



Evidencias de implementación de la atención centrada en el paciente en programas para control de la tuberculosis: Una Revisión Exploratoria

Katerine Milagros Villaizan Paliza

Tesis de maestría presentada para optar al título de Magíster en Epidemiología

Directora

Helena del Corral Londoño, Doctor (PhD) en Epidemiología

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Maestría en Epidemiología

Medellín, Antioquia, Colombia

2022

Cita	Villaizan Paliza (1)
Referencia	(1) Villaizan Paliza K. Evidencias de implementación de la atención centrada en el paciente en programas para control de la tuberculosis: Una Revisión Exploratoria [Tesis de maestría]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia; 2022.
Estilo Vancouver/ICMJE (2018)	



Maestría en Epidemiología, Cohorte XVIII.

Financiador del Proyecto: Programa de Becas TDR/OMS.



Biblioteca Salud Pública

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano/Director: José Pablo Escobar Vasco.

Jefe departamento: Nelson Armando Agudelo.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

El presente trabajo está dedicado a mi familia que siempre me ha impulsado con su amor, apoyo y comprensión en todos mis sueños. Mamá, papá, Erika, Peki y Dakota este logro también es suyo.

A todos los involucrados en la lucha contra la tuberculosis por su compromiso en este reto complejo, pero sobre todo a los pacientes afectados por su fuerza de voluntad para salir airoso de esa situación.

Agradecimientos

Gracias a Dios por permitirme cumplir esta meta.

A la Universidad de Antioquia y sus maestros por todo el conocimiento brindado.

Al Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales TDR por la oportunidad.

A la Dra. Helena del Corral por su acompañamiento académico y personal aspecto invaluable.

Al Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la UPCH por el apoyo para culminar este trabajo.

A cada uno de los asesores por la paciencia al transmitir conocimientos de esta nueva metodología y al colega que cumplió la función de segundo revisor que se comprometió con el trabajo como si fuera el propio.

Tabla de contenido

Resumen	6
Abstract	8
1. Introducción	10
1.1 Justificación	12
1.2 Objetivos	14
2 Metodología.....	15
2.1 Protocolo y registro	15
2.2 Criterios de elegibilidad.....	15
2.3 Fuentes de información.....	16
2.4 Estrategia de búsqueda	17
2.5 Selección de fuentes de evidencia.....	17
2.6 Extracción de datos.....	18
2.7 Evaluación crítica de las fuentes de evidencia.....	19
2.8 Consideraciones éticas	20
3 Resultados.....	21
3.1 Búsquedas y fuentes de evidencia incluidas.....	21
3.2 Características de los estudios incluidos	24
3.3 Resultados o hallazgos	24
4 Discusión	34
4.1 Limitaciones	38
5. Conclusiones	39
6. Aportes de la revisión.....	39
7. Conflicto de interés	40
8. Contribuciones de los participantes de la revisión	40

9. Financiamiento..... 40

10. Disponibilidad de los datos e información de contacto 41

Referencias 42

Resumen

Introducción: La Atención centrada en el paciente (ACP) es uno de los pilares de la Estrategia Fin de la Tuberculosis (TB) del 2015, estrategia que tiene como propósito reducir el impacto de esta enfermedad en todos los ámbitos a través de la incorporación de sus principios (comunicación efectiva, trabajo conjunto y promoción de la salud) en las áreas de trabajo de los pasos de la cascada de cuidado de TB mediante el involucramiento de las personas afectadas con TB, y los demás actores. Objetivo: El objetivo de esta investigación fue identificar y explorar cómo se ha implementado la ACP en programas para el control de la TB. Diseño. Se llevó a cabo una revisión exploratoria o de alcance. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: MEDLINE (por PubMed), EMBASE, Biblioteca Cochrane, LILACS, y BDNF- Enfermagem (a través de BIREME) y en sitios web de literatura gris como Open Grey y LENS. Los datos se extrajeron de todos los reportes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Resultados: De los 751 artículos que se recuperaron, a partir de las búsquedas, 69 reportes cumplieron con todos los criterios para ingresar al estudio. La región donde más se reportó implementación de la ACP fue la africana 26 (40.6%). El principio de la ACP más tomado en cuenta fue el de la comunicación efectiva 19 (44.2. %), mientras por otro lado, el área de trabajo con más abordaje en los estudios fue el de empoderar y movilizar a los pacientes y comunidades, con una frecuencia de 49 menciones. Las herramientas de estimación recomendadas para la implementación de la ACP no evidenciaron un amplio uso y solo fueron 5 (7.8%) reportes las que las mencionaron. Los pasos de la cascada de cuidado mayormente abordados fueron los de inicio de tratamiento y término de tratamiento con éxito, ya que tuvieron 58 menciones respectivamente. Al medir los indicadores de la implementación, la aceptabilidad fue la más frecuente con 14 menciones en los reportes. Finalmente, la ACP fue implementada en países de medianos altos y bajos ingresos con 22 (34.4%) y 15 (23.4%) reportes respectivamente., estas categorías, según la clasificación de ingresos del Banco Mundial. Conclusiones: La implementación de la ACP en los programas de control de TB es cada vez más común. Los reportes hallados provienen principalmente del continente africano, cuyo principio más incorporado es

el de la comunicación y se viene implementando principalmente en el área de trabajo de empoderar a los pacientes y comunidades, donde los pasos de cascada del cuidado de la TB, más frecuentes son el inicio y fin de tratamiento. Los indicadores más utilizados para medir los resultados de la implementación de la ACP son los de aceptabilidad y costos especialmente en países de ingresos medianos altos y bajos.

Palabras clave: Atención centrada en el paciente, tuberculosis, revisión exploratoria, ciencia de la Implementación.

Abstract

Introduction: Patient-Centered Care (PCC) is one of the pillars of the End of Tuberculosis (TB) Strategy of 2015, a strategy that aims to reduce the impact of this disease in all areas through the incorporation of its principles (effective communication, joint work and health promotion) in the work areas of the steps of the TB care cascade through the involvement of people affected by TB, and the other actors. **Objective:** The objective of this research was to identify and explore how PCA has been implemented in TB control programs. **Design.** An exploratory or scoping review was conducted. The search was performed in the following databases: MEDLINE (by PubMed), EMBASE, Cochrane Library, LILACS, and BDNF-Enfermagem (by BIREME) and in gray literature websites such as Open Gray and LENS. Data was extracted from all reports that met the eligibility criteria. **Results:** Of the 751 articles that were retrieved from the searches, 69 reports met all the criteria to enter the study. The region where implementation of the ACP was most reported was Africa 26 (40.6%). The principle of the ACP most taken into account was that of effective communication 19 (44.2. %), while on the other hand, the area of work with the most approach in the studies was that of empowering and mobilizing patients and communities, with a frequency of 49 mentions. The estimation tools recommended for the implementation of the PCA did not show wide use and only 5 (7.8%) reports mentioned them. The steps of the care cascade most addressed were the start of treatment and successful completion of treatment, since they had 58 mentions, respectively. When measuring the implementation indicators, acceptability was the most frequent with 14 mentions in the reports. Finally, the PCA was implemented in low- and upper-middle-income countries with 22 (34.4%) and 15 (23.4%) reports, respectively, these categories, according to the World Bank's income classification. **Conclusions:** The implementation of PCA in TB control programs is increasingly common. The reports found come mainly from the African continent, whose most incorporated principle is that of communication and has been implemented mainly in the work area of empowering patients and communities, where the cascade steps of TB care are more frequent. the start and end of treatment. The most used indicators to measure the results of the implementation of the ACP are

those of acceptability and costs, especially in upper and lower middle income countries.

Keywords: Patient-centered care, tuberculosis, scoping review, implementation science

1. Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad fuertemente asociada a la pobreza, la vulnerabilidad, la marginación, el estigma y la discriminación¹. En el 2015 la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicó la Estrategia Fin de la Tuberculosis, que tiene como objetivo brindar una respuesta unificada para poner fin a las muertes, la enfermedad y el sufrimiento que inflige la TB y se sustenta en tres pilares estratégicos: 1) Atención y prevención integradas y centradas en el paciente, 2) Políticas audaces y sistemas de apoyo, e 3) Intensificación de la investigación y la innovación. Estos pilares se apoyan a su vez en los siguientes principios: Rectoría y transparencia gubernamental con monitoreo y evaluación; construcción de una fuerte coalición con la sociedad civil y las comunidades; protección y promoción de los derechos humanos; la ética, la equidad y adaptación de la estrategia; y los objetivos a nivel de país, con la colaboración mundial².

En el mismo año 2015, la OMS hizo un llamado al cambio de paradigma en todos los servicios de salud mediante la implementación de una Estrategia Global Centrada en las Personas y Servicios de Salud Integrados. Allí se hizo un planteamiento sobre la necesidad de hacer cambios para mejorar la calidad de los servicios de salud y el acceso, de manera que las personas puedan acceder a servicios de salud, que satisfagan sus necesidades y expectativas³. Así mismo, presentó una visión convincente de un futuro en el que todas las personas tengan acceso a servicios de salud que respondan tanto a sus preferencias personales, como a sus necesidades y además sean seguros, eficaces, oportunos, eficientes y de buena calidad. En el caso particular de la TB, la falta de implementación de esta estrategia se puede ver reflejada en la problemática de las cascadas de cuidado rotas⁴.

La atención centrada en el paciente (ACP) es parte central del primer pilar estratégico del plan global para poner fin a la TB. Este pilar hace referencia a la atención y prevención de la TB integrada y centrada en el paciente. En la práctica, este pilar se enfoca en la detección temprana, el tratamiento y la prevención para todos los pacientes con TB y sus familias. De esta manera, busca asegurarse que todos los pacientes con TB no solo tengan un acceso equitativo y sin obstáculos a servicios asequibles, sino que, también participen activamente en su atención⁵.

Esta participación se debe instaurar teniendo en cuenta las áreas claves de trabajo de la ACP: Entablar asociaciones, reconocer los derechos de los pacientes, empoderar a pacientes y comunidades, involucrar a todos los actores y monitorizar con documentación, tal como lo insta la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID por sus siglas en inglés)⁶. La USAID establece que, para el cumplimiento de las áreas de trabajo mencionadas anteriormente, es aconsejable utilizar las herramientas diseñadas para facilitar la implementación de la ACP en los programas de control de TB: 1) QUOTE TB Light, 2) Guía práctica para mejorar la calidad de la atención al paciente con TB, 3) Herramienta para estimar los costos de los pacientes, 4) Kit de alfabetización sobre TB y 5) Carta del paciente con sus derechos y responsabilidades. La primera, es una herramienta de gestión que permite hacer evaluación de calidad de los programas de control de TB desde la perspectiva de los pacientes; la segunda, contiene herramientas para que los trabajadores sanitarios puedan evaluar y mejorar sus habilidades en la ACP; la tercera, es un cuestionario que los prestadores de salud pueden utilizar para estimar los costos incurridos por los pacientes y sus familias durante el diagnóstico y tratamiento; la cuarta, contiene materiales educativos sobre la TB y su relación con el VIH y finalmente, la quinta, es un documento que contiene los estándares internacionales de atención de la TB describiendo los derechos y responsabilidades de los pacientes en lenguaje fácilmente comprensible por todos⁷. Esta última proporciona una base a partir de la cual tanto los pacientes como sus cuidadores pueden exigir información, servicios con calidad y una participación activa en el proceso de cuidado y control de la TB.

Una de las dificultades para visualizar la aplicación de la ACP es que, a pesar de que el término es usado ampliamente hoy en día, la definición que existe es muy amplia, lo cual hace difícil saber cuándo se implementó y cuando no. Es decir, las estrategias implementadas que incorporan la ACP pueden ser reportadas sin hacer mención del término atención centrada en el paciente. De ahí que resulte complejo evaluar si la implementación de la ACP está teniendo algún impacto sobre el control de la TB. Por ejemplo: la definición de la OMS para el término Atención Centrada en las Personas (People Centered Care) es: “un abordaje de atención en salud que de

manera consciente adopta las perspectivas de los individuos, familias y comunidades viéndolos como partícipes al igual que beneficiarios de sistemas de salud que responden a sus necesidades de una manera humana y holística”⁵. Dicha definición incorpora una visión con valores que sirven de guía, pero no aporta criterios tangibles para evaluar su aplicación.

Al existir ya una estrategia de la ACP enfocada en TB7, establecida por renombradas instituciones (The Tuberculosis Coalition for Technical Assistance (TBCTA) y USAID) que además está siendo impulsada por la OMS, se esperaría que la implementación de esta se esté dando en los centros de control de la TB a nivel mundial. Una forma concreta de poder evidenciar si se está poniendo en práctica es mediante la ciencia de la implementación⁸ que es: “el estudio científico de los métodos para promover la adopción sistemática de los resultados de la investigación y de otras prácticas basadas en la evidencia en la práctica rutinaria y, por tanto, mejorar la calidad y la eficacia de los servicios y la atención en salud”. Dentro de las ventajas de la investigación en implementación, está que permite evaluar de forma tangible los aspectos de la implementación propuestos por Proctor⁹ (aceptabilidad, adopción, idoneidad, viabilidad, fidelidad, costo de la implementación, cobertura y sostenibilidad), que vendrían a ser indicadores de la implementación.

1.1 Justificación

La presente revisión exploratoria se justificó porque la temática - la atención centrada en el paciente (ACP) - hace parte central del primer pilar estratégico del plan global para poner fin a la TB² y al ser la TB una problemática de interés en salud pública a través del mundo, su estudio tiene prioridad.

Si bien existe una revisión sistemática publicada sobre la implementación de la ACP¹⁰ en donde evalúan el efecto de las intervenciones para los proveedores y concluyen que las intervenciones de la ACP son efectivas para transferir habilidades a los proveedores y declaran que la ACP se convierte en un indicador de la calidad de la atención, mas no existe aún una revisión que aborde la aplicación de la ACP específicamente en los programas de control de la TB. Lo

anterior se concluyó después de realizar búsquedas en bases de datos de literatura científica como MEDLINE (PubMed) y Cochrane. Por esta razón, se consideró relevante llevar a cabo una revisión exploratoria sobre la implementación de la ACP para el control de la TB y poder cubrir este vacío de conocimiento.

Al tener la ACP tres principios rectores que orientan todas las acciones de forma armónica: 1) Comunicación efectiva, 2) trabajo conjunto y 3) promoción de la salud⁵; se han podido evidenciar sus aportes al ser implementada en otras poblaciones, como por ejemplo, en la atención de personas que viven con VIH o Diabetes Mellitus y en personas transgénero, trayendo beneficios en el cumplimiento del tratamiento y la aceptación del problema^{11,12,13}. Las experiencias mencionadas reportan que el incorporar la ACP en la atención, la calidad de ésta mejora.

En 2020, en la 51.ª Conferencia Mundial de La Unión (Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias), se realizó un simposio con diversas temáticas relacionadas con la ACP. En una de las ponencias se enfatizó la importancia de considerar las percepciones de quienes son los receptores finales de la atención (pacientes y sus acudientes) al momento de desarrollar indicadores o criterios para medir la implementación de la ACP en los programas de control de la TB¹⁴.

Si bien en los últimos años se ha visto una creciente conversación sobre la importancia de la ACP para mejorar el control de la TB, se cree que aún hay dificultades en la adaptación de los lineamientos y su práctica en los diversos establecimientos de salud. Es por lo que con esta revisión exploratoria se buscó dar respuesta de forma descriptiva a las siguientes preguntas: ¿Cómo se está implementando la ACP en los programas de control de TB, en que países, que indicadores de implementación se están considerando, que áreas de trabajo se están abordando? y ¿cuáles son las brechas existentes entre los lineamientos y su aplicación en la práctica cotidiana en la cascada de cuidado de TB?

Es por tal motivo esta revisión exploratoria genera información cubriendo el vacío de conocimiento al no tener otro estudio con esta temática y abriendo un panorama para proponer estudios con mayor jerarquía de evidencias.

1.2 Objetivos

Objetivo general

Identificar y explorar cómo se ha realizado la implementación de la estrategia de Atención Centrada en el Paciente en programas para el control de la tuberculosis en diversos contextos globalmente.

Objetivos específicos

- Explorar e identificar cuáles son los principios de la ACP que han sido incorporados a las actividades para el control de la TB.
- Identificar los pasos dentro de la cascada de cuidado de pacientes con TB en los cuales se ha reportado la aplicación de la ACP.
- Identificar y describir los indicadores que han sido utilizados para medir la implementación de la ACP.
- Identificar y contrastar la incorporación de la ACP en el control para la TB en países con diferentes niveles de recursos económicos.

2 Metodología

2.1 Protocolo y registro

Esta fue una revisión exploratoria o de alcance que siguió el marco metodológico propuesto por Arksey, O'Malley, que fue desarrollado por Levac^{15, 16} y perfeccionado por el manual de revisiones exploratorias del Instituto Joanna Briggs¹⁷. Asimismo, Esta revisión sigue las recomendaciones de la extensión PRISMA para revisiones exploratorias, como verificación del cumplimiento de los aspectos recomendados para la metodología de esta revisión¹⁹.

El protocolo final fue registrado el 31 de enero del 2022 en la plataforma Open Science Framework (OSF) y se puede acceder a él por medio del siguiente enlace: ([10.17605/OSF.IO/H8T2K](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/H8T2K)).

2.2 Criterios de elegibilidad

Los criterios de elegibilidad se basaron en la pregunta de investigación, teniendo en cuenta tres aspectos: Población, Concepto y Contexto (PCC) ¹⁵, como se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 1. *Componentes de la pregunta PCC*

Población	Concepto	Contexto
Personas afectadas con TB.	Implementación de la atención de las personas afectadas con TB con atención centrada en el paciente, en el marco de los lineamientos de la estrategia Fin a la TB.	Mundial

Dada la PCC se consideran los criterios de elegibilidad, tal como se indica en la tabla a continuación.

Tabla 2. Criterios de elegibilidad

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> • Reportes con todo tipo de estudios, independiente de la metodología usada, excepto protocolos, o documentos normativos. • Reportes que incluyan implementación de la estrategia centrada en el paciente para el control de la TB. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reportes seleccionados de los cuales no se haya tenido acceso al texto completo. • Reportes de implementación de atención centrada en pacientes con problemas de salud que no incluyen TB. • Resúmenes para congresos que no hayan sido publicados por <i>La Unión</i> (UICTER). • Revisiones narrativas y reportes de caso. • Idiomas que no se hayan logrado traducir.

2.3 Fuentes de información

Se realizaron búsquedas en las siguientes bases de datos: MEDLINE, EMBASE, Biblioteca Cochrane, LILACS, y BDNF- Enfermagem (vía BIREME). Adicionalmente, realizamos búsquedas manuales en los siguientes sitios web de literatura gris: Open Grey, LENS y de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (UICTER) a través de la página web de esta última. Asimismo, se hicieron 2 variantes de búsquedas manuales que se realizan como parte de las búsquedas realistas: 1. Búsqueda en cascada, que consiste en revisar las referencias bibliográficas de los artículos detectados con mayor riqueza de evidencia y 2. “*Cherry picking*”, que es el proceso de incluir ciertos estudios que a percepción del investigador y según su experiencia pueden aportar en la revisión, mas no han sido detectados por los tipos de búsquedas mencionados anteriormente ²⁰.

2.4 Estrategia de búsqueda

Se construyó una estrategia de búsqueda para uso en MEDLINE (a través de PubMed) usando términos controlados y términos libres combinados mediante operadores booleanos. Dicha construcción fue hecha por la estudiante de maestría con el apoyo de una bibliotecóloga experta en búsquedas sistemáticas (Paola Ramírez) y con orientación de la directora. Las búsquedas se realizaron entre el 26 de febrero y el 16 de marzo del 2021 tomando como base la siguiente estrategia:

("tuberculosis" OR "koch's disease") AND ("Patient-Centered Care" OR "Patient-Centered" OR "client-centered" OR "people-centered" OR "Medical Home" OR "nursing patient" OR "Patient-Focused" OR "patient centred" OR "client centred" OR "individualised care" OR "person-centred" OR "person-centered").

La estrategia genérica descrita anteriormente fue adaptada a los requerimientos específicos de las diversas bases de datos en las cuales se hicieron las otras búsquedas. Ver estrategias completas en la **Tabla 3**.

2.5 Selección de fuentes de evidencia

Las referencias obtenidas fueron exportadas a la plataforma web de *Rayyan QCR* / *the Systematic Reviews web app*, para la remoción de duplicados y administración del proceso de selección que se describe a continuación. La selección de los artículos y reportes se realizó en dos fases. Primero, se hizo un primer filtro teniendo en cuenta solo la información contenida en el título y el resumen. Luego se realizó una revisión con base en el texto completo. En la primera fase, dos revisores (KMV, JEP) realizaron la primera tamización de forma independiente y en duplicado. Los desacuerdos se resolvieron mediante discusión hasta llegar a un consenso. Los estudios considerados potencialmente elegibles en la primera fase se consiguieron en texto completo. Para la decisión de los reportes incluidos en esta segunda fase se realizó el mismo proceso de la primera fase. En caso de no poder resolver desacuerdos se consultó con un tercer revisor.

Para la selección de los reportes se contó con la colaboración de Jhon Edwin Polanco (JEP) como segundo revisor. Jhon Edwin es enfermero con experiencia laboral en

Programas de Control de TB, egresado de la Cohorte XV de la Maestría en Epidemiología de la Universidad de Antioquia apoyada por TDR en la cual realizó investigación sobre implementación de control de la TB en su tierra natal (departamento del Cauca). La colaboración del segundo revisor fue tanto en la primera selección con la utilización del primer formato como en la segunda etapa de selección de reportes a partir de textos completos.

2.6 Extracción de datos

Se diseñó dos formatos para la extracción de datos en el *software de Microsoft Excel*. El primer formato se dividió en dos áreas, la primera para la recopilación de información general sobre los reportes e incluyó: Año de publicación, año de estudio, primer autor, título completo, sitio de publicación, país(es) donde se realizó la ACP, consideración si se debe incluir en el estudio en etapa de selección con base en título y resumen e iniciales del nombre del revisor que diligenciaba el formato. La segunda área del primer formato sirvió para recolectar información de interés sobre la metodología utilizada en los reportes, (incluyendo indicadores) y los resultados encontrados. Más específicamente, se obtuvo información sobre los referentes para la ACP: Región, tipo de reporte, definición de ACP usada, áreas de trabajo en las cuales se implementó la ACP, pasos de la cascada de cuidado en los que se implementó la ACP, herramientas que se utilizaron en la implementación de la ACP postulados o principios rectores de la ACP, conclusiones del reporte, barreras y facilitadores para la implementación de la ACP, limitaciones del estudio primario y evidencia o posibilidad de conflictos de intereses.

Así mismo, el segundo formato sirvió para recopilar datos de reportes como revisiones sistemáticas y revisiones exploratorias por lo cual contiene aspectos diferentes del primero como: objetivo de la revisión, número de estudios hallados, tipo de síntesis, medidas de resultados usadas y tipos de intervenciones abordadas. Además, tenían espacio para registrar si realizaron evaluación de calidad de estudios primarios y cuál fue la calidad de los estudios incluidos (**Anexo 1**). Todos los formatos sirvieron para extraer información que cubría cuestiones relacionadas con la implementación de la

atención centrada en el paciente en programas de control de TB y con los criterios de selección. La extracción de datos se realizó en duplicado en un 50%.

2.7 Evaluación crítica de las fuentes de evidencia

Dada la variedad de metodologías que fueron usadas y reportadas lo que hace compleja la evaluación de la calidad con un formato estándar, por ende se construyó una herramienta genérica para una evaluación crítica adaptada a los intereses del estudio, enfocada en los conflictos de interés potenciales de los autores de cada estudio, la cual constó de tres preguntas respecto a si existía un posible conflicto de intereses en el reporte y fue aplicado durante la extracción de los datos. Dicha herramienta fue aplicada para cada uno de los reportes y de forma independiente por cada uno de los revisores principales (Katerine Milagros Villaizan/KMV y Jhon Edwin Polanco / JEP).

Es así que en aquellos casos en que se presentó discrepancias, se procedió a justificar el porqué de tal elección y ambos revisores se pusieron de acuerdo sobre la decisión final al respecto. En los casos en los que no hubo concordancia entre los dos revisores se procedió a debatir el estatus del reporte en cuestión, y en los estudios que no hubo un acuerdo definitivo se procedió a hacer una reunión con un tercer revisor (Helena del Corral / HdC).

Es necesario recalcar que el criterio sobre conflicto de intereses fue considerado como un ítem dentro de los formatos para extracción de información y se consideró tanto para artículos originales como para los reportes de revisiones de literatura.

En este punto es relevante mencionar que esta revisión tuvo un abordaje mixto, dado que se presentó y analizó los datos de forma cuantitativa y cualitativa, para poder tener una aproximación más completa, debido a la complejidad de la ACP.

Luego de haber realizado la recopilación de datos de cada reporte que se incluyó en la revisión, se continuó un análisis diferente según el abordaje utilizado (cualitativo o cuantitativo). Para el caso de los datos cualitativos, estos se exportaron al programa *ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH* para su análisis, seguida de la formulación de códigos, familias de grupos y creación de redes, esto es para el caso de barreras y facilitadores hallados en los reportes con la finalidad de describir cuales

eran las que se presentaban según los informes de los reportes. Para una mejor visualización, se asignó el color verde para los facilitadores hallados y el color naranja para las barreras, donde la coloración más intensa evidenció una mayor frecuencia de las categorías de estas. Además, se hizo uso también de este programa para identificar la frecuencia de los indicadores de la ACP y sus formas de medición mediante la nube de palabras, que si bien no fue una variable considerada emergió mientras se realizaba la extracción de datos. Por otro lado, para el análisis de los datos cuantitativos, utilizamos tablas que presentan resultados con estadísticas descriptivas como frecuencias y proporciones, con el programa estadístico *R Studio*²¹.

Se elaboró una representación visual mediante un mapa mundial a color en el software *QGIS 3.16.3 Hannover* de sistema de información geográfica, indicando las regiones en las cuales se viene dando la implementación de la ACP en los programas para el control de TB, es importante mencionar que tal agrupación de regiones ha sido realizada por la OMS¹. Adicionalmente, se realizó una clasificación según los ingresos económicos de cada uno de estos países (bajos y medianos ingresos, y altos ingresos) según la listas emitidas anualmente por el Banco Mundial²², tales datos se presentaron en porcentajes y frecuencias también.

2.8 Consideraciones éticas

Esta revisión exploratoria se llevó a cabo un análisis secundario de datos de reportes publicados por lo cual no requería aprobación por parte de un comité de ética. Sin embargo, se respetaron los preceptos éticos relacionados con los derechos de autor. Cabe resaltar que el software *@Rayyan QCRI the Systematic Reviews web app* utilizado es de libre acceso, por lo cual no amerita permisos ni licencias para su uso.

3 Resultados

3.1 Búsquedas y fuentes de evidencia incluidas

Considerando la estrategia de búsqueda principal, se realizaron ajustes específicos para cada base de datos bibliográfica obteniendo los siguientes resultados:

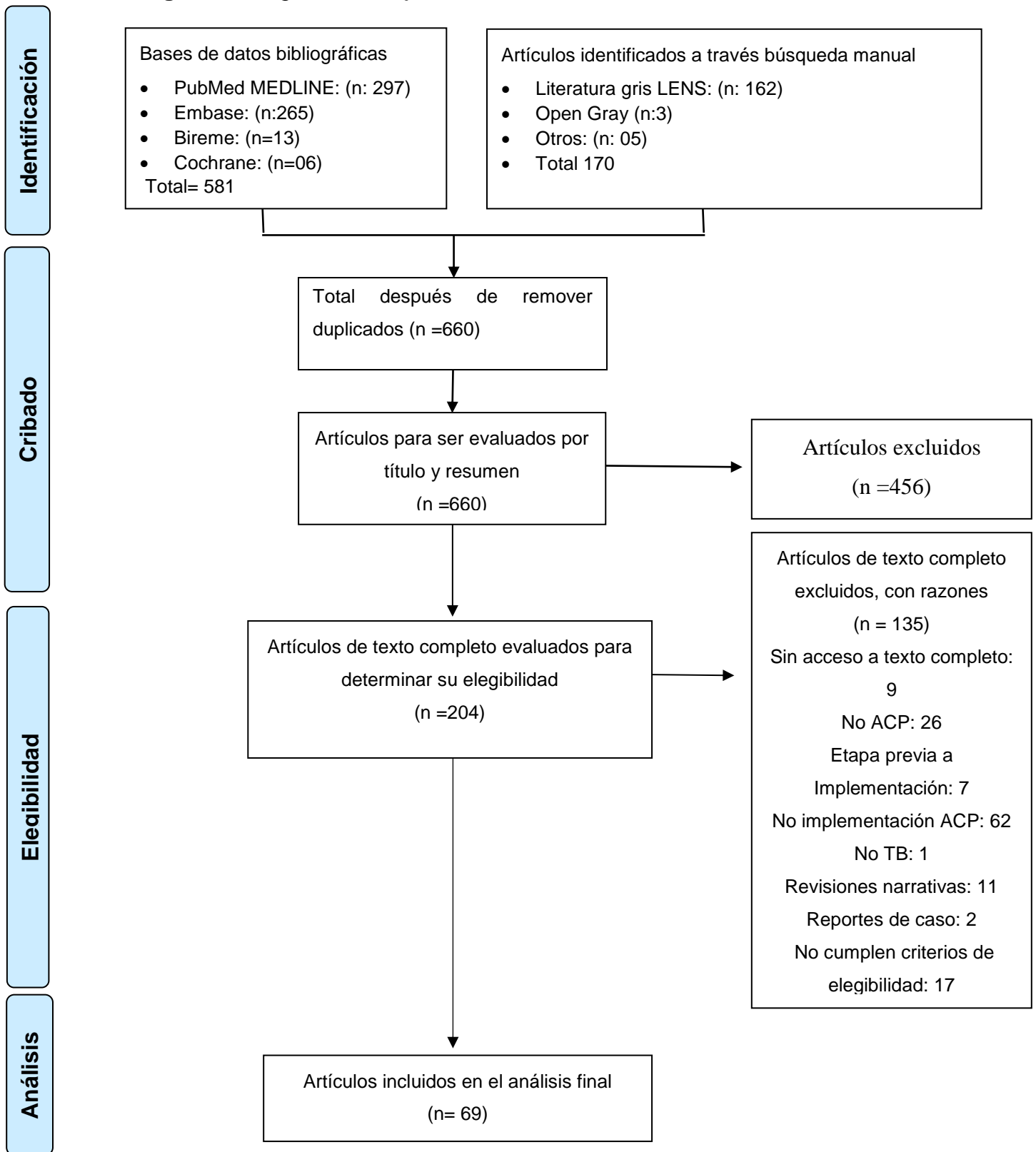
Tabla 3. Resultados según estrategias de búsqueda específicas para cada base de datos bibliográfica.

Base de datos bibliográfica	Estrategia específica	N° de reportes encontrados
Cochrane	((tuberculosis.hw. or tuberculosis.sh.) and "Patient-Centered".hw.) or "Patient-Centred Care".sh. or "Patient-Centred".hw.	6
Medline	((("tuberculosis"[MeSH Terms] OR "tuberculosis"[Title/Abstract] OR "koch's disease"[Title/Abstract])) AND (("Patient-Centered Care"[MeSH Terms] OR "Patient-Centered"[Title/Abstract] OR "client-centered"[Title/Abstract] OR "people-centered"[Title/Abstract] OR "Medical Home"[Title/Abstract] OR "nursing patient"[Title/Abstract] OR "Patient-Focused"[Title/Abstract] OR "patient centred"[Title/Abstract] OR "client centred"[Title/Abstract] OR "individualised care"[Title/Abstract] OR "person-centred"[Title/Abstract] OR "person-centered"[Title/Abstract]))))	297
Embase	((('tuberculosis'/exp OR tuberculosis:ti,ab,kw) AND ('patient care':ti,ab,kw OR 'patient centered':ti,ab,kw OR 'patient centred care':ti,ab,kw OR 'patient centered approach':ti,ab,kw OR 'patient focused':ti,ab,kw OR 'patient focused care':ti,ab,kw	265

Bireme- LILACS	OR 'people-centered':ti,ab,kw OR 'individualised care':ti,ab,kw OR 'person-centred':ti,ab,kw OR 'person-centered':ti,ab,kw OR 'person centered care':ti,ab,kw OR 'client centered':ti,ab,kw)) AND ([embase]/lim NOT ([embase]/lim AND [medline]/lim) OR ([embase classic]/lim NOT ([embase classic]/lim AND [medline]/lim))) (tuberculosis) OR (koch's disease) AND (patient- centered care) AND (db:("LILACS" OR "BDENF" OR "WHOLIS" OR "IBECS" OR "PAHOIRIS" OR "LIPECS"))	13
-------------------	---	----

Los reportes producidos para esta revisión exploratoria fueron 751 en total. Las búsquedas en las bases de datos bibliográficas produjeron 581 reportes discriminados así: MEDLINE vía PubMed: 297, Embase 265, Bireme: 13 y Cochrane: 6. Por búsquedas manuales encontramos 170 potencialmente elegibles. En la base de datos de literatura gris LENS se hallaron 162 y en la base de datos de Open Gray 3. Adicionalmente se encontraron 4 reportes a través de búsqueda en cascada y 1 mediante “*cherry picking*”. Luego de remoción de duplicados quedaron 660 referencias que fueron tamizadas de las cuales 204 fueron seleccionados para revisión con texto completo. Ese número de artículos potencialmente relevantes fueron examinados de forma independiente en la etapa de selección de texto completo y 135 fueron excluidos. (Sin acceso a texto completo: 9, no era ACP: 26, reportaban etapas previas a la implementación: 7, no reportaban implementación de la ACP: 62, no eran sobre TB: 1, duplicados no detectados previamente: 19, eran revisiones narrativas: 11, eran reportes de caso: 2. Adicionalmente los que no cumplían con los criterios de selección estaban distribuidos así: artículos de opinión/fondo: 3, en otros idiomas: 3, No fueron publicados por *La Unión* (UICTER): 3, documentos normativos: 2, y protocolos : 6). Finalmente, se incluyó solo 69 artículos. En la **Figura 1**, se presentan detalles del proceso de selección por las etapas correspondientes, según las recomendaciones de PRISMA:

Figura 1: Diagrama de flujo de PRISMA TB-ACP



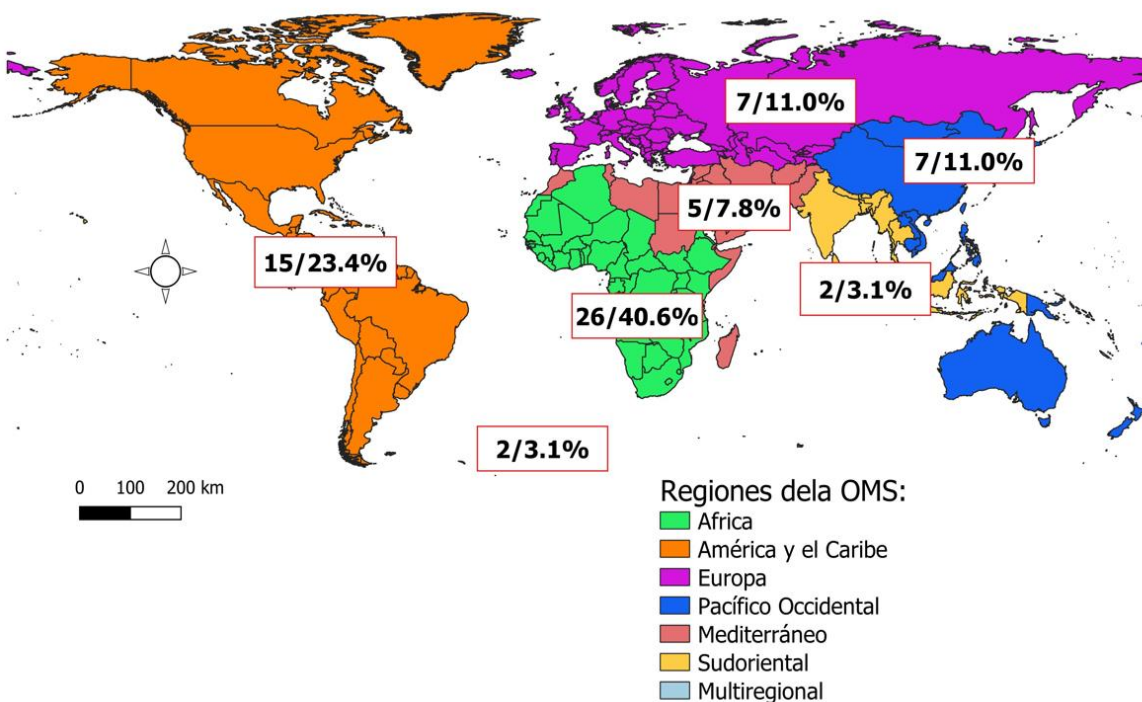
3.2 Características de los estudios incluidos

Los 69 estudios incluidos en esta revisión informaron evidencias de la implementación de la ACP, presentaron diversidad de tipos de reportes y enfoques ²³ por amplitud de la temática. Se han realizado estudios desde 1960 hasta la actualidad y las publicaciones comenzaron a partir de 1964. El primer reporte se realizó en un contexto hospitalario y los más recientes ya han comprendido establecimientos de salud ambulatorios.

3.3 Resultados o hallazgos

La predominancia de tipos de reportes la obtuvieron los artículos originales con 59 (92.0%), el enfoque más frecuente fue el cuantitativo con 38 (59.4%) y la región de procedencia con mayor identificación de reportes fue de la Región de África con 26 (40.6%). La **Figura 2** muestra el mapa de distribución de los estudios según región de OMS donde se detallan las frecuencias y porcentajes.

Figura 2. Reportes de implementación de la ACP-TB en las regiones de la OMS.



De los reportes incluidos solo 8 (12.5 %) reportaron la definición de ACP bajo la cual operaban y 50 (78.1%) no evidenció conflicto de intereses. A continuación, se presenta una tabla, donde se resumen las características principales de los reportes:

Tabla 4. *Características generales de los reportes primarios incluidos (n:64)*

Características de los reportes	n (%)
Años de publicación	
1964-2004	4 (6.3)
2005-2014	22 (34.3)
2015-2021*	38 (59.4)
Tipos de Reportes	
• Artículos originales	59 (92.0)
• Otros (tesis, resúmenes de congresos, resúmenes de simposios y cartas al editor)	5 (8.0)
Enfoques de los reportes primarios	
1. Enfoque Cuantitativo	38 (59.4)
2. Enfoque Cualitativo	11 (17.2)
3. Enfoque Mixto	9 (14.0)
4. Otros	6 (9.4)
Reporte de definición de ACP	
• Si	8 (12.5)
• No	56 (87.5)
Calidad relacionada con evidencias de conflicto de intereses (CI)	
• No evidencia de CI	50 (78.1)
• No es clara la evidencia de CI	14 (21.9)

*Al 16 de marzo del 2021

Con respecto a los reportes de revisión de la literatura, 4 (80.0%) realizaron revisión sistemática y 1 (20.0%) realizó revisión exploratoria, los años de publicación para estas revisiones de literatura comprenden entre el 2012 y el 2020. En **Tabla 5**, se presenta las principales características de este tipo de reportes:

EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL ...

Tabla 5. Características de las revisiones de la literatura que consideran la implementación de la ACP en programas de control de TB

Primer autor	Año de publicación	País o región	Objetivo	N° de estudios incluidos	Calidad de estudios incluidos	Conflicto de intereses (CI)	Conclusiones
Alipannah, N.	2018	Multirregional de TB en general	Determinar qué enfoques conducen a mejores resultados del tratamiento de la TB.	129	Limitada	No es clara la declaración de CI.	Los resultados del tratamiento de TB mejoraron con el uso de intervenciones, como la educación y el asesoramiento de los pacientes, los incentivos y facilitadores, las intervenciones psicológicas, los recordatorios, las tecnologías de salud digital, la capacitación del personal y un DOT centrado en el paciente.
Caza, D.	2020	Multirregional de TB en general	Revisar sistemáticamente los estudios cuantitativos que evalúan la experiencia del usuario y la satisfacción del paciente con TB dentro del sistema de atención médica.	35	Baja	No presenta CI.	Las intervenciones implementadas desde la perspectiva de la ACP producen mejoras en la satisfacción de los usuarios afectados con TB. Se propone diseñar una herramienta estandarizada centrada en el paciente para evaluar la experiencia de estos y su satisfacción para permitir comparaciones entre los sistemas de salud y los países.
Grenfell, P.	2013	Multirregional en pacientes de TB con problemas de adicción	Revisar la literatura sobre las tasas de TB mono y coinfección con VIH, descripciones publicadas sobre la atención de la TB y VIH-TB, entre las personas que se inyectan drogas.	89	No reportada.	No presenta CI.	La integración con el tratamiento desde la ACP mejora la participación de los directamente involucrados, pero es necesario documentar los enfoques adoptados para la atención de la coinfección VIH-TB.
Zhang, H.	2016	Multirregional de TB	Evaluar críticamente y resumir la evidencia sobre los efectos del CB-DOT (con base	17	Buena - moderada.	No presenta CI.	El DOT usando una intervención con enfoque de ACP, mejoró los resultados del tratamiento de la TB de acuerdo con los resultados agrupados de los estudios incluidos en

EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL ...

		en general	comunitaria) en los resultados del tratamiento de la TB.				esta revisión. Este tipo de intervenciones merecen más atención.
Janse Van Rensburg, A.	2020	Multirregional en países de ingresos bajos y medianos	Revisar la naturaleza y extensión de la TB y la comorbilidad de trastornos mentales comunes, la atención de la TB centrada en la persona en países de ingresos bajos a medianos y economías emergentes.	100	No Reporta.	No presenta CI.	Al evidenciar las complejidades de las comorbilidades de problemas de salud mental y TB, se resalta la necesidad de abordarlas con un enfoque de ACP en los centros de atención.

En los reportes hallados para los estudios primarios, los principios o postulados de ACP tomados en cuenta fueron 44 (68.7%), dentro de los cuales el de Comunicación efectiva fue considerado en 19 (44.2%), Trabajo conjunto o alianzas 10 (22.7%), Promoción de la Salud 1 (2.2%) y los reportes que consideraron más de 1 postulado representaron fueron 14 (31.9%).

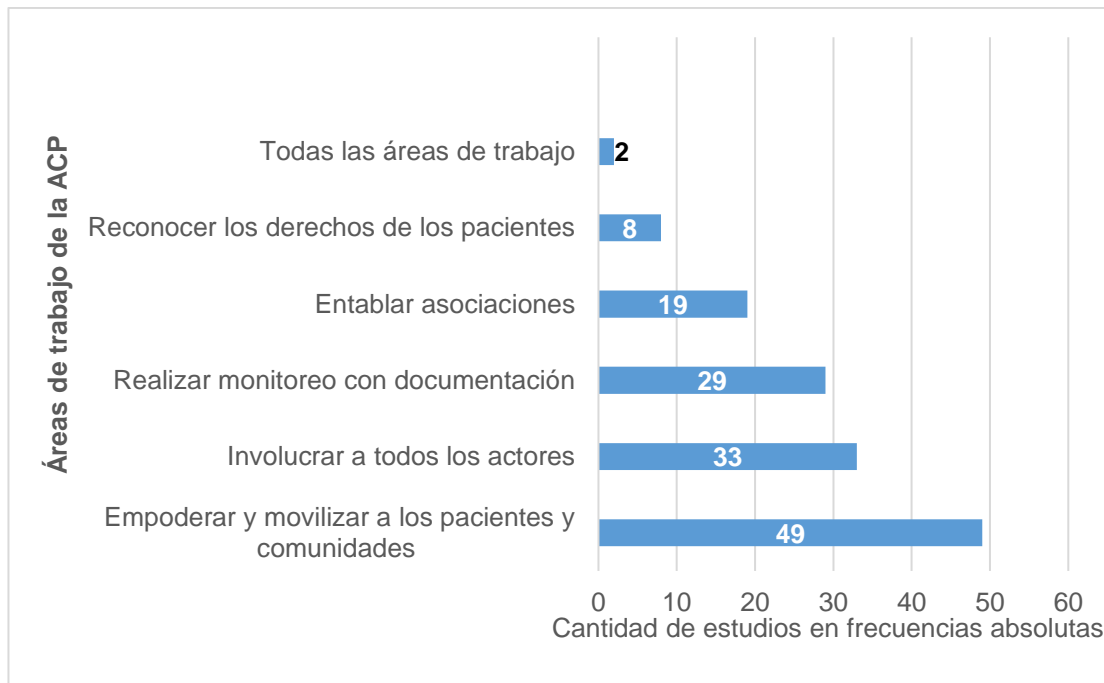
Además, del total de reportes primarios, 63 (98.4 %) evidenciaron implementación en las Áreas de trabajo. Es así, que el número de áreas mayormente abordadas fue el que considero 2 áreas de trabajo con 22 (34.3%) estudios, como se muestra en la **Tabla 6**; de las cuales la que más se abordó en los estudios fue el de Empoderar y movilizar a los pacientes y comunidades con 49 menciones como se indica en el **Gráfico1**. Asimismo, solo 5 (7.8%) reportes señalaron la utilización de las herramientas para la implementación de la ACP; dicha información mencionada también se puede observar en la **Tabla 6**.

Tabla 6. *Distribución según el número de áreas de trabajo de la ACP abordadas y herramientas utilizadas en la implementación.*

Números de áreas abordadas	n (%)
• Ninguna área	1 (1.7)
• 1 área	18 (28.1)
• 2 áreas	22 (34.3)
• 3 áreas	18 (28.1)
• 4 áreas	3 (4.7)
• 5 áreas	2 (3.1)
Total	64 (100)
Herramientas utilizadas:	
• No utilizaron herramienta	59 (92.2)
• Si utilizaron herramienta ⁺	5 (7.8)
Total	64 (100)

+ (Herramienta para estimar los costos de los pacientes y Carta del paciente derechos y responsabilidades)

Gráfico 2. Estudios que abordan cada área de trabajo de la ACP

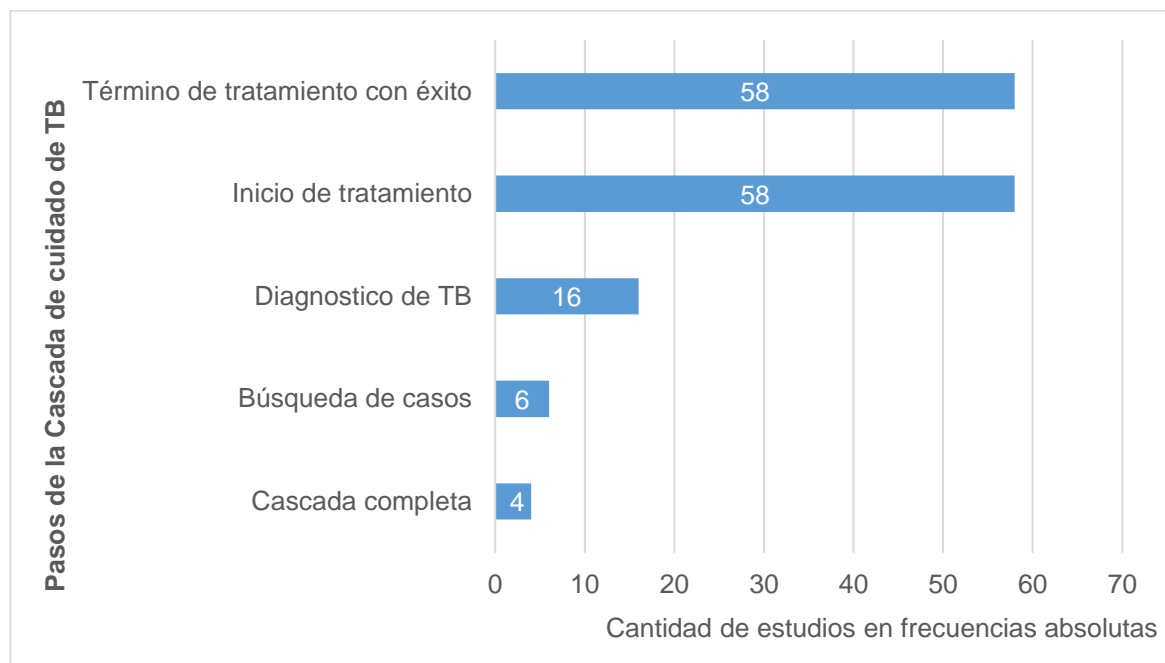


Los hallazgos de la implementación de la ACP en los pasos de la cascada de cuidado de TB se han dado en el total de los reportes primarios 64 (100%). El número de pasos que más se reportó del total de los estudios primarios, fueron los que incluyeron dos pasos con 44 (68.7) estudios como se aprecia en la **Tabla 7**. Tal implementación se dio mayormente en el paso de inicio de tratamiento y término de tratamiento con éxito con 58 abordajes en los estudios, cada uno, como se observa en el **Gráfico 2**.

Tabla 7. *Distribución según el número de pasos de la cascada de cuidado de TB abordados*

Número de paso(s) en la cascada	n (%)
1 paso	7 (10.9)
2 pasos	44 (68.7)
3 pasos	9 (14.1)
Toda la cascada	4 (6.3)
Total	64 (100)

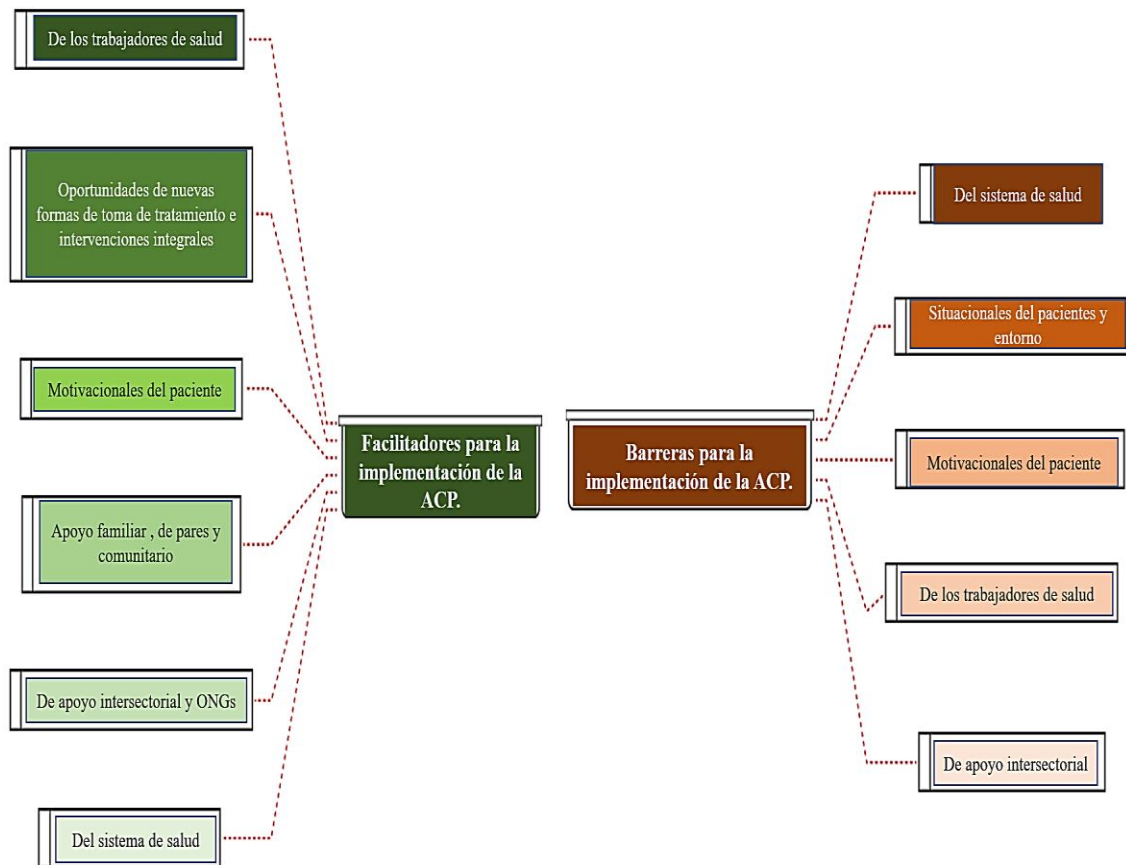
Gráfico 2. *Número de estudios que abordan cada paso de la cascada de cuidado*



También, dentro de los pasos mencionados anteriormente se pudieron hallar algunas barreras y facilitadores para la implementación de la ACP, que fueron reportados de tal manera por los autores, pero hubo casos en que fueron detectadas solo por los revisores, quienes cuentan con formación en Ciencias

de la implementación. Es así que los textos de tales reportes se analizaron con enfoque cualitativo; donde se procedió a la organización, codificación y se identificaron dentro de las dimensiones de barreras y facilitadores que se muestran en la figura de a continuación:

Figura 5. Dimensiones de las barreras y facilitadores para la implementación de la ACP en los programas de control de la TB



*A más intensidad de color mayor frecuencia

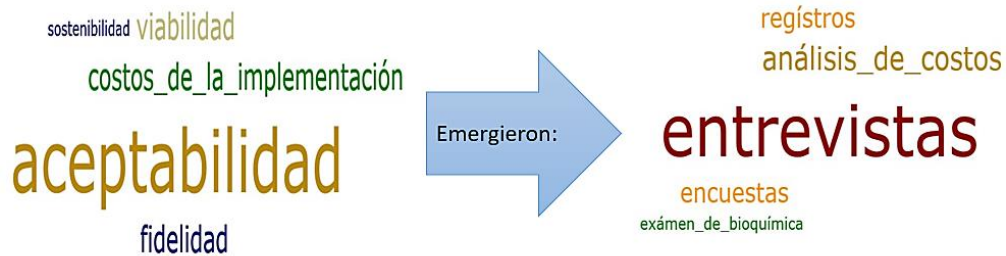
Dentro de los facilitadores más detectados fueron los relacionados con los que involucraban a los trabajadores de salud (Esto mediante el fomento del liderazgo al paciente, asesoramiento, compromiso en la atención de los pacientes), seguidos de los facilitadores de oportunidades de nuevas formas de toma de tratamiento e intervenciones integrales (Mediante el fomento del

empoderamiento, elección de lugar donde tomar el tratamiento) y facilitadores motivacionales (Propiciando la reducción de gastos de bolsillo por medio de la entrega de canastas o incentivos y la, percepción de buen trato). En el caso de las barreras identificadas, las barreras del sistema de salud fueron predominantes (a través de infraestructuras inadecuadas de los programas , falta de recursos humanos, falta de insumos y medicamentos), seguidas de las barreras situacionales de los pacientes (como la pobreza, falta de trabajo, falta de accesibilidad a centros de salud por pocos recursos y estigma) y de las barreras motivacionales del paciente (manifestadas por la falta de confianza al personal de salud y falta de conocimientos sobre su tratamiento).

Por otro lado, respecto a los indicadores de la implementación de la ACP reportados, 46 (71.9%) del total de reportes primarios, no midieron indicadores de la implementación y solo 18 (28.1%) si lo hicieron. En vista que algunos reportes utilizaron más de un indicador en sus estudios y para tener una aproximación más exacta de estos se consideraron solo las frecuencias de los indicadores, es así como 14 estudios reportaron aceptabilidad, 4 fidelidad, 4 viabilidad, 4 costos de la implementación y 1 sostenibilidad. Durante la identificación de los indicadores de la implementación de la ACP, emergió la variable de formas de medición de los indicadores; esto quiere decir que si bien no se consideró dicha variable inicialmente se incluyó , ya que suma información de los indicadores de la implementación de la ACP de cómo están siendo medidos en los estudios reportados .Es así, que del total de reportes primarios solo 15 (23.4 %) reportaron alguna forma de medir los indicadores de los resultados de la implementación de la ACP. Las formas de medir los indicadores más frecuentes fueron, 12 reportes utilizaron entrevistas (de tipos estructuradas, semiestructuradas y a profundidad), 4 de análisis de costos, 3 de encuestas, 3 de registros y 1 de medición por examen de bioquímica. En este último reporte se buscó medir la fidelidad del tratamiento anti-TB de una intervención acompañada de la estrategia de ACP. Ambas frecuencias de las

variables son presentados en una nube de palabras en la figura de a continuación.

Figura 6. Nube de palabras de los indicadores de la implementación de la ACP y sus formas de medir.



Finalmente, la implementación de la ACP se ha puesto en marcha en todas las regiones del mundo, tal como lo apreciamos en la **Figura 2**. Referente a los países y sus ingresos, los que más reportaron la implementación de la ACP fueron los países con ingresos medianos altos 21 (32.9%) (Sudáfrica, Rusia, México, Camboya, Argentina, China, India, Kazajstán, Brasil, Irán, Armenia y Colombia) y bajos 15 (23.4%) (Tanzania, Burkina Faso, Etiopía, Uganda, Benín, Costa de Marfil, Mali, Níger, Senegal y Nepal), seguidos de los países de altos ingresos 13 (21.9%) (Australia, Austria, Canadá, EEUU, España, Japón, Reino Unido, Rusia, Bulgaria) y de los de medianos bajos ingresos 11 (17.1%) (Nepal, Nicaragua, Perú, Suazilandia, Nigeria, Pakistán, Papua Nueva Guinea). Asimismo, hubo reportes que al ser multicéntricos tuvieron una combinación de países según sus ingresos (mediano alto, bajo y alto) representando 3 (4.7%) del total de reportes.

4 Discusión

Esta Revisión exploratoria hizo una síntesis de las evidencias realizadas referente a la implementación de la ACP en programas de control de TB a nivel mundial, hallando 69 reportes, los cuales mostraron amplia diversidad respecto a sus tipos y enfoques; si bien la estrategia fin de la TB propuso en uno de sus pilares el apoyo a la ACP desde el 2015, se encontraron reportes que la aplicaban desde 1964. Los primeros reportes tenían más enfoque clínico hospitalario, pero al transcurrir el tiempo fueron enfocándose más en el cuidado ambulatorio y comunitario. Es posible que con la innovación tecnológica hayan surgido situaciones donde ya no se requiere la presencialidad de las personas afectadas con TB para hacer acompañamiento, sobre todo para la ingesta de medicamentos²⁴. Por otro lado, es posible que tal implementación se esté dando más de lo que se esté reportando en publicaciones.

Solo un bajo número de reportes consideraron el concepto de la ACP dentro de sus estudios, y estos evidenciaron amplia diversidad de cómo es concebida la ACP según cada autor a pesar de ya haber ciertos consensos por algunas organizaciones como OMS y USAID , de donde se infiere que se estaría limitando todas las áreas que realmente involucra la ACP.

Por otro lado, la región en la cual se encontraron más reportes fue la de África, lo cual podría estar sustentado en la endemicidad de TB que presenta, con otras problemáticas de salud como VIH y marcada pobreza²⁵, por ende, la prioridad en esta zona geográfica. La calidad del gran porcentaje de los reportes, medida solo tangencialmente a través de evaluar evidencias de conflicto de intereses fue alta, y ha ido mejorando con el transcurso del tiempo, por la regulación ética más vigente y exigente para con la investigación.

Dentro de los principios que fueron más tomados en cuenta se halló el de Comunicación efectiva, y es que es importante ya que es la base de una buena

interacción paciente - trabajador de salud; más se ve que va ganando espacio el principio de Trabajo conjunto²⁶, como lo evidencian algunos reportes de colaboración, como por ejemplo las alianzas entre los sectores estatal y el privado, y entre países de diversos niveles de ingreso económico como es el caso de Reino Unido y Suazilandia ²⁷. Otro aspecto que llama la atención es una baja consideración del principio de Promoción de la Salud, lo cual podría estar evidenciando más la dirección de recursos a las etapas recuperativas de la TB; no obstante ameritaría realizar estudios con más profundidad.

En las áreas de trabajo en las cuales fue más implementada la ACP estuvo la de Empoderar y movilizar a los pacientes y comunidades. Quizás esto se debe a que el empoderamiento hace que el paciente se involucre y tome participación en los aspectos de salud y bienestar. Paradójicamente el área en la que menos se evidenció implementación de la ACP fue la de Reconocer los derechos de los pacientes, donde el paciente podría estar optando por dejar todo en responsabilidad del personal de salud, quizás por creer que los pacientes no saben que es lo mejor para ellos, o también se podría estar dando el caso que los programas de TB sigan siendo verticales omitiendo esta área tan relevante.

Además, la herramienta para favorecer la ACP más usada fue la de Estimación de costos de los pacientes, ya que hay evidencia que para poder poner fin a la TB es importante reducir los gastos catastróficos de los pacientes , porque les genera más pobreza ²⁸ ;dado que a pesar que el tratamiento sea gratuito las personas afectadas con TB afrontan pagos adicionales como el transporte hacia el establecimiento de salud o insumos adicionales como enfrentan las personas afectadas con TB- MDR al comprar agujas de menor calibre para más confort en el momento de la administración de tratamiento farmacológico por vía endovenosa o intramuscular.

Respecto a los hallazgos de la ACP en los pasos de la cascada de cuidado, los pasos principalmente donde se han implementado han sido el de Inicio de tratamiento y Terminación de tratamiento con éxito²⁹, lo cual podría estar relacionado con las

brechas que existen entre el diagnóstico y el fin del tratamiento. Nuevamente aquí resalta más la consideración que el control de la TB priorizaría el enfoque recuperativo, perdiendo oportunidades en los primeros pasos donde se podría aprovechar más en un abordaje preventivo. Otro aspecto, que podría estar relacionado es el de altas tasas de TB-MDR, ya que esta forma presenta un tratamiento más complejo de culminar; y no olvidemos que estos pasos son evaluados enfáticamente como desempeño por los diversos Programas de Control de la TB.

Por otra parte las barreras que más se presentaron fueron las relacionadas con el sistema de salud, lo cual podría llamar a una reforma, mas cualquier esfuerzo para implementar un cambio en la atención involucra a una variedad de partes interesadas, incluidos los desarrolladores de tratamientos que diseñan y prueban la efectividad de los programas o estrategias, los formuladores de políticas que diseñan y pagan por el servicio, los administradores que dan forma a la dirección del programa, los proveedores y supervisores, los pacientes/clientes/consumidores, sus familiares, y miembros de la comunidad interesados y defensores²⁴. Es así que el éxito de los esfuerzos para implementar el tratamiento basado en la evidencia puede depender de su congruencia con las preferencias y prioridades, haciéndolo más flexible y participativo de las personas afectadas con TB, ya que ellos son los beneficiarios finales de tales servicios.

Otra barrera frecuentemente hallada fue la situacional del paciente y su entorno, esto sugiere que no se está teniendo una consideración holística de las personas³⁰ que tienen ciertos determinantes que por ejemplo, podrían estar impidiendo acudir oportunamente a un centro de control y prevención de TB para su diagnóstico ; y que en el momento que pueda acudir no se les esté dando una clara explicación de cómo dejar una buena muestra de esputo generando oportunidades perdidas de captación de un sintomático respiratorio y que el paciente pueda regresar a tal centro con más compromiso físico que termina repercutiendo en sus demás roles.

Al mismo tiempo, dentro de los facilitadores hallados destaca los de los trabajadores de salud y agentes comunitarios, poniendo en énfasis como el compromiso del recurso humano puede crear impacto y satisfacción en los usuarios de los centros de atención

de TB³¹. El otro facilitador encontrado es el de oportunidades de nuevas formas de tratamiento e intervenciones integrales, con lo cual se demuestra que la flexibilidad y negociación para hacer partícipe a los pacientes del empoderamiento y de su autocuidado y abordarlos más integralmente, desde lo mental, lo social y lo afectivo, dando soporte al cumplimiento de indicadores operacionales³².

Por consiguiente, ambas dimensiones, tanto barreras como facilitadores de la implementación de la ACP son de suma importancia, ya que con la detección de estas podemos saber qué aspectos mantener y potencializar como facilitadores, igualmente compartir las experiencias y abordar, cuestionar e investigar las barreras halladas en cada contexto en el proceso de implementación.

En la revisión se pudo evidenciar, que los indicadores que prevalecieron para medir la implementación de la ACP, fue el de aceptabilidad, dado que en varios de los reportes se están planteando indicadores iniciales, porque en diversos contextos la ACP se viene dando solo recientemente. Asimismo, otro indicador resaltante es el de Costos de la implementación, ya que como se sabe para poder realizar la implementación de cualquier estrategia se debe contar un financiamiento, y al tener recursos limitados tanto el sistema de salud como los programas de control de TB podría ser una limitante la inversión para el inicio de dicha estrategia. Según los datos arrojados, la implementación de la ACP reduciría los costos del Sistema de Salud, sus clínicas de atención, y los gastos del paciente; al ser un enfoque adaptable a cada realidad. Las formas con las que fueron medidos los indicadores fueron principalmente el Análisis de costos y las entrevistas (estructuradas, semiestructuradas y a profundidad), con lo cual se ve que ya hay una tendencia a no solo contabilizar indicadores numéricos, sino otros más subjetivos que nos puedan ayudar a explicar la problemática³³.

En este punto es importante resaltar que hubo reportes con pasos previos a la implementación de la ACP y si bien fueron excluidos por no abordar propiamente tal implementación hay una tendencia de interés y es que la complejidad de los marcos de implementación muestra que llevar a cabo y estudiar proyectos de implementación

requiere un conjunto integral de conocimientos y habilidades. Esto implica no solo una comprensión de la teoría de la implementación y la investigación, sino también las habilidades que son necesarias para construir asociaciones constructivas con las partes interesadas del proyecto en el sistema de salud ³⁴.

Finalmente , la implementación de la ACP a nivel mundial, según los ingresos de los países establecidos por el Banco mundial, hay una predominancia de los países con ingresos medianos altos y bajos, que podría vincularse con el hecho de que presentan altas tasas de incidencia y prevalencia de TB o estar geográficamente limitando con un país de alto ingreso y que por el tema de migración hay alianzas para hacer alto a los riesgos de contagios, como por ejemplo es el caso de la zona fronteriza entre México y Estados Unidos³⁵. Es importante, mencionar que según los cambios en la economía de cada país se observó transiciones de una denominación a otra, tal fue el caso Rusia de un estado de medio alto en el 2013 paso a ser un país de altos ingresos, lo mismo sucedió con Nepal que de un estado de bajos ingreso paso a ser un país de medianos bajos ingresos en el 2019, lo cual podría evidenciar que, si bien hay una mejoría económica, no necesariamente siempre habrá mejoría en las condiciones de salud.

4.1 Limitaciones

Una de las limitaciones de este estudio fue que, dentro de la extracción de datos, no se consideró específicamente que intervenciones se implementaron. Además, no se pudo tener acceso a 11 artículos que cumplieron con los requisitos por accesibilidad al texto completo, a pesar de intentar conectarse con los autores o por temas administrativos para la traducción. De la misma forma, es posible que dentro de la estrategia de búsqueda no se hayan considerado otras terminologías con las cuales también se denomina la ACP. Por ejemplo, la expresión *atención centrada en la familia* que no fue incluida. Quizás por la complejidad que involucra el constructor de la temática, ya que es un constructo teórico muy amplio y de interpretaciones variables o dicho de

otra forma estudios que delinear la ACP, pero que han sido denominados de otra manera. Es aquí donde se podría estar dando un sesgo.

5. Conclusiones

De los hallazgos se concluye que en la línea del tiempo se vienen presentando de forma creciente más reportes sobre la ACP en programas de atención de TB, y de estos se presenta un enfoque más que todo cuantitativo y una ubicación más en la región de África y de las Américas y el Caribe. Dentro los principios el de la comunicación es el que más se viene incorporando. Adicionalmente, dentro de los pasos de la cascada de cuidado de TB en los que se ha implementado la ACP, es en la etapa recuperativa (inicio y fin de tratamiento) en los que se enfocan la mayoría de los esfuerzos. De otro lado, los indicadores más utilizados para medir los resultados de la implementación son los que involucran a las primeras etapas de la implementación (aceptabilidad y costos de la implementación). Finalmente, los países clasificados según sus ingresos económicos en los que más se ha implementado la ACP para el control de TB han sido los de medianos altos y bajos ingresos.

6. Aportes de la revisión

La información obtenida en la presente revisión es relevante para todos los involucrados en el control de la TB, para los tomadores de decisiones que, con base en las evidencias de los beneficios de la implementación de la ACP, podrían iniciar reformas. Para los trabajadores de salud en la concepción de las personas afectadas con TB desde un aspecto más holístico y para eso tener capacitación y entrenamiento permanente. Para las personas afectadas con TB y sus familiares también, ya que hay un sustento para poder recibir una atención de calidad en la cual se cumplan sus derechos y el empoderarse en su cuidado. Además, se evidencio un vacío de conocimiento sobre la estandarización del concepto y la evaluación de la ACP en programas de control de TB; es por eso por lo que este estudio podría ser el punto de partida

sobre tal estandarización de la evaluación mediante las ciencias de la implementación.

Finalmente, este estudio suma en el análisis y reflexión sobre qué aspectos se tienen que trabajar, ya sea desde la abogacía individual o desde un abordaje multisectorial, que favorezca tal implementación de acuerdo con cada contexto respetando aspectos culturales, religiosos y sociales; propios de cada comunidad y persona.

7. Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés

8. Contribuciones de los participantes de la revisión

Katerine Milagros Villaizan (KMV), Helena del Corral (HdC) César Augusto Ugarte (CAU) concibieron el estudio y revisaron el protocolo. KMV realizó la búsqueda de los estudios en las bases de datos y elaboró los formularios. Paola Andrea Ramírez (PAR), contribuyó en el asesoramiento y verificación de la estrategia de búsqueda. Iván Darío Flórez (IDF) brindó el asesoramiento en la parte metodológica de la revisión. KMV y JEP (Jhon Edwin Polanco) realizaron la selección de los estudios y la extracción de la información. KMV resumió, codificó, analizó e interpretó los datos y preparó el manuscrito. Luis Gabriel Mejía (LGM), contribuyó en los ajustes de escritura. HdC y CAU contribuyeron a la discusión de los resultados y revisaron el manuscrito.

9. Financiamiento

Este trabajo ha sido financiado por TDR, el Programa Especial de Investigación y Capacitación en Enfermedades Tropicales, que se aloja en la Organización Mundial de la Salud (OMS) y es copatrocinado por UNICEF, PNUD, el Banco Mundial y la OMS (Subvención TDR número B40323). <http://www.who.int/tdr/about/en/>.

Los financiadores no tuvieron ningún papel en el diseño del estudio, la recopilación y el análisis de datos, decisión de publicar o preparación del manuscrito.

10. Disponibilidad de los datos e información de contacto

Para ampliar la información recopilada para esta revisión, puede contactarse al autor principal, Katerine Milagros Villaizan Paliza, con la siguiente información de contacto: Katerine.villaizan@udea.edu.co., Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

Referencias

1. WHO. Global tuberculosis report 2020. Oct 15, 2020. [Consultado 15 de diciembre, 2020]. Available in: <https://bit.ly/3weh631>
2. WHO. The End TB Strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. Geneva: WHO; 2015. Available in: <https://bit.ly/3wehnTB>
3. World Health Organization. WHO global strategy on people-centred and integrated health services. Interim report 2015. [cited 2020 Dec 1]. Available in: <https://bit.ly/3dGy3N5>
4. Naidoo P, Theron G, Rangaka MX, et al. The South African Tuberculosis Care Cascade: Estimated Losses and Methodological Challenges. *J Infect Dis.* 2017; 216 (supl_7). Available in: <https://bit.ly/3T3guaf>
5. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, Law M. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res.* 2014 Jun 19;14:271. Available in: <https://bit.ly/3QOUUEA>
6. USAID -TB CARE I. TB Control Assistance Program (CAP), Patient-Centered Approach Package. Available in: <https://bit.ly/3QClr8s>
7. TB/CTA-USAID. Patient'Centered'Approach'Strategy. Available in: <https://bit.ly/3Cb2vJD>
8. Eccles MP, Mittman BS. Welcome to implementation science. *Implementation Science.* 2006 doi: 10.1186/1748-5908-1-1.
9. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health.* 2011;38(2):65-76. doi:10.1007/s10488-010-0319-7
10. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, Lewin S, Smith RC, Coffey J, Olomu A. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD003267. Available in: <https://bit.ly/3KaOAFu>

11. Barber TJ, Saunders JM, Barnett N. Person-centred care and HIV: challenges and solutions. *Sexually Transmitted Infections* 2018;94:582-584. Available in: <https://bit.ly/3c576Cy>
12. Sladdin, I., Chaboyer, W., & Ball, L. (2017). Patients' perceptions and experiences of patient-centred care in dietetic consultations. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31(2), 188–196. Available in: <https://bit.ly/3c3mAH3>
13. CDC.gov. [Internet]. Patient-Centered Care for Transgender People: Recommended Practices for Health Care Settings. 2020 [citado 31 enero 2021]. Available in: <https://bit.ly/3QFqcyg>
14. THE UNION. My care, my metrics: why patient definitions of person-centred care are critical [Internet]. Youtube; 2020 [cited 2021 Jan 17]. Available from: <https://bit.ly/3ApD30D>
15. Arksey H, O'Malley L. Estudios de alcance: hacia un marco metodológico. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8 (1): 19–32.
16. Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Estudios de alcance: avance de la metodología. *Implement Sci*. 2010; 5 (1): 69.
17. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide, South Australia, 2015.
18. Wickremasinghe D, Kuruvilla S, Mays N, et al. . Tener en cuenta las necesidades de conocimiento de los usuarios del conocimiento en salud: un marco de síntesis de evidencia. *Plan de políticas de salud* 2016; 31: 527–37. 10.1093 / heapol / czv079
19. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850
20. Booth, A, Briscoe, S and Wright, JM. The “realist search”: A systematic scoping review of current practice and reporting. *Research Synthesis Methods*, 2020.11 (1). pp. 14-35. ISSN 1759-2879

21. RStudio Team .RStudio: Integrated Development for R. RStudio, PBC, Boston, 2020. Available in: <http://www.rstudio.com/>.
22. The World Bank. World bank country and lending groups – world bank data help desk [Internet]. Worldbank.org. Available in: <https://bit.ly/3AtVDph>
23. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación (5ªed.). México: McGraw-Hill.
24. Pujol-Cruells A, Vilaplana C. Specific Interventions for Implementing a Patient-Centered Approach to TB Care in Low-Incidence Cities. *Front Med (Lausanne)*. 2019;6:273. Published 2019 Nov 26. doi:10.3389/fmed.2019.00273
25. Makabayi-Mugabe, R., Musaazi, J., Zawedde-Muyanja, S. et al. Developing a patient-centered community-based model for management of multi-drug resistant tuberculosis in Uganda: a discrete choice experiment. *BMC Health Serv Res* 22, 154 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07365-5>
26. Lorent N, Choun K, Malhotra S, et al. Challenges from Tuberculosis Diagnosis to Care in Community-Based Active Case Finding among the Urban Poor in Cambodia: A Mixed-Methods Study. *PLoS One*. 2015;10(7):e0130179. Published 2015 Jul 29. doi:10.1371/journal.pone.0130179
27. Wright J, Walley J, Philip A, Petros H, Ford H. Research into practice: 10 years of international public health partnership between the UK and Swaziland. *J Public Health (Oxf)*. 2010;32(2):277-282. doi:10.1093/pubmed/fdp129
28. Mkopi A, Range N, Amuri M, et al. Health workers' performance in the implementation of Patient Centred Tuberculosis Treatment (PCT) strategy under programmatic conditions in Tanzania: a cross sectional study. *BMC Health Serv Res*. 2013;13:101. Published 2013 Mar 16. doi:10.1186/1472-6963-13-101

29. Hussain S, Hasnain J, Hussain Z, et al. Type of Treatment Supporters in Successful Completion of Tuberculosis Treatment: A Retrospective Cohort Study in Pakistan. *Open Infect Dis J.* 2018;10:37-42. doi:10.2174/1874279301810010037
30. Jaramillo J, Yadav R, Herrera R. Why every word counts: towards patient- and people-centered tuberculosis care. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2019 May 1;23(5):547-551. doi: 10.5588/ijtld.18.0490. PMID: 31097061.
31. Walker IF, Khanal S, Hicks JP, et al. Implementation of a psychosocial support package for people receiving treatment for multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: A feasibility and acceptability study. *PLoS One.* 2018;13(7):e0201163. Published 2018 Jul 26. doi:10.1371/journal.pone.0201163
32. Palacios E, Guerra D, Llaro K, Chalco K, Sapag R, Furin J. The role of the nurse in the community-based treatment of multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB). *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7(4):343-346.
33. Atif M, Javaid S, Farooqui M, Sarwar MR. Rights and Responsibilities of Tuberculosis Patients, and the Global Fund: A Qualitative Study. *PLoS One.* 2016;11(3):e0151321. Published 2016 Mar 21. doi:10.1371/journal.pone.0151321
34. Zelnick JR, Seepamore B, Daftary A, et al. Training social workers to enhance patient-centered care for drug-resistant TB-HIV in South Africa. *Public Health Action.* 2018;8(1):25-27. doi:10.5588/pha.17.0114.
35. Moya EM, Chavez-Baray SM, Martínez O. Trabajo Social en la Micro y Macro Práctica en el Contexto de la Tuberculosis [Micro and Macro Social Work Practice in the Context of Tuberculosis]. *EHQUIDAD.* 2017;8:43-66. doi:10.15257/ehquidad.2017.0008

EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL ...

Anexo 1

Formato para la extracción de datos “Evidencia de la implementación de la atención centrada en el paciente en los programas de control de la tuberculosis: una revisión exploratoria”.

Objetivos	Variables	
Identificar y explorar cómo se fue realizando la implementación de la estrategia de Atención Centrada en el Paciente en programas para el control de la tuberculosis.	Generales relacionadas a los reportes primarios:	
	Año de publicación	
	Tipo de reporte	
	Enfoque de reportes primarios	
	Región de procedencia	
	Definición de Atención centrada en el paciente	
	Calidad relacionada con evidencias de conflicto de intereses	
	Relacionadas a las revisiones de la literatura:	
	Objetivo de la revisión	
	Tipo de revisión	
	Número de estudios incluidos en la revisión	
	Enfoque de la síntesis	
	Calidad de estudios incluidos	
	Conclusiones.	

EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL ...

<p>1. Explorar e identificar cuáles son los principios de la ACP que han sido incorporados a las actividades para el control de la TB.</p>	Aspectos metodológicos y de interés de la ACP:	
	Principios o postulados de la ACP	
	Áreas de trabajo en las cuales se implementa la ACP	
	Herramientas utilizadas en la ACP	
<p>2. Identificar los pasos dentro de la cascada de cuidado de pacientes con TB en los cuales se ha reportado la aplicación de la ACP.</p>	Aspectos de interés de la ACP.	
	Pasos de la cascada de cuidado donde se implementa la ACP.	
	Barreras de la implementación de la ACP.	
	Facilitadores de la implementación de la ACP.	
<p>3. Identificar y describir los</p>	Indicadores de la implementación de la ACP.	

EVIDENCIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL ...

<p>indicadores que han sido utilizados para medir la implementación de la ACP.</p>	<p>Formas de medir la ACP.</p>	
<p>4. Identificar y contrastar la incorporación de la ACP en el control para la TB en países con diferentes niveles de recursos económicos.</p>	<p>Implementación de la ACP según los ingresos de los países con diferentes niveles de recursos económicos.</p>	