

Opiniones de actores de salud sobre la estrategia de búsqueda activa de casos de tuberculosis

Opinions of health stakeholders on the active search strategy for tuberculosis cases

Carmen Susana Nuñez Mederos^{1*}

Dennis Pérez Chacón¹

Marta Castro Peraza¹

Luisa Armas Pérez¹

Rebeca M. Laird Pérez²

Edilberto González Ochoa¹

Patrick Van der Stuyft³

¹Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, (IPK), La Habana, Cuba.

²Universidad de Ciencias Médicas. Las Tunas, Cuba.

³Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Bélgica.

*Autor para la correspondencia: carmennm@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La pesquisa activa de casos de tuberculosis en la Atención Primaria de Salud como parte del programa de control de la enfermedad en Cuba, tiene retos de implementación que requieren ser estudiados.

Objetivo: Explorar las opiniones de los actores de salud involucrados en la implementación de la pesquisa activa de casos de tuberculosis en Las Tunas.

Métodos: Se realizó un estudio cualitativo, en dos etapas, anidado en un estudio de intervención en Las Tunas. En la primera etapa (septiembre-diciembre, 2010) se entrevistaron médicos y enfermeras de la familia de los municipios Jobabo y Las Tunas; y en la segunda etapa (marzo, 2012), todos los jefes de programa (provincial y municipales) y un experto en tuberculosis. Se utilizaron categorías de análisis deductivas e inductivas.

Resultados: La pesquisa activa de casos de tuberculosis se reconoció como un procedimiento novedoso asociado a la búsqueda de sintomáticos respiratorios en el hogar, la dispensarización y el trabajo con grupos vulnerables. Al inicio hubo barreras para la implementación del procedimiento, posteriormente fue aceptado. Las ventajas fueron: diagnóstico oportuno e incremento del número de casos pesquisados, entre otras. La falta de tiempo, el incremento en la carga de trabajo y la fluctuación del personal fueron las principales dificultades.

Conclusiones: El estudio proporciona información valiosa para la implementación del procedimiento como parte del programa de control de la tuberculosis. Devela la brecha entre la percepción de los actores involucrados en la implementación de intervenciones en salud en estudios pilotos y la que tienen los implicados en su puesta en práctica.

Palabras clave: tuberculosis; pesquisa activa; prevención y control; Atención Primaria de Salud; Cuba.

ABSTRACT

Introduction: The active case finding of tuberculosis in Primary Health Care as part of the disease control program in Cuba, has challenges at implementation that need to be studied.

Objective: To explore the opinions of the health stakeholders involved in the implementation of active case finding of tuberculosis in Las Tunas.

Methods: A qualitative study was carried out in two stages, nested in an intervention study in Las Tunas. In the first stage (September-December, 2010) family doctors and nurses in Jobabo and Las Tunas municipalities were interviewed; and in the second stage (March 2012), all program managers (provincial and municipal) and an expert on tuberculosis were interviewed. Deductive and inductive analysis categories were used.

Results: The active case finding of tuberculosis was recognized as a novel procedure associated with the screening for respiratory symptoms among all family members during home visits, classification of the entire population into risk groups and working with vulnerable groups. At the beginning there were barriers to the implementation of this procedure, which was subsequently accepted. Timely diagnosis and increase in the number of cases investigated were the advantages, among others. The lack of time, the increase in workload and the staff turnover were the main difficulties.

Conclusions: This study provides valuable information for implementing this procedure as part of tuberculosis control program. It reveals the gap between the perception of the stakeholders involved in the implementation of health interventions in pilot studies and from those engaged in their implementation.

Keywords: tuberculosis; active research; prevention and control; Primary health care; Cuba.

Recibido: 21/08/2018

Aceptado: 08/03/2019

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa tan antigua como el hombre.⁽¹⁾ Está usualmente asociada a situaciones de vulnerabilidad económica y social de los individuos y constituye en la actualidad un problema para la salud pública mundial.⁽²⁾

La TB constituye la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en adultos, a pesar de ser curable. En el 2016 se estimaron 10.4 millones de enfermos de TB y cerca de 1.4 millones de muertes por TB.⁽²⁾ La detección temprana de casos y el tratamiento son dos de las principales estrategias para controlar la transmisión y reducir la incidencia.⁽³⁾

La estrategia global recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el control de la TB en el período 1994-2005, conocida, como DOTS (Directly Observed Treatment, Short-course, por sus siglas en inglés) o estrategia TAES (tratamiento acortado estrictamente supervisado), incluye entre sus componentes esenciales la detección predominantemente pasiva de casos, es decir, diagnosticar TB entre personas que se presentan a los servicios de salud con síntomas indicativos de la enfermedad.⁽⁴⁾ Desde el inicio de la Estrategia TAES, la OMS y sus colaboradores trabajaron en el desarrollo de políticas y estrategias complementarias de enfrentamiento a las limitaciones remanentes para el logro de los objetivos mundiales de control de la TB.⁽⁵⁾ Tal es el caso de la estrategia “Alto a la TB” (2006-2015), cuya meta era la reducción de la mortalidad en el año 2015 a la mitad de los niveles existentes en 1990.^(6,7)

En la actualidad se desarrolla la estrategia “Fin de la TB”, con el objetivo general de acabar con la epidemia mundial y reducir el número de familias con gastos catastróficos debido a la enfermedad. Las metas de reducción de la tasa de incidencia de la TB como hito para 2020 y 2025 son del 20 % y el 50 %, respectivamente, teniendo como objetivo para 2030 y para 2035 la reducción del 80 % y el 90 % como fin de la TB. Con respecto a los hitos y metas de mortalidad propuestos cada 5 años son: para el 2020, reducción del número de muertes por

TB en un 35 % en comparación con 2015, 2025 en un 75 %, para 2030 en un 90 % y en el 2035 en un 95 %.⁽⁸⁾

Sobre la base de la evidencia disponible de los años 2006-2015, la OMS desarrolló directrices para la detección sistemática de la TB o la identificación de personas con sospecha de TB activa en grupos vulnerables.⁽⁹⁾ La detección sistemática, también llamada búsqueda activa de casos, cuando se implementa, se considera como complemento del enfoque de búsqueda pasiva. Tiene el propósito de asegurar la detección precoz de la TB; reducir el riesgo de obtener pobres resultados en el tratamiento de la enfermedad y las consecuencias sociales y económicas adversas que esta tiene para los pacientes y sobre todo de impactar en la transmisión.⁽⁹⁾

Cuba se encuentra entre los países de América Latina con las más bajas tasas de incidencia de TB.⁽¹⁰⁾ El Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), cuya formulación inicial data de 1963, en cada una de sus etapas ha tenido como meta impactar en los indicadores de la enfermedad.^(11,12) Este ha logrado disminuir la tasa de incidencia de 14,7 por cada 100 000 habitantes en 1995 a 5,8 en 2015.⁽¹³⁾ Dada la situación epidemiológica que presenta la TB en el país, el reto actual del PNCT es lograr la eliminación de la enfermedad como problema de salud (incidencia < 0,1/100 000 habitantes).⁽¹⁴⁾

Teniendo en cuenta las actualizaciones de las guías de la OMS y el resultado de las investigaciones operacionales realizadas por el Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”, se realizaron recomendaciones al PNCT para su fortalecimiento. Entre las que se encuentra reforzar la búsqueda activa como parte de las acciones del programa para la detección de casos de TB, principalmente en grupos de riesgo.⁽¹⁴⁾ Su establecimiento implica retos para su implementación en la Atención Primaria de Salud (APS) que requieren ser estudiados. El objetivo de la presente investigación es explorar las opiniones de los actores de salud involucrados en la implementación de la pesquisa activa de casos de TB en Las Tunas, provincia pionera en la implementación de este procedimiento como parte del Proyecto “Valoración de un conjunto de intervenciones diferenciadas para el control y eliminación de la TB (VALIN)”.

Métodos

Contexto del estudio

El proyecto VALIN da continuidad a los procesos introducidos por dos proyectos de investigación realizados en el marco de colaboración IPK-IMT: “Evaluación de la detección de casos de TB en la Atención Primaria de Salud (EVAL)” y “Aproximación al diagnóstico de la TB con baciloscopia negativa”.

En el proyecto VALIN, se diseñaron un conjunto de estudios de intervención *cuasi* experimentales para evaluar la efectividad de diferentes estrategias de búsqueda activa de casos de TB en contraste con la pasiva en algunos territorios del país en el período 2008-2012.⁽¹⁴⁾

En la provincia Las Tunas el mismo incluyó: a) la búsqueda activa de nuevos casos de TB a partir de los sintomáticos respiratorios o individuos con tos persistente por 21 días o más (SR+21), b) en grupos vulnerables tales como contactos de TB, adultos mayores, alcohólicos, exreclusos, personas viviendo con VIH/sida, personas con afecciones subyacentes (inmunodepresión de cualquier causa, diabetes, desnutrición) y población residente en centros de internamiento prolongado; c) identificados por médicos y enfermeras de la familia durante las visitas programadas al hogar para la atención general integral de sus pacientes; y d) indicación de baciloscopia y cultivo de la primera muestra de esputo a todos los SR+21 identificados.

Inicialmente el procedimiento se implementó por médicos y enfermeras de la familia del municipio Jobabo entrenados a tal efecto, y se extendió de manera progresiva y escalonada al resto de los municipios cada seis meses.

Diseño del estudio

Se realizó un estudio cualitativo a pequeña escala anidado dentro del estudio de intervención *cuasi* experimental llevado a cabo en la provincia Las Tunas.

Métodos de colección de datos y selección de los participantes

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a actores de salud de la provincia de Las Tunas pertenecientes a los niveles de área de salud, municipio y provincia del Sistema Nacional de Salud (SNS) que tuvieron un rol significativo en distintas etapas del proceso de implementación del procedimiento en la provincia. Para la selección de los participantes del estudio se combinaron las estrategias de muestreo de informantes claves y de variación máxima.⁽¹⁵⁾

El estudio se realizó en dos etapas. La primera etapa se llevó a cabo de septiembre a diciembre de 2010. Se seleccionaron los municipios de la provincia en los que se inició la implementación del procedimiento: Jobabo y Las Tunas; y dentro de estos a todos los médicos y enfermeras presentes en los consultorios al momento de la visita y que accedieron a participar. La segunda etapa se llevó a cabo en marzo de 2012. La entrevista se aplicó a una muestra exhaustiva de 34 jefes de programas a nivel municipal y provincial. En todos los casos se exploró: conocimientos relacionados con el procedimiento, la aceptabilidad, ventajas, y dificultades encontradas con este, así como sugerencias para mejorar su implementación.

Además, se realizó una entrevista en profundidad a un experto en el diagnóstico, manejo y tratamiento de casos de tuberculosis para una mayor comprensión del procedimiento de los mecanismos utilizados para su diseminación en los diferentes niveles del SNS y de las etapas de su implementación en la provincia de Las Tunas.

Procesamiento y análisis de los datos

Todas las entrevistas fueron aplicadas por científicos sociales o personal entrenado a tal efecto. Fueron grabadas y transcritas íntegramente. Para el análisis de la información se utilizó el programa QSR NVivo versión 10 (QSR International Pty LTD, Melbourne, Australia, 2010). La técnica utilizada en el análisis de contenido de los datos transcritos fue la de similitud o comparación a partir de su clasificación en categorías de análisis y matrices.⁽¹⁶⁾ Se utilizaron categorías deductivas creadas a partir de las preguntas de investigación. A través del escrutinio interactivo de los datos también se identificaron categorías inductivas para la clasificación de los datos. Se utilizaron dos tipos de triangulación: de información proveniente de los diferentes tipos de actores de salud entrevistados (matrices) y de investigadores (diferentes perspectivas en el análisis).

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue aprobado por la Comisión Científica Especializada de Epidemiología y el Comité de Ética del IPK y del Instituto de Medicina Tropical de Amberes (IMT). La dirección del PNCT recibió información escrita sobre los objetivos y procedimientos de la investigación. Se solicitó el consentimiento informado verbal de todos los entrevistados y se les garantizó el anonimato, la confidencialidad, la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y el uso de la información solo con fines investigativos. En los casos en que no fue posible garantizar completamente el anonimato del entrevistado, esto fue declarado en el consentimiento informado. Los mismos no se incluyeron en las citas textuales.

Resultados

De los 34 actores de salud entrevistados, 23 eran mujeres y 11 hombres. De ellos, 11 eran médicos de la familia, 13 enfermeras de la familia, 9 jefes de programa (8 municipales y 1 provincial) y 1 experto en tuberculosis.

Conocimientos en relación al procedimiento

De manera general la pesquisa activa se consideró por todos los entrevistados como un procedimiento novedoso con relación a la pesquisa usual (pasiva) que se realiza como parte de las acciones del PNCT.

Los médicos y enfermeras de la familia cuando describían el procedimientos refirieron solo algunos de los elementos establecidos por el PNCT tales como: la identificación de SR+21 en el hogar mediante las visitas de terreno y la dispensarización de grupos vulnerables o de riesgo.

El discurso de los entrevistados develó falta de claridad sobre algunos aspectos del proceso de implementación del procedimiento, tales como la fecha de inicio, las similitudes y diferencias del procedimiento para la pesquisa de casos de TB propuesto por el proyecto VALIN y la propuesta del proyecto de “Fortalecimiento del programa de Control de la Tuberculosis en la República de Cuba” o Ronda 7. Este último, fue subvencionado por el Fondo Mundial de Lucha Contra el sida, la Tuberculosis y la Malaria en su Ronda 7 e implementado en el mismo período (2009- 2013). Tenía entre sus objetivos la intervención en grupos vulnerables y asentamientos críticos.⁽¹⁴⁾

"Del proyecto VALIN he estado un poquito más alejado, es decir, tengo más conocimiento del proyecto ronda 7. Hubo un divorcio también por problemas ajenos,...el VALIN comenzó primero que el Ronda 7. Por eso las personas confunden un proyecto con el otro. Las pesquisas activas normalmente las hacen con el Ronda 7 buscando a los asintomáticos dentro de los grupos vulnerables" [Jefe de programa].

Aceptabilidad del procedimiento y ventajas percibidas

La pesquisa activa de forma general fue valorada de manera positiva por los entrevistados. Los mismos reconocieron su importancia y los resultados que se obtuvieron posteriores a su puesta en práctica.

"Yo creo que cuando se interiorizó bien el objetivo de la pesquisa activa y se logró que los médicos lo incorporaran a sus actividades del terreno, tuvo una

buena aceptación de forma general. Ya después de que se inserta el programa ya uno lo va llevando como algo cotidiano y pienso que nos ayuda bastante."

[Médico de familia, Las Tunas].

Las ventajas percibidas por el personal de salud fueron: la detección precoz de los SR+21; el incremento del número de casos pesquisados; el diagnóstico oportuno para aquellos que no acuden al consultorio médico con frecuencia; mejor control dentro los grupos de riesgo; más acercamiento a los pacientes y sus familiares, la posibilidad de capacitación y entrenamiento en TB; además de la experiencia en el terreno como profesionales de la salud. Todo ello expresado de la siguiente manera:

"Yo pienso que la mayor ventaja que tiene [el procedimiento] es detectar precozmente los casos" [Jefe de Programa].

"Me ofrece ventajas porque adquiero más conocimiento, realizar la pesquisa y conocer los casos de mi comunidad y los pacientes con catarro" [Enfermera de familia, Jobabo].

"Tuvo ventajas, claro, porque nosotras las enfermeras elevamos el conocimiento, nos acercamos más al enfermo que no va al consultorio médico a ser atendido..." [Enfermera de familia, Jobabo].

"No todos acuden cuando están enfermos, por ejemplo, los alcohólicos que no van a acudir a recibir atención, por lo que es importante la acción de buscar" [Jefe de programa].

Los entrevistados coincidieron en que al inicio de la implementación de la búsqueda activa de casos de TB hubo resistencia al cambio por parte del Equipo Básico de Salud. El discurso de los médicos y enfermeras de la familia devela como principales causas de resistencia a implementar el procedimiento: la carga de trabajo adicional que podría representar para ellos, la desmotivación con la actividad y la exigencia proveniente de los diferentes programas de salud que se implementan en la APS. Sin embargo, los jefes de programa argumentan la falta de sentido de pertenencia de quienes deben implementar la pesquisa, como se ilustra en las siguientes citas:

"...todo el mundo exige por su trabajo y es una carga más de trabajo, reportar la pesquisa y reportar los SR+21, hacer el terreno pero cuando se le exige por eso se atiborra y cuando uno lo ve esta atiborrado". [Médico de familia, Las Tunas].

"...yo siento que el personal de salud no ha asimilado esta actividad con el sentido de pertenencia que nos hubiera gustado que lo hiciera... Yo creo que la gente no interioriza que lo principal que tiene como programa es buscar los

casos...no interiorizan que es buscando los casos va a disminuir la enfermedad”

[Jefe de Programa].

La capacitación del personal involucrado sobre la pesquisa activa, su puesta en práctica y el intercambio con los supervisores del programa trajo consigo un balance favorable hacia los beneficios percibidos por los médicos y enfermeras de la familia en relación con su trabajo; hecho que se expresa en la siguiente cita:

“Es cierto que muchos médicos tuvimos una mala interpretación de en qué consistía este procedimiento, quizás no se dio bien la información de en qué consistía esta estrategia de trabajo, pensábamos que se trataba de una nueva tarea más para el médico y usted sabe que nuestro trabajo cada vez se hace más complejo por la mayor cantidad de población que tenemos que atender. Pero creo que cuando se interiorizó bien el objetivo de la pesquisa activa y se logró que los médicos lo incorporaran a sus actividades del terreno, la cosa cambió, tuvo una buena aceptación de forma general” [Médico de familia, Las Tunas].

Asimismo, tanto médicos, como enfermeras y jefes de programa manifestaron la aceptación de la población con relación al procedimiento en tanto refleja la preocupación de los médicos de la familia y del sistema de salud por la población. No obstante, se hace referencia a insatisfacciones de algunos pacientes con relación a la lejanía del laboratorio para la realización del examen de diagnóstico a las personas sospechosas de TB, y los tabúes que aún persisten con relación a la enfermedad. Situaciones ante las cuales los médicos y enfermeras trazaron sus propias estrategias:

“...creo que sí, a la gente le gusta esto, incluso creo que hasta se han adaptado...” [Jefe de Programa].

“Los pacientes aceptaron esto bien porque vieron mi preocupación por la familia, primero se quejaban porque el laboratorio estaba lejos pero con el convencimiento y la entrega mía los convencía y asistían y los que no asistían al laboratorio yo la llevaba” [Enfermera de familia, Jobabo].

“...la aceptación de la población ha sido mucho mejor, o sea ven el interés del sistema de salud en general hacia la búsqueda, es decir, el interés que tiene el sistema de salud como tal de buscar, del personal de salud en llegar a estas personas que pudieran representar un riesgo de enfermarse de tuberculosis”. [Médico de familia, Las Tunas].

“...a algunos no le gustaba estar recogiendo muestras de esputos pero a muchos se las llevé. Otras personas tienen tabúes en cuanto a la enfermedad y le dificulta a veces llegar hasta el consultorio o al laboratorio...” [Médico de familia, Las Tunas].

Para lograr una mayor aceptación de la búsqueda activa de casos por parte de los pacientes, también se contó con el apoyo de la familia que ocupó un rol significativo con el acompañamiento del enfermo en cada una de las etapas del proceso:

“Los familiares siempre están muy agradecidos, ellos cooperan mucho para que el paciente se realice los análisis y siempre nos preguntan sobre la enfermedad, no solo la tuberculosis sino otras, están siempre interesados por saber y apoyan nuestro trabajo” [Enfermera de familia, Las Tunas].

“Los familiares siempre nos apoyan y nos agradecen nuestro trabajo, nuestras visitas, para ellos es muy importante saber que nosotros nos preocupamos por la salud de los familiares, están pendiente de sus familiares para que se hagan los análisis” [Médico de familia, Las Tunas].

Fue identificado también por los implementadores ventajas para los pacientes, las cuales estuvieron relacionadas con la posibilidad de ser dispensarizado como grupo de riesgo, visitado en el hogar y de ser pesquisado en caso de sospecha de TB. Lo cual permite un diagnóstico y tratamiento rápido cuando no hay búsqueda de asistencia médica por parte del paciente. Este último, además, se empodera sobre su enfermedad y aumenta su percepción de riesgo, como reflejan las siguientes citas:

“...en el procedimiento anterior el paciente iba por su cuenta al sentirse mal al consultorio, a veces muy tarde, con los síntomas respiratorios de muchos días, ahora con este procedimiento el médico llega hasta la casa del paciente” [Médico de familia, Las Tunas].

“...el paciente adquiere mayor conocimiento, más percepción del riesgo” [Enfermera de familia, Jobabo].

“...cuando se visita si el paciente tiene síntomas respiratorios se le explica cómo tomar la muestra y el proceso de seguimiento; otra ventaja es que el paciente no tiene que ir al consultorio médico de la familia y en su hogar se siente mejor” [Enfermera de familia, Las Tunas].

Dificultades en la implementación del procedimiento

Al explorar las dificultades que percibían los actores de salud con la implementación del procedimiento estas se relacionaron con: 1) el SNS y la organización de los servicios del PNCT; 2) los médicos y enfermeras de la familia responsables de la implementación (cuadro).

Cuadro - Dificultades en la implementación del procedimiento identificadas por los actores involucrados de los niveles de atención primaria, municipio y provincia

Tipo de actor de salud	Dificultades relacionadas con	
	SNS y organización del PNCT	Médicos y enfermeras
Jefes de programas	<ul style="list-style-type: none"> - Fluctuación de personal - Dificultades en la entrega de la información sobre el PNCT al personal de nueva incorporación 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivación con la actividad - Resistencia al cambio - Falta de capacitación con relación a los nuevos procedimientos de la pesquisa activa
Médicos y enfermeras de la familia	<ul style="list-style-type: none"> - Incremento de la carga de trabajo - Dificultad en la gestión de recursos materiales (ej. microscopios, medicamentos, prueba cutánea de la tuberculina o método de Mantoux y modelos de registro) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de conocimiento sobre las particularidades del procedimiento en el proyecto VALIN

Algunos de los elementos mencionados están relacionados entre sí como, por ejemplo, la fluctuación del personal y las dificultades en la entrega de la información sobre el PNCT, expresado por los entrevistados de la siguiente manera:

“...los médicos y las enfermeras también cambiaban [rotación del personal], usted iba un mes, capacitaba a unos y cuando regresaba habían otros, y ni se entregaban [los documentos o datos que tenían del trabajo anterior realizado] y el trabajo se perdía.” [Jefe de Programa].

Recomendaciones para mejorar la implementación

Las recomendaciones se concentraron fundamentalmente en los médicos y enfermeras de la familia: incrementar la entrega de la información sobre el programa al personal de reciente incorporación; el cumplimiento con lo que está pautado por los jefes de programas; el incremento del sentido de pertenencia y compromiso con sus pacientes y el proyecto VALIN; la organización del trabajo de manera que de salida a las actividades de varios programas; y trabajar con más amor en la educación a los pacientes para lograr mejores resultados, como se señala a continuación:

“...es importante la entrega de un consultorio con calidad, al médico que va a recibir... El personal de salud debe organizar mejor su trabajo para poder realizar este procedimiento con calidad...” [Médico de familia, Las Tunas].

“Se debe de organizar porque el trabajo del consultorio médico de la familia es diverso y casi no tenemos tiempo” [Enfermera de familia, Jobabo].

“Que exista un sentido de pertenencia de los gestores de salud” [Jefe de Programa]

“... si los educamos más [a las personas] en cuanto a la enfermedad pudiéramos lograr más resultados en el programa” [Jefe de Programa].

Al PNCT se le recomendó la capacitación continuada del personal a los diferentes niveles; el aseguramiento de las acciones del programa en término de recursos materiales; y la entrega de reconocimientos a los colectivos o municipios con buenos resultados.

“Capacitación del personal, a ese personal que llega nuevo hay que capacitarlo y si usted va entrar nuevo tienes que saber qué hacer, cómo lo va llevar” [Jefe del Programa].

“...que los recursos de cosas puntuales como microscopios es importante, que el proyecto en la medida que pueda aporte y colabore con eso... Tratar de hacer reconocimientos o certificados, para que la gente se motive. Negociar con algunas empresas y nos faciliten algunos recursos, máquinas de afeitar, hojas, lo que sea para reconocer a las personas” [Jefe de Programa].

Además, se sugirió la reevaluación del número de personas por médico y enfermera de la familia establecido por el SNS.

“...que la cantidad de personas que pertenece a cada consultorio se corresponda con nuestras posibilidades de trabajo, o sea, como era antes, el médico de ciento veinte familia” [Médico de familia, Las Tunas].

Discusión

La metodología cualitativa utilizada aporta una perspectiva diferente a la que se utiliza tradicionalmente en la evaluación. Pone el énfasis en la implementación del procedimiento de la pesquisa activa y la identificación de las principales dificultades y cuellos de botella encontrados por los actores involucrados, más que en los resultados en términos de indicadores de salud.

Para incrementar el rigor interpretativo en la investigación y la credibilidad de los datos obtenidos se tuvieron en cuenta varios de los criterios de calidad en la investigación cualitativa propuestos en la literatura;⁽¹⁷⁾ a saber: empleo de una estrategia de muestreo de variación máxima que incluyó todos los tipos de actores de salud involucrados en la implementación⁽¹⁵⁾ y la triangulación de investigadores en el análisis de los datos.

Aunque al inicio de la implementación de la pesquisa activa de casos de TB hubo resistencia al cambio, de forma general el procedimiento fue aceptado de manera progresiva. El personal involucrado en la implementación mostró un conocimiento limitado de los elementos incluidos en el procedimiento. No obstante, este fue percibido como novedoso con relación al de la pesquisa pasiva. Se le reconocieron ventajas comparativas como: incremento del número de casos pesquisados, diagnóstico oportuno y mayor acercamiento a pacientes y familiares. También se identificaron dificultades como la poca disponibilidad de tiempo de los médicos y enfermeras de la familia, la fluctuación del personal de salud y el incremento de la carga de trabajo. Asimismo, el estudio develó, que la atención personalizada a los pacientes y sus familiares que genera búsqueda activa de casos de TB, pudiera estar reforzando estigmas persistentes en la población cubana en relación con la enfermedad.

Estos resultados muestran la importancia de estudiar las opiniones de los actores de salud involucrados en la implementación de innovaciones de salud (por ejemplo: idea, producto, práctica o servicio considerado como nuevo para sus usuarios potenciales)^(18,19) como lo es el procedimiento de búsqueda activa de casos de TB.

La TB se ha convertido en una de las enfermedades reemergentes de las últimas décadas de este siglo.⁽²⁰⁾ Aunque no en la misma medida, Cuba no ha estado ajena a este fenómeno⁽²¹⁾ y ha tenido, además, que enfrentar el impacto de la crisis económica de la década del 90 del siglo XX, que afectó el sector salud como a otros sectores y a la sociedad cubana en general.⁽²²⁾ No obstante, se encuentra entre los países de América con las más bajas tasas de incidencia de TB.⁽²³⁾

El PNCT cuenta con amplia experiencia en la implementación de distintas estrategias de prevención y control de la enfermedad a la luz de las políticas y normativas establecidas por la OMS/OPS desde 1948.⁽²⁴⁾ El descenso en las tasas de incidencia de la TB desde la fundación del programa cubano en 1963 hasta la actualidad, muestra la capacidad para incorporar los avances científico-técnicos en la prevención y control de la enfermedad; los cambios sociales, políticos y del sistema de salud pública a lo largo de los años y la evolución de la situación epidemiológica en relación con la enfermedad en el país.⁽²⁵⁾ Las modificaciones introducidas al PNCT reflejan el esfuerzo del Ministerio de Salud Pública cubano por recuperar la prioridad

de los programas de control, y perfeccionar el estado de alerta del personal de la APS.⁽²⁶⁾ Estas modificaciones requieren no solo el seguimiento de la evolución de los indicadores de la enfermedad, sino también el estudio de las percepciones de los actores involucrados en la implementación de las mismas.

Al decir de algunos autores, las modificaciones que se introducen en los programas de salud, ya sea a nivel organizacional, poblacional o individual, siempre generan resistencias que pueden afectar el desarrollo de ellos.⁽²⁷⁾ Estas modificaciones pueden ser valoradas en sus inicios como una amenaza, pero también pueden representar nuevas oportunidades o desafíos, como se ilustra en el presente trabajo.

Las intervenciones de salud, si bien efectivas, deben ser lo suficientemente flexibles y dinámicas para dar respuesta a la organización de los servicios de salud y a las necesidades particulares de los actores involucrados en su implementación. Estas no pueden verse como un conjunto de componentes aislados, sino como intervenciones complejas, sensibles a las características del contexto o a las circunstancias en las que se conciben, desarrollan, implementan y evalúan.⁽²⁸⁾

La idea de la complejidad de las intervenciones de salud tiene sus raíces en la teoría sobre la difusión de innovaciones o ideas, productos, prácticas o servicios considerados como nuevos para sus usuarios potenciales;⁽¹⁸⁾ en la cual la complejidad se define no solo en relación con la experticia y las habilidades de los proveedores de salud, sino con el grado en que la intervención es percibida como difícil de entender y de utilizar por los usuarios organizacionales e individuales.⁽²⁹⁾ Estudios de conducidos en Cuba sobre la implementación de innovaciones de salud en condiciones reales de programa, informan resistencias al cambio asociadas a elementos subjetivos como las percepción de incompatibilidad de la intervención con las acciones de rutina y de incremento en la carga de trabajo de los actores involucrados,⁽³⁰⁾ por solo mencionar algunos.

Por este motivo la capacitación del personal a todos los niveles se convierte en un pilar importante para su implementación. Según *Cotes*, la capacitación es como un proceso que debe estar ligado a las intervenciones, antes y durante la puesta en práctica, de manera que el resultado obtenido sea de beneficio tanto para los prestadores de servicios como para quienes lo reciben.⁽³¹⁾ Particularmente, la capacitación pondría el rol social del equipo básico de salud al servicio de la concientización y la movilización de las personas con sospecha de TB en la comunidad donde se encuentra insertado el equipo.⁽³²⁾

Por último, y no menos importante, el presente trabajo sugiere que aunque existe en la población cubana una amplia cultura de salud, aún persisten prejuicios y estigmas asociados a la TB. Estos pudieran estar influyendo en que las personas susceptibles, fundamentalmente de grupos vulnerables, no busquen asistencia médica temprana. Si bien es cierto que el procedimiento de búsqueda activa de casos de TB posibilita el diagnóstico precoz, al tratamiento y cura de estos pacientes, también podría contribuir a la visibilización y, consecuentemente, a la estigmatización de estos. Similares hallazgos se informaron por primera vez explícitamente en un estudio de percepciones de pacientes de TB en la India.⁽³³⁾ La visibilización y estigmatización que pueden generar las acciones para el diagnóstico y tratamiento de la TB debe ser estudiado con mayor profundidad y en diferentes contextos.

Conclusiones

El estudio realizado proporciona información valiosa al PNCT para la implementación de la pesquisa activa de casos de TB como parte de las acciones de rutina del programa a escala nacional. De igual manera, devela la brecha entre la percepción de los actores involucrados en la implementación de intervenciones en salud en estudios pilotos y la que tienen los implicados en su puesta en práctica.

Agradecimientos

Agradecemos a la doctora Francine Matthys † del Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica, por su participación en el diseño e implementación del estudio de intervención y la concepción de esta investigación. También agradecemos al doctor Pierre Lefèvre por sus contribuciones en el diseño de este estudio.

Referencias bibliográficas

1. Paneque Ramos E, Rojas Rodríguez LY, Pérez Loyola M. La Tuberculosis a través de la Historia: un enemigo de la humanidad. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2018;17(3):353-63.

2. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva, Switzerland WHO/HTM/TB. 2017 [access 2018/08/20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>
3. Torres-Duque CA, Alcalá ZMF, Rendón A, Migliori GB. Hoja de ruta para la eliminación de la tuberculosis en Latinoamérica y el Caribe. Archivos de Bronconeumología. 2018;54(1):7-9.
4. Lorenzo Rubio JL, Martín G, González R, González Q, Sanz ER. Tuberculosis: un problema social. Gaceta Médica Espirituana. 2017;4(1):6.
5. Santos-Preciado JI, Franco-Paredes C. Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES o DOTS) para tuberculosis en poblaciones con niveles moderados de farmacorresistencia: perspectiva del impacto internacional. Revista de investigación clínica. 2005;57(3):488-90.
6. Organización Mundial de la Salud. Consejo Ejecutivo. Estrategia mundial y metas para la prevención, la atención y el control de la tuberculosis después de 2015: Informe de la Secretaría. Geneva: OMS; 2014.
7. World Health Organization. The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis. WHO/HTM/STB/20102. Geneva: WHO; 2010.
8. World Health Organization. Implementing the end TB strategy: the essentials. Geneva: World Health Organization; 2015. 9241509937.
9. Lönnroth K, Corbett E, Golub J, Godfrey-Faussett P, Uplekar M, Weil D, et al. Systematic screening for active tuberculosis: rationale, definitions and key considerations [State of the art series. Active case finding/screening. Number 1 in the series]. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. 2013;17(3):289-98.
10. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Google Scholar 2018 [access 2018/08/20]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259366/1/9789241565516-eng.pdf?ua=1>
11. Candelaria SR, Llanes LG, Ranero VM. Evaluación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en Bauta. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2015;52(1):98-105.
12. Zubiadut Rodríguez H. Evaluación del cumplimiento del programa de control de la tuberculosis en el municipio Marianao, año 1999: Tesis de maestría]. La Habana: ENSAP; 2000.
13. República de Cuba. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud, 2015. 2016 [acceso 17/082018]. Available from: www.sld.cu/sitios/dne/

14. González Ochoa E, Díaz Rodríguez R, Suárez Alvarez L, Abreu Suárez G, Armas Pérez L, Beldarraín Chaple E, et al. Eliminación de la tuberculosis en Cuba: contribuciones recientes, resultados y desafíos. *Revista Cubana de Medicina Tropical* 2017 [access 2018/08/20];69(3):1-25. Available from: http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v69n3/a10_260.pdf.
15. Quinn Patton M. *Qualitative research and evaluation methods*. California: Sage Publications; 2002.
16. Maxwell JA, Miller BA. Categorizing and connecting strategies in qualitative data analysis. *New York: Handbook of Emergent Methods*; 2008. p. 461-77.
17. Kitto SC, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research. *Medical Journal of Australia*. 2008;188(4):243.
18. Pérez Sánchez A, Paredes Esponda E, León Rodríguez A, Pérez de Hoz G. Impacto de la innovación tecnológica en el desarrollo de la salud cubana. *Infodir*. 2017;13(24):41-53.
19. Ojeda RM, Bermejo PM, Serrate PC-F, Mariño CA, Onega NCV, Castillo DD, et al. Transformaciones en el sistema de salud en Cuba y estrategias actuales para su consolidación y sostenibilidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2018;42:e25.
20. Mulet NL, García LS. Enfermedades emergentes y reemergentes: una problemática del presente. *Correo Científico Médico de Holguín*. 2015;19(2):320-2.
21. Tapia González M. La tuberculosis pulmonar, enfermedad reemergente en Cuba. *Revista Cubana Dr Zoilo E Marinello Vidaurreta*. 2014;39(1).
22. Sanabria Ramos G, Pupo Ávila NL, Pérez Parra S, Ochoa Soto R, Carvajal Rodríguez C, Fernández Nieves Y. Seis décadas de avances y retos para la promoción de la salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2018;44:e1453.
23. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. VII Reunión Regional de países de baja incidencia de tuberculosis de las Américas. 2015 [acceso 9/08/2018]. Available from: http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=34740&lang=es
24. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 277/2014. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Manual de normas y procedimientos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2014 [acceso 9/08/2018]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/tuberculosis/programa_2015.pdf.
25. Marrero Figueroa A. Veinte años después de la declaración de la tuberculosis por la OMS, como una emergencia de salud pública mundial. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*. 2014 [acceso 9/08/2018];52(1):[1-3. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032014000100001&nrm=iso

26. Beldarraín Chaple E, Morales Hernández N. Comportamiento de la tuberculosis en la década de 1990 en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2015;41:441-58.
27. Lachi Paima G. Análisis de la resistencia al cambio de los trabajadores de la Dirección Regional de Salud Loreto, en las oficinas de Economía y Logística, periodo 2016.. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016 [acceso 9/08/2018]. Disponible en: <http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/4829>
28. Craig P, Di Ruggiero E, Frolich KL, Mykhalovskiy E, White M, Campbell R, et al. Taking account of context in population health intervention research: guidance for producers, users and funders of research. 2018. DOI: 10.3310/CIHR-NIHR-01
29. Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock R. How to spread good ideas. A systematic review of the literature on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation. London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO); 2004.
30. Pérez D, Castro M, Álvarez ÁM, Sánchez L, Toledo ME, Matos D, et al. Traslación a la práctica de estrategias de empoderamiento en la prevención del dengue: facilitadores y barreras. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2016;39:93-100.
31. Cotes J. Implementación de un Programa de Sensibilización. Análisis del proceso de ajuste de un taller de Sensibilización de Cultura Organizacional y Gestión del Cambio implementado en una Institución pública chilena. Santiago, Chile: Universidad de Chile; 2013.
32. Bersin J. The training measurement book: Best practices, proven methodologies, and practical approaches. New York: John Wiley & Sons; 2008.
33. Yellappa V, Lefèvre P, Battaglioli T, Narayanan D, Stuyft P. Coping with tuberculosis and directly observed treatment: a qualitative study among patients from South India. *BMC Health Services Research*. 2016;16(1):283.

Conflicto de intereses

No se declara conflicto de intereses