

Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud

Theoretical approach to social inequalities in tuberculosis as a health problem

MSc. Pablo León Cabrera, DrC. Maria del Carmen Pría Barros, DrC. Irene Perdomo Victoria, MSc. Rina Ramis Andalia

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la estrategia para eliminar la tuberculosis como problema de salud, obliga a utilizar nuevos enfoques donde se combinen metodologías -explicaciones- y metódicas -interpretaciones- que permitan profundizar en la realidad objetiva de los procesos sociales.

Objetivo: reflexionar sobre la tuberculosis como enfermedad trazadora de la situación económicosocial y los sustentos teóricos de las desigualdades sociales.

Métodos: revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales -*Scielo*, *EBSCO*-. Se usaron los descriptores: desigualdades sociales de la salud, tuberculosis. Se seleccionaron y ordenaron los artículos por temáticas para realizar el análisis de contenidos.

Resultados: el comportamiento de la tuberculosis en las diferentes regiones del mundo y hacia dentro de los países es un reflejo de la situación económicosocial, así como de la persistencia o aumento del gradiente diferencial de salud injusto y evitable. La diversidad y complejidad de estos aspectos, demanda un enfoque transdisciplinar para acercar al investigador a la realidad objetiva de la tuberculosis.

Conclusiones: las concepciones tradicionales de salud y enfermedad abren espacio para la confrontación con desarrollos conceptuales y metodológicos más integrales, con mayor capacidad de aprehender la complejidad real de los procesos determinantes, de superar la visión simple y unilateral de describir y explicar las

relaciones entre los procesos más generales de la sociedad y la tuberculosis. El reto es demostrar que estos conceptos y metodologías nuevas desarrolladas, tienen mayor potencialidad para movilizar recursos de poder en función de minimizar las desigualdades sociales e inequidades y eliminar la tuberculosis como problema de salud.

Palabras clave: tuberculosis pulmonar, desigualdades, inequidades.

ABSTRACT

Introduction: the strategy aimed at eradicating tuberculosis as a health problem requires new approaches combining methodologies and methodicalness that allow delving into the objective realities of the social processes.

Objective: to reflect on tuberculosis as a tracing disease of the economic and social situation and the theoretical fundamentals of the social inequalities.

Methods: literature and documentary review of digital data sources -Scielo, EBSCO-. The subject headings were social inequalities in health and tuberculosis. The articles were selected and broken down by themes in order to analyze the contents.

Results: the situation of tuberculosis in the various regions of the world and inside the countries reflects the economic and social situation and the persistence or rise of the differential gradient in health, which is unjust and avoidable. Diversity and complexity of these aspects demand transdisciplinary approach to get the researcher closer to the objective realities of tuberculosis.

Conclusions: the traditional health and disease concepts pave the way to confront with more comprehensive conceptual and methodological developments, with greater capacity of apprehending the real complexity of determining processes, of overcoming simple unilateral vision, of describing and explaining the relationship between the most general processes of the society and tuberculosis. The challenge is to prove that these newly developed concepts and methodologies have greater potentialities to mobilize power resources in order to minimize the social inequalities and inequities, and to eradicate tuberculosis as a health problem.

Keywords: pulmonary tuberculosis, inequalities, inequities.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis sigue siendo, en el inicio de este nuevo milenio, una de las enfermedades infecciosas humanas más importante que existe en el mundo.¹ Los investigadores que se dedican a su estudio la catalogan como la enfermedad más importante de nuestra época y la peor epidemia del siglo XXI.²

La situación actual de la tuberculosis a nivel mundial y regional es un fiel reflejo de las diferencias económicas y sociales que existen entre los diferentes países. Esta situación dispar evidencia una serie de condiciones que pueden influir de manera decisiva en su evolución¹ y obligan a realizar una reflexión profunda de lo que realmente está fallando en el control de una enfermedad curable hace más de 40 años y prevenible en la comunidad hace varias décadas.²

A pesar de los esfuerzos que se invierten para su control en la última década,¹ esta enfermedad continua sin controlarse en la mayoría de los países pobres. Sin embargo, para las naciones desarrolladas declina desde hace más de un siglo, por lo que se considera un indicador de las grandes diferencias entre y al interior de los países. En este sentido, el progreso individual de los países no es uniforme, situación que demanda acciones focalizadas a la vigilancia, prevención y control, principalmente de los casos con resistencia a múltiples drogas, en el manejo de la coinfección con el VIH, así como la implementación de políticas sociales a partir de la identificación de las desigualdades sociales.²

La estrategia de eliminar la tuberculosis como problema de salud, obliga a utilizar nuevos enfoques donde se combinen metodologías-explicaciones y metódicas-interpretaciones que permitan profundizar en la realidad objetiva de los procesos sociales en cada contexto particular, para reorientar las políticas en función de este problema de salud. Un punto de partida en este sentido, lo constituye el estudio de las desigualdades de salud.

En este trabajo se pretende reflexionar sobre la tuberculosis como enfermedad trazadora de la situación económica social y los sustentos teóricos de las desigualdades sociales.

MÉTODOS

Para desarrollar esta investigación se realizó una revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales indexadas -Scielo, EBSCO-. Se usaron los descriptores DeCs-MeSH: desigualdades sociales de la salud, tuberculosis. Se utilizaron como unidades de análisis artículos científicos originales de cualquier nacionalidad publicados en idioma español, inglés y portugués e indexados en revistas de ciencias de la salud. Se procedió a seleccionar los artículos de utilidad para la investigación, se ordenaron por temáticas y se realizó el análisis de contenidos. En la búsqueda avanzada se utilizó el booleano AND.

Para la recolección de los datos se elaboró una ficha instructiva tomando como referencia algunos de aspectos definidos en la propuesta de *Hoyos*:³ aspectos formales, objeto de estudio, delimitación contextual, referente conceptual, metodología y resultados. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.⁴

RESULTADOS

SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS A NIVEL MUNDIAL, EN AMÉRICA LATINA Y CUBA

La tuberculosis está presente en todas las regiones de mundo, el informe Global de Tuberculosis 2014, incluye datos compilados de 202 países y territorios. Describe en el 2013, el desarrollo de la tuberculosis en 9 millones de personas, de ellos 1,5 millones murieron de la enfermedad (360 000 muertes entre los pacientes VIH positivo) y entre 2000-2013 fueron salvadas 37 millones de vidas por la efectividad en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, al comparar en los últimos años los casos nuevos con tuberculosis multifarmacorresistente (MDR-TB) se mantienen en 3,5 %.⁵

Incidencia

En 2013, la incidencia de la tuberculosis en el mundo fue de 126 casos por 100 000 habitantes, en el periodo 2000-2013 disminuye la tasa de incidencia en 1,5 % y el 0,6 % de esta reducción corresponde a 2012 y 2013. Todavía se mantienen diferencias en la incidencia de esta enfermedad entre las regiones, el mayor número de casos notificados corresponde a Asia (56 %) y África (29 %), mientras que el menor número de casos están en el Mediterráneo Este (8 %), Europa (4 %) y Las Américas (3 %). En África el 34 % de los casos de tuberculosis está infectado con VIH y en todo el mundo, entre las personas que viven con VIH, el 78 % tiene tuberculosis.^{5,6}

El 82 % de casos nuevos de tuberculosis a nivel global se concentran en los 22 países de mayor carga de la enfermedad, sobresalen en este grupo: la India (2,0-2,3 millones), China (0,9-1,1 millones), Nigeria (340 000-880 000), Pakistán (370 000-650 000), Indonesia (410 000-520 000) y África del Sur (410 000-520 000). En el caso de la India y China de forma independiente aportan el 24 % y el 11 % de los casos globales.⁵⁻⁷

La situación para los países de altos ingresos es otra, la tasa de incidencia es menos de 10 casos por 100 000 habitantes al año. Se incluyen en este grupo la mayoría de países de Europa occidental, Canadá, los Estados Unidos de Norte América, Japón, Australia y Nueva Zelanda. Para la mayoría de los países de las Américas las tasas están por debajo de 50 por 100 000 habitantes al año.^{5,6}

Prevalencia

A nivel mundial, la prevalencia de tuberculosis en el 2013, fue de 159 casos por 100 000 habitantes, para los países con carga relativamente alta de tuberculosis fue de 100 casos por 100 000 habitantes. En el periodo de 1990 al 2013, disminuye la prevalencia de esta enfermedad en el 41 %. Aunque no se logra la propuesta mundial de reducción del 50 % para el 2015, la región de Las Américas alcanza este propósito desde el 2005, el Pacífico Oeste en el 2012 y las regiones del Sudeste Asiático, el Mediterráneo Este, África, Europa tienen posibilidades reales de conseguir este propósito.^{5,8,9}

Globalmente, la tasa de mortalidad por tuberculosis ha descendido en el 45 % desde 1990, excepto en las personas con HIV y es alcanzable el propósito de una reducción del 50 % para el 2015. El número de muertes evitables por tuberculosis es todavía inaceptable.⁵

Mortalidad

Existe una variación considerable en el comportamiento de la mortalidad entre regiones y países. En las regiones de África y Sudeste asiático se registra el 78 % de las muertes totales por tuberculosis y 73 % de las muertes entre personas negativas a HIV, lo que representa más de 40 muertes por 100 000 habitantes. La India y Nigeria son los países donde ocurren las terceras partes de las muertes globales por tuberculosis, existen otros países con elevada carga de mortalidad en Asia (Bangladesh, Cambodia y Myanmar) y en la Región Mediterránea del Este (Afganistán y Pakistán). La situación es diferente para países de la Europa occidental, Canadá, los Estados Unidos de Norte América, Australia y New Zealand, se notifica una muerte por tuberculosis por 100 000 habitantes.^{5,10}

Las tasas de mortalidad declinan en seis regiones y se alcanzan la reducción propuesta desde 2004 en Las Américas, en el 2002 en el Pacífico Oeste y puede conseguirse en el Sudeste Asiático en corto tiempo. En las regiones de Europa, África, Asia al analizar las tendencias de la mortalidad hacia dentro de algunos países, existe incertidumbre en relación con el logro de la reducción del 50 %. En esta situación, se encuentran países como Nigeria donde la mortalidad se estima indirectamente de la incidencia y Tailandia donde necesita de un sistema nacional de vigilancia que garantice la calidad de los datos disponibles y de las causas de muertes notificadas.^{5,10}

Para la región de Las Américas,¹¹ en 2012, la incidencia de tuberculosis registrada es de 280 000 casos nuevos, para una tasa estimada de 29 casos por 100 000 habitantes y la tasa notificada de 23 por 100 000 habitantes, estos casos representaron el 3 % de la carga mundial, de ellos 9 800 eran niños. Cuatro países (Brasil, Perú, México y Haití) representaron el 61 % de los casos de tuberculosis. El número de casos estimados diagnosticados es de 79 %, se dejaron de diagnosticar 60 000 casos, con grandes variaciones entre países. Se encuentran por debajo del 60 % de los casos estimados a diagnosticar Guatemala, Suriname, Ecuador, Jamaica y Belice. En esta área geográfica la incidencia Anual disminuye en el 4,2 %; países como Bahamas, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Jamaica y Puerto Rico tienen una baja incidencia menos de 100 casos de tuberculosis por millón de habitantes. Estos países tienen mayores posibilidades de lograr la preeliminación de la enfermedad para 2035 -reducir los casos nuevos de tuberculosis a menos de 10 por millón de habitantes por año- y posteriormente, para el 2050, la eliminación completa de la tuberculosis, situación que se define como una incidencia de menos de 1 caso por millón de habitantes por año.¹² En este sentido, el análisis hacia dentro de los países para identificar desigualdades sociales e intervenir de forma oportuna es vital. Un ejemplo donde se pone en evidencia la importancia de este tipo de análisis: en los Estados Unidos la tasa de incidencia de tuberculosis en el 2010 era de 3,6 por 100 000 habitantes, la más baja registrada desde 1953, aun cuando se trata 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.¹³

En América Latina y el Caribe a pesar del descenso constante de las tasas de prevalencia y mortalidad por tuberculosis, estas continúan elevadas.¹⁴ De acuerdo a estimaciones de la OMS, entre 1990 y el 2009 la prevalencia disminuye de 97 a 38 casos por 100 000 habitantes y la mortalidad de 8 a 2,1 por 100 000 habitantes.⁹ En el periodo de 1990 al 2012 se alcanza el 50 % de reducción de la prevalencia al variar las tasas de 100 a 45 por 100 000 habitantes, lo que representa una disminución del 62 %. La mortalidad por tuberculosis en el 2012 fue de 19 000 casos, excluyendo los infectados por VIH y la tasa de mortalidad fue de 1,9 por 100 000 habitantes, con una disminución del 68 % de la mortalidad.¹¹

Situación en Cuba

En Cuba, la tuberculosis es una de las enfermedades de mayor incidencia en la morbilidad y mortalidad en la década del 50, se ubica entre las diez primeras causas de muerte con tasas entre 19,2 y 16,4 por 100 000 habitantes.¹⁵ La investigación de *Ballesteros y Hernández*, en 1952, es el primer estudio sobre la situación de la tuberculosis a escala nacional donde se utiliza la prueba de la tuberculina intradérmica con el antígeno tuberculínico bacilar (A.T.B.). En el mismo, se hace referencia a la frecuencia muy alta de la infección tuberculosa, a pesar de no conocer el patrón de sensibilidad tuberculínica en el país.¹⁶

La evolución de la tuberculosis de 1971 a 1991 muestra una tendencia descendente en la morbilidad con tasas de incidencia que varían de 30,5 a 4,7 por 100 000 habitantes. Para 1979 la notificación de casos nuevos disminuyó a 1 133 (11,6 por cada 100 000 habitantes). La tendencia de la morbilidad en el período de 1982 a 1991 refleja un descenso del 5 % que nos sitúa entre los países catalogados de baja incidencia. Estos resultados son expresión de las transformaciones socioeconómicas ocurridas en el país y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud (SNS).^{17,18}

De 1992 a 1994, la incidencia se incrementa de una tasa de 5,8 a 14,7 por cada 100 000 habitantes, en 1997 la tasa registrada fue de 12,2 por cada 100 000 habitantes y hasta el 2000 se mantienen tasas superiores a 10 por 100 000 habitantes. Por edades los cambios de la morbilidad se producen en la población adulta, fundamentalmente en el anciano, con un predominio de la tuberculosis pulmonar; la tuberculosis extrapulmonar mantiene un comportamiento estable y aporta entre el 10 y el 12 % del total de casos.^{17,18}

Durante la última década se mantienen las tasas de incidencia de la tuberculosis entre 6 y 8 por 100 000 habitantes, tuberculosis en todas las formas clínicas y las tasa de prevalencia entre 6,8 y 4,5 casos por cada 100 000 habitantes. En el 2011, la tasa de incidencia notificada fue de 6,7 por 100 000 habitantes, similar a la tasa de años anteriores y la más baja de los cuatro países de baja prevalencia de tuberculosis y la tasa de prevalencia de 4,7 por cada 100 000 habitantes; en el 2012 y 2013 las tasas de incidencia fueron de 6,1 y 6,4 por 100 000 habitantes y las de prevalencias de 4,5 y 5,0 por cada 100 000 habitantes. Las provincias de Ciego de Ávila y La Habana en este período registran las tasas de incidencia y prevalencia más elevadas del país. En el caso de Ciego de Ávila las tasa de incidencia oscilan entre 17,4 y 10,1 por 100 000 habitantes y la de prevalencia entre 14,3 y 9,2 por 100 000 habitantes; en La Habana las tasas de incidencia varían entre 9,1 y 5,6 por 100 000 habitantes y la prevalencia entre 7,8 y 4,9 por 100 000 habitantes. Esta última provincia tiene como particularidad que en el 2013,¹⁷ incrementa las tasa de incidencia y prevalencia con respecto a años anteriores y tiene diez municipios con tasas igual o superior a 7 por cada 100 000 habitantes -estrato de mayor riesgo para la enfermedad- (Plaza, Centro Habana, Habana Vieja, Regla, San Miguel del Padrón, 10 de Octubre, Cerro, Marianao, La Lisa, Boyeros) lo que representa el 20,3 % de todos los municipios que se encuentran en este estrato, con tasas entre 6,9-4,0 por cada 100 000 habitante -estrato de mediano riesgo- tiene cinco municipios (Playa, Habana del Este, Guanabacoa, Arroyo Naranjo, Cotorro) para el 8,0 % del total de municipios que se encuentran en este estrato. Es la única provincia que no tiene municipios en el estrato de bajo riesgo -tasas por debajo de 4 por 100 000 habitantes.¹⁹

La tasa de mortalidad por tuberculosis de la década del 70 al 80 desciende de 7,3 a 1,4 por 100 000 habitantes. A partir de la década del 90 se mantienen por debajo de 1 por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, al analizar la mortalidad por tuberculosis se evidencia un paulatino incremento por años, de 1991 a 1994 aumenta 40 %, más marcado a partir del 1992 (0,6 por cada 100 000) y una cifra máxima en el 1994 (1 por cada 100 000). A partir de 1994 la tasa de mortalidad disminuye paulatinamente con un descenso en 1997 con 82 casos (0,7 por cada 100 000), lo que significa una reducción de 30 % del 1994 a 1997. En la década del 2000-2010 continua la reducción con tasas ajustadas de mortalidad de 0,4 por cada 100 000 habitantes,²⁰ en el 2012 y 2013 estas tasas son de 0,3 por cada 100 000 habitantes.¹⁷

DISCUSIÓN

DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD Y SU ABORDAJE EN LA TUBERCULOSIS

Valoraciones conceptuales

Al revisar la bibliografía sobre el concepto de desigualdades en salud, *Sobremonte*²¹ encuentra que se utilizan diferentes términos como sinónimos aparentes - heterogeneidades, iniquidades o desigualdades sociales en salud. En diferentes regiones se usan sinónimos al referirse al término desigualdades,²² tal es el caso de los Estados Unidos donde usualmente se habla de "disparidades", en Inglaterra algunas veces se usa la palabra "variaciones", a través de Europa se suele hablar de "desigualdades" en salud. Con frecuencia se utiliza iniquidades en salud para referirse a desigualdades en salud como términos similares. Sin embargo, existen diferencias conceptuales.

La mayoría de los autores entienden las desigualdades en salud como las diferencias observadas en la distribución del estado de salud de y entre poblaciones, asociadas a variables socioeconómicas. Esta acepción tan generalizada del concepto hace referencia a las desigualdades de salud que se producen entre grupos y áreas geográficas en función de sus determinantes sociales.²¹ Los investigadores *Lynch y Harper*²² consideran que las desigualdades en salud se basan en diferencias observadas y las iniquidades en salud se basan en juicios éticos sobre las diferencias observadas. *Castellanos*,²³ reconoce que toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida, constituye iniquidad, *Martínez*,²⁴ refiere que las iniquidades, representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables.

Para *David Satcher*, su meta es "eliminar, no solo reducir, algunas de las desigualdades en salud entre las poblaciones mayoritarias y las minoritarias. El Decreto de Educación e Investigación en Salud y Desigualdades de Salud en las Minorías de Estados Unidos, refiere que una población es una población con desigualdades en salud [...] si existe una desigualdad significativa en la tasa global de incidencia o prevalencia de enfermedad, o en las tasas de morbilidad, mortalidad o supervivencia en la población cuando se compara con la situación de salud de la población general. Los Institutos Nacionales de Salud de ese mismo país en su Plan estratégico para Reducir y Finalmente Eliminar las Desigualdades en Salud, consideran a las desigualdades como diferencias en la incidencia, prevalencia, mortalidad y carga de enfermedades y otras condiciones adversas a la salud que existen entre grupos de población específicos.²²

Antecedentes y desarrollo en el enfoque de las desigualdades sociales

A pesar 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. *Pria Barros*,²⁵ refiere que un punto de partida en este tema lo constituye la obra clásica, "Doctrina sobre la influencia del medio ambiente y las condiciones de vida sobre la salud de las personas", de *Hipócrates* -460-377 a. C.- y los aportes de *Galeno* en el siglo II al plantear "La vida de muchos hombres es afectada por las particularidades de su ocupación" [...] algunos vivían así a causa de la pobreza y otros de la esclavitud". *Santos Padrón*,²⁶ plantea que surgieron a fines del siglo XV, al identificarse las enfermedades vinculadas con el empleo. *Sobremonte*,²¹

considera que desde mediados del siglo xviii existen evidencias científicas sobre la influencia de los factores sociales en el proceso de enfermar.

Lo cierto es que desde *Hipócrates* hasta la actualidad, la relación del medio social con la aparición de las enfermedades ha estado presente. Sin embargo, existen momentos trascendentales que contribuyeron a desarrollar u obstaculizar este enfoque.

Durante el siglo xviii y xix, con la revolución industrial se realizan investigaciones que explican la relación entre la agudización de los problemas de salud y los cambios sociales. En este sentido, se destacan los aportes de *Frank* –1779-1819–, que analiza con argumentos científicos la relación entre pobreza–enfermedad y propone medidas gubernamentales para la protección de los individuos. Contribuciones similares, realiza *Villermé* en Francia –1782-1863–, al demostrar la relación entre el nivel de riqueza del barrio y la salud de sus residentes –los barrios más pobres, tenían mayores tasas de mortalidad y sus hijos, al momento de incorporarse al servicio militar, eran más bajos de estatura, con mayor discapacidad y más predispuestos a sufrir enfermedades–. Otra aproximación, en esta relación la encontró *Chadwick* en Inglaterra –1800-1890–, al plantear que en los estratos sociales existen diferencias en las tasas de mortalidad y edades de la población, atribuye estos resultados a las condiciones de insalubridad prevaleciente. Un aspecto a destacar en este trabajo, es la propuesta para controlar la situación existente, a través de una política de saneamiento para agua, alcantarillado y disposición de residuos, esta acción trascendió como una de las primeras políticas públicas en salud. Conclusiones semejantes, encontraron *Virchow* en la Alemania (1821-1902) y *Engels* en la Inglaterra de 1845, el primero, al reconocer la necesidad de mejorar las condiciones sociales de los pueblos de Silesia Alta, para controlarla y prevenir la recurrencia de la epidemia de tifus; y el segundo al abordar las desigualdades económicas, jurídicas y sociales de los trabajadores de Inglaterra.²⁷⁻³⁰

En el siglo xx, se producen avances en la microbiología. Se difunde las teorías individualistas con enfoque biológico, uncausal y unidireccional como determinantes biológicos de la enfermedad. Situación esta, que obstaculiza el progreso de la visión social de los problemas de salud al generar inconsistencia en la relación sociedad y enfermedad. Uno de los defensores de este enfoque es *Winslow*, en 1916 con su obra *The New Public Health*.³¹

A partir de los 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*, *Laurrell*, *Naomar Almeida de Fhilo*, *Granda*, *Samaja* y *Rodríguez*.³²

Otro momento de este siglo, donde el enfoque social de la salud adquiere relevancia, es en la década de los ochentas, con el reconocido informe Black. A través del mismo, se analizan las variables sociales de la salud y se documentan las desigualdades en salud en la población de Inglaterra y Gales. Con este informe, se reconoce como el principal determinante de la salud y el bienestar, a la vinculación de la estructura socioeconómica con las carencias materiales y la pobreza. Varios proyectos sobre desigualdades de salud se han desarrollado en Europa, un ejemplo de estos, es el ejecutado por la OMS.²⁵

A principios del siglo XXI, en el 2005, la Organización Mundial de la Salud (OMS) crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH, por sus siglas en inglés)³³ con el propósito de recoger y resumir la información científica disponible sobre factores sociales como las relaciones de empleo, la globalización, los servicios sanitarios, la exclusión social, el género, el ambiente urbano o el desarrollo infantil, generan desigualdades de salud en el mundo entero, y recomendaciones políticas para su reducción.

En agosto de 2008 se publicó el informe "Reducir la desigualdad en una generación: equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud", donde se reflejan las principales conclusiones y recomendaciones políticas de la Comisión. En el mismo se plantean oportunidades estratégicas para generar una agenda local y global que ayude a formular, planificar, poner en marcha políticas y programas sobre los principales determinantes sociales relacionados con la salud a corto, medio y largo plazo.³³

El 21 de Octubre de 2011, en Río de Janeiro, Brasil se realiza la Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud, en su declaración política se expresa el compromiso político global para la implementación del enfoque de determinantes sociales de la salud, reducir las inequidades y alcanzar otras prioridades globales.³⁴

Es interesante, según *Agudelo*³⁵ la visión que desde la "Europa Anglosajona, se da a las desigualdades, donde se limitan a un carácter redistributivo. Sin embargo, en América Latina se articula la crítica de lo que la sociedad es, las formas en las que se produce o anula la salud y las formas en las que nace de dentro la defensa de la salud y la lucha por una sociedad mejor".

La reflexión sobre la desigualdad se potencia desde la mirada de las ciencias sociales. Estas discurren por tres canales: los estudios de estratificación, de aliento funcional, orientados hacia los problemas de empleo, ocupación y pobreza, promovidos especialmente por CEPAL,³⁶ la evaluación de movimientos populares desde la óptica de la lucha de clases y de la pertinencia del enfoque marxista de las clases en general,³⁷ y la reflexión sobre nuevos y viejos movimientos sociales.³⁸

En Cuba, durante la década de los 90, varios investigadores incursionaron en el tema de las desigualdades sociales.^{39,40} En ese sentido, *López Pardo*⁴¹ desarrolla un índice para evaluar inequidades dentro del campo del Desarrollo Humano. El mismo sintetiza las inequidades observadas entre áreas dentro de un municipio, entre municipios dentro de un país o parte de él, o entre municipios dentro de una región. También se realiza por el *Grupo de Estudios Interdisciplinarios en Salud*⁴² en colaboración con la OPS, el "Diseño de un Sistema de Vigilancia de la Situación de Salud según Condiciones de Vida a partir de las dimensiones de condiciones de vida" del modelo de *Castellanos*, de importancia para la toma de decisiones por diferentes sectores sociales y medir el impacto de las mismas. Otra propuesta que contribuye en la investigación de este tema, lo constituye "A propósito de un sistema nacional para el monitoreo de la equidad en salud en Cuba. 2005" de *Ramírez*,⁴³ se sustenta en las modificaciones sustantivas que se han producido en las condiciones de vida de la población cubana, unido a la homogeneidad socioestructural precedente y su impacto en el estado de salud de la población y sus determinantes.

Un grupo de investigadores de la Facultad de Salud Pública -actual Ensap- desarrollan varios estudios que se enmarcan en la década del 90 y los seis primeros años del siglo XXI, merita destacar, el "Análisis de situación de salud según condiciones de vida" conducido por *Astrain*,⁴⁴ donde se construye y valida un índice de condiciones de vida. A través del mismo se logra clasificar el país en tres estratos de condiciones de vida – favorables, medianamente favorables y desfavorable, punto de partida estos

para realizar otras investigaciones. Otro aporte es la estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y el estado de salud en Cuba, de *Pría Barros*,²⁵ que brinda una creativa forma para analizar este problema de salud a partir de las condiciones de vida en áreas pequeñas -municipios, áreas de salud, consultorios del médico y enfermera de la familia.

Una 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.²⁴

Una percepción desde la perspectiva social del problema, dada por *Fuentes*,⁴⁵ al citar diferentes autores, es que existe una concepción de la equidad en salud reducida a la dimensión espacio/territorial como eje fundamental en el contexto cubano,^{46,47} además del uso de valores medios estadísticos que pueden invisibilizar sensibles diferencias, unido al uso de las tendencias que enmascaran la persistencia de iniquidades y a que los pocos eventos sociales que las estadísticas registran en su expresión diferenciada por grupos sociales específicos con desventajas socioeconómicas, son elementos que influyen en la calidad de la evaluación de los efectos de las políticas sociales de equidad.⁴⁸⁻⁵⁰ Es interesante, según plantea *Fuentes*, que los indicadores estadísticos no brindan la información suficiente para evaluar la calidad de la atención médica y sus logros⁵⁰ y que las valoraciones sobre equidad en salud, a pesar de reconocer los determinantes sociales de la salud, no le dan a todos la misma importancia y se privilegia una mirada centrada en el sistema de atención médica y sus logros.⁴⁵

Lo aspectos expuestos con anterioridad, reflejan un nivel de análisis macrosocial, a partir de la práctica de políticas sociales y la evaluación de indicadores para estas, sin tener en cuentas los niveles meso y microsociales. Sin ahondar en las complejas intersecciones con el nivel macro que desconecta la condición de pobreza y vulnerabilidad con el acceso y uso de los servicios, la satisfacción de necesidades y la demandas asociadas a situaciones de quebrantamiento de la salud.⁴⁵

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 Si 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 aumenta⁵¹ y las formas en que se manifiestan las desigualdades sociales en salud tienen diversidad y complejidad que demanda de un abordaje con un enfoque transdisciplinar para acercar al investigador a la realidad objetiva de este problema. Además de 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.

Se puede concluir que los enfoques tradicionales de salud y enfermedad en la tuberculosis proporcionan espacio para desarrollar nuevos conceptos, metodologías y metodías con enfoque sistémico, que posibiliten aprehender la complejidad real de los procesos determinantes. Este salto cualitativo supera la visión simple y unilateral, de describir y explicar las relaciones entre los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caminero Luna JA. La necesidad del trabajo conjunto de los programas de control de la tuberculosis con los médicos especialistas. En: UITER, editor. Estado actual de la tuberculosis en el mundo. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. París: UITER; 2003. p. 1-6.
2. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Madrid: Sesión epidemiología social; 2008.
3. Hoyos C. Un modelo para investigación documental. Guía teórico-práctica sobre construcción de Estados del Arte con importantes reflexiones sobre la investigación. Medellín: Señal Editora; 2000.
4. Bautista NP. Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá: Manual Moderno; 2011.
5. World Health Organization. Global tuberculosis report. Geneva: WHO; 2014 [citado 23 Dic 2014]. Disponible en:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/137094/1/9789241564809_eng.pdf
6. World Health Organization. Inventory studies can be used to measure the number of cases that are diagnosed but not reported. If certain conditions are met, results can also be used to estimate TB incidence using capture recapture methods. A guide on inventory studies. Geneva: WHO; 2012 [23 de Enero 2014] Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/78073/1/9789241504942_eng.pdf
7. Caminero Luna JA. Epidemiología de la tuberculosis. En: UITER, editor. Estado actual de la tuberculosis en el mundo. Guía de la Tuberculosis para médicos especialistas. París: UITER; 2003. p. 34-5.
8. World Health Organization. TB prevalence surveys: a handbook. Geneva: WHO; 2011. [16 de marzo 2015] Available from:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548168_eng.pdf?ua=1
9. World Health Organization. Trends in TB mortality rates are restricted to TB deaths among HIV-negative people, given that TB deaths among HIV-positive people are classified as HIV deaths in ICD-10.: In Global tuberculosis Report 2013. [Fecha de acceso 26 de marzo 2015]. Available from:
https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/252811/9789241564656_eng_1.pdf
10. Organización Mundial de la Salud. La Tuberculosis en las Américas. Ginebra: OMS; 2012. [23 Dic 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22953&Itemid

11. Organización Mundial de la Salud. La OMS se marca el objetivo de eliminar la tuberculosis en más de 30 países. Ginebra: OMS; 2014 [27 Enero 2014]. Disponible en:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9751&Itemid=1926&lang=es
12. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Tuberculosis 2010. United States: Centers; 2011 [2014 Dic 25]. Available from:
<http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2010/table1.htm>
13. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in Tuberculosis-United States 2010 [Internet]; 2011. [Fecha de acceso: 12 de enero de 2012]. Disponible en:
<http://www.cdc.gov/tb/statistics/reports/2010/table1.htm>
14. Organización Mundial de la Salud- Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas: Panorama regional y perfiles de país. Washington, D. C.: OPS; 2012. [Fecha de acceso: 12 de enero de 2015]. Disponible en:
http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=com_content&view=article&id=9%3Aedicion-2012&catid=9%3Apublication&Itemid=14&lang=es
15. Beldarraín Chaple E. La lucha antituberculosa en la primera década de la salud pública revolucionaria. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2012 Jun [citado 2015 Abr 14]; 38(2):192-213. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200003&lng=es
16. Ballesteros R, Hernández Pérez JM. Contribución al estudio de los diversos índices de infección tuberculosa en Cuba, en diversas edades. Rev Cubana Tub. 1952; 16: 311-23.
17. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. [monografía]. La Habana: Minsap; 2013. [citado 29 Sept 2014]. Disponible en:
<http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
18. González E. Eliminación de la tuberculosis. Memorias del Curso-Taller Internacional Tuberculosis/SIDA/Multidrogorresistencia. junio 12-23. La Habana, Cuba: Instituto de Medicina Tropical "Dr. Pedro Kourí"; 2006.
19. Centro de Estudio de Población y Desarrollo. Encuesta Nacional sobre Conocimiento y Actitud de la Población ante la Tuberculosis. La Habana: Centro; 2013 [citado 5 Ener 2015]. Disponible en: <http://www.one.cu/tb2013.htm>
20. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. [Serie en Internet]. La Habana, 2010. [Fecha de acceso: 29 de septiembre del 2014]. Disponible en:
<http://www.sld.cu/sitios/dne/>
21. Sobremonte E. Desigualdades sociales en salud . El caso de la Comunidad Autónoma de Euskadi [tesis] Bilbao: Universidad de Deusto; 2005.
22. Lynch J, Harper S. Midiendo Desigualdades en Salud. Centro de Epidemiología Social y Salud Poblacional. Departamento de Epidemiología. [CD ROM]. Michigan. Universidad de Michigan; 2010.
23. Castellanos PL. Perfiles de salud y condiciones de vida: una propuesta operativa para el estudio de las inequidades en salud en América Latina. [Monografía en

Internet]. I Congreso Iberoamericano de Epidemiología. Granada: Sociedad Iberoamericana de Epidemiología; 1992.

24. Martínez Calvo S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2007 Sep [citado 2015 Abr 14]; 33(3): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es

25. Pria Barros MC. Estrategia metodológica para estudiar las condiciones de vida y la salud a nivel municipal en Cuba [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2007.

26. Santos Padrón H. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2011 Jun [citado 2015 Abr 14]; 37(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es.

27. Fauci AS. Infectious diseases: considerations for the 21st century. Clin Infect Dis. 2001; 32: 675-85.

28. Marset P, Saez JM. La evolución histórica de la Salud Pública. En: Martínez Navarro F, editor. Salud Pública. Madrid: Editora Interamericana; 1997. p. 1-24.

29. Babones S. Social inequality and public health. Bristol: The Policy Press of the University of Bristol; 2009.

30. González Pérez U. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2002 Dic [citado 2015 Abr 14]; 28(2): 157-75. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662002000200006&lng=es

31. Morens DM, Littman RJ. Epidemiology of the plague of Athens. Trans Am Philol Assoc. 1992; 122: 271-304.

32. Ramis Andalia RM, Sotolongo Codina Pedro Luis. Aportes del pensamiento y las ciencias de la Complejidad al estudio de los determinantes de la salud. Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]. 2009 Dic [citado 2015 Abr 14]; 35(4): 65-77. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000400008&lng=es

33. OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH), Organización Mundial de la Salud (OMS). [Internet]. 2012 [Fecha de acceso: 26 de septiembre 2014] En: http://www.who.int/social_determinants/en/index.html

34. OMS-OPS. Declaración Política de Río sobre los DSS. [Internet]. 2011. [citado 29 Sept 2014]. Disponible en: http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/06/Rio_political_declaration_Spanish.pdf

35. Agudelo S, Romero I. El concepto de determinantes de la salud y su estudio. Antioquia, Colombia: Universidad de Antioquia; 2010. [citado 3 Ener 2015]. Disponible en: <http://es.slideshare.net/IvanRomero4/determinantes-sociales-de-la-salud-7652021>

36. CEPAL. Transformación productiva con equidad, Santiago de Chile: CEPAL; 1990.
37. Balvé B, Plá A. Apuntes para una discusión metodológica. Clases sociales o sectores populares. Pertenencia de las categorías analíticas de clase social y clase obrera. Anuario 14. Escuela de Historia. Buenos Aires: Universidad de Rosario; 1989.
38. Camacho D. Los movimientos sociales en la sociología latinoamericana reciente, en Sistemas políticos, poder y sociedad. Caracas: Nueva sociedad; 1992.
39. Ramos N. La mortalidad como expresión de las diferencias en las condiciones de vida. Camagüey. 1991-1994 [tesis]. La Habana: Facultad de Salud Pública; 1995.
40. Bonet M. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. La Habana: Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología; 1997.
41. López Pardo C. INEQUIS: un índice para evaluar las iniquidades en el interior de los Municipios o entre los Municipios que forman parte del movimiento de Municipios Saludables. La Habana: Universidad de La Habana; 1995.
42. Grupo de Estudios Interdisciplinarios en Salud. Sistema Nacional de Vigilancia de Situación de Salud según Condiciones de Vida. La Habana: ISCM-H; 1994.
43. Ramírez Márquez A, López Pardo CM. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2005 [citado 14 Abr 2015]; 31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es
44. Astraín ME. El análisis de situación de salud según condiciones de vida. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
45. Fuentes Reverón S. La protección social en el ámbito de la Salud: interacciones, sinergias y tensiones entre estado y familia en la Cuba actual: En un intento de problematización de los espacios de igualdad. La Habana: Centro Félix Varela; 2014.
46. Zabala Argüelles M del C. Los estudios sobre pobreza en Cuba. Un preambulo necesario. Algunas claves para pensar la pobreza en Cuba desde la mirada de jóvenes investigadores. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales. La Habana: Centro Félix Varela; 2013.
47. Torres Montejó E, López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñoz JA, Rojas Ochoa F. Salud para todos si es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social La Habana: Mercie Group -ENPSES, CUJAE; 2005.
48. Iñiguez L. Precedencias y efectos de los procesos de la década del 90 en las desigualdades sociales en Cuba. Rev An Geograf Univ Complutense. 2002 [citado 23 Sept 2014]; 22: 157-85. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/AGUC/article/viewFile/AGUC0202110157A/31206>
49. Espina M. La política social en Cuba: resultados y retos. La cuestión social en Cuba contemporánea. Centro de Estudios de América Latina. Universidad Americana; 2011 [citado 16 abril 2015]. Disponible en: https://www.american.edu/clals/upload/Espina_politica_social_Cuba.pdf

50. Núñez Moreno L. La Vivienda en Cuba desde la Perspectiva de la Movilidad Social. Chicago: DRCLAS-Universidad de Harvard; 2008 [citado 16 Abr 2015]. Disponible en: http://drclas.harvard.edu/files/drclas/files/lilia_nunez_moreno_with_cover_yr_0.pdf

51. Nerey B. Cuba, desarrollo, estado de bienestar y política salarial [tesis]. La Habana: Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana; 2005.

Recibido: 28 de marzo de 2015.

Aprobado: 18 de abril de 2015.

Pablo León Cabrera. Escuela Nacional de Salud Pública. Calle 100 No. 10132 e/ Perla y E, Altahabana, Boyeros. La Habana, Cuba.
Dirección electrónica: pablitlc@infomed.sld.cu