

Original

Orientación de la atención primaria en las acciones contra la lepra: factores relacionados con los profesionales

Nayara Figueiredo Vieira^{a,*}, Fernanda Moura Lanza^b, José Ramón Martínez-Riera^c,
Andreu Nolasco^c y Francisco Carlos Félix Lana^d

^a Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

^b Escuela de Enfermería, Universidad Federal de São João del Rei, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil

^c Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

^d Departamento de Enfermería Materno Infantil y Salud Pública, Universidad Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de octubre de 2018

Aceptado el 22 de febrero de 2019

On-line el xxx

Palabras clave:

Atención primaria de salud

Lepra

Evaluación en salud

Calidad de la asistencia sanitaria

Epidemiología

R E S U M E N

Objetivo: Identificar factores de los profesionales que se relacionan con el grado de orientación de la atención primaria de salud en el control de la lepra.

Método: Estudio realizado en 70 unidades de la Estrategia de Salud Familiar de una capital de Brasil, entre julio y septiembre de 2014. Se utilizó un instrumento de evaluación aplicado a 408 profesionales de la salud. Se aplicó el modelo de regresión lineal múltiple-*bootstrap* para analizar la asociación de la puntuación general, esencial y derivada con los factores explicativos de los profesionales (tiempo de trabajo en la unidad y en servicios de atención primaria, realización de acciones de control, atención de caso y formación en lepra).

Resultados: En el análisis descriptivo, la mayoría de los profesionales no atendieron casos y no recibieron formación para realizar acciones contra la lepra. Se observó una fuerte orientación en la puntuación esencial y general de la atención primaria y la asociación con la formación en lepra. En la puntuación derivada, se observó una débil orientación y asociación con la formación de la enfermedad para médicos y agentes comunitarios de salud.

Conclusión: La experiencia profesional en la Estrategia de Salud Familiar y en la asistencia a la lepra es determinante para que el servicio sea proveedor de acciones de control orientadas según los atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud. Aunque Brasil ha avanzado en la reducción de la incidencia de la lepra, hay que aumentar la eficacia de la vigilancia en salud como forma de detección precoz y formación de los profesionales.

© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Orientation of primary care in actions to control leprosy: factors relating to professionals

A B S T R A C T

Objective: To identify factors of professionals that relate to the degree of primary health care orientation in the control of leprosy.

Method: Study carried out in 70 units of Family Health Strategy of a capital of Brazil, between July and September 2014. An evaluation instrument applied to 408 health professionals was used. The multiple linear regression-*bootstrap* model was applied to analyze the association of the general, essential and derived score with the explanatory factors of the professionals (work time in the unit and in primary care services, control actions, case care and leprosy training).

Results: In the descriptive analysis most of the professionals did not attend cases and did not receive training to perform leprosy actions. A strong orientation was observed in the essential and general score of primary care and the association with leprosy education. In the derived score, weak orientation and association were observed with training in the disease for doctors and community health agents.

Conclusion: Professional experience in the Family Health Strategy and leprosy care is crucial for the service to be a provider of control actions oriented according to the essential and derived attributes of primary health care. Brazil has made progress in reducing the incidence of leprosy; however, it is necessary to increase the effectiveness of health surveillance, as a means of early detection and training of professionals.

© 2019 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Primary health care

Leprosy

Health evaluation

Quality of health care

Epidemiology

* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: nayarafv5@hotmail.com, nayarafv5@yahoo.com.br (N. Figueiredo Vieira).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.02.011>

0213-9111/© 2019 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En Brasil persiste una alta endemia de enfermedades tropicales que causan estigma y discriminación, y que tienen en común su relación con la pobreza. Son enfermedades erradicables si se mejoran las condiciones de vida de la población¹.

En el mundo, en 2017, se detectaron 210.671 nuevos casos de lepra, con una incidencia de 2,77 casos por 100.000 habitantes. La Organización Mundial de la Salud destaca la India con el 60%, Brasil con el 13% e Indonesia con el 7,5%², que representan el 80% de las notificaciones mundiales.

La mayoría de los casos de lepra se detectan en los países en desarrollo², y esto exige la organización de los sistemas de salud para la eliminación de la lepra. Países como Arabia Saudita³, Omán⁴, Cuba⁵ e India⁶ integraron las acciones contra la lepra en sus servicios de atención primaria. En suma, el fortalecimiento de la actuación de la atención primaria en el control de la lepra contribuye al éxito en la disminución de la carga de la enfermedad y su eliminación como problema de salud pública.

Sin embargo, desafíos como mejorar la eficiencia del sistema de vigilancia y la concienciación de la comunidad y de los profesionales de la salud en relación con los signos y síntomas de la lepra son dificultades que impiden el progreso de la erradicación de esta enfermedad⁴⁻⁶.

La magnitud del problema en Brasil hizo que la lepra se incluyera como prioridad de actuación de atención primaria de salud⁷. Esta es la puerta de entrada al Sistema Único de Salud, y es el Equipo de Salud Familiar (ESF) el principal recurso para reorientar el proceso de trabajo con una buena relación costo-efectiva⁸.

La lepra es una enfermedad crónica que debe atenderse en atención primaria de salud⁹ mediante acciones esenciales para su control, como la educación para la salud¹⁰, la investigación para el diagnóstico oportuno, el tratamiento, la prevención y el tratamiento de las incapacidades¹¹, la vigilancia epidemiológica, el estudio de contactos, la mejora de las condiciones de vida de la población⁷ y la aplicación de la vacuna con bacilo de Calmette-Guérin⁹.

La relación de indicadores epidemiológicos de la lepra con la cobertura del ESF constata que la accesibilidad favorece su detección y reduce los casos en menores de 15 años con grado 2 de incapacidad física¹². Puede haber diferencias en la tendencia de la enfermedad en función de la cobertura del ESF y de la capacidad de los profesionales en el control de la lepra¹⁰.

La eficacia de la atención primaria de salud está relacionada con el desempeño de una serie de atributos esenciales: acceso de primer contacto, longitudinalidad, integralidad, coordinación del cuidado y atributos derivados, como orientación comunitaria/familiar y competencia cultural¹³. El conocimiento y la asistencia en atención primaria mejoran el control de la lepra cuando se basan en evidencias y en el entendimiento de la endemia, lo que conlleva una mejor calidad¹⁴.

Los estudios que han evaluado la atención a la lepra en atención primaria han evidenciado dificultades en accesibilidad, orientación comunitaria y profesional¹⁴⁻¹⁷. En los estudios de análisis temporal, utilizando indicadores epidemiológicos, se constata una tendencia a la baja. Sin embargo, problemas en los indicadores operativos reflejan la dificultad de su eliminación. Los trabajos confirman que la atención de la enfermedad en el ESF logra mejores resultados de salud⁷. Hay pocos estudios en Brasil que evalúen la correspondencia entre la calidad del servicio y los factores asociados relacionados con la mejor oferta de acciones para el control de la lepra⁷.

En Brasil persiste la atención centrada en la cura y alejada de la integralidad¹⁸. La literatura científica confirma las dificultades para integrar la asistencia en atención primaria de salud⁷ relacionadas con una inadecuada estructura¹⁹, dificultades en el acceso⁷ e insuficiente formación de los profesionales²⁰.

El objetivo es identificar los factores profesionales relacionados con la orientación de atención primaria de salud en el manejo de la lepra. Entre los factores profesionales destacan el tiempo de trabajo en atención primaria, las acciones de control, la atención de caso y la formación en lepra.

Métodos

Diseño del estudio y contexto

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado entre julio y septiembre de 2014 en Belo Horizonte (Minas Gerais, Brasil).

Tamaño del estudio

Se estudiaron 70 ESF distribuidos proporcionalmente por distritos sanitarios según la proporción de ESF por distrito. Se incluyeron los que pertenecían a los centros de salud con mayor número de notificaciones de casos de lepra. Se entrevistó a profesionales de aquellos centros de salud donde la magnitud del problema era mayor.

Cada equipo incluyó un médico, una enfermera y seis agentes comunitarios de salud, resultando un total de 70 médicos, 70 enfermeras y 420 agentes comunitarios de salud como posibles participantes en el estudio.

Participantes

El ESF está compuesto por médico, enfermera, auxiliar/técnico de enfermería y agente comunitario de salud⁸. El Ministerio de Salud de Brasil recomendó la inclusión del gerente de atención primaria de salud para contribuir al perfeccionamiento y la calificación del proceso de trabajo⁸.

Se invitó a participar a un médico, una enfermera y un agente comunitario de salud por equipo, así como a gerentes de atención primaria de salud. No se incluyeron auxiliares de enfermería. Se eligieron los médicos y las enfermeras de los 70 ESF, excepto médicos extranjeros del «Programa Más Médicos» por su reciente incorporación y su dificultad con el idioma.

Para el agente comunitario de salud, el criterio de inclusión fue una antigüedad mínima de 12 meses. En los ESF con más de un agente, la elección del participante fue aleatoria. Se incluyeron los gestores de los 147 centros de salud.

Fuente de los datos

Se utilizó el *Instrumento de evaluación de desempeño de atención primaria de salud en las acciones de control de la lepra* (PCAT-lepra)¹⁵, basado en el modelo de medición de aspectos de estructura, proceso y resultados de los servicios²¹. El PCAT-lepra permite evaluar los atributos de atención primaria de salud e identificar el grado de orientación del servicio en las acciones para el control de la lepra, estructurado en 68 ítems en la versión para agentes comunitarios de salud¹⁴, 104 ítems para médicos y enfermeras, y 90 ítems para gestores¹⁵. Los atributos de atención primaria son elementos esenciales: puerta de entrada, acceso, coordinación, integralidad y atención continuada, y los derivados (orientación comunitaria, familiar¹³ y profesional¹⁵).

La herramienta fue aplicada, por dos investigadoras formadas, mediante entrevista programada cara a cara, en el ambiente de trabajo y tras firmar el consentimiento informado. Se diseñó una escala de Likert: 1 = con certeza no, 2 = probablemente no, 3 = probablemente sí, 4 = con certeza sí, 9 = no sé/no recuerdo. El cálculo de la puntuación de cada atributo se basó en el promedio (suma de los valores de respuesta en los elementos que componen cada atributo dividido por el número de elementos). Los atributos

con menos del 50% de respuestas «9» se convirtieron a «2» (probablemente no) para puntuar negativamente las características del servicio desconocidas por el entrevistado^{10,18}. Las puntuaciones se transformaron en una escala de 0 a 10 mediante la ecuación
$$\frac{[\text{puntuación obtenida} - 1 (\text{valor mínimo})]}{4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo})} \times 10^{15,22}$$
.

Variables

De la evaluación por el PCAT-lepra se obtienen tres medidas: puntuación esencial (promedio de los atributos esenciales), puntuación derivada (promedio de los atributos derivados) y puntuación general (media de los componentes de los atributos esenciales añadidos de los derivados), lo que indica el grado de orientación, siendo esas medidas utilizadas como variables dependientes. Se asumió una fuerte orientación cuando el promedio de la puntuación fue $\geq 6,6^{15,22}$. Se consideraron variables independientes los factores profesionales representados por el tiempo de trabajo en el ESF o en servicios de atención primaria de salud, ambos en función de los meses de trabajo del profesional entrevistado, convertidos en años, la realización de acciones para el control de la lepra, los casos de lepra atendidos y la formación. La variable «formación en lepra» se basó en el número de cursos realizados por el profesional entrevistado.

Métodos estadísticos

Se utilizó el software SPSS-18.0 y se calcularon las medidas descriptivas básicas (frecuencias, porcentajes y estadísticos descriptivos). Para el análisis de la asociación entre las variables respuesta (puntuaciones de los atributos) y explicativas (factores profesionales) se construyeron modelos de regresión lineal múltiple utilizando el método *bootstrap* para las estimaciones realizadas, con un nivel de significación de 0,05.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética-Investigación de la Universidad Federal de Minas Gerais, Brasil, dictamen CAAE 24578213.2.0000.5149. Todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Resultados

Participaron 408 profesionales: 189 gestores, 65 médicos, 79 enfermeras y 75 agentes comunitarios de salud. En la recolección de los datos, en algunos ESF había más de una enfermera en el equipo como apoyo. Hubo 23 pérdidas de gestores por vacaciones, ausencia en el momento de la entrevista o baja por enfermedad, y cinco pérdidas de médicos por otros motivos.

La puntuación esencial determinó una fuerte orientación a la atención primaria de salud. Sin embargo, en la puntuación derivada solo el gestor consideró una fuerte orientación a la atención primaria de salud. En la puntuación general destaca la débil orientación a la atención primaria aportada por el médico con relación a las demás categorías (tabla 1). En la variable independiente «tiempo de actuación en la unidad», el médico fue quien dispuso de menos tiempo, y en «tiempo de actuación en atención primaria de salud», gestores y enfermeras destacaron por su mayor tiempo de trabajo en atención primaria (tabla 1).

El médico es quien realiza con más frecuencia las acciones para el control de la lepra. La mayoría de las enfermeras (44, 55,7%) refieren haber atendido casos de lepra. Más del 50% (39) de los agentes comunitarios de salud afirmaron que, en el día a día en el ESF, no implementan acciones de prevención y control de la lepra. Se

observa una fragilidad de la atención primaria de salud en relación con la capacidad profesional para realizar acciones para el control de la lepra (tabla 2).

En el modelo de regresión, utilizando la puntuación esencial como resultado (tabla 3), se observó significación estadística ($p < 0,05$) solo para el gestor y el médico. Para el gestor se asoció significativamente con «tiempo de trabajo en la unidad» y con «formación en lepra». Para el médico, se relacionó significativamente con la formación.

En la puntuación derivada (tabla 4), los modelos para gestor, médico y agente comunitario de salud fueron significativos ($p < 0,05$). Para el gestor, las variables «tiempo de actuación en la unidad» y «atención primaria de salud» fueron significativas; para el médico y el agente comunitario de salud, la formación y la realización de acciones para el control de la lepra fueron significativas (tabla 5).

En la variable «realización de acciones para el control de la lepra», solo las enfermeras no presentaron significación estadística ($p > 0,05$). La variable «formación en lepra» destacó por la significación estadística observada en el gestor, el médico y el agente comunitario de salud.

Discusión

Los resultados indican la importancia de la atención primaria de salud en el control de la lepra, pero se evidencian debilidades en la puntuación, que pueden provocar deficiencias en la calidad de la atención. Destaca el papel de la formación en el control de la enfermedad.

Cuando la atención primaria de salud está orientada hacia los atributos esenciales, como apuntan los resultados, se presta una atención integral a la población asignada²². Otros estudios que utilizaron el PCAT-lepra también constataron una fuerte orientación de la atención primaria de salud en la lepra en la puntuación esencial, al igual que esta investigación¹⁵⁻¹⁷.

La puntuación esencial la constituyen los atributos puerta de entrada, acceso, integralidad, coordinación y atención continuada^{15,22}, que pueden relacionarse con la detección oportuna de casos. La tasa de casos nuevos de lepra con grado 2 de incapacidad física evalúa las deformidades causadas y la efectividad de la detección oportuna, pero en Belo Horizonte ese indicador presentó una tendencia a la baja⁹. El diagnóstico tardío supone un problema para eliminar la lepra, y es la integración de las acciones para el control de la lepra en atención primaria de salud la mejor estrategia para realizar el diagnóstico precoz, mejorar la calidad de la atención y disminuir el estigma. En un estudio llevado a cabo en la India se asociaron los factores de riesgo para el diagnóstico tardío de casos y se constató la necesidad de información destinada a los pacientes/comunidad, de formación de los profesionales y de fortalecimiento de los servicios de salud pública⁶.

La puntuación derivada se constituye por los atributos orientación comunitaria y profesional, que aumentan la interacción de los profesionales de atención primaria de salud con las personas y la comunidad²². Se constató que el servicio presenta un escaso grado de orientación en la puntuación derivada, cuando se basa la orientación comunitaria en el reconocimiento de las necesidades de la población, por medio de análisis epidemiológicos o del contacto directo con la comunidad¹³. Diversos estudios demuestran la complejidad de la verificación de tales necesidades¹⁵⁻¹⁷.

Las dificultades de los profesionales de atención primaria de salud para reconocer las necesidades de la comunidad son consecuencia de la debilidad del modelo de vigilancia en salud del Sistema Único de Salud. La enfermedad está relacionada con la información de signos y síntomas, y aunque es curable, sus efectos dependen del diagnóstico precoz y de un tratamiento prolongado¹⁸.

Tabla 1
Análisis descriptivo de las variables según la categoría profesional de los participantes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variables	Gestor			Médico			Enfermera			Agente comunitario de salud		
	Media	Mediana	Desviación típica	Media	Mediana	Desviación típica	Media	Mediana	Desviación típica	Media	Mediana	Desviación típica
Puntuación esencial	8,34	8,41	0,80	8,01	8,13	0,96	8,34	8,41	0,78	8,21	8,26	0,93
Puntuación derivado	6,75	7,06	1,56	3,76	3,78	1,65	3,36	3,23	1,93	3,80	3,76	2,39
Puntuación general	7,81	7,91	0,93	6,50	6,48	0,96	6,68	6,71	0,90	6,74	6,62	1,27
Tiempo de trabajo en la unidad (años)	6,86	4,00	6,88	4,33	2,00	5,17	6,11	3,50	6,01	^a	^a	^a
Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	14,35	13,00	8,32	8,85	6,00	9,16	11,59	11,00	8,70	8,86	8,00	4,39

^a El ítem «tiempo de trabajo en la unidad» no se preguntó al agente comunitario de salud, ya que sería el mismo tiempo de actuación en atención primaria, pues estos profesionales pertenecen a la comunidad donde actúan.

Tabla 2
Frecuencia absoluta y relativa de las variables independientes. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Variables	Gestor		Médico		Enfermera		Agente comunitario de salud	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<i>Realización de acciones de control</i>								
Sí	^a	0,00	46	70,8	52	65,8	36	48,0
No	^a	0,00	19	29,2	27	34,2	39	52,0
<i>Atención de casos</i>								
Sí	^a	0,00	26	40,0	35	44,3	28	37,3
No	^a	0,00	39	60,0	44	55,7	47	62,7
<i>Formación en lepra</i>								
0	76	40,2	36	55,4	37	46,8	50	66,7
1	47	24,9	16	24,6	25	31,6	21	28,0
2	40	21,2	9	13,8	7	8,8	2	2,7
3	15	7,9	2	3,1	7	8,8	1	1,3
4	3	1,6	0	0,0	1	1,3	0	0,0
5	3	1,6	1	1,5	1	1,3	1	1,3
6	1	0,5	1	1,5	0	0,0	0	0,0
7	1	0,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
8	0	0,0	0	0,0	1	1,3	0	0,0
10	3	1,6	0	0,0	0	0,0	0	0,0

^a Los ítems «realización de acciones» y «atención de casos» no se preguntaron al gestor por tratarse de atribuciones de otros profesionales de la atención primaria.

Tabla 3
Modelo de regresión lineal múltiple, según los factores relacionados con los profesionales en la evaluación de la puntuación esencial. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Categoría	Variables	Coefficiente β^a	IC95%	p ^b	R ² ^c
Gestor	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	-0,01	-0,02-0,02	0,05	0,048
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,01	-0,01-0,03	0,21	
	Formación en lepra	0,08	0,01-0,14	0,03	
	Constante ^c	8,1	7,89-8,29		
Médico	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	0,05	-0,01-0,15	0,18	0,178
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,02	-0,07-0,03	0,47	
	Realización de acciones de control	0,02	-0,45-0,5	-0,93	
	Atención de casos	0,27	-0,21-0,7	0,25	
	Formación en lepra	0,22	0,02-0,45	0,02	
	Constante ^c	7,68	7,32-8,05		
Enfermera	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	0,02	-0,02-0,07	0,31	0,114
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,02	-0,06-0,01	0,15	
	Realización de acciones de control	-0,12	-0,52-0,25	0,55	
	Atención de casos	0,41	0,1-0,78	0,02	
	Formación en lepra	0,1	-0,04-0,36	0,28	
	Constante ^c	8,3	7,95-8,63		
Agente comunitario de salud	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,02	-0,03-0,07	0,51	0,069
	Realización de acciones de control	0,18	-0,36-0,75	0,53	
	Atención de casos	0,12	-0,5-0,76	0,72	
	Formación en lepra	0,17	-0,11-0,54	0,22	
	Constante ^c	7,85	7,33-8,31		

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Coeficiente β : coeficiente del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.

^b Significación p < 0,05.

^c R² y Constante: valor del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.

Tabla 4

Modelo de regresión lineal múltiple según los factores relacionados con los profesionales en la evaluación de la puntuación derivada. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2014

Categoría	Variables	Coefficiente β^a	IC95%	p^b	R^2^c
Gestor	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	-0,06	-0,11--0,02	0,01	0,06
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,04	0,01-0,07	0,04	
	Formación en lepra	0,11	-0,06-0,29	0,21	
	Constante ^c	6,5	6,10-6,95		
Médico	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	-0,01	-0,19-0,11	0,93	0,17
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,01	-0,1-0,08	0,68	
	Realización de acciones de control	0,65	-0,29-1,52	0,17	
	Atención de casos	0,33	-0,46-1,3	0,46	
	Formación en lepra	0,47	-0,07-0,99	0,05	
	Constante ^c	2,97	2,26-3,67		
Enfermera	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	0,03	-0,08-0,13	0,6	0,089
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,02	-0,12-0,05	0,56	
	Realización de acciones de control	-0,27	-1,24-0,78	0,61	
	Atención de casos	0,26	-0,66-1,12	0,56	
	Formación en lepra	0,44	0,12-0,89	0,02	
	Constante ^c	3,1	2,13-4,18		
Agente comunitario de salud	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,01	-0,1-0,12	0,95	0,28
	Realización de acciones de control	1,32	0,01-2,52	0,05	
	Atención de casos	0,07	-1,23-1,32	0,9	
	Formación en lepra	1,13	0,5-2,22	0,01	
	Constante ^c	2,56	1,48-3,70		

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Coeficiente β : coeficiente del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.^b Significación $p < 0,05$.^c R^2 y Constante: valor del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.**Tabla 5**

Modelo de regresión lineal múltiple según los factores relacionados con los profesionales en la evaluación de la puntuación general. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2014

Categoría	Variables	Coefficiente β^a	IC95%	p^b	R^2^c
Gestor	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	-0,02	-0,05-0,01	0,1	0,056
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,02	-0,01-0,04	0,05	
	Formación en lepra	0,09	-0,01-0,19	0,07	
	Constante ^c	7,57	7,31-7,82		
Médico	Tiempo de trabajo en la unidad (años)	0,03	-0,06-0,1	0,38	0,21
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,02	-0,07-0,04	0,5	
	Realización de acciones de control	0,23	-0,32-0,68	0,37	
	Atención de casos	0,29	-0,19-0,78	0,25	
	Formación en lepra	0,31	0,07-0,58	0,01	
	Constante ^c	6,11	5,76-6,51		
Enfermera	Tiempo de trabajo en la Unidad (años)	0,02	-0,03-0,08	0,31	0,131
	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	-0,02	-0,07-0,01	0,23	
	Realización de acciones de control	-0,17	-0,65-0,26	0,45	
	Atención de casos	0,36	-0,07-0,77	0,09	
	Formación en lepra	0,22	0,07-0,46	0,02	
	Constante ^c	6,57	6,19-6,99		
Agente comunitario de salud	Tiempo de trabajo en atención primaria (años)	0,01	-0,05-0,07	0,68	0,206
	Realización de acciones de control	0,56	-0,22-1,25	0,13	
	Atención de casos	0,09	-0,59-0,83	0,78	
	Formación en lepra	0,49	0,11-1,07	0,04	
	Constante ^c	6,08	5,52-6,64		

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a Coeficiente β : coeficiente del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.^b Significación $p < 0,05$.^c R^2 y Constante: valor del modelo de regresión múltiple *bootstrap*.

Diversos estudios han demostrado que el fortalecimiento de la orientación comunitaria se relaciona con la capacidad de los profesionales para realizar una evaluación epidemiológica en la programación de acciones, búsqueda activa de casos, asociaciones intersectoriales y trabajos educativos para informar a la comunidad⁷.

La erradicación de la lepra pasa por la notificación oportuna de casos y un servicio eficaz de vigilancia epidemiológica^{4,5}, organización de la red de atención a la salud, adecuado acceso a atención primaria de salud y control de la adherencia al tratamiento⁴.

El gestor es responsable de garantizar la planificación según las necesidades del contexto y la comunidad, la organización del proceso de trabajo, la coordinación y la integración de las acciones⁸. En lo que respecta a la lepra, debe organizar el sistema de información, programar los medicamentos y materiales, y coordinar la referencia

y la contrarreferencia⁸. Por ello, es importante evaluar las variables «tiempo de trabajo en la unidad» y «atención primaria de salud», pues cuanto mayor tiempo de experiencia, mejor evaluación, en relación con el cuidado de la lepra.

Diversos estudios señalan la dificultad del gestor para apoyar la realización de acciones dirigidas a la enfermedad^{17,23}, así como las barreras para planificar¹⁶, evaluar y monitorear las acciones para el control de la lepra²³. El 40% de los gestores no fueron formados, lo que corrobora un débil abordaje integral en el Sistema Único de Salud²⁴.

La formación del médico es importante en la orientación de atención primaria de salud para atender la lepra. La responsabilidad del médico es atender a personas/familias, realizar consultas clínicas, estratificar el riesgo y elaborar un plan de actuación

específico, realizar derivaciones a otros puntos de la red e indicar la necesidad de ingreso hospitalario⁸. Debe desarrollar todas las acciones para el control de la lepra con el fin de reducir la gravedad de la enfermedad, enfatizando la investigación epidemiológica para el diagnóstico precoz durante las consultas y el tratamiento⁹.

Como el diagnóstico de la lepra es clínico, cuando la enfermedad es poco frecuente los médicos tienden a descartarla como hipótesis diagnóstica, con lo cual se realiza un diagnóstico tardío y se agrava el caso¹⁸. En un análisis de caso clínico se evidenció que un retraso de 24 meses en el diagnóstico se relaciona con la ausencia de un examen fisiodermatoneurológico completo, error en la atención clínica y desconocimiento de los protocolos para diagnóstico y tratamiento²⁰. El retraso en el diagnóstico también se observó en el estudio de la India, con 17,9 meses de retraso⁵.

La inseguridad de los médicos en el diagnóstico y su seguimiento¹⁸ favorecen un enfoque biomédico que compromete la atención integral. Por ello, es importante formar a los médicos de atención primaria de salud en estrategias de diagnóstico y en las medidas específicas de control de la enfermedad para reducir su detección tardía⁵.

Este estudio demuestra que los profesionales no valoran la eficacia de la formación²⁵, en relación con una investigación que evidenció insuficiente educación formal y permanente respecto a la persona afectada de lepra¹⁸. Es importante estructurar la formación^{3,6} según la complejidad del trabajo y la integración teoría-práctica, considerando las condiciones del desempeño de la persona, del equipo y de la organización²⁵. La educación *on-line* tras la formación presencial es útil para profundizar los conocimientos teóricos y la estrategia de seguimiento del ESF²⁶.

Los agentes comunitarios de salud recopilan información sobre la salud de la población, desarrollan acciones para integrar el equipo y la comunidad, y dan apoyo a las necesidades de los usuarios⁹. En el ESF, el agente comunitario de salud identifica casos sospechosos durante las visitas domiciliarias, informa al equipo y verifica la adherencia al tratamiento²⁴. Esto se relaciona con la realización de acciones para el control de la lepra, variable significativa en este estudio cuando se evaluó la puntuación derivada, lo que indica que el agente comunitario de salud desempeña un papel fundamental para calificar la atención primaria de salud, ya que es un actor clave en la detección oportuna de casos y en la adhesión al tratamiento.

El 66,6% (50) de los agentes comunitarios de salud no fueron formados, lo que demuestra la poca importancia de su actuación. El agente comunitario de salud no recibe formación específica para trabajar con personas/familias debido a la baja inversión de la gestión municipal en la formación de profesionales. Esta formación se lleva a cabo durante el trabajo en la atención primaria de salud y suele ser la enfermera quien realiza actividades educativas para el agente comunitario de salud²⁷.

Es importante formar a otros profesionales atendiendo al papel diferenciado del agente comunitario de salud²⁵. La actuación de este destaca por el abordaje colectivo del problema¹⁴, con la realización de acciones educativas, búsqueda de síntomas dermatológicos y de abandono del tratamiento²³, y supervisión del tratamiento poliquimioterápico^{28,29}.

Al evaluar la perspectiva de la enfermera, no se halló significación estadística. La enfermera en atención primaria de salud atiende a personas/familias vinculadas a los ESF, realiza consulta enfermera y supervisa la acogida, elabora el plan de cuidados de acuerdo con el riesgo⁵, desempeña actividades educativas, y planifica y supervisa las actividades realizadas por el equipo⁸. Las evidencias demuestran que la enfermera tiene capacidad para desarrollar las acciones indicadas por el Ministerio de Salud²⁷, y es responsable de planificar las acciones para el control de la lepra en la comunidad, el paciente y los contactos domiciliarios, además de supervisar el trabajo del agente comunitario de salud²⁷.

La enfermera tiene un papel estratégico en la implementación de las acciones para el control de la lepra, tanto en el cuidado directo como en la coordinación del proceso de trabajo¹⁰: articula la promoción de la salud, contribuye al diagnóstico de la enfermedad por medio del examen dermatoneurológico, evalúa signos y síntomas, y hace un seguimiento del tratamiento³⁰.

En la evaluación de la puntuación general que caracteriza el grado de orientación de atención primaria de salud en la atención de lepra se evidenció que solo el médico consideró la atención primaria con débil orientación. A pesar de los avances en la descentralización de las acciones para el control de la lepra, aún existen deficiencias para integrar las acciones en atención primaria, tales como profesionales poco involucrados y con insuficientes conocimientos en la atención al paciente, no priorizar la lepra frente a los demás programas, escasos materiales educativos para promover la educación en la comunidad, y ausencia de recursos materiales como el estesiómetro y fichas para la evaluación de las incapacidades^{28,29}.

Limitaciones

Para médicos, enfermeras y agentes comunitarios de salud del ESF puede haber sesgo de memoria, dado que los ítems de los atributos atención continuada, integralidad de los servicios, coordinación y orientación familiar solo fueron respondidos si el participante había tenido tal experiencia en su trabajo diario en atención primaria de salud. Para el gestor pueden aparecer sesgos de intención, lo que se trató de minimizar explicando los objetivos del estudio y aclarando la importancia de la confiabilidad por parte de las entrevistadoras. La conversión de la respuesta «no sé/no recuerdo» a «probablemente no» también puede constituir un sesgo.

Conclusión

La experiencia profesional en el ESF y en la atención de la lepra es determinante para el control según los atributos esenciales y derivados de atención primaria de salud. Esto puede proporcionar una respuesta ajustada a las necesidades de prevención y control de la enfermedad.

Brasil integró las acciones contra la lepra en su atención primaria de salud. Aunque no se ha eliminado la enfermedad, se ha conseguido reducir su incidencia. No obstante, persisten el diagnóstico en niños y la discapacidad física, lo que demuestra la transmisión reciente. A pesar de los avances en atención primaria de salud, es necesario aumentar la eficacia de la vigilancia y la formación de los profesionales para la detección precoz.

¿Qué se sabe sobre el tema?

A pesar de que la integración de las actuaciones frente a la lepra en los servicios de atención primaria de salud en Brasil se recomienda desde hace 30 años, los desafíos operativos para su control todavía persisten, como por ejemplo la presencia de profesionales capacitados.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La experiencia profesional en la Estrategia Salud de la Familia y en la asistencia a la lepra es determinante para que el servicio sea proveedor de acciones de control orientadas según los atributos esenciales y derivados de la atención primaria de salud.

Editor responsable del artículo

David Epstein.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Declaraciones de autoría

N. Figueiredo Vieira y F. Moura Lanza participaron en la concepción y el delimitamiento del estudio, la recolección, el análisis y la interpretación de los datos, la discusión de los resultados y la redacción del manuscrito. F.C. Félix Lana orientó la realización del trabajo y participó en la concepción y el delimitamiento del estudio, el análisis y la interpretación de los datos, la discusión de los resultados y la revisión del contenido intelectual del manuscrito. J.R. Martínez-Riera y A. Nolasco contribuyeron en la revisión intelectual del manuscrito, el análisis y la interpretación de los datos, y el apoyo en la ejecución del trabajo de forma institucional.

Agradecimientos

Al Núcleo de Estudios e Investigaciones en Lepra de la Universidad Federal de Minas Gerais (Brasil), a la Universidad de Alicante (España) y al Centro de Fontilles de Alicante (España).

Financiación

Ministerio de Salud, Secretaría de Vigilancia en Salud (Edición 197/2012) y Fundación de Amparo a la Investigación del Estado de Minas Gerais - FAPEMIG (Edital 03/2014).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. World Health Organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. Geneva: WHO; 2011 (Consultado el 16/8/2018.) Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241564090_eng.pdf?ua=1
2. World Health Organization. Global leprosy update, 2017 reducing the disease burden due to leprosy. Geneva: WHO; 2018 (Consultado el 16/12/2018.) Disponible en: <http://www.who.int/wer>
3. Alotaibi MH, Bahammamb SA, Rahman S. The demographic and clinical characteristics of leprosy in Saudi Arabia. *J Infect Public Health*. 2016;9:611-7.
4. Al Awaity ST. Progress towards a leprosy-free country: the experience of Oman. *PLOS Negl Trop Dis*. 2017;11:e0006028.
5. Beldarraín-Chaple E. Historical overview of leprosy control in Cuba. *MEDICC Review*. 2017;19:23-30.
6. Muthuvel T, Govindarajulu S, Isaakidis Petros, et al. "I wasted 3 years, thinking it's not a problem": patient and health system delays in diagnosis of leprosy in India: a mixed-methods study. *PLOS Negl Trop Dis*. 2017;11:e0005192.
7. Saltarelli RMF, Seixas DHT. Limites e possibilidades na atenção ao portador de hanseníase no âmbito da estratégia saúde da família. *Rev APS*. 2016;19:613-22.
8. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. p. 38 (Consultado el 21/9/2017.) Disponible en: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22.09_2017.html
9. Ministério da Saúde (BR). Diretrizes para vigilância, atenção e eliminação da hanseníase como problema de saúde pública: manual técnico-operacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. p. 60 (Consultado el 3/2/2017.) Disponible en: http://portal.saude.gov.br/sites/portal.saude.gov.br/files/diretrizes_para_eliminacao_hanseníase_-_manual_-_3fev16_isbn_nucom_final_2.pdf
10. Araújo KMFA, Leano HAM, Rodrigues RN, et al. Tendência de indicadores epidemiológicos da hanseníase em um estado endêmico. *Rev Rene*. 2017;18:771-8.
11. Ribeiro GC, Lana FCF. Physical disabilities in leprosy: characterization, factors related and evolution. *Cogitare Enferm*. 2015;20:495-502.
12. Gomes BFFF, Lana FCF, Oliveira RC, et al. Indicators of leprosy in the state of Minas Gerais and its relationship with the municipal human development index and the coverage of the family health strategy. *Rev Min Enferm*. 2017;21:e-1063.
13. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud servicios y tecnología. *Brasília: Unesco*; 2002. p. 177.
14. Lanza FM, Vieira NF, Oliveira MMC, et al. Instrumento para avaliação das ações de controle da hanseníase na Atenção Primária. *Rev Bras Enferm*. 2014;67:339-46.
15. Lanza FM. Avaliação da atenção primária no controle da hanseníase: validação de instrumentos e análise do desempenho de municípios endêmicos do Estado de Minas Gerais [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2014.
16. Vieira NF, Lanza FM, Lana FCF, et al. Assessment of the attributes of primary health care in leprosy control actions. *Rev Enferm UERJ*. 2018:e31925.
17. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Attributes of primary health care in leprosy control: nurse's perspective. *Rev Baiana Enferm*. 2017;31:e17251.
18. Savassi LCM, Modena CM. Hanseníase e a atenção primária: desafios educacionais e assistenciais na perspectiva de médicos residentes. *Hansen Int*. 2015;40:2-16.
19. Sousa GS, Silva RLF, Xavier MB. Hanseníase e atenção primária à saúde: uma avaliação de estrutura do programa. *Saúde Debate*. 2017;41:230-42.
20. Rodrigues MM, Diniz IC, Barbieri AR, et al. O papel transformador do estudante de medicina no cenário da epidemia de hanseníase no Brasil: relato de experiência. *Rev Bras Educ Med*. 2016;40:295-300.
21. Donabedian A. Evaluating quality of medical care. *Milbank q*. 2005;83:691-729.
22. Ministério da Saúde do Brasil. Departamento de Atenção Básica. Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde/Primary Care Assessment Tool - PCATool-Brasil. Brasília: Departamento de Atenção Básica; 2010. p. 82.
23. Girão OA, Arruda GMMS, Carvalho MMB, et al. Health professionals' and managers' perception of leprosy care within the family health strategy. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30:239-48.
24. Barbosa JC, Ramos-Junior AN, Alencar OM, et al. Atenção pós-alta em hanseníase no Sistema Único de Saúde: aspectos relativos ao acesso na região Nordeste. *Cad Saúde Colet*. 2014;22:351-8.
25. Souza ALA, Feliciano KVO, Mendes MFM. Family health strategy professionals' view on the effects of Hansen's disease training. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49:610-8.
26. Coelho ACO, Niitsuma ENA, Gomes BFB, et al. Educação permanente em saúde: a experiência do uso da educação a distância na capacitação em ações de controle da hanseníase. *Revista de Educação a Distância*. 2017;4:235-50.
27. Rodrigues FF, Calou CGP, Leandro TA, et al. Knowledge and practice of the nurse about leprosy: actions of control and elimination. *Rev Bras Enferm*. 2015;68:271-7.
28. Lanza FM, Lana FCF. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. *Texto contexto - Enferm*. 2011;20:238-46.
29. Lanza FM, Lana FCF. Decentralization of leprosy control actions in the micro-region of Almenara. *State of Minas Gerais. Rev Latinoam Enferm*. 2011;19:187-94.
30. Ribeiro MDA, Castillo IS, Silva JCA, et al. The nurse's view on leprosy treatment in primary health care. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2017;30:221-8.