

ARTÍCULO ORIGINAL

Calidad de la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el Policlínico Universitario "José Martí"

Quality in the implementation of the National Program of Tuberculosis Control in "José Martí" University Polyclinic

Dr. Serguei Duarte Grandales, MsC. Yanara Toledano Grave de Peralta, MsC. Dina Lafargue Mayo, MsC. Ernestina del Campo Mulet y MsC. Maira Cuba García

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y de corte transversal, a fin de evaluar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí" de Santiago de Cuba, durante el año 2010, para lo cual se aplicó la metodología propuesta por la Facultad de Salud Pública de La Habana. Fueron valorados la estructura, el proceso y los resultados, sobre la base de criterios, indicadores y estándares, según lo establecido en el Programa y los criterios de expertos. Los resultados demostraron que existían algunas deficiencias en la ejecución y vigilancia del Programa, debido al desconocimiento del personal médico y de enfermería acerca de las medidas de control de la enfermedad, con insuficiencias importantes en cuanto a la pesquisa y el estudio de personas con sospecha de la infección, por lo que se retardaba el diagnóstico de los afectados, con el consiguiente incremento del tiempo en que permanecían contagiados, a pesar de tener buenas condiciones objetivas para llevarlo a cabo. Solo fue diagnosticado 75,0 % de los afectados en la atención primaria, y en sentido general el cumplimiento del Programa fue evaluado como deficiente, por lo que se recomendó insistir en la capacitación de los profesionales de la salud, de modo que se eleve la competencia de ellos al respecto.

Palabras clave: tuberculosis, Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, atención primaria de salud.

ABSTRACT

An observational, descriptive and cross-sectional investigation was carried out, in order to evaluate the quality in the implementation of the National Program of Tuberculosis Control in the health area from "José Martí" University Polyclinic in Santiago de Cuba, during the year 2010, for which the methodology proposed by the Public Health Faculty from Havana was applied. The structure, process and the results were evaluated, on the basis of criteria, indicators and standards, according to the Program and the experts' criteria. The results demonstrated that some deficiencies existed in the implementation and surveillance of the Program, due to the medical and nursing staff 's ignorance on the control measures of the disease, with remarkable inadequacies as for the screening and the study of patients candidates for the infection, so that the diagnosis of those patients affected was delayed, with the subsequent increment of time during which they remained contaminated, in spite of having good objective conditions to be carry out. Only 75.0% of the affected patients was diagnosed in the primary care, and in general the implementation of the Program was evaluated as inadequate, so that it was

recommended to insist in the training of the health professionals, so that their competence rises in this respect.

Key words: tuberculosis, National Program of Tuberculosis Control, primary health care.

INTRODUCCIÓN

La atención primaria de salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas -- científicamente fundados y socialmente aceptables --, y puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la población y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

De hecho, la atención primaria forma parte íntegramente, tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Igualmente representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con dicho Sistema, pues se lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, lo cual constituye el primer elemento de un proceso de asistencia sanitaria.¹ Este pacto con la nación de velar por la salud de la población, se mantiene mejor si los conceptos de calidad y mejoras en la calidad son entendidos y adoptados.

La calidad en la salud pública es el grado en el que las políticas públicas, los programas, los servicios y la investigación para la población causan el incremento en los resultados de salud deseados y en las condiciones propicias para que los habitantes sean saludables.²

El tema de la calidad parte de los propósitos y los requisitos establecidos que debe cumplir cualquier organización, así como de la satisfacción de las necesidades de las personas a las cuales se brinda un servicio. En materia de salud, dar una respuesta efectiva a los problemas o las situaciones de salud que inciden sobre una población y sus individuos, identificados por ellos o no, mediante la aplicación de normas, procedimientos y protocolos diagnóstico-terapéuticos necesarios, así como la verificación de los instrumentos y medios médicos que se utilizan.³

Para ser de alta calidad, los servicios sanitarios tienen que ser eficaces, accesibles, aceptables, equitativos y seguros. La capacidad para asegurar la calidad de la atención — ya sea a pacientes con problemas de salud agudos, crónicos o de emergencia —, depende de los elementos fundamentales que conforman los sistemas de salud.⁴

Por ello es necesario evaluar la calidad en la ejecución de los diferentes programas, que el Ministerio de Salud Pública de Cuba (MINSAP) ha creado, con el fin de alcanzar el nivel más elevado de bienestar y salud que merece el pueblo cubano. Entre los programas priorizados por el MINSAP se encuentra el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis.

Existe un denominado Plan Estratégico Regional, que tiene como misión asegurar que cada paciente con tuberculosis (TB) tenga pleno acceso al diagnóstico y tratamiento con calidad, a fin de reducir la carga mundial de la enfermedad para el año 2015, en consonancia con los objetivos de desarrollo del milenio y las metas de la Alianza Alto a la Tuberculosis.^{5,6}

Al finalizar el año 2010, Cuba mostró una incidencia de 781 casos nuevos, para una tasa de 7,0 por 10⁵ habitantes. Específicamente la provincia de Santiago de Cuba tuvo una tasa de 5,5 por 10⁵ ciudadanos, algo superior a la de 5,1 por 10⁵ habitantes del 2009. El municipio de Santiago de Cuba alcanzó una tasa de 7,8 por 10⁵ pobladores, en el cual el área de salud del Distrito Urbano "José Martí" finalizó con una tasa de 13,8 por cada 10⁵ personas.⁷

Dadas la manifestación epidemiológica de la tuberculosis y las dificultades operacionales del Programa en el mencionado municipio, surgieron las interrogantes: ¿se ejecutan correctamente las acciones del programa de control y prevención para esta enfermedad? ¿Es adecuada la competencia de los profesionales sanitarios al respecto? ¿Se desarrollan suficientes actividades de promoción y educación para la salud? ¿Se cuenta con los recursos suficientes para el desarrollo del Programa?

Según la opinión de los autores de este trabajo, existían deficiencias en la implementación del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis que atentaban contra la calidad de la atención a los pacientes en tratamiento y a la población de riesgo; de ahí que esta investigación se fundamentara en determinar cuáles eran las principales causas que dificultaban la ejecución y vigilancia del Programa, y con ello se persiguió contribuir al cumplimiento y la mejoría de sus resultados.

MÉTODOS

Se realizó una investigación observacional, descriptiva y de corte transversal, para evaluar la calidad en la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis en el área de salud del Policlínico Universitario "José Martí" del municipio de Santiago de Cuba, durante el año 2010, donde se cuenta con médicos y enfermeras de la familia que realizan sus atenciones médicas en 58 consultorios médicos de la familia. Para llevar a cabo el estudio, se utilizó la metodología establecida en la evaluación de la calidad para la atención primaria de salud, propuesta por la Facultad de Salud Pública de Ciudad de La Habana.⁸

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos como componentes del estudio:

I-Dimensión a estudiar

– Calidad científico-técnica

Competencia profesional (nivel de conocimientos de médicos y enfermeras).

Desempeño: No se evaluó por el tiempo tan breve en que se hizo la investigación.

– Satisfacción de los profesionales (médicos y enfermeras) con la labor que desempeñan en el Programa y de los pacientes con la atención recibida.

II- Unidades del estudio

– Usuarios: Pacientes con tuberculosis (8) diagnosticados en el área de salud.

– Profesionales: Médicos (58) y enfermeras (58) que se encontraban laborando en el área.

III- Identificación de los casos

– De base institucional

– Los consultorios médicos del área de salud

IV- Relación temporal

Evaluación concurrente para la estructura y nivel de competencia y retrospectiva para los resultados del programa.

V- Tipos de datos

Se tuvieron en cuenta datos referentes a estructura, proceso y resultado.

- Estructura: Recursos humanos y materiales.
- Proceso: Se evaluó la competencia profesional de médicos y enfermeras del área de salud del Distrito Urbano "José Martí", así como los indicadores operacionales del Programa.
- Resultados: Se evaluó el nivel de satisfacción de profesionales y pacientes con respecto al Programa.

VI- Fuente de datos

- Acta de fondos fijos y medios básicos
- Plantilla del puesto médico
- Examen de competencia profesional (a médicos y enfermeras)
- Registros estadísticos para evaluar los resultados del Programa
- Registro de Laboratorio
- Encuestas epidemiológicas
- Encuesta de satisfacción a profesionales y pacientes

VII- Tipo de revisión

Evaluación externa, puesto que el evaluador no forma parte de la institución.

VIII- Tipos de criterios

- Criterios explícitos normativos y descriptivos
- Criterios implícitos

IX- Otros criterios (de inclusión)

- Para los pacientes
 - Haber sido diagnosticado y notificado como afectado por tuberculosis en el período seleccionado.
 - Encontrarse en el área de salud.
 - Voluntariedad a participar en el estudio.
- Para los profesionales
 - Ser médico y enfermera del área de salud.
 - Voluntariedad a participar en el estudio.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se procedió a evaluar la estructura, el proceso y los resultados, sobre la base de criterios, indicadores y estándares, según lo establecido en el Programa, para algunos de estos, y los criterios de expertos para otros. Con vistas a verificar la estructura, se realizaron una entrevista al Jefe de Departamento de Recursos Humanos de la institución, y el control de fondos fijos y medios básicos.

A fin de validar la calidad científico-técnica, se confeccionó un cuestionario que permitiera identificar el nivel de conocimientos sobre las actividades a desarrollar en el Programa, conjuntamente por el médico y la enfermera, previo consentimiento del Departamento de Posgrado de la Facultad de Medicina No. 1 de la Universidad de Ciencias Médicas.

Se efectuó una revisión de los registros estadísticos y del laboratorio, para evaluar los indicadores operacionales del Programa. En la satisfacción laboral, se efectuó una encuesta dirigida a médicos y enfermeras, previa aceptación voluntaria de ellos.

La información fue procesada de forma computarizada en un equipo Intel Pentium 5, con microprocesador a 3,2 Ghz, y expresada en frecuencias absolutas, las cuales se plasmaron en tablas para la mejor comprensión de los resultados. Como medida de resumen se utilizó el porcentaje.

Igualmente, las evaluaciones de la calidad se clasificaron como aceptable o adecuada (A) o inaceptable o inadecuada (I), según los estándares establecidos en cada caso.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra lo hallado en los consultorios médicos. En este sentido los locales eran adecuados y se contaba con el personal médico y de enfermería, pero del mismo modo, no se disponía del Programa de Control de la Tuberculosis, ni de frascos para recoger la primera muestra.

Tabla 1. Estructura de los consultorios médicos de la familia

Criterio	Indicador		Estándar %	Evaluación A o I
	No.	%		
Médico de familia laborando	58	100,0	95	A
Enfermero de familia laborando	58	100,0	95	A
Local de consulta adecuado	58	100,0	95	A
Programa de control disponible			95	I
Disponibilidad de frascos			95	I
Tarjeta de control disponible			100	I

Se constató que solo 3 de los 9 indicadores que se evaluaron en la competencia profesional de los médicos (tabla 2), resultaron adecuados, a saber: el conocimiento de los grupos de riesgo, los síntomas y signos de la enfermedad y las medidas a aplicar en la prevención de esta. El resto de los criterios fueron evaluados como inadecuados, con porcentajes que oscilaron de 68,9 a 86,2, para un estándar de 90 %.

Tabla 2. Competencia profesional de los médicos

Criterio	Indicador		Estándar %	Evaluación A o I
	No.	%		
Grupo de riesgo	53	91,3	90	A
Pesquisa para fuente de contagio	49	84,5	90	I
Clasificación de la TB	50	86,2	90	I
Síntomas y signos	54	93,1	90	A
Afirmaciones correctas sobre la PT	40	68,9	90	I
Medidas a aplicar en la prevención	53	91,3	90	A
Atención al enfermo	40	68,9	90	I
Tratamiento	48	82,7	90	I
Quimioprofilaxis	42	72,4	90	I

Fuente: examen de competencia

Leyenda. PT: prueba de tuberculina

De los indicadores evaluados en la competencia profesional de las enfermeras, solamente 28,6 % tuvieron resultados adecuados (2 de los 7). En los indicadores inadecuados se apreció gran similitud con los del personal médico, los que incluyeron la pesquisa, el tratamiento y la quimioprofilaxis, así como las medidas preventivas (tabla 3).

Tabla 3. Competencia profesional de enfermeras

Criterio	Indicador		Estándar %	Evaluación A o I
	No.	%		
Grupo de riesgo	54	93,1	90	A
Pesquisa para fuente de contagio	42	72,4	90	I
Afirmaciones correctas sobre la PT	52	89,6	90	I
Medidas a aplicar en la prevención	45	77,5	90	I
Atención al enfermo	53	91,3	90	A
Tratamiento	39	67,2	90	I
Quimioprofilaxis	41	70,6	90	I

Fuente: examen de competencia

Leyenda. PT: prueba de tuberculina

Para evaluar los indicadores operacionales del Programa (tabla 4), se utilizaron 7 criterios, de los cuales, 2 (28,6 %) alcanzaron una evaluación adecuada de la calidad y 5 (71,4 %) obtuvieron una evaluación inadecuada; entre ellos, la proporción de segundas muestras y cultivos realizados, con 65,7 y 8,2 %, respectivamente. Por supuesto, la cantidad de pacientes diagnosticados en la comunidad no alcanzó 80 % que el Programa establece.

Tabla 4. Resultados de los indicadores operacionales del Programa de Control de la TB

Criterio	Indicador		Estándar %	Evaluación A o I
	No.	%		
Proporción de SR >14 en consulta externa	488	0,6	1	I
Proporción de primeras muestras	438	89,7	98	I
Proporción de segundas muestras	329	65,7	95	I
Proporción de cultivos de primeras muestras	36	8,2	95	I
Proporción de historias epidemiológicas	8	100,0	100	A
Proporción de contactos \geq 15 años en quimioprofilaxis	37	100,0	80	A
Casos con BAAR+ diagnosticados en APS	6	75,0	80	I

Fuente: registros estadísticos y de laboratorio, y encuestas epidemiológicas

Leyenda. BAAR+: positividad del bacilo ácido-alcohol resistente SR: síntomas respiratorios

Respecto a la satisfacción laboral de los profesionales, según los estándares establecidos, de los 7 indicadores evaluados, solo 3 resultaron adecuados (tabla 5). Así solo 84,4 % de los profesionales se reconocieron satisfechos con las actividades de capacitación y actualización en relación con el Programa, casi 30,0 % consideró escasa la cantidad de recursos materiales disponibles para su implementación, y 61,3 % identificó como insuficiente la disponibilidad de bibliografía; del mismo modo, solo 62,9 % de 90 exigido por el estándar, convino en que la preparación científico-técnica era adecuada.

Tabla 5. Satisfacción laboral de los profesionales (médicos y enfermeras)

Criterio	Indicador		Estándar %	Evaluación A o I
	No.	%		
Agrado por trabajar en el Programa.	105	90,5	90	A
Considera útil el trabajo en el Programa.	110	94,8	90	A
Considera importante el programa.	116	100,0	90	A
Satisfacción con las actividades de capacitación y actualización.	98	84,4	90	I
Satisfacción con los recursos materiales disponibles.	82	70,6	90	I
Satisfacción con la bibliografía disponible.	45	38,7	90	I
Satisfacción con la preparación científico-técnica.	73	62,9	90	I

Fuente: encuestas

De los 67 indicadores evaluados, solo 41 (61,2 %) resultaron adecuados, por lo que a pesar de que existía satisfacción e identificación de los pacientes con el Programa, la implementación de este en el área de salud fue insuficiente, máxime cuando los principales indicadores de calidad eran inadecuados.

DISCUSIÓN

El disponer de los recursos materiales y humanos suficientes y calificados, en los lugares adecuados y en los momentos oportunos, constituye la parte decisiva de la influencia de la estructura de los servicios en la efectividad de estos.

Los datos de la estructura permiten considerar los recursos humanos, físicos y financieros invertidos en una actividad concreta; su análisis presenta las siguientes ventajas: son útiles para medir calidad, sirven de base para estudios más completos y resultan fáciles de realizar, siempre que los datos estén disponibles (Lafargue Mayoz D. Calidad de la ejecución del Programa de Control de la Tuberculosis en el Hospital Prisión Boniato. Santiago de Cuba. 2008 [trabajo para optar por el título de Máster en Enfermedades Infecciosas]. 2009. Santiago de Cuba).

En el local de consulta se produce el primer contacto del paciente con el Sistema de Salud cubano, por lo que resulta muy importante que en este se disponga de todos los recursos, tanto humanos, como materiales, para brindar una atención médica con calidad.

Al respecto, en la serie no se disponía del Programa de Control de la Tuberculosis en los locales de la institución, lo que dificultaba la adecuada actualización y superación de los médicos y enfermeras, para desarrollar las actividades establecidas en él, pues si se desconocen, no pueden ser ejecutadas correctamente.

De igual manera los locales de consulta no contaban con los frascos para recoger las muestras de esputos, lo que puede influir negativamente en el estudio precoz de las personas con sospecha de TB. Al no tomar la primera muestra en el momento de la consulta, dicho estudio tiene que postergarse o se corre el riesgo de que no sea realizado.

No se contaba tampoco con las tarjetas de quimioprofilaxis, por lo que no se controlaba la administración de isoniacida en los individuos que tenían contacto con los afectados. Lo

anterior puede atentar contra la administración supervisada de este medicamento, por parte del personal de salud, y contra el seguimiento diario del tratamiento.

Por otro lado, los recursos humanos son de importancia capital para el correcto funcionamiento del Programa, pues de su adecuada formación y preparación dependerá parte esencial del éxito de este, además de la responsabilidad y compulsión con que se asuma. Así los conocimientos sobre el Programa y la enfermedad redundarán en el fracaso o el triunfo, en materia de control epidemiológico y clínico de una entidad, que por sus características se constituye en la enfermedad infectocontagiosa más cara, con una gran mortalidad y una nada despreciable invalidez física.

Cuando se habla de pesquisa hay que tener en cuenta 3 aspectos fundamentales: calidad, sostenibilidad y amplitud, lo que significa sistematicidad, periodicidad, continuidad e inclusión de la búsqueda a todos los grupos de riesgo.⁹

El médico de asistencia es el máximo responsable del binomio médico- enfermera, y debe controlar las acciones que realiza la enfermera en el control del foco de infección, de modo que es importante que dichos profesionales conozcan la clasificación de la TB, según resultados de la baciloscopia, porque existen acciones específicas en este control y categorías de tratamiento en dependencia del tipo de TB diagnosticada; igualmente, deben conocer y controlar el seguimiento de la quimioprofilaxis en los contactos de los pacientes, pues el desconocimiento y no cumplimiento de estos aspectos, pueden entorpecer la interrupción efectiva de la transmisión, con el consiguiente incremento de la incidencia.

Entre los factores que dificultan y reducen el éxito del Programa se cuentan la alta rotación de profesionales de la salud en la atención primaria, las dificultades para la supervisión, las condiciones de deterioro socioeconómico de algunos pacientes, la falta de participación de determinados equipos de salud y la existencia de numerosos grupos de riesgo.¹⁰

Con referencia a lo anterior, en su estudio realizado en el 2009 en el municipio de San Luis, Lavaut de la Uz obtuvo resultados muy similares, lo cual muestra que la carencia de conocimientos sobre el tema y la apatía en torno a la incorporación de estos, trasciende del área de salud en estudio, e incluso del municipio cabecera (Lavaut de la Uz H. Calidad en la ejecución del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis [trabajo para optar por el título de Máster en Enfermedades Infecciosas]. 2009. San Luis. Santiago de Cuba).

Una investigación efectuada en Brasil señala que existió una mejor comprensión de la enfermedad y de las actividades llevadas a cabo para su control, entre los profesionales que tenían un mayor tiempo laborando en el centro estudiado, aunque existieron numerosas fallas en el conocimiento acerca de las medidas de control de la TB en los profesionales de la salud. Asimismo, los investigadores brasileños refirieron que el aumentar la calidad y frecuencia de las actualizaciones sobre el tema a los facultativos, podría redundar en una más efectiva contribución en la detección de nuevos casos en la comunidad, así como en el cumplimiento del tratamiento por parte de los pacientes.¹¹

De los criterios que no alcanzaron el estándar, el indicador de la pesquisa para encontrar fuente de contagio, mostró que un porcentaje de médicos inferior a lo establecido, respondió adecuadamente, lo que revela falta de calidad en esta actividad, que no era dirigida al estudio de los contactos del afectado y otros grupos de riesgo, y a realizar acciones tan importantes como la indicación de esputos BAAR a todos los pacientes con síntomas respiratorios de más de 14 días.

Cabe añadir que el doctor Filiú Ferrera halló bajos niveles de conocimiento, previo a la intervención, en cuanto a la conducta que debe seguirse ante un paciente con una tuberculosis pulmonar activa (Filiú Ferrera M. Intervención comunitaria sobre tuberculosis pulmonar. Policlínico Docente "28 de Septiembre". Enero-Octubre 2009 [trabajo para optar por el título de Máster en Enfermedades Infecciosas]. 2009. Santiago de Cuba).

Los indicadores operacionales permiten evaluar la marcha de todo programa de control.

La proporción de afectados con síntomas respiratorios captados en consulta, debe ser de 1 % o superior, en relación con el número de pacientes atendidos, pero en la casuística fue inferior; o sea, se dejó de detectar y estudiar más de 326 pacientes. A su vez, de un total de 81 334 consultas, debieron captarse 814 personas que presentaran ese cuadro clínico, para cumplir con 1 % establecido.

Vale la pena puntualizar que no se puede tener un servicio eficiente con toda la calidad, si los proveedores de este no están satisfechos. No resulta posible generar respuestas rápidas, supervisar y controlar su propia actuación, si el trabajador no siente la actividad como algo muy propio en él. De ahí que la calidad tenga que comenzar por una visión de lo que sucede hacia dentro, para poder predecir lo que acontece hacia afuera.¹²

La calidad de los servicios en la atención primaria depende de muchos factores, y está relacionada directamente con la competencia del equipo de salud que brinda asistencia médica, con el grado de satisfacción por ofrecer estos servicios, así como con los resultados alcanzados por este en la mejoría del estado de salud de la población.

Uno de los factores que influye en que las acciones sean realizadas en el momento indicado, así como en la asistencia a las consultas, es la responsabilidad de los afectados y los contactos respecto a su salud, lo cual se logra mediante una adecuada educación.

También entre los logros del Programa expresados por los expertos, está la suficiente educación de la población sobre la tuberculosis, los factores de riesgo, el diagnóstico, la prueba de tuberculina, y otros aspectos; debido a la existencia de programas educativos relacionados con estas temáticas, y la adecuada información que brindan los médicos de familia¹³ (Durán Tornell D. Evaluación del Programa de Tuberculosis en el Policlínico Carlos J. Finlay. La Maya. Enero-Diciembre 2008 [trabajo para optar por el título de Máster en Enfermedades Infecciosas]. 2008. Santiago de Cuba).

De los indicadores evaluados, solo 41 resultaron adecuados, por lo que a pesar de que existía satisfacción e identificación de los pacientes con el Programa, la implementación de este en el área de salud estudiada fue insuficiente, máxime cuando los principales indicadores de calidad eran inadecuados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Jiménez Cangas I, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Rev Cubana Salud Pública. 1996 [citado 7 Feb 2012]; 1.
2. De Moracs Novacs H. Implantación de programas de la garantía de la calidad en los hospitales América Latina y el Caribe. Educ Med Salud. 1993 [citado 7 Feb 2012]; 27(3): 357-73.

3. Amador Porro CO, Cubero Menéndez O. Un sistema de gestión de calidad en salud, situación actual y perspectivas en la atención primaria. *Rev Cubana Salud Pública*. 2010; 36(2): 175-9.
4. Consejo Ejecutivo, 120. *Sistemas de salud: sistemas de gestión de la garantía de la calidad: informe de la Secretaría*. Ginebra: OMS; 2007.
5. Organización Mundial de la Salud. *Estrategia Alto a la Tuberculosis. Componentes de la estrategia y medidas de aplicación*. Ginebra: OMS; 2006.
6. Zúñiga M, Rojas M. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Año 2000. Avances hacia la eliminación. *Rev Chil Enferm Respir*. 2002 [citado 7 Feb 2012]; 18(1).
7. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. *Situación de salud en Cuba. Indicadores Básicos*. 2011. La Habana: MINSAP; 2012.
8. Jiménez Cangas L, Báez Dueñas RM, Pérez Maza B, Reyes Álvarez I. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 1996 [citado 7 Feb 2012]; 22(1).
9. Organización Panamericana de Salud. Organización Mundial de Salud. Programa de Enfermedades Transmisibles. *Manual de Epidemiología*. Washington, D.C.: OPS; 2006. p. 120.
10. Farga V. Tuberculosis, lo que hay que saber. *Rev Chil Enferm Respir*. 2008; 24(4): 317-22.
11. Noia Maciel EL, Araujo Vieira RC, Carrara Milani E, Brasil M, Fregona G, Dietze R. O agente comunitário de saúde no controle da tuberculose: conhecimentos e percepções. *Cad Saúde Pública*. 2008 [citado 7 Feb 2012]; 24(6).
12. Suárez LN. Marketing de salud: Calidad de los servicios. Competencia. Determinantes de la calidad. Calidad total. En: Fernández Caballero E, Castell- Florit Serrate P. *Sistema de capacitación gerencial. Gerencia en salud [Selección de temas]*. La Habana: MINSAP; 1998: t 2. p. 222-8.
13. Sollé Castellanos MV, Ciria Muñoz N. Pesquisaje de tuberculosis pulmonar en pacientes con el VIH/SIDA. *Rev Cubana Enfermer*. 2000; 16(2): 96-100.

Recibido: 5 de enero del 2013.

Aprobado: 12 de enero del 2013.

Serguei Duarte Grandales. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: serguei.duarte@medired.scu.sld.cu