivo relacionado a discutir las implicancias de las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en las políticas de salud ocupacional, se evidencia la escasa implementación de las políticas relacionadas a la prevención del riesgo de TB como enfermedad ocupacional. Por otro lado, no se tienen definidos los procesos y procedimientos para el cuidado de la enfermera afectada por TB.

En el Perú, las leyes y normas relacionadas a la seguridad y salud en el trabajo establecen que los centros laborales deben tener condiciones que protejan la vida, la salud y el bienestar de los trabajadores. La Ley de la enfermera peruana señala que en el ejercicio de la profesión la enfermera debe contar con un ambiente sano y seguro y la Ley de Prevención y Control de TB afirma que el personal de salud tiene derecho a condiciones de trabajo que disminuyan los riesgos por

infección, enfermedad y muerte por tuberculosis. No obstante, el cumplimiento de estas disposiciones están ligadas a la gestión y voluntad política, entendida esta última como el interés en priorizar el problema de la tuberculosis, cuyo abordaje sobrepasa el enfoque biomédico y requiere desplegar esfuerzos para combatir el estigma y la discriminación que la acompañan.

Un segundo aspecto importante para generar condiciones seguras para el trabajador, son las asignaciones presupuestales y su respectiva ejecución para realizar adecuaciones y/o mejoras a la infraestructura, compra de equipos, materiales e insumos. Generalmente los presupuestos son insuficientes, porque no se analiza el costo-beneficio que podría representar en los años de vida perdidos y en la calidad de vida de las enfermeras. Aquí es necesario resaltar la trascendencia del cuidado de enfermería, el cual es casi imposible de calcular, porque el cuidado moviliza relaciones particulares basadas en las necesidades de las personas y se instala en la temporalidad.

En este contexto, planificar la implementación de salas de aislamiento con las medidas de bioseguridad corresponde de acuerdo al Sistema Nacional de Inversión Pública, a un Proyecto de Inversión. En el país hay escasos profesionales especialistas en elaborar proyectos y los procesos administrativos para ejecutarlos demoran algunos años. Esta realidad, limita tomar esta alternativa para tener ambientes seguros y por otro lado coloca a los pacientes afectados por TB, tributarios para hospitalización en la espera de atención, poniendo en riesgo la vida del paciente y la comunidad por el alto riesgo de transmisión.

Por otro lado, el seguimiento y monitoreo de la implementación de las normas y leyes es insuficiente en cada Sub Sector de Salud y del ente rector.

En otro orden de ideas, este estudio permitió conocer las vivencias de las enfermeras como pacientes de TB, identificándose procesos no definidos en el cuidado de la enfermera, desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la reincorporación de la enfermera a su ámbito de trabajo. A partir del diagnóstico de la enfermedad, la determinación del lugar de atención, en el trabajo o en el centro más cercano a su casa, el estudio de contactos laborales y particularmente el contar con una prueba rápida para detectar TB resistente por tratarse de un trabajador de salud. Si bien las normas indican estas pruebas en todos los pacientes, es necesario que mediante disposiciones específicas se enfatice esta prestación en las enfermeras y el personal de salud.

De hecho, debido a la falta de Unidades de Salud Ocupacional, no se realiza la evaluación médica ocupacional para determinar si se trata de una enfermedad profesional, por lo que en el país no se reportan ante el Ministerio del Trabajo y Promoción del Empleo los casos de TB. Esta situación podría perjudicar a la enfermera en acceder al Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo por Invalidez temporal o permanente, si fuera el caso.

Es menester que las enfermeras al ingresar como pacientes a los Programas de TB, sigan las pautas relacionadas a la administración supervisada del tratamiento, que ha demostrado su eficacia en el control de la TB. Respecto al tiempo de descanso médico, se necesitan establecer criterios para asegurar la recuperación de la enfermera. Así mismo, un tema especial es la reincorporación a su centro laboral, que en la experiencia de las enfermeras de este estudio retornaron a las áreas de alto riesgo de transmisión donde se encontraban trabajando cuando les diagnosticaron TB.

Los relatos y narraciones de las enfermeras antes de tener la enfermedad y en su rol de pacientes afectadas por TB es una forma de visibilizar las condiciones de trabajo y organización del trabajo de la enfermera en un sistema de salud con alta demanda de usuarios, entre los que se encuentran sospechosos y pacientes diagnosticados con TB. Al igual que todos los ciudadanos, tienen derecho de recibir una atención de calidad con respeto y responsabilidad, en entornos que favorezcan su recuperación y que no representen un riesgo para otros pacientes y el personal de salud que los atiende, en especial a las enfermeras.

Como se ha presentado en este estudio, existen medidas administrativas, ambientales y de protección respiratoria personal que pueden contribuir en la disminución del riesgo de transmisión de la tuberculosis, mediante el Plan de Control de Infecciones TB. Si bien la Normativas Nacionales indican que los miembros del Comité de Control de Infecciones diseñen y monitoricen la implementación del Plan de Control de Infecciones, los Directores de cada Establecimiento son los llamados a liderar el enfoque de salud laboral en su ámbito de responsabilidad. Para ello, gestionar la implementación de Unidades de Salud Ocupacional con profesionales entrenados para vigilar y cuidar la salud de los trabajadores, es de especial trascendencia para promover condiciones dignas para las enfermeras en el marco de las políticas en salud ocupacional. Por otro lado, se necesita establecer Directivas para el cuidado de la enfermera afectada por TB, en el contexto de la Ley de Prevención y Control de TB y la Norma Técnica de Atención Integral de las Personas afectadas por TB.

Finalmente, la Teoría del Entorno, de Nigthingale, muestra su vigencia en el tiempo, mediante los principios del aire fresco-ventilación natural-, la luz solar, el

calor, la limpieza, la tranquilidad y la dieta, como estrategias de prevención, demostrando que son cuidados básicos de enfermería en el ámbito hospitalario, que disminuyen el riesgo de enfermar a los pacientes y al personal de salud.

Así mismo, el posicionamiento de Nigthingale para liderar y producir reformas en el sistema de salud a través de políticas sanitarias, es un legado que como cuidadoras deberían ser asumidas por las enfermeras, para contribuir con su conocimiento y experiencia en el desarrollo de las políticas de salud y la toma de decisiones para mejorar los servicios sanitarios y fortalecer entornos de trabajo saludables en todos los niveles de atención.

En ese sentido, como lo refiere el Consejo Internacional de Enfermería (113) se debe “...*Brindar a las enfermeras oportunidades de formación para que consigan conocimientos de las capacidades políticas, los principios económicos, la elaboración de presupuestos, la utilización de recursos y la eficacia de los costos de salud*”.

Por último, respecto a las condiciones laborales de las enfermeras, debería ser abordado por todo el colectivo de Enfermería, especialmente por las Organizaciones líderes tanto profesionales como científicas, para proteger la salud integral de las enfermeras y garantizar la seguridad y calidad del cuidado de enfermería.

Referencias Bibliográficas

1. Fuentes L. Enfoque Sociopolítico para el Control de la Tuberculosis en el Perú. *Rev. Méd. Exp. Salud Pública*. 2009; 26(3): 370-79.
2. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Tuberculosis, 2014 [página en internet]. Washington D.C. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr2015_executive_summary.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. Tuberculosis in the Americas. Regional reports 2014. [página en internet]. Washington D.C. [citado 25 de enero 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=59&Itemid=40776
4. Banco Mundial. Perú Panorama General 2015. [página en internet]. Washington. [Actualizado 22 Sep 2015; citado 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/peru/overview>
5. Estrategia Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis. Informe Operacional 2014 [página en internet]. Lima. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
6. Moya E, Lusk M. Tuberculosis stigma and perceptions in the US-Mexico border. *Salud Pública [serie en internet]*. 2013 [Citado 16 agosto 2015]; 55 (Suppl4):s498-s507. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013001100009&lng=es.
7. Farga V, Caminero J. Tuberculosis. 3ra ed. Santiago de Chile. Mediterráneo, 2011.
8. Escombe R, Huaroto L, Ticona E, Burgos M, Sanchez I, Carrasco L, et al. Tuberculosis transmission risk and infection control in a hospital emergency department in Lima, Peru. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2010; 14(9):1120-6.

9. Fica A, Cifuentes M, Ajenjo C, Jemenao I, Zambrano A, Febré N. et al. Tuberculosis en el personal de salud. Rev. Chil. Infectol. [Internet], 2008 Ago [citado 2015 Dic 09]; 25(4): 243-255. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0716-10182008000400001&script=sci_arttext
10. Huaroto L. Espinoza M. Recomendaciones para el control de la transmisión de la tuberculosis en los hospitales. Rev. Per. Med. Exp. Salud Pública. [Internet]. 2009. [citado 2014 abril 15]; 26(3): 364-69. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342009000300016&script=sci_arttext
11. Mendoza A. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica [Internet], 2012 [citado 28 marzo 2014] v.29 n.2. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n2/a11v29n2.pdf>
12. Estrategia Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. Situación de la Tuberculosis en el Perú 2014 [página en internet]. Lima. [citado 20 enero 2016]. Disponible en: <http://www.tuberculosis.minsa.gob.pe/>
13. Riboty A. Factores de riesgo ocupacionales y no ocupacionales para enfermar de tuberculosis pulmonar en trabajadores de salud-HNG Almenara I., 1995-2000 [Tesis para optar el título de Magister en Salud Ocupacional]. Lima, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005.
14. Gonzales C, Araujo G, Agoglia R, Hernández S, Seguel I, Sáenz C. Tuberculosis en trabajadores de salud. Medicina. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, [Internet], 2010 [citado 20 agosto 2015]; v.70, n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802010000100005&lng=es&nrm=iso.
15. Silva G, Santos C. Nascimento P. Riscos ocupacionais a que estão expostos os profissionais de Enfermagem no ambiente hospitalar e fatores que favorecem a sua ocorrência. [monografía en internet]; Brasil, IESRIVER/Faculdade Objetivo. 2008 [Citado 15 junio 2015]. Disponible en: <http://www.proac.uff.br/biosseguranca/sites/default/files/RiscosOcupacionais.pdf>

16. Das Neves E. Qualidade de vida relacionada com o Trabalho: stresse e violência psicológica nos enfermeiros [Teses Doutor em Enfermagem] Brasil Universidade Católica Portuguesa, 2012. [Citado 25 noviembre 2015]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10400.14/18553>
17. Malvarez S, Castrillon M. Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. [página en internet]. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud, 2005. [citado 27 enero 2014]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ift26346.pdf>
18. Consejo Internacional de Enfermería. Cómo reducir los efectos del VIH/SIDA en el Personal de Enfermería y Obstetricia [página en internet]. Ginebra, 2000. [citado 16 setiembre 2015]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/guidelines/guideline_reducing_AIDS_sp.pdf
19. Consejo Internacional de Enfermería. Coeficientes por enfermera. [página en internet]. Ginebra, 2015. [citado 18 agosto 2015]. Disponible en: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/fact_sheets/9c_FS-Coeficientes_pacientes_enfermeras-Sp.pdf [Consulta: 23 diciembre 2015].
20. Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, Organización Internacional del trabajo. Directrices de políticas conjuntas de la OIT/OMS/ONUSIDA para mejorar el acceso de los trabajadores de salud a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con VIH y la tuberculosis. [página en internet]. Ginebra, 2010. [citado 20 marzo 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/aids/Publications/WCMS_149746/lang--es/index.htm
21. Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo. Ley N° 29783. Diario oficial El Peruano N° 11507 (20 Ag. 2011).
22. Ley Prevención y Control de Tuberculosis en el Perú. Ley N° 30287. Diario oficial El Peruano N° 13987 (14 Dic. 2014).

23. Salvadores R, Saavedra M, Ramos C, Quirós J. Duración de la incapacidad temporal por tuberculosis. Atención Primaria. [Internet]. 2000 Enero [citado 2 noviembre 2015]; Vol.25. Núm.1. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656700784629>
24. Ministerio de Salud. Impacto Socio Económico de la Tuberculosis en el Perú 2010. Lima. Ministerio de Salud, 2012.
25. Defensoría del Pueblo. Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS): Resultados de la supervisión nacional a hospitales [Internet]. Defensoría del Pueblo Lima, 2013. [citado 12 febrero 2015]. Disponible en: http://www.gestionpublica.org.pe/plantilla/info_secpu/dp_281013_0004.pdf
26. Organización Mundial de la Salud. Creación de entornos de trabajo saludables: un modelo para la acción: para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. [página en internet] Ginebra. 2010 [citado 11 febrero 2015]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/healthy_workplaces_spanish.pdf
27. Ley General de Salud. Ley N° 26842 .Diario oficial El Peruano N°6232 (9 Jul, 1997).
28. Organización Panamericana de la Salud. Control de la Tuberculosis en grandes ciudades. [página en internet]. Washington, 2014. [citado 20 julio 2014]. Disponible en: http://www.paho.org/par/index.php?option=com_content&view=article&id=1039:control-de-tuberculosis-en-grandes-ciudades&catid=690:par.04--epidemiologa-y-control-de-enfermedades&Itemid=258
29. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulacao da identidade deteriorada. 4 ed. Rio de Janerio: LTC, 1988.
30. Guel G, Pascual G, García J, Lamberto M, Flor S. Percepción del Estigma Social en Pacientes con Tuberculosis Jurisdicción Sanitaria 1, Ibn Sina. Rev. Elect.Sem.CsSalud, Zacatecas. [Internet]. 2012 [citado 20 julio 2014]. Disponible en: http://mcs.reduaz.mx/ibnsina/2012v3t2/i_03_02-2012_3.pdf

31. Baral S, Karki D, Newell J. Las causas del estigma y la discriminación asociados con la tuberculosis en Nepal: un estudio cualitativo. BMC Public Health [Internet]. 2007, [citado 15 noviembre 2015]. 7: 211 doi: 10.1186 / 1471-2458-7-211 Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/7/211>
32. Organización Mundial de la Salud. Objetivo del Milenio 6: combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades [página en internet]. Washington. [citado 20 julio 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/es/
33. Organización Mundial de la Salud. The Stop TB Strategy. 2006. [página en internet]. Washington. [citado 20 julio 2014]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2006/WHO_HTM_STB_2006.368_eng.pdf?ua=1
34. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Multisectorial de la Respuesta Nacional a la Tuberculosis, en el Perú, 2015-2019. Ministerio de Salud, 2015.
35. Ministerio de Salud. Alianza Multisectorial y Gubernamental “Lima Respira Vida Juntos contra la TB”. [página en internet]. Lima, 2011 [citado 20 julio 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=10595
36. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de salud para la Atención Integral de las personas afectadas por tuberculosis. NTS N°104/MINSA/DGSP. Lima, Ministerio de Salud, 2013.
37. Seguro Social de Salud- ESSALUD. Manual de Normas y Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis en ESSALUD. Resolución 069-GCPS-ESSALUD, Lima, Seguro Social de Salud, 2013.
38. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Lineamientos para la Implementación de Control de Infecciones de Tuberculosis en las Américas, 2014. [página en internet]. Washington 2014. [citado 15 julio 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25787&Itemid

39. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Seguridad de los Trabajadores del Sector Salud. Washington. OPS, 2005.
40. Ministerio de Salud. Plan Nacional de prevención VHB, VIH, TB por riesgo ocupacional en los trabajadores de salud 2011-2015. Lima. MINSA, 2010.
41. Ministerio de Salud. Perú. Control de Infecciones de tuberculosis en Establecimientos de Salud. Lima. MINSA, 2006.
42. Sánchez F. El Sistema Nacional de Salud en el Perú. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública [internet]. 2014 [citado 13 diciembre 2015]. vol.31, n.4 pp. 747-753.
Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342014000400021&script=sci_arttext
43. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Ley N° 26790. Diario Oficial El Peruano (17 Mayo 1997).
44. Polo F. Reposta social das políticas públicas de saúde na Perspectiva dos idosos Contribuições da Enfermagem - Estudo Comparado Brasil / Perú. [Tese doutorado Enfermagem]. Rio do Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.
45. Ministerio de Salud. Recursos Humanos en Salud de Perú: Segundo Informe al País: Nuevos elementos para la toma de decisiones y políticas públicas. MINSA, 2011.
46. Nieto H, Tomasina F. La Salud de los trabajadores de la salud: Estrategias e intervenciones. Curso virtual de Gestión del trabajo, salud y seguridad de los trabajadores de la salud. [internet]. Organización Panamericana de la Salud. [citado 11 octubre 2015]. Disponible en: <https://cursos.campusvirtualesp.org/mod/resource/view.php?id=1605>
47. Cossio-Brazzan J. Historia del Instituto Nacional de Salud Ocupacional del Perú. Rev. Peru Med Exp Salud Pública. 2012; 29(2):285-86.
48. Souza J, Bertolozzi M. La Vulnerabilidad a la Tuberculosis en Trabajadores de Enfermería dentro de un hospital universitario. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2007 [citado 20 mayo 2014]. 15(2): 259-266. Disponible en:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200011&lng=es.](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200011&lng=es)

49. Aedo A, Aracena C. Vivenciando el fenómeno de enfermar por Tuberculosis. [Tesis para optar el grado de Licenciado en Enfermería]. Valdivia. Universidad Austral de Chile, 2008. [citado 20 mayo 2014]. Disponible en: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma246v/doc/fma246v.pdf>
50. Sissolak D, Marais F, Mehtar S. TB infection prevention and control experiences of South African nurses - a phenomenological study. BMC Public Health. [Internet] 2011. [citado 18 octubre 2014]. 11:262. doi: 10.1186/1471-2458-11-262. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/262>
51. González Y. Exposición ocupacional por contaminantes biológicos: Micobacterium tuberculosis en trabajadores de la salud y enfermería: “estado del arte”. [Tesis para optar grado de Licenciada en Enfermería]. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia, 2010. [citado 20 setiembre 2014]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8608/>
52. Costa M, Pereira da C, Taminato M, Silva V, Grande A, Beretta A, Remédio Z. A biossegurança durante os cuidados de enfermagem aos pacientes com tuberculose pulmonar. Acta paul. enferm. [Internet]. 2013; [citado 8 diciembre 2015]. 26(4): 307-312. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000400002
53. Nakandakari M. Tuberculosis en trabajadores de salud: Estudio epidemiológico y clínico en el Hospital Nacional Hipólito Unanue. Rev Med Hered. 2014; 25:129-134. 2014.
54. Nereida B. El significado de tener tuberculosis: no te acerques. [Tesis Grado maestría en enfermería], Trujillo, Universidad Nacional de Trujillo, 2011.
55. Williams G. Directrices sobre la Tuberculosis. Consejo Internacional de Enfermeras. 2da edición. [Internet]. Ginebra, CIE, 2008. [citado 12 diciembre 2014]. Disponible en:

<http://www.icn.ch/images/stories/documents/projects/tb/ICN%20TB%20Guidelines%20-%20spanish.pdf>

56. Centros para la Prevención y el Control de Enfermedades Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. [página en internet]. Atlanta 20 [citado 8 diciembre 2015]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/niosh/topics/trabajadores.html>
57. Baussano I, Nunn P, Williams B, Pivetta E, Bugiani M, Scano F. Tuberculosis among health care workers. *Emerg Infect Dis*. [Internet]. 2011; [citado 15 marzo 2014]. 17(3):488-94. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3298382/>
58. Alonso-Echanove J, Granich R, Laszlo A, Chu G, Borja N, Blas R, Olortegui A, Binkin N, Jarvis W. Occupational transmission of *Mycobacterium tuberculosis* to health care workers in a university hospital in Lima, Peru. *Clin Infect Dis*, [Internet]. 2001. [citado 15 marzo 2014]; 33(5):589–596. Disponible en: https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=es&prev=search&rurl=translate.google.com.pe&sl=en&u=http://cid.oxfordjournals.org/content/33/5/589.full&usg=ALkJrhiItyANN3Co_jSnf9EOdr04-NFSYw
59. Danilla M, Gave J, Martinez-Merizalde N. Tuberculosis ocupacional en un Hospital General de Lima, Perú. *Rev. Soc. Perú Neumol*. 2005; 49 (2): 08 –29.
60. Bonifacio N, Saito M, Gilman R, Leung F, Cordova N, Chacaltana J. et al. High Risk for Tuberculosis in Hospital Physicians, Peru. *Emerging Infectious Diseases*. [Internet]. 2002; [citado 25 marzo 2014]; 8(7):747-748. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2730318/>
61. Organización Internacional del Trabajo. La Prevención de Enfermedades Profesionales. [internet]. Ginebra, OIT 2013. [citado 12 setiembre 2014]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_204788.pdf
62. Carbajal R, Varela M, Hoyos P, Angulo E, Duarte C. Conocimientos, Actitudes y Prácticas frente a la tuberculosis en trabajadores del sector salud en municipios

- prioritarios de la Costa Pacífica colombiana. Rev. Cs.Sal (S.1) v.12, n.3, p. 339-352, 2014.
63. Organización Internacional del Trabajo. Lista de Enfermedades Profesionales. OIT, 2010.
 64. Ministerio de Salud del Perú. NTS N° 068- MINSA/DGSP- V1.Norma Técnica de Salud que establece el Listado de Enfermedades Profesionales. MINSA, 2008.
 65. Normas Técnicas de Seguro Complementario de trabajo de riesgo. Decreto Supremo. 003-98-SA. Diario oficial El Peruano (8 Nov. 1997).
 66. Ley de la Enfermera Peruana. Ley N°27669. Pub. El Peruano N° 7909 (15 Feb 2002).
 67. Hernández M, Lazcano E, Oropeza C. Salud Pública. Teoría y práctica. México. El Manual Moderno. 2013.
 68. Prevención y Control de la Tuberculosis en Trabajadores del Ámbito Sanitario. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Ministerio de Ciencia e Innovación. [Internet]. España 2009. [citado 12 diciembre 2014]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-46db82522e>
 69. Escombe R, Oeser C, Gilman R, Navincopa M, Ticona E, Pan W, et al. La Ventilación natural para prevenir la transmisión de enfermedades por vías respiratorias. 2007 [citado 10 diciembre 2015]. PLoS Medicine. Disponible en: http://viaclinica.com/article.php?pmc_id=1808096
 70. Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Alma Ata, URSS, 6-12 setiembre 1978. [página en internet]. Washington. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518
 71. Caballero E, Moreno M, Sosa M, Mitchell E, Vega M, Columbié L. Los determinantes sociales de la salud y sus diferentes modelos explicativos.

- [Internet]. [citado 02 marzo 2016]. Disponible en: bvs.sld.cu/revistas/infd/n1512/infd06212.htm
72. Organización Panamericana de la Salud. La Salud en las Américas 2002. [página en internet]. Washington OPS, 2002. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=16931&Itemid
73. Government of Canadá. A new perspective on the Health of Canadians. 1981. [página en internet]. Minister of Supply and Services Canada, 1981. [citado 10 enero 2016]. [citado 26 enero 2016]. Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
74. Institute of Medicine (US) Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century. The Future of the Public's Health in the 21st Century. [página en internet]. Washington (DC): National Academies Press (US); 2002. A, Models of Health Determinants. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK221240/>
75. Marmot M. Determinantes Sociales de la Tuberculosis en el Mundo. [Video]; University College London. [Internet]. UCL, 2012. [citado 27 enero 2016]. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/faspa/index.php/sobre-faspa/miercoles-de-salud-publica/33-sobre-faspa/miercoles-de-salud-publica/545-video-determinantes-sociales-de-la-tuberculosis-en-el-mundo>
76. Umaña, A. Relación entre estilos de vida y condición de salud de las (los) profesionales en enfermería, Hospital de Guápiles, 2005 San José, Costa Rica. [Artículo basado en tesis para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería]. Costa Rica. Escuela de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. [citado 09 febrero 2016]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v28n1/art2.pdf>
77. Quiroga I. Estilos de Vida y Condiciones de Salud de los Enfermeros. [Tesis Licenciatura de Enfermería]; Mendoza Universidad del Aconcagua, Facultad de Ciencias Médicas, 2009. [citado 10 marzo 2016]. Disponible en: http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/149/tesis-3781-estilos.pdf

78. Mamani B. Estilos de Vida Saludable que Practica el Profesional de Enfermería del Hospital Daniel A. Carrión, Tacna. [Tesis Licenciatura de Enfermería], Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna, 2012 [citado 10 marzo 2016]; Disponible en: http://tesis.unjbg.edu.pe:8080/bitstream/handle/unjbg/296/180_2013_Mamani_Maquera_SB_FACS_Enfermeria_2013_resumen.pdf?sequence=1
79. Bezerra, A. Aspectos Psicodinámicos da Relacao Homen-Trabalho: as contribuicoes de C. Dejours. Psic. Ciencia e Profissao [Internet]. 1995 [citado 25 enero 2016]. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v15n1-3/09.pdf>
80. Morin E. The meaning of work in modern times.Conference. 10th World Congress on Human Resources Management [Internet]. Rio de Janeiro, Brazil, 2004. [citado 25 enero 2016]. Disponible en: http://web.hec.ca/criteos/fichiers/upload/MOW_in_MTimes_EMM200804.pdf
81. Organización Internacional del Trabajo. Recomendación sobre el personal de enfermería. [página en internet] 1977(núm. 149) [citado 26 enero 2016]. Disponible en: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R157
82. Polo F, Zeiutone R, Rebaza H, Pretell R. Cuidado Humanizado como Política Publica. El Caso Peruano.
83. Dejours, C. Psicodinámica del trabajo y vínculo social. [Internet]. [citado 26 enero 2016]. Disponible en: http://www.aquaessentia.com.ar/wp-content/uploads/2014/11/dejours_christophe_psico_trab_vinc_social.pdf
84. Farias S, Zeitoune R. Qualidade de Vida No Trabalho de Enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2007, [citado 20 diciembre 2015].vol.11, n.3, pp. 487-493. ISSN 1414-8145. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452007000300014>.
85. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. RM N° 727-2009/MINSA. Lima, MINSA. 2009.

86. Marriner A. Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 3ra ed. España. Elsevier, 2008.
87. Hernandez J. Interpretación doctrinal comparativa entre el "Manuale dell' infermieri ossia istruzione sul di assisteri il malati" de Ernesto Rusca y "Notas sobre enfermería. qué es y qué no es" de Florence Nightingale. [Tesis para optar el grado doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. 2010.
88. Nightingale F. Notas sobre Enfermería, Qué es y Qué no es. España. Masson 2002.
89. White E. El Ministerio de Curación. Argentina. Asociación Casa Editora Sudamericana, 1976.
90. Henderson V. Principios básicos de los Cuidados de Enfermería. Consejo Internacional de Enfermería. Ginebra, 1965.
91. Real Diccionario de la Lengua Española. [página en internet]. [citado 12 noviembre 2014]. Disponible en <http://dle.rae.es/?id=ORO7FiT>
92. Colliere M. Promover la Vida. De la Práctica de las Mujeres Cuidadoras a los Cuidados de Enfermería: Madrid, Editorial Interamericana McGraw-Hill, 1993.
93. Waldow, R. Cuidar: expresión humanizadora de la enfermería. México. Editorial Nueva Palabra, 2008.
94. Minayo MC. Investigación Social: Teoría, Método y Creatividad. 1ra ed. Buenos Aires, Lugar Editorial S.A. 2003.
95. Do Prado M, De Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica. Whashington D. C. OPS, 2013.
96. Seguro Social de Salud. Archivo central del Seguro Social. [Internet]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/archivo-central-del-seguro-social-de-salud-essalud-1/>
97. Bertaux, D. El enfoque biográfico: su validez metodológica, sus potencialidades. Cuadernos de Ciencias Sociales: Historia Oral e Historia de Vida, 18, 55-80, 1980.

98. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud NTS N°11q -MINSNDGIEM-V.01 Infraestructura y Equipamiento de los Establecimientos de Salud del Tercer Nivel de Atención. Ministerio de Salud, 2015.
99. Bendezú G, Anchayhua J. La lucha contra la Tuberculosis: Acerca de la creación del Centro de Excelencia contra la Tuberculosis en Ica. Revista Médica Panacea [Internet]. 2013 [citado 28 de diciembre 2014] 3.1 24. Disponible en: <http://www.rev.med.panacea.unica.edu.pe/index.php/med/article/view/53>
100. Vargas D. Experiencia Plan de Control de Infecciones del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2007-2011. Presentación power point. [Internet]. [citado 08 Dic 2014]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/observatorio/documentos/viii_conferencia/Experiencia_control_TB_Hosp.%20Nacional_Hipolito_Unanue.pdf
101. Organización Colegial de Enfermería. [página en internet]; Estándares de calidad y recomendaciones Ratio enfermera/paciente. [página en internet] [citado 18 diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.seguridaddelpacienteyenfermero.com/ratios.html>
102. Ministerio de Salud. Manual de Salud Ocupacional. MINSA, 2005.
103. Cascante J, Hueto J. Tuberculosis como enfermedad ocupacional. Anales Sis San Navarra [Internet]. [citado 08 Dic 2015]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200014&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000200014&lng=es)
104. Instituto Salud y Trabajo. Diagnóstico Situacional en Seguridad y Salud en el Trabajo, Perú. Instituto Salud y Trabajo, 2011.
105. Sánchez M, Marcos R, Marsán V, Macías C. Asociación entre el estrés y las enfermedades infecciosas, autoinmunes, neoplásicas y cardiovasculares. Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf [Internet]. 2006 [citado 2 abril 2014]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/hih/vol22_3_06/hih02306.html
106. Ministerio de Trabajo y Desarrollo Social. Boletín Estadístico Mensual de Notificaciones de Accidentes de Trabajo, Incidentes Peligrosos y Enfermedades Ocupacionales. Junio, 2015.

107. Wlosko M, Ros C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. Salud colect. [Internet]. 2015; [citado 10 febrero 2016]. 11(3): 445-454. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652015000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.728>.
108. Ugarte C. Tuberculosis: un enfoque de Derechos Humanos. Acta méd. Peruana. 2009, vol.26, n.1 pp. 55.
109. Vertiz R. Estigmatización de la Tuberculosis Pulmonar: Impactos en la reestructuración de los entornos sociales en el Cerro San Cosme, Lima, 2013, [Tesis Maestría en Antropología]. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú, 2013.
110. Muñoz A, Bertolozzi M. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2007 [citado 20 noviembre 2015]. 12 (2): 319-324. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007&lng=en.
111. Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias. Prácticas Óptimas en la Atención a los Pacientes con Tuberculosis. Paris 2007.
112. Garcés L, Giraldo C. El cuidado de sí y de los otros en Foucault. Principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. Discusiones Filosóficas. Año 14 N° 22, enero – junio, 2013. pp. 187 - 201
113. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. [Internet]. Ginebra. 2015. [citado 02 junio 2015]. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/publications/2015-nurses-a-force-for-change-care-effective-cost-effective/>

ANEXOS



Anexo N° 01

GUÍA DE ENTREVISTA

A. Datos de identificación:

Nombre y Apellidos:

Edad:.....

Grado de instrucción:.....

Años de experiencia laboral:.....

Servicios donde laboraba antes de tener TB.....

B. Datos referidos a las experiencias de las enfermeras afectadas por Tuberculosis

1. Háblame de la historia de tu vida en relación a la tuberculosis como enfermedad ocupacional



Anexo N° 02

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN

DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Título: Vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario Lima, 2015.

Los objetivos del estudio son: Describir las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en el ámbito hospitalario, Analizar las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis y Discutir las implicancias de las vivencias de las enfermeras afectadas por tuberculosis en las leyes y normas de salud ocupacional.

La participación en la investigación se dará por medio de la entrevista, las cuales serán grabadas en medio electrónico, guardadas con absoluta reserva y sólo se usarán para fines científicos. No se utilizarán sus datos personales. La participación es voluntaria y libre.

El estudio no conlleva ningún riesgo para los participantes y los principales beneficios será visualizar la experiencia de las enfermeras que trabajan en hospitalización, respecto al riesgo de transmisión de la tuberculosis, para en base a sus vivencias, buscar el compromiso de las enfermeras, las autoridades y el personal de salud, en prevenir los riesgos a través del diseño e implementación de los Planes de Control de Infecciones por TB, en base a la Ley de Prevención y Control de TB en el Perú y las leyes y normas vigentes al respecto.

El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, y acepta participar en el proyecto de investigación.

Y para que así conste:

Firma: _____

Lima, ____ de _____ de 201__.