epidemiológica y el análisis de posibles cadenas de transmisión y brotes.

Otro ámbito esencial es el estudio y control de los contactos. La enfermera entrevista al caso índice para identificar a las personas que han estado en contacto con él, las prioriza según su nivel de riesgo y coordina la realización de las pruebas diagnósticas necesarias. Posteriormente, participa en el seguimiento de los contactos infectados o susceptibles y en la evaluación de los resultados para determinar si se ha producido transmisión en el entorno.

En situaciones en las que aparecen varios casos relacionados, participa en la investigación y control de brotes, contribuyendo a identificar el origen y los mecanismos de transmisión y a establecer las medidas de control adecuadas. En este contexto, resulta especialmente importante la coordinación entre los diferentes servicios implicados, como hospitales, atención primaria, laboratorios, servicios sociales, centros penitenciarios y recursos comunitarios.

La enfermera de salud pública también interviene en la promoción de la salud y la educación comunitaria, proporcionando información sobre la tuberculosis, favoreciendo su detección precoz y contribuyendo a disminuir el estigma asociado a la enfermedad. A su vez, dedica una atención especial a las poblaciones en situación de vulnerabilidad.

Otra función destacada es el seguimiento de la adherencia al tratamiento. La enfermera identifica posibles factores de riesgo de abandono terapéutico, participa en programas de Tratamiento Directamente Observado (TDO), propone posible ingreso a la clínica especialista (Serveis Clínics) y facilita la coordinación con los servicios sociales.

Por último, hay que mencionar que la investigación enfermera genera evidencia científica que permite evaluar intervenciones, mejorar los cuidados, reducir desigualdades y desarrollar estrategias más eficaces para responder a los problemas de salud pública.

En definitiva, la enfermera de salud pública actúa como una figura de enlace entre la vigilancia epidemiológica, el control de contactos, la adherencia terapéutica, los servicios asistenciales y la comunidad.

Bibliografía recomendada

- Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT). Tuberculosi. Vigilància epidemiològica i programes de control de la tuberculosi a Catalunya.
- Barrabeig I, Clotet L, Godoy P, Mercè R, Orcau A, Parrón I, *et al.* Recomanacions per a la realització d'estudis de contactes de malalts amb tuberculosi a Catalunya. Barcelona: Secretaria de Salut Pública; 2018.
- World Health Organization (WHO). Recommendations for investigating contacts of persons with infectious tuberculosis in low- and middle-income countries. Geneva: WHO; 2012.
- Tuberculosis y el papel de la enfermería en el transcurso de la enfermedad.
- American Association of Colleges of Nursing (AACN). Position Statement on Nursing Research. Washington, DC: AACN. Define la investigación enfermera como la base científica de la práctica profesional y destaca su contribución a la mejora de la salud de individuos y poblaciones.

Programa agentes comunitarios de salud, servicio de epidemiología ASPB: 25 años con la tuberculosis en Barcelona

Jesús Edison Ospina Valencia

Programa Agentes Comunitarios de Salud; CEPS – Servicio de Epidemiología ASPB. Barcelona.

Correspondencia:
Jesús Edison Ospina Valencia
E-mail: jospina@aspb.cat

Enf Emerg 2026;25(3):149-151
doi: 10.18176/enfemerg.0039

En 2024 el número estimado de personas que enfermaron de tuberculosis (TB) a nivel mundial disminuyó por primera vez desde la pandemia de COVID-19, revirtiendo años consecutivos de aumentos entre 2020 y 2023. La tasa de incidencia de la enfermedad disminuyó un 1,7% entre 2023 y 2024, retornando al nivel de 2020 (mínimo histórico, antes de la COVID). A nivel global, la reducción neta de la tasa de incidencia de la TB desde 2015 hasta 2024 fue del 12,3%, muy lejos del objetivo de la estrategia de la OMS (50% de reducción para 2025) para acabar con la patología en el mundo[1,2]. Se estima que el total global de personas que enfermaron de TB en 2024 fue de 10,7 millones de personas, lo que equivale a 131 casos/100 000 habitantes. Entre todos los casos incidentes de TB,

el 5,8% correspondieron a personas que vivían con VIH. La mayoría de los casos se registraron en el Sudeste Asiático (34%), el Pacífico occidental (27%) y África (25%), con una participación menor en el Mediterráneo oriental (8,6%), América (3,3%) y Europa (1,9%). En 2024, ocho países representaron dos tercios de los casos globales de TB: India (25%), Indonesia (10%), Filipinas (6,8%), China (6,5%) Pakistán (6,3%), Nigeria (4,8%), República Democrática del Congo (3,9%) y Bangladés (3,6%). En 2024, la mayoría de las muertes causadas por TB ocurrieron en personas seronegativas, la mayoría de la población se encontraba en el sudeste asiático (40%), África (29%) y el Pacífico Occidental (19%), con una menor participación en el Este Mediterráneo (7,9%), América (2,1%) y Europa (1,4%). La mayoría de las muertes por TB entre personas con VIH ocurrieron en la región africana[3].

En España la inmigración de países de baja renta (PBR), es un hecho socio-demográfico de gran relevancia. En julio de 2026 estaban empadronadas en todo el país 7.437.543 personas nacidas en el extranjero (15% de la población total)[4]. A 1 de enero de 2026 los porcentajes en ciudades como Barcelona y Madrid, alcanzaron hasta un 25,6% y 19,4% respectivamente[5,6]. La diversidad de orígenes en Barcelona de más del 50% de los pacientes de TB y sus contactos, es una particularidad que contribuye a que el seguimiento clínico sea más complejo, a lo que se suma un cambio en el perfil epidemiológico asociado a pobreza, hacinamiento, consumo de alcohol y drogas, vivir en situación de calle y duelo migratorio. El Programa de Agentes Comunitarios de Salud (ACS), contribuye a facilitar la relación y mejorar la compleja dinámica entre el enfermo y el sistema sanitario[7].

El Programa de Prevención y Control de la TB de Barcelona (PPCTB) inició en 2002 una estrategia de intervención con ACS en poblaciones inmigrantes. Los ACS son profesionales procedentes de las mismas comunidades, están integrados dentro del PPCTB y reciben formación específica en TB y en habilidades psicosociales. Su objetivo es hacer de puente entre el Sistema Sanitario (SS) y la comunidad, actúan coordinados con el personal sanitario y realizan actividades orientadas a mejorar la adherencia al tratamiento, el estudio convencional de contactos (ECC), el control de los brotes y la búsqueda activa de casos[8]. El ACS no es un traductor ni un mediador, estas son algunas de las funciones que realiza ya que sus acciones además de asistenciales son comunitarias[9].

El programa se enfoca desde una perspectiva IEC (Información, Educación y Comunicación), como estrategia de cambio comportamental y social[10] que intenta modificar los conocimientos, actitudes, creencias o comportamientos de las personas o grupos sociales en relación a la TB y el Sistema Sanitario. El modelo se desarrolla desde una perspectiva Gray-Felder y Deane[11,12], donde la comunicación se define como un proceso público y privado a través del cual las personas no son objetos de cambio sino sujetos para el cambio social. La estrategia es comunitaria e incluye la participación de los actores sanitarios y sociales, desde una perspectiva de perfiles complementarios donde cada ACS puede intervenir con otras comunidades diferentes a su área geográfica de procedencia. Cuando un centro detecta un caso nuevo de TB, lo notifica al equipo del PPCTB, que se reúne permanentemente y valora la necesidad de intervenir de acuerdo a la complejidad del mismo. Los casos se distribuyen teniendo en cuenta dicha complejidad y valorando el abordaje de algunas intervenciones con perfiles que puedan complementarse[13].

Los ACS desarrollan sus actividades en tres ejes fundamentales: socio-cultural, sanitario y comunitario. En la Figura 1 se detallan algunas de ellas.

Antes del año 2002 sabíamos poco sobre inmigración y TB. Con el paso del tiempo hemos ido aprendiendo que la respuesta del paciente inmigrante a la TB está vinculada a sus constructos culturales sobre la enfermedad, a su proceso migratorio, a la experiencia sanitaria en su país de origen, a los patrones y modelos de relación socio-cultural que persisten en su tejido emocional. Hemos aprendido que el éxito del tratamiento y el ECC en pacientes con perfiles complicados, están condicionados en gran medida por la asertiva gestión emocional que se lleve a cabo con el enfermo, que cada paciente es diferente; que el proceso de enfermar, tratarse y curar, no se puede simplificar desde una mera perspectiva biomédica. Enfermar y además de TB (patología con un recurrente estigma social), es un proceso más holístico en el que poderosas fuerzas emocionales, invisibles y esotéricas intervienen, provocando respuestas inesperadas y difícilmente comprensibles para la cartesiana y lógica mentalidad de occidente. Hemos aprendido que la cultura modula la conducta, el modelo de autocuidado y determina la construcción de los hábitos de vida así como las concepciones de enfermedad, discapacidad o mortalidad; que hay modos de estar enfermos y que este tipo de pacientes no harán el tratamiento simplemente porque se les prescriba o se les ordene, es más complejo que eso. Hemos aprendido a vender beneficios, a formular argumentos creativos, convincentes para cada paciente, que conecten con

Figura 1.

Actividades de los ACS con casos y contactos	
Búsqueda activa comunitaria	Visitas domiciliarias
Seguimiento telefónico	Soporte en visitas médicas
Mediación sanitaria	Consejo asistido
Mediación familiar y comunitària	Sesiones educativas TB
Trámites administratives	Derivación red social de soporte informal (ONGS)
Resolución de conflictos	Mediación intercultural

su sistema emocional y reorienten la dirección de sus decisiones. Hemos aprendido a interrogar al paciente desde su propio dolor, su silencioso drama, llevándolo a que se sienta protagonista de su propio proceso (diálogo estratégico), hemos desarrollado habilidades y técnicas de búsqueda activa comunitaria, hemos aprendido a establecer relaciones con todos los actores implicados (asociaciones de y para inmigrantes, centros de culto religioso, espacios de tiempo lúdico, redes laborales, asistencia social, restaurantes…), y hemos implementado tácticas que faciliten el objetivo fundamental: tratamiento exitoso e intervención en las cadenas de transmisión con eficacia. Nos hemos entrenado para que el paciente entienda desde el beneficio personal y cambie de forma favorable su respuesta para su salud y para la salud pública, para que sienta que se está protegiendo su privacidad.

Hemos aprendido a intervenir respetando y diferenciando cada uno de los ámbitos y programas sanitarios y psicosociales que conforman la red de atención en la ciudad, a no injerir en terrenos que no son competencia del programa, que son los profesionales de la salud quienes tienen la responsabilidad directa sobre los pacientes, a coordinarnos con el resto de actores y a actuar y colaborar cuando se nos requiere, dentro de nuestras posibilidades y limitaciones, a aportar desde nuestro *expertise* en la complicada tarea que implica el manejo de la TB con pacientes complejos. Hemos aprendido que la epidemiología de campo como bien lo expresó en su momento el doctor Juan Bellido (epidemiólogo valenciano) es "IR", acción verbal que hemos incorporando a nuestra forma de hacer y a la que hemos agregado otro vocablo que hace parte de nuestra forma de hacer: "YA". "Ir Ya" es imperativo en las acciones que desarrolla el programa de ACS, una hora, un día que se posponga una acción puede derivar en la pérdida de un paciente, en la ampliación del retraso diagnóstico, en el incremento del riesgo de infección, en un mayor sufrimiento del paciente y en un aumento de los costos sanitarios.

Este aprendizaje de cinco lustros de programa, nos ha enseñado a abordar de forma más asertiva a los enfermos y sus contactos, a entender que la TB es un proceso en el que múltiples factores de contexto intervienen y condicionan la respuesta del paciente así como la gestión de las cadenas de transmisión de la enfermedad, y que una adecuada vigilancia y control de la patología con pacientes de perfil complejo, siempre será más efectiva con la participación activa y concertada de todos los actores claves de la ciudad.

El Programa de ACS es posible gracias al compromiso de la Agencia de Salud Pública de Barcelona y su Servicio de Epidemiología. Como financiadores y promotores conocen el valor social que el programa tiene y el importante apoyo que proporciona con personas procedentes de otros países. Con un equipo de 6 agentes comunitarios de salud procedentes de Marruecos, Senegal, Colombia, China, Pakistán y Moldavia, se seguirá dando soporte a cualquier caso complejo, de cualquier procedencia notificado en la ciudad donde residen actualmente personas de más de 170 países. El programa ha mostrado su efectividad en el cumplimiento del tratamiento y el ECC con inmigrantes[11], objetivo fundamental para la Salud Pública. Hemos aprendido con un pequeño equipo, a gestionar casos de cualquier procedencia, enfoque que denominamos "estrategia de perfiles complementarios", este *expertise* solo se puede obtener gracias al trabajo de años con las personas en la calle, en los centros sanitarios, en la consulta médica, en sus domicilios, en sus espacios lúdicos, religiosos y deportivos, en sus asociaciones, es decir en todos aquellos ámbitos de su ecosistema personal y comunitario. Lo que hemos aprendido y la experiencia adquirida en el manejo de la TB y las EDOs, seguirá estando al servicio y beneficio de la salud pública, siempre en sinergia permanente con los diferentes actores socio sanitarios de la ciudad, y actuando bajo el mandato y la prerrogativa que supone la epidemiología de campo y comunitaria, que se puede resumir en ese simple pero determinante: "Ir Ya".

Bibliografía

1. Floyd K, Glaziou P, Houben RMGJ, Sumner T, White RG, Raviglione M. Objetivos y hitos globales contra la tuberculosis establecidos para 2016-2035: definición y la razón. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018;22(7):723-30. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6005124/
2. WHO. Estrategia global y objetivos para la prevención, atención y control de la tuberculosis después de 2015. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R1-en.pdf
3. WHO. Incidencia de la tuberculosis. Global Tuberculosis Report. 2025. Disponible en: https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024/tb-disease-burden/1-1-tb-incidence
4. Instituto Nacional de Estadística. Población en España. Julio de 2026. Disponible en: https://ine.es/dyngs/INEbase/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981
5. Idescat. Población extranjera en Barcelona. Enero 2025. Disponible en: https://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=10&geo=mun:080193&lang=es
6. Ayuntamiento de Madrid. Estadística. Demografía y Población. Disponible en: www.madrid.es
7. Agència de Salut Pública de Barcelona. La tuberculosis en Barcelona. Informe 2024. Disponible en: www.aspb.cat
8. Caylà JA. Grupos de Trabajo 2001, 2002 UITB. *Med Clin*. Pág 521-560. 2003. doi: 10.1016/S0025-7753(03)74012-3
9. Ospina JE. Hacia un modelo que pueda gestionar la diversidad. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Vol. 3. Salud e inmigración. Febrero de 2004. https://hdl.handle.net/2072/397531
10. Kerrigan D. Educación interpares y VIH/SIDA: Conceptos, usos y problemas. P.6. ONUSIDA 1999. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000150543
11. Dick J, Van de Walt H. Working with communities. Education and training. *AIDS action*. 1996;(31):2-3. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12320026/
12. Gray-Felder D, Deane J. Communication for Social Change: A position Paper and Conference Report. P. 8 Rockefeller Foundation 1999. Disponible en: www.commbox.org/document/communication-for-social-change-a-position-paper-and-conference-report
13. Ospina JE, Orcau A, Millet JP, Sánchez F, Casals M, Caylà JA. Community health workers improve contact tracing among immigrants with tuberculosis in Barcelona. *BMC Public Health*. 2012;12:158. doi: 10.1186/1471-2458-12-158.