
ARTICULO ORIGINAL

Título: Desigualdades sociales en la tuberculosis pulmonar y su contextualización en La Habana

Title: Social inequities and access to health services in the field of lung tuberculosis and its contextualization in Havana.

Autores: Pablo León Cabrera^I, María del Carmen Pría Barros^{II}, Irene Perdomo Victoria^{III}, Ana Julia García Milián^{IV}, Damián Valdés Santiago^V.

- I. Médico. Especialista de 2do Grado en Epidemiología y Administración y Organización en Salud. Máster en Salud Pública. Profesor Auxiliar. Escuela Nacional de Salud Pública. Email: pablitolc@infomed.sld.cu
 - II. Médico. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de 2do Grado en Bioestadística. Profesora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
 - III. Médico. Doctora en Ciencias de la Salud. Máster en Salud Pública. Especialista de 2do Grado en Epidemiología. Profesora Titular y Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública.
 - IV. Médico. Doctora en Ciencias de la Salud, Especialista de 2do Grado en Farmacología y Administración y Organización en Salud, Máster en economía de la salud. Profesora e investigadora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública.
 - V. Licenciado en Ciencias de la computación. Máster en Ciencias Matemáticas. Profesor. Facultad de Matemática y Computación, Universidad de La Habana.
-

RESUMEN:

Introducción. El abordaje de la tuberculosis pulmonar desde el enfoque de la determinación social y el acceso a los servicios de salud es útil para reorientar las políticas sociales y movilizar recursos en función de reducir las desigualdades e inequidades y eliminar la tuberculosis como problema de salud. **Objetivo.** Describir las desigualdades sociales y acceso a los servicios de salud en la tuberculosis pulmonar y su contextualización en La Habana. **Método.** Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura utilizando el modelo Big 6 como modelo de gestión de información en cuanto a las temáticas: tuberculosis pulmonar, desigualdades, acceso, servicios de salud. **Resultados.** Se presentan los antecedentes y desarrollo en el enfoque de las desigualdades sociales en el contexto nacional e internacional y políticas sociales y estructura social en Cuba como medidas adoptadas para la erradicación de las desigualdades. Se describen las perspectivas de acceso a los servicios de salud y el contexto socioeconómico de los pacientes tuberculosos en La Habana en el año 2012. **Conclusiones.** Los cambios en las políticas sociales y la estructura social y las reformas en el sector salud en Cuba constituyen elementos que determinan el comportamiento de la tuberculosis pulmonar en La Habana. La utilización del contexto económico social en el análisis de la tuberculosis pulmonar en la provincia La Habana identificó estratos sociales que trascienden los límites político-administrativos donde residen grupos poblacionales con estructura social más desventajosa, condiciones de vida desfavorable y mayor prevalencia de la tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, desigualdades, acceso, servicios de salud

ABSTRACT:

Introduction. The lung tuberculosis approach from the perspective of social determination and access to health services is useful to reorient social policies and to mobilize resources in order to reduce inequalities and eliminating tuberculosis as a health problem. **Objective.** To describe the social inequalities and access to health services in pulmonary tuberculosis and its contextualization in Havana.

Method. A bibliographic review of the literature was carried out using the Big 6 model as an information management model in terms of the topics: pulmonary tuberculosis, inequalities, access, health services.

Results The background and development in the approach of social inequalities in the national and international context and social policies and social structure in Cuba are presented as measures adopted for the eradication of inequalities. We describe the perspectives of access to health services and the socioeconomic context of tuberculosis patients in Havana in 2012. **Conclusions.** Changes in social policies and the social structure and reforms in the health sector in Cuba are elements that determine the behavior of pulmonary tuberculosis in Havana. The use of the social economic context in the analysis of pulmonary tuberculosis in the province of Havana identified social strata that transcend the political-administrative limits where population groups with a more disadvantaged social structure reside with unfavorable living conditions and a higher prevalence of tuberculosis.

Key Words: pulmonary tuberculosis, inequalities, access, health services

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales presentes a nivel global originan una distribución geográfica de las enfermedades. En general en los países subdesarrollados, los niveles de salud decrecen vertiginosamente, con un incremento en el número de padecimientos, sobre todo en los sectores más vulnerables de la sociedad. En América Latina, África, el Caribe y el Sureste Asiático, las enfermedades infecciosas y las transmitidas por vectores, se elevan en comparación con los países ricos. África acumula una cuarta parte de la carga de enfermedades del planeta.⁽¹⁾

Durante las últimas décadas la producción social de la salud ha estado orientando a nivel internacional a enriquecer las políticas sanitarias y sociales. Este propósito está definido en la Carta de Ottawa donde se plantea que la salud es un producto social donde juega un papel importante la sociedad en su conjunto. De ahí que las políticas de salud deben expresar el interés del Estado hacia la disminución de las brechas sociales, sin embargo, las desigualdades e inequidades en salud se han incrementado entre grupos de personas, generando enfermedad y muerte evitable.⁽²⁾

El estudio de la salud mundial pone de manifiesto grandes contrastes. La comparación de algunos indicadores muestra diferencias que en términos de desarrollo separan a dos mundos. Tal es el caso de la tuberculosis pulmonar. La tuberculosis sigue siendo, una de las enfermedades infecciosas humanas más importantes que existe.⁽¹⁾ Los investigadores

que se dedican a su estudio la catalogan como una de las peores epidemias del siglo XXI.⁽²⁾Está presente en todas las regiones.

A pesar de que en el periodo 2000-2014 se disminuyó la tasa de incidencia en 1.5 %, el 2.1 % de esta reducción corresponde a los años 2013 y 2014. Para este último año su tasa fue de 133 casos por 100 000 habitantes con diferencias en las regiones del mundo. El mayor número de los casos notificados se encuentran en Asia y África, mientras que el menor en el Mediterráneo Este, Europa y las Américas. En África el 32 % de casos de tuberculosis están infectados con VIH, constituyendo estos el 74 % de los casos entre personas viviendo con VIH en todo el mundo.^(3, 4)

A nivel global, el 80 % de los casos nuevos se concentran en los 22 países con mayor carga de la enfermedad.⁽³⁻⁵⁾Existe una variación considerable en el comportamiento de la mortalidad entre regiones y países.⁽³⁻⁷⁾

Las tasas de mortalidad declinan en seis regiones, la reducción propuesta se alcanza desde el 2004 en las Américas.^(3,8)En esta región en el 2012,^(7,9) la notificación de casos fue de 220 000 (se dejaron de diagnosticar 60 000 casos) y la tasa real de casos notificados fue 23 por 100 000 habitantes, estos representaron el 3% de la carga mundial. Existen variaciones en el comportamiento de la tuberculosis pulmonar entre países, Brasil, Perú, México y Haití aportaron el 61% y Guatemala, Surinam, Ecuador, Jamaica y Belice están por debajo del 60 % de los casos.

La incidencia anual disminuye en 4.2 %. Países como Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica y Puerto Rico tienen baja incidencia -menos de 100 casos por millón de habitantes- con mayores posibilidades de lograr la pre eliminación de la enfermedad para 2035.⁽¹⁰⁾En este sentido, el análisis hacia el interior de los países para identificar desigualdades sociales e intervenir de forma oportuna es vital. En los Estados Unidos la tasa de incidencia de tuberculosis en el 2010 fue de 3,6 por 100.000 habitantes, la más baja registrada desde 1953, aun cuando se trató de una incidencia muy baja, afectó con mayor fuerza a los diversos grupos étnicos: 22,4 % en asiáticos, 7 % en afroamericanos, 6,5 % hispanos y 0,9 % en caucásicos.⁽¹¹⁾

En América Latina y el Caribe a pesar del descenso de las tasas de prevalencia y mortalidad, estas continúan elevadas.⁽¹²⁾De acuerdo a estimaciones de la OMS, entre 1990 y el 2009 la prevalencia disminuyó de 97 a 38 casos por 100.000 habitantes y la mortalidad de 8 a 2,1 por 100.000 habitantes.⁽¹³⁾En el periodo 1990-2012 se redujo las tasas de 100 a 45 por 100 000 habitantes. La mortalidad por tuberculosis en el 2012 fue de 19 000 casos, excluyendo los infectados por VIH con una disminución del 68 % con relación al 1990.⁽⁸⁾

La situación actual es reflejo de las diferencias económicas-sociales que existen entre países, esto evidencia su influencia en la evolución de la tuberculosis y obliga reflexionar sobre lo que está fallando.^(1,5) En este sentido, el progreso no uniforme individual de los países, demanda acciones orientadas a la vigilancia, prevención y control, con especial atención a los casos con resistencia a múltiples drogas, el manejo de la coinfección con el VIH, así como la implementación de políticas sociales a partir de la identificación de las desigualdades sociales.⁽¹¹⁾

Es evidente que el abordaje de la tuberculosis pulmonar desde el enfoque de la determinación social y el acceso a los servicios de salud es útil para reorientar las políticas sociales y movilizar recursos en función de reducir las desigualdades sociales e iniquidades y eliminar la tuberculosis como problema de salud. Lo expuesto con anterioridad unido a la estrategia propuesta por la OMS-OPS con este fin hace necesario el análisis del tema en el contexto cubano.⁽³⁾

La Habana tiene particularidades en la incidencia y prevalencia de la enfermedad, que la hacen, la segunda provincia que aporta casos a la morbilidad. Esta situación, requiere que este problema de salud se analice desde otras perspectivas, donde se puedan visualizar las desigualdades del contexto económico y social en esta enfermedad. Elemento este, necesario para enriquecer las políticas sociales y eliminar la tuberculosis como problema de salud.

El objetivo del presente trabajo es describir las desigualdades sociales en la tuberculosis pulmonar y su contextualización en La Habana.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura existente relacionada con el tema, que permitió la reflexión sobre las diferentes formas, instrumentos y enfoques del estudio que incluyó libros y publicaciones periódicas de autores nacionales y extranjeros, que permitió proporcionar a los profesionales de la salud, desde la óptica de la ciencias sociales, de una herramienta útil en la interpretación de las causas y efectos que originan las desiguales y el acceso a los servicios de salud de la tuberculosis pulmonar. De manera que se puedan visualizar las desigualdades del contexto económico y social en esta enfermedad.

Para la revisión bibliográfica y documental se utilizó el modelo Big 6 como modelo de gestión de información en cuanto a las temáticas: tuberculosis pulmonar, desigualdades, acceso, servicios de salud. Se siguieron los pasos del modelo, definición de la tarea y definición de estrategias de búsqueda a partir de las palabras claves; localización de resultados de investigaciones y publicaciones en motores de búsqueda <http://www.google.c>, <http://es-es.altavista.com/>, <http://alltheweb.com>; selección de la literatura considerada relevante para el tema; realización de síntesis de lo aportado por el tema y evaluación de la calidad de la información obtenida y realización de reflexiones sobre los elementos a incorporar en el trabajo.

Con posterioridad se establecieron escalas que permitieron hacer un análisis de los resultados a obtener a partir aspectos generales y específicos. Se realizó un estudio descriptivo transversal que incluyó los 950 casos de tuberculosis pulmonar registrados por los sistemas estadísticos oficiales enfermedad de declaración Obligatoria (EDO) de la provincia La Habana en el año 2012-2015.

Se trabajó con el registro de Enfermedades de declaración obligatoria del Centro provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología de la Habana y de la Oficina Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública los datos sobre morbilidad. Se utilizó como indicador socioeconómico el índice de condiciones de vida (ICV) construido por Ariadna y col.^(4,5)

Resultados del índice de condiciones de vida de La Habana

Condiciones de vida					
Más Favorables		Intermedia		Menos favorables	
Municipios	ICV	Municipios	ICV	Municipios	ICV
Plaza de la Revolución	0,69	La Lisa	0,57	Arroyo Naranjo	0,45
Regla	0,66	Cotorro	0,54	Diez de Octubre	0,43
Playa	0,65	Cerro	0,52	La Habana Vieja	0,43
La Habana del Este	0,59	Marianao	0,49	Guanabacoa	0,42
Boyeros	0,59	Centro Habana	0,47	San Miguel del Padrón	0,38

Para el cálculo de las desigualdades se utilizó las tasas de incidencia y prevalencia, diferencia de tasas (DT), número de casos evitados y razón de morbilidad estandarizada (RME). Se utilizó como valores de referencia para la comparación la tasa de prevalencia provincial. Las medidas de desigualdades utilizadas fueron Gini, curva de Lorenz, tasa mínima, varianza entre grupos y relativa entre estos. En estas últimas mediciones, se comparó con el estrato de condiciones de vidas favorables. Se empleó el programa estadístico Epidat 4.1 para los cálculos, los resultados obtenidos se presentaron en tablas y gráficos. Se respetaron los criterios éticos para este tipo de estudio.

RESULTADOS

Los resultados de este trabajo evidencian la magnitud del problema de la tuberculosis pulmonar en La Habana y su contexto socioeconómico. Al analizar los datos obtenidos se observa que la estimación puntual de las RME muestra que en el estrato más favorable existe menor morbilidad por esta causa que en la provincia, mientras que el estrato intermedio y más acentuado en el menos favorable existe una sobremorbilidad por esta causa en relación a la provincia.

Sin embargo, al observar los intervalos de confianza de los tres estratos se evidencia que en el más favorable existe una morbilidad significativamente menor que en la provincia, aunque en los otros dos estratos no se observan diferencias significativas en relación a la morbilidad con la provincia.(Tabla 1)

Tabla 1. Razón de morbilidad estandarizada de tuberculosis pulmonar según estratos de condiciones de vida

Condiciones de vida	Incidencia				Prevalencia			
	Casos	RME*	IC (95,0%)		Casos	RME*	IC (95,0%)	
Más Favorables	238	71,9	63,1	81,7	262	72,3	63,8	81,7
Intermedias	283	103,0	91,4	115,7	316	105,2	93,9	117,5
Menos Favorables	429	124,5	113,0	136,9	461	122,5	111,5	134,2

Se evidencia que los tres estratos estudiados tienen similar cantidad de población. El estrato más favorable presentó la menor tasa de incidencia de TBP. Se observa la mayor en el menos favorable, por lo que la diferencia de tasas y el número de casos evitados mayor se corresponden también con este estrato.

Como consecuencia de la mejora de la estructura social en los estratos más deficientes, similar al más favorable, se estima que podrían haberse evitado 66 casos de TBP, 45 de los cuales provienen del estrato menos favorable (Tabla 2)

Tabla 2. Tasas de incidencia, diferencia de tasas y número de casos evitados de tuberculosis pulmonar según estratos de condiciones de vida

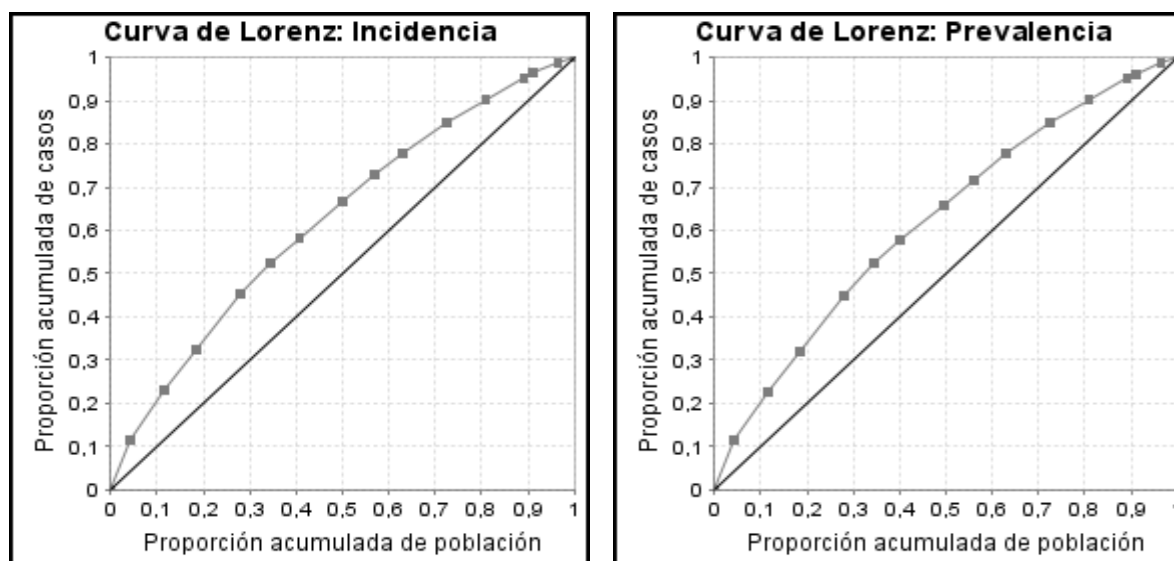
Estratos	Población		Tasas*/10 ⁵	DT*	NCE*
	No	%			
Más Favorables	742657	34,6	8,0	0,0	0
Intermedio	618782	28,9	11,4	3,4	21
Menos Favorables	782382	36,5	13,7	5,7	45

*Nota aclaratoria: tasas */10⁵, son las tasas de prevalencia de TBP tipificadas por el método directo tomando como población estándar la de la provincia. DT= Diferencia de tasas. NCE= Número de casos evitados*

De forma similar a la estimación puntual de la REM se comportó la tasa de prevalencia de la tuberculosis, la diferencia de tasa y el número de casos evitables fue mayor en los estratos de estructura social intermedios y de más desventaja. Los resultados anteriores evidencian que si las condiciones de vidas de estos estratos fueran similares al de situación más ventajosa se podría reducir el número de casos de tuberculosis pulmonar.

El índice de Gini se basa en la curva de Lorenz, que representa la relación entre la población ordenada y acumulada, y un indicador sanitario acumulado que en este caso son las tasas de incidencia y prevalencia de TBP.

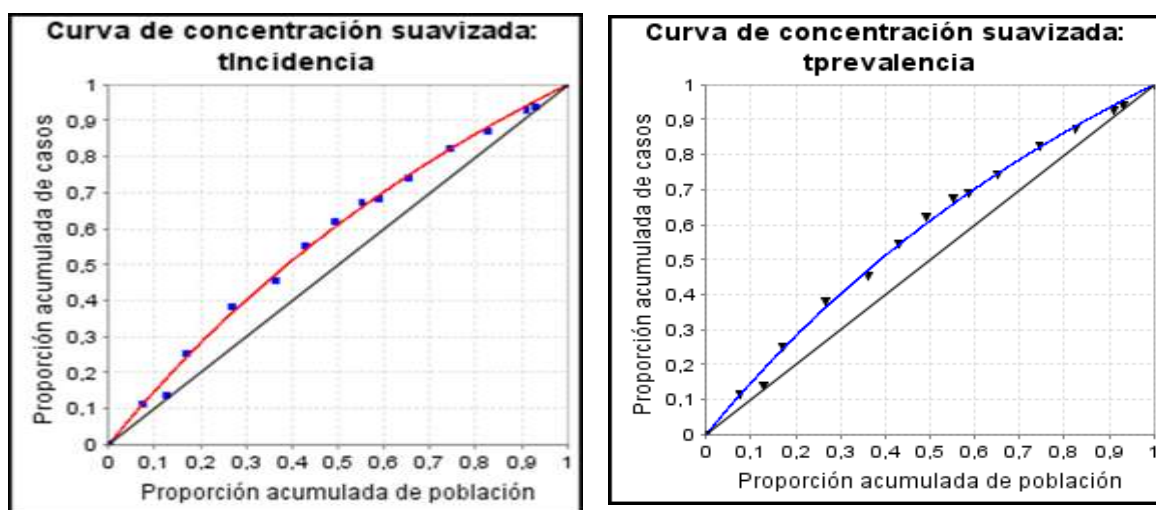
Figura 1. Curva de Lorenz de incidencia y prevalencia de TBP



Se obtuvo un Índice de Gini para la incidencia de - 0,248 y para la prevalencia de - 0.244. Estomanifiesta una desigualdad sanitaria en la distribución de casos de TBP en la población, que se aprecia de forma clara en la curva de Lorenz, al separarse de la diagonal principal que marca la igualdad total. (Figura1) En esta investigación la relación entre la población y un indicador sanitario como la morbilidad por TBP a través de Gini y el índice de concentración mostró una desigualdad sanitaria en la distribución de casos de TBP en la población, la cual se hizo más evidente en la curva de Lorenz. Estudios realizados en Cuba a finales de la década de los ochenta y noventa se documenta una elevación de la desigualdad en la población cubana.⁽¹⁴⁾

Al ordenar la población según una variable socioeconómica como el ICV se observan resultados similares, con un Índice de concentración para la incidencia de -0,150 y de igual valor para la prevalencia, que refleja una desigualdad en la distribución de casos según la situación económica en la curva de concentración. (Figura 2)

Figura 2. Curva de concentración de incidencia y prevalencia de TBP



Es de interés conocer el comportamiento de las tasas de prevalencia de TBP en la provincia estudiada y al interior de la misma, se consideró la variabilidad de estas en relación con la tasa menor de cada estrato. Se observa marcada variabilidad al interior de los municipios de las tasas de incidencia y prevalencia de la enfermedad.

El estrato menos ventaja, constituido por 5 municipios, aunque no tiene la mayor tasa global de TBP de todos los estratos, tiene la menor mínima de los mismos, lo que produce más variabilidad al interior del estrato. Se observa que la variación entre las tasas de los grupos aumenta según es menos ventaja el estrato, muestra la mayor variabilidad entre grupos en el total de municipios. (Tabla 3)

Tabla 3. Índices de disparidad de las tasas de incidencia y prevalencia de TBP

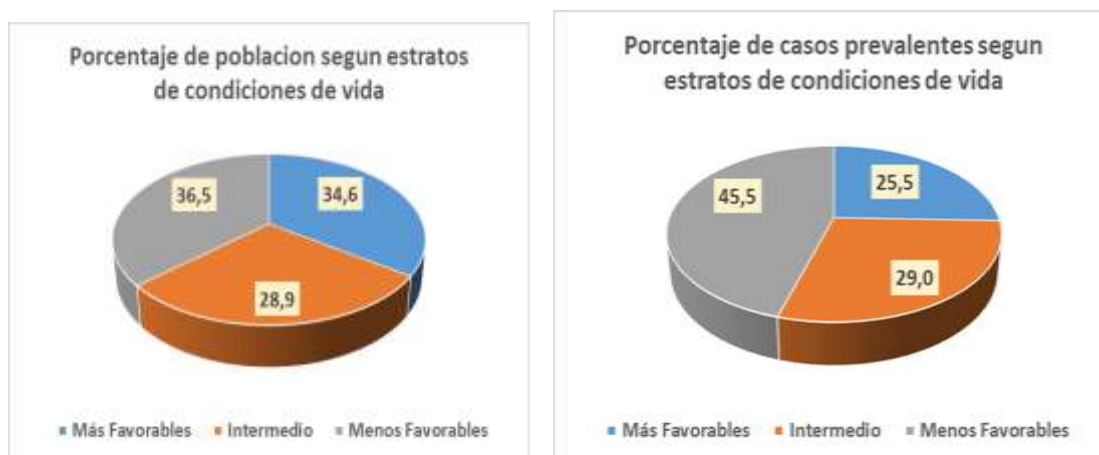
Indicadores	Tasas	
	Incidencia	Prevalencia
Tasa mínima	2.651	3.315
Varianza entre grupos	14,140	16.009
Varianza relativa entre grupos	1.868	1,944

Tabla 4. Índices de disparidad de las tasas de prevalencia de TBP según estratos

Indicadores	Estratos		
	Más favorables	Intermedio	Menos favorables
Número de municipios	5	5	5
Tasa mínima	4.752	3.315	3.551
Varianza entre grupos	1.309	5.964	29,108
Varianza relativa entre grupos	0,217	0.720	2.820

Es de interés conocer el comportamiento de las tasas de prevalencia de TBP al interior de los estratos, se consideró la variabilidad de estas en relación con la tasa menor de cada estrato. El estrato más favorable tiene la menor variabilidad de las tasas de prevalencia al interior del estrato, mientras que el estrato menos favorable tiene la mayor variabilidad de sus tasas de prevalencia a su interior. (Tabla 4)

Otro aspecto de interés es la distribución proporcional de la población y los casos prevalentes de TBP según estratos, en la figura 3 se muestra gráficamente esta distribución, en el estrato más favorable se observa que se encuentra el 34.6% de la población y el 25.5 de los casos, en el intermedio se observa similar proporción de población y casos, 28.9% de la población y 29.0% de los casos, mientras que en el menos favorable se evidencia una distribución proporcional de población (36.5%)similar a la favorable con casi el doble de casos prevalentes que en ese estrato (45.5%).

Figura 3. Distribución de población y casos de TBP según estratos

Un resultado que muestra diferencias entre los estratos de estructura social con la distribución proporcional de la población y los casos de tuberculosis pulmonar lo constituyó que el 65.4 % de la población y el 74.5 % de los casos se concentraron en los estratos de estructura social intermedia y menos favorable. El análisis de los datos de esta investigación permitió identificar que existieron diferencias mínimas numéricamente en las medidas utilizadas que requieren de atención, si se tiene en cuenta las fortalezas que tiene el sistema social y de salud cubano. La profundización en estas permitirá fortalecer las políticas sociales y de salud en función de la eliminación de esta enfermedad.

DISCUSIÓN

Al revisar la bibliografía publicada sobre el concepto de desigualdades sociales, se encuentra con frecuencia la utilización de los términos inequidades, desigualdades y diferencias de forma indistinta, elemento este, que merita atender sus particularidades.

La ética de una sociedad se construye a partir de valores, normas y derechos ciudadanos, resultado de un proceso histórico y en el marco de relaciones de poder-desigualdad en el ordenamiento mundial-.De ahí que la ética impone límites a la organización social para que valore las grandes desventajas, niveles de exclusión social en función del espacio y el tiempo. Para que se produzca el cambio y lo que era aceptable en un momento deja de serlo en otras circunstancias.

A pesar de que al tema de las desigualdades en salud, se le da mayor fuerza a partir de la declaración de Alma-Atá, existen antecedentes importantes que fueron creando las bases para asociar las condiciones de salud de las personas con factores externos a la biología humana.

A partir de los años 70, en América latina, se materializa el enfoque social desde los núcleos de pensamiento médico social en México, Ecuador y Brasil. El sentido emancipador de la determinación social de la salud se recupera con los aportes de la epidemiología crítica. Con esta, el análisis dialéctico de procesos complejos es enfocado en la transformación del sistema para superar la lógica no sustentable, no solidaria, individualista, competitiva, de desperdicio, y ecológicamente agresiva de la reproducción social bajo el capitalismo y no actuar sobre fragmentos que llamamos "determinantes". En este sentido destaca las contribuciones de *Breilh, Laurell, Naomar Almeida de Philo, Granda, Samaja y Rodríguez.*⁽³⁾

La realidad sobre el tema en Cuba es que a pesar de los aportes que se realizan, el afán en demostrar homogeneidad más que en detectar desigualdades, constituye una barrera para avanzar en la investigación y el desarrollo de una etapa cualitativamente superior del Sistema Nacional de Salud en particular y, del campo de la salud, en general.

Las investigaciones científicas relacionadas con este tema en las tres últimas décadas contribuyeron a identificar cinco elementos claves acerca de las desigualdades sociales en salud: son enormes, graduales, crecientes, adaptativas e históricas.⁽²⁾ A lo antes dicho, se le agrega que la sociedad cambia, las enfermedades varían y los servicios sanitarios mejoran, pero el gradiente en diferencias de salud injustas y evitables persiste o aumenta y que además, las formas en que se manifiestan las desigualdades sociales en salud tienen diversidad y complejidad que demandan un abordaje con enfoque transdisciplinar para acercar al investigador a la realidad objetiva de este problema.⁽⁸⁾

En la estimación puntual de las RME de la tuberculosis pulmonar existe una sobremorbilidad mayor por esta causa en los estratos de estructura social intermedio y de más desventaja en relación a la provincia en La Habana. El informe Black de Gran Bretaña^(9,10) corroboró que la distribución de las enfermedades es desigual entre los distintos grupos socioeconómicos de una sociedad, su frecuencia tiende a aumentar a medida que se desciende en la escala socioeconómica.

En el caso particular de la TB en Inglaterra y Gales descendió de forma sostenida desde comienzos del siglo XIX, mucho antes de que se dispusiese de quimioterapia efectiva ese descenso precoz se atribuye a una mejora en las condiciones de vida en que la enfermedad se propaga (hacinamiento y malnutrición).

Un estudio ecológico realizado por Chamizo,⁽²⁾ en Costa Rica refleja que el riesgo de enfermar por tuberculosis tiene una tendencia al incremento tanto en la morbilidad bruta como en el Índice de Morbilidad Estandarizado en correspondencia con los quintiles del

Índice de Calidad de la Salud Ambiental Cantonal, este mostró un deterioro de las condiciones de salud ambiental.

En Argentina (período 2007-2008) otra investigación hace referencia a la concentración espacial del riesgo de enfermar por tuberculosis pulmonar en el grupo de departamentos con riesgos más altos, tienen treinta veces más probabilidad de enfermar que el grupo de más bajo riesgo.⁽¹¹⁾ Así mismo, Marais y SimonShaaf,^(12,13) en África identifican áreas endémicas de tuberculosis con alta prevalencia en las que predominan las peores condiciones de vida y se concentra la población inmigrante.

En Cuba, el coeficiente Gini y la proporción de población urbana caracterizada como “en riesgo” de satisfacer sus necesidades básicas en comparación con 1986 un período previo al comienzo de la crisis económica fue de 0,24, años más tarde, obtuvo valores de 0,38 en 2002 y de 0,40 en el 2013, lo que expresa, en alguna medida, que la distribución de los ingresos casi se duplicó.^(14,15)

La política social comienza a modificarse, para buscar eficiencia y nuevas fuentes de recursos, se abren espacio a otras formas de empleo (privado), la inversión extranjera tiene un mayor despliegue social. Se abre paso a la dualidad monetaria y la segmentación del mercado de bienes y servicio de consumo tienen impacto en el grado de satisfacción de las necesidades que alcanzan los distintos grupos sociales y la equidad resultante. Todos estos cambios necesarios llevaron a que las desigualdades en la población cubana se hagan más visibles.⁽³⁾

Estos elementos tienen que tenerse en cuenta e investigar este patrón para llegar a un análisis integral de este problema de salud y poder enriquecer las políticas sociales y en salud a partir de los elementos que puedan aportarse. Musayón Oblitas,⁽¹⁶⁾ hacen referencia a la importancia de identificar patrones aparentemente contradictorios, frente a la gestión de las políticas de salud relacionadas con la vigilancia, el control de la epidemia, el acceso a la atención en salud y otras políticas sociales conexas que tienen que ver con las condiciones de vida de la población. Estos tipos de análisis pueden brindar elementos de interés para la atención de los determinantes sociales.⁽⁸⁾

En Argentina, se encontró asociación entre mayor concentración y producción de casos de tuberculosis y las malas condiciones sociales y económicas de la población.^(16, 17)

Se añade también, la necesidad de cambiar de forma drástica muchas de las prioridades políticas y económicas actuales, e inevitablemente hacer frente a los poderosos intereses que hoy generan la desigualdad social.⁽²⁾ Los elementos antes referidos son de importancia a la hora de abordar las desigualdades en salud en la tuberculosis con un enfoque holístico.

En Cuba la equidad social, constituye la base de su sistema social, sobre la base de la universalidad y gratuidad de los servicios sociales básicos educación y salud. Un aspecto a distinguir en este sentido, es que su complejidad va más allá de los internacionalmente considerados básicos.

En tal sentido los enfoques tradicionales de salud y enfermedad en la tuberculosis proporcionan espacio para desarrollar nuevos conceptos, metodologías y metódicas con enfoque sistémico, que posibiliten aprehender la complejidad real de los procesos determinantes. Al mismo tiempo esto representa el reto de demostrar que estos desarrollos realmente tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de minimizar las desigualdades sociales e inequidades, así como sus efectos en los perfiles de salud de diferentes grupos de población y en el caso particular de la tuberculosis de eliminarse como problema de salud.

De igual forma, los cambios en las políticas sociales y la estructura social y las reformas en el sector salud en Cuba constituyen elementos que determinan el comportamiento de la tuberculosis pulmonar en La Habana.

Los autores concluyen que la utilización del contexto económico social en el análisis de la tuberculosis pulmonar en la provincia La Habana identificó estratos sociales que trascienden los límites político-administrativos donde residen grupos poblacionales con estructura social menos favorable, existen desigualdades en la prevalencia de la tuberculosis en los estratos de menos y más ventajas. En estos estratos se necesitan de la planificación de acciones diferenciadas hacia su interior para la eliminación de la tuberculosis como problema de salud.

Referencias Bibliográficas:

- 1) Calzadilla Moreira GV, Rodríguez Castillo I, Lara Fernández HL, Sotolongo Hernández T, Pérez Rodríguez JM, Martínez Álvarez MV. Los medicamentos en el mundo asimétrico actual: del no acceso al acceso. Parte II. Rev Cubana Med Milit 2007; 36(2).
- 2) Chamizo García HA. Inequidades geográficas y tuberculosis en Costa Rica, 2008-2012. Población y Salud en Mesoamérica [Internet]. 2011 Jul [citado 8 May 2016]; 13(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.21455>.
- 3) León Cabrera P, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Ramis Andalia R. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep [citado 12 Dic 2016]; 41(3): 532-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300011&lng=es
- 4) Corral Martín A, Pría Barros MC. Diseño de un Índice de Condiciones de Vida y clasificación del territorio nacional. Rev Cubana Med Gen Integr. 2015; 31(3). [citado 2017 Ene: 23]. Disponible en: <http://http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/63/21>
- 5) Corral Martín A, Pría Barros MC. Indicadores para la caracterización de provincias según condiciones de vida. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2014 Dic [citado 2016 Ago 08]; 30(4): 402-15. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000400002&lng=es
- 6) Espina Prieto M. Políticas de atención a la pobreza y las desigualdades. Examinando el rol del estado en la experiencia cubana. La Habana: CLASCO/CROP/CIPS; 2008. [citado 2015 Sep 29] Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/prieto/06Prieto.pdf>
- 7) Rawls J. Teoría de la Justicia. 2da Ed [Traducción al español]. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica; 1975.
- 8) León Cabrera P, Pría Barros Md, Perdomo Victoria I. Tuberculosis pulmonar: políticas, estructura social y reformas en el sector salud. Revista INFODIR [Internet]. 2015 [citado 2016 Dic 12];0(21):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/164>
- 9) Townsend P, Davidson N, editors. The Black Report. In: Inequalities in Health. Penguin: Harmondsworth; 1992.
- 10) Mariño Paz J. Estatus Socioeconómico y Tuberculosis en España: Una Revisión Sistemática. Cad Aten Primaria. 2011; 18: 90-6.

- 11) Situación de la Tuberculosis. Boletín Epidemiológico Periódico. 2009 [citado 26 Jul 2016]; (46) Edición Especial. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/boletines_epidemiologia/pdfs/BEP46_TB_int.pdf
- 12) Marais B, Simon Shaaf H. Childhood tuberculosis: an emergin and previously neglected problem. Infect Dis Clin N Am. 2010; 00: 727-49.
- 13) Mauch V, Woods N, Kirubi B, Kipruto H, Sitienei J, Klinkenberg E. Assessing access barriers to tuberculosis care with the tool to Estimate Patients' Costs: pilot results from two districts in Kenya. BMC Public Health. 2011. [cited 2016 jun 29];11:43. Available from: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-11-43>
- 14) Espina Prieto M. Reforma económica y política social de equidad en Cuba. En: Espina M, Echevarría D, Coordinadoras. Cuba: los correlatos socioculturales del cambio económico. La Habana: Ciencias Sociales, Casa Editorial Ruth; 2015.
- 15) Espina Prieto M. Desigualdad social y retos para una nueva institucionalidad democrática en la Cuba actual. Espacio Laical. 2014 [citado 2015 Oct 26]; 2 (Número Especial). Disponible en: <http://www.espaciolaical.org/contens/38/101104.pdf>
- 16) Bossio JC, Arias SJ, Fernández HR. Tuberculosis en Argentina: desigualdad social y de género. Salud Colectiva [Internet]. 2012 Nov [citado 2016 Jul 29]; 8(Suppl 1): 77-91. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000300013&lng=en
- 17) Fernando AH. Determinantes sociales de incidencia de tuberculosis pulmonar en la República Argentina [tesis]. Rio de Janeiro: Escuela Nacional de Salud Publica Sergio Arouca; 2015 [citado 2016 Jun 8]. Disponible en: <https://www.google.com/?client=firefox-a#q=Fernando+A+H.+Determinantes+sociales+de+incidencia+de+tuberculosis+pulmonar+en+la+Republica+Argentina.Tesis+maestr%C3%ADa.+Escuela+Nacional+de+Salud+Publica+Sergio+Aruca.+2015>

Recibido: 2 de noviembre de 2016.

Aprobado en 2da. Ronda: 14 de noviembre de 2016.

Dr. Pablo León Cabrera. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba

Correo electrónico: pablitolc@infomed.sld.cu