

Acceso a servicios de salud en pacientes con tuberculosis en Cuba. La percepción de directivos

Access to health services in patients with tuberculosis in Cuba. The perception of managers

Pablo León Cabrera¹, Ana Julia Gracia Milián², María del Carmen Pría Barros³, Irene Perdomo Victoria⁴, Kenia Galindo Reymon⁵

DOI: 10.19136/hs.a20n2.4146

Artículo Original

Fecha de recibido: 23 de noviembre de 2020

Fecha de aceptado: 3 de marzo de 2021

Autor de Correspondencia:

Pablo León Cabrera. Dirección postal: Dirección Nacional de Salud Pública.
Rua Tipografía Mama Tita, predio 2, tercer andar, Ingombota, Luanda, Angola
Correo electrónico: pabroleoncabrera72@gmail.com

Resumen

Objetivo: Indagar las percepciones de los directores sobre el acceso a los servicios de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar.

Materiales y métodos: Investigación descriptiva, en informantes claves seleccionados de forma intencional no aleatoria a partir de criterios de inclusión relevantes. Resultaron seleccionados 5 jefes de los Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis pulmonar y VIH/sida, del nivel nacional y provincial. Se elaboró y validó por expertos una guía de entrevista, con los aspectos de acceso a los servicios de salud. La entrevista se realizó en óptimas condiciones y se solicitó su consentimiento para grabar. El análisis de contenido de la información, se organizó según la metodología de Bardin, preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados e interpretación.

Resultados: Las percepciones reportadas por los directivos fueron alteraciones en la dinámica de la atención, oportunidad y su continuidad, la educación a la comunidad y compañeros de trabajo, afectación de grupos poblacionales con indisciplina social, existencia de estigmas sociales hacia la enfermedad, poca participación de los sectores de la comunidad para resolver sus dificultades, imposibilidad de asumir siempre la alimentación y transportación, la calidad de los recursos humanos y gestión del programa.

Conclusiones: Los directivos del programa de prevención y control de tuberculosis percibieron que existen dificultades en la disponibilidad, la accesibilidad, la aceptabilidad y la calidad de los servicios de salud en pacientes con tuberculosis pulmonar, estos elementos identificados pueden contribuir al rediseño de la estrategia de eliminación de la enfermedad en La Habana.

Palabras Claves: Accesibilidad a los servicios de salud, Tuberculosis pulmonar, Organización y administración

Abstract

Objective: to investigate direct perceptions of access to health services in patients with pulmonary tuberculosis. Corregir

Method: descriptive, in key informants selected intentionally not randomly based on relevant inclusion criteria. The Heads of the Prevention and Control Program for Pulmonary Tuberculosis and HIV / AIDS, at the national and provincial level, were selected. An interview guide was developed and validated by experts, with aspects of access to health services. This was done in optimal conditions and your consent to record was requested. The analysis of information content was organized according to Bardin's methodology, pre-analysis, exploration of the material and treatment of the results and interpretation.

Results: There were perceptions by managers of alterations in the dynamics of care, opportunity and its continuity, education to the community and coworkers, involvement of population groups with social indiscipline, existence of social stigmas towards the disease, low participation of the sectors of the community to solve their difficulties, impossibility of always assuming food and transportation, the quality of human resources and program management.

Conclusions: The directors of the tuberculosis prevention and control program perceived that there are difficulties in the availability, accessibility, acceptability and quality of health services in patients with pulmonary tuberculosis, these identified elements can contribute to the redesign of the strategy of Elimination of the disease in Havana.

Keywords: accessibility to health services, pulmonary tuberculosis, organization and administration

¹ Médico. Especialista II grado en Epidemiología y Administración y Organización de Salud. Doctor en Ciencias. Profesor titular e investigador auxiliar. Dirección Nacional de Salud Pública. Luanda, Angola

² Médico. Especialista II grado en Farmacología y Administración y Organización de Salud. Doctor en Ciencias de la Salud. Máster en Economía de la Salud. Profesora e Investigadora Titular. Corporación de Salud del Maresma y la Selva. España.

³ Médico. Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista II grado en Bioestadística. Escuela Nacional de Salud Pública. Profesora e Investigadora Titular. Cuba.

⁴ Médico. Especialista II grado en Epidemiología. Doctor en Ciencias de la Salud. Escuela Nacional de Salud Pública. Profesora e Investigadora Titular. Cuba.

⁵ Médico. Maestro en Ciencias en Farmacoepidemiología. Profesor asistente e investigador auxiliar. Instituto Nacional de Oftalmología. Luanda, Angola

Introducción

La eliminación de la tuberculosis es una prioridad para organismos internacionales como la OMS y OPS, así como para el Sistema Nacional de Salud Cubano¹. Desde esta perspectiva, reviste importancia el desarrollo de investigaciones que puedan aportar información para la acción.

En Cuba la incidencia de Tuberculosis se incrementó de 5.8 en 1992 a 12.2 por cada 100,000 habitantes en 1997. Los cambios de la morbilidad se acumulan en la población adulta, con predominio en el anciano, de la TB pulmonar (TBp)^{1,2,3}. Entre el 1995-2005 el diagnóstico de TB en pacientes con VIH alcanzó valores entre 0.5% y el 5.1%. Se incrementa la coinfección tuberculosis/VIH de 14 a 29 casos. La mortalidad evidencia un incremento de un 40 % de 1991 a 1994⁴.

En el periodo 2000 al 2015 se mantienen las tasas de incidencia en todas las formas clínicas (TBTF) entre 6 y 8 por 100,000 habitantes, las de prevalencia entre 6.8 y 4.5 por cada 100,000 habitantes⁵. Los valores más elevados correspondieron a las provincias de Ciego de Ávila y La Habana^{6,7}. En esta última varían entre 9.1 y 5.6 por 100,000 habitantes y entre 7.8 y 4.9 por 100,000 habitantes⁵.

En el 2013, La Habana tiene diez municipios con tasas iguales o superiores 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». Las tasas entre 6.9 - 4 por cada 100,000 habitante -estrato de mediano riesgo para la enfermedad- se distribuyen en cinco municipios «Playa, Habana del Este, Guanabacoa, Arroyo Naranjo, Cotorro»⁸.

La Habana es la única provincia que no tiene municipios con tasas por debajo de 4 por 100,000 habitantes⁸. En cuanto a la mortalidad, se reduce hasta alcanzar la tasa ajustada de 0.3 por cada 100,000 habitantes en 2015⁹.

Los objetivos de desarrollo sostenible y la estrategia de cobertura universal, podrían constituir una fortaleza para alcanzar el acceso a las necesidades básicas para la vida. En este sentido, la contribución activa de los sectores de la sociedad y la comunidad en la solución de los problemas, es una fortaleza para los sistemas de salud. Las condiciones del espacio territorial y el contexto socioeconómico son indispensables para la asignación de forma diferenciada de los recursos humanos y materiales^{10,11}. Para la eliminación de la tuberculosis pulmonar como problema de salud, se hace necesario un abordaje integral donde se incluyan los elementos antes mencionados.

El acceso a los servicios de salud se relaciona con la protección financiera y estar orientados a satisfacer las demandas que se generan en la población, a partir de los principales problemas de salud. Desde esta perspectiva, los elementos de accesibilidad física, la asequibilidad y la aceptabilidad tienen mucho que aportar en este análisis. Martínez¹² al referirse al contexto cubano, hace énfasis al poco desarrollo de investigaciones nacionales con objetivos dirigidos a la prestación de servicios con enfoque desde la percepción de los directivos del sistema de salud.

En los diferentes niveles del sistema Nacional de Salud, los profesionales que dirigen el programa de tuberculosis tienen un rol importante para la eliminación de la Tuberculosis pulmonar como problema de salud. Las percepciones de los que dirigen el programa de eliminación de la tuberculosis, sobre los elementos que influyen en el acceso de los pacientes enfermos, pueden contribuir al análisis de las complejas particularidades y dinámicos factores que influyen en la calidad de la atención y su calidad vida.

Lo antes expuesto evidencia la necesidad de conocer las percepciones de las personas que dirigen el programa de tuberculosis pulmonar en el nivel nacional y de la provincia de La Habana.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo descriptivo, con el propósito de indagar las percepciones de los directivos del programa de tuberculosis, sobre el acceso a los servicios de salud en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar en la provincia La Habana, durante el periodo 2012-2015.

El universo estuvo constituido por los 5 directivos del programa de prevención y control de la tuberculosis pulmonar (2 nivel nacional, 3 nivel provincial de la Habana). Se realizó un muestro intencional no aleatoria a partir de criterios de inclusión relevantes para el aspecto que se investiga. Dentro de estos, se consideró que tuvieran conocimientos del contexto de la investigación, vinculados a la conducción del programa de prevención y control de tuberculosis pulmonar, su participación en procesos de evaluación, supervisión o asesoría a nivel de municipios o áreas de la provincia de La Habana, que tuvieran más de 5 años en la conducción del programa de tuberculosis a nivel Nacional o provincial y su voluntariedad para participar en la entrevista. Resultaron seleccionados jefes de los Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis pulmonar: 2 del nivel nacional, 3 provincial.

Se elaboró una guía de entrevista, para explorar en los informantes claves, su percepción sobre el acceso en los pacientes con tuberculosis pulmonar. En su construcción

se tuvo en cuenta los aspectos de acceso a los servicios de salud, que posterior a su análisis resultaron de interés por el equipo de investigación. Se realizó una validación de contenido y forma con tres expertos. Los mismos fueron seleccionados por su experiencia en la elaboración de este tipo de instrumento, ser doctores en ciencias en el área de la salud pública o en ciencias sociales. A partir de los criterios emitidos por estos se reformularon las preguntas y se conformó la versión definitiva de la guía de entrevista. Esta se aplicó a los informantes claves.

La entrevista se realizó en presencia de otro miembro del equipo de investigación, durante la jornada laboral, en locales del Ministerio de Salud Pública y del Centro Provincial de Higiene y Epidemiología, en un horario que no provocaran interferencias y en un ambiente con adecuada privacidad, iluminación, climatización y mobiliario confortable. Se solicitó su consentimiento para grabar la entrevista en audio.

El análisis de contenido de la información de las entrevistas semiestructuradas, se organizó en tres etapas según la metodología de Bardin¹³ preanálisis, exploración del material y tratamiento de los resultados e interpretación.

En el preanálisis, se realizaron varias lecturas de la transcripción de las entrevistas y se clasificaron de acuerdo al orden en que efectuaron (IC 1, 2, 3, 4, 5) para mantener el anonimato de los sujetos de estudio. En este proceso se consideraron las definiciones de las categorías de acceso - disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad-. Estos elementos direccionaron el análisis.

En una segunda etapa, se procedió a explorar el material e identificar con un color las expresiones por categorías en cada una de las preguntas. Con posterioridad se seleccionaron las unidades de sentido (segmentos de contenido), a partir de estas se buscaron núcleos de sentidos que emergieron como unidades de análisis (temas).

En un tercer momento se materializó el tratamiento de los resultados y la interpretación de estos. Se realizó una codificación abierta donde se generaron y refinaron las categorías inductivas, se ponderó por categorías, las unidades de sentido y análisis. Por último, se generaron las conclusiones. Se respetaron los principios éticos para este tipo de investigación.

Se tuvo en cuenta los principios éticos de la voluntariedad de los participantes, se respetó su decisión de no colaborar en la investigación. Fue garantizada la confiabilidad de la información y respeto a los criterios emitidos. Se solicitó por escrito los consentimientos para participar en el estudio. Los resultados de la investigación fueron entregados a los decisores del sistema Nacional de salud.

Resultados

En el proceso de construcción del conocimiento, se especifican unidades de sentido y análisis que le brindaron cualidades a las cuatro categorías de acceso tabla 1.

Disponibilidad de los servicios de salud

Los entrevistados le confirieron importancia a la disponibilidad y a la inestabilidad del personal de atención primaria, al respecto consideran:

“...habría que ver en esos pacientes a nivel del consultorio la estabilidad del médico y la enfermera de la familia...” IC2

“...por los problemas de estabilidad no logra concertar el médico de la familia y al final optan por ir al policlínico, al cuerpo de guardia, la estancia...” IC3

“...hay procesos que es verdad que el recurso humano es cambiante pero todo va con el proceso de organización...” IC1

Con respecto al lugar y personal especializado de atención, los directivos plantearon que el consultorio del médico y enfermera de la familia, constituye el nivel básico para estos pacientes dentro de la Atención Primaria de Salud y el Sistema”

“...no debe ser que sea en el policlínico, debe ser su equipo básico de salud... tratarse por su equipo básico de salud a nivel del consultorio...” IC1

“...existen casos complejos que requiere su consulta con la comisión de Benéfico Jurídico...” IC3

A partir de la información anterior, emergió la unidad de análisis, que cualifica la atención en los diferentes niveles del sistema, a consideración de los investigadores las percepciones de la disponibilidad brindaron un grupo de elementos, que pudieran explicar los aspectos relacionados con la existencia de pacientes que prefieren ser atendidos por otros equipos básicos de salud en el nivel primario de atención o acuden al especialista en el segundo nivel.

Otras opiniones, surgen de la tecnología que existe para el diagnóstico en esta enfermedad. En este sentido, los entrevistados refieren que en el equipamiento para la realización de test rápido y cultivo existe deterioro y en algunos casos no funcionan. Con respecto a lo anterior estos consideran:

Tabla 1. Unidades de sentido, análisis y categorías desde la percepción de acceso por los directivos del sistema de salud

Unidades de sentido	Unidades de análisis	Categorías
Inestabilidad del médico y enfermera	Atención en los diferentes niveles del sistema	Disponibilidad
Lugar y personal de atención		
Insuficiente equipamiento para test rápido y cultivo	Tecnologías para el diagnóstico	
Distancia de los servicios	Dinámica de atención	Accesibilidad
Continuidad de la atención		
Vías para la solución de los problemas o para empeorarlos	Alternativas para resolver sus dificultades	
Rechazo por la enfermedad	Estigmas sociales hacia la enfermedad	Aceptabilidad
Ética del personal de salud		
Conducta antisocial del paciente	Grupos poblacionales con indisciplina social	Aceptabilidad
Bajo nivel de instrucción del paciente		
Incumplimiento de las indicaciones		
Inestabilidad familiar		
Condiciones sociales		
Continuidad en el proceso de atención	Gestión de los procesos del programa	Calidad
Organización del sistema		
Trabajo en equipo		
Demora en el ingreso	Oportunidad de los servicios	Calidad
Falta de oportunidad en notificación de casos		
Diagnóstico oportuno demorado		
Oportunidad en la vigilancia		
Confianza en el hospital	Resultados en la prevención y control de la enfermedad	Calidad
No adherente al tratamiento		
Mala calidad en el control de foco		
No individualización de la conducta		
Humanización del servicio y preparación del personal de salud	Calidad de los recursos humanos	

Fuente: elaboración propia

“...los tiempos de demora en el diagnóstico se reducirían con el PCR en tiempo real, tenemos un solo equipo en el país que por el uso se afectó un gavetero y solo procesa tres muestras...” “La realización de los cultivos, está centralizada a partir de deficiencias técnicas con el equipamiento...” “...no se hace en el área de salud...hoy de cuatro laboratorios que tenemos para procesar cultivo, solo está funcionando el de Plaza...” IC2

Accesibilidad de los servicios de salud

La percepción de los entrevistados brindó mayor visibilidad a los aspectos de accesibilidad a los servicios de salud. Desde esta perspectiva aportaron que la distancia a los servicios y

la continuidad de la atención influyeron en la dinámica de atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar. Con relación a lo anterior hicieron referencia.

“... con la organización de los servicios las distancias que realmente le pueda quedar de la vivienda al paciente ese equipo de salud...” IC2

“...habría que ver en esos pacientes en el consultorio, además de la estabilidad del médico y la enfermera, la distancia o sea con la organización de los servicios...” ICI

Con respecto a las distancias que tienen que recorrer los pacientes para llegar a los servicios de salud, se expresó

“...los pacientes que asistieron al tratamiento tuvieron que caminar distancias de una a dos horas en cada sentido...”. Una mirada desde la continuidad de la atención emergió en dos sentidos, uno donde están implicados el sistema de salud y los que brindan el servicio de salud, la otra desde el paciente. Sin embargo, entre estos se producen sinergias que resultan en el funcionamiento del sistema y la satisfacción que tenga el paciente y personal de salud, al referirse a la primera de esta expresaron los entrevistados:

“...la dificultad puede estar en la distancia de trasladar la muestra pero no en el diagnóstico...” IC2

“...los grupos vulnerables de la tuberculosis que el médico de la familia podrían salir a buscar en una pesquisa activa...” IC3

Para grupos específicos con la enfermedad como el VIH/sida expresaron:

“...es atendido en el sistema como un paciente con una enfermedad crónica como cualquier otro, no tiene que tener una consulta específica para su atención, por tanto tiene que transitar por todos los niveles del sistema...” IC1

Desde el paciente, donde influye su comportamiento ante la enfermedad, expresaron

“...nuestra población viaja y se traslada de un lugar a otro...y el médico no lo puede atender, se pierden...” IC4

En esta categoría las vías que solucionan o empeoran los problemas, fueron configurando las alternativas para su solución. Sin embargo, los entrevistados plantearon insuficiencias en la promoción de salud y el trabajo intersectorial.

“... con la televisión, las universidades, tener espacio en la docencia de post grado, hay que llegarle por todos los lados...” “...cuando logremos el impacto tenemos que extenderlo, siempre integrado con todos los sectores, porque si no el resultado no es el mismo, este componente social tiene que ver con todos, en las reuniones de la circunscripción hay que llevar el tema de la tuberculosis...” IC2

Aceptabilidad de los servicios de salud

En la construcción de la categoría aceptabilidad, emergió la unidad de análisis de grupos poblacionales con indisciplina social a partir de las unidades de sentido conducta antisocial del paciente, el bajo nivel de instrucción, el incumplimiento de las indicaciones médicas, la inestabilidad en su permanencia familiar y las condiciones sociales. Estas se hicieron evidentes en los discursos.

Sobre la conducta antisocial:

“...estos pacientes nuestros se mueven mucho...”, “... muchos de ellos se pierden...” “...problema propio del paciente que es indisciplinado...” IC1

“...son complicados porque se mueven para aquí y para allá y nos dejan embarcados...” IC2

“...son ex reclusos, pacientes que han estado presos, la gran mayoría de los casos son ex reclusos, alcohólicos...” “...han tocado el sistema penitenciario...” IC5

Con respecto al nivel de educación:

“...porque de hecho es una población que su nivel de educación es bajo...”, “...ese nivel de instrucción bajo hace más difícil la comunicación...” IC3

En el incumplimiento de las indicaciones médicas:

“...no acuden con regularidad a los controles, mucho menos para cumplir con la terapia preventiva con isoniacida y el tratamiento con antirretroviral...” IC3

“...lograr que este grupo haga la terapia preventiva y que en este grupo se logre reducir la enfermedad es duro...”, “... en los VIH el tratamiento y seguimiento es difícil...” IC1

“... son complejos en su tratamiento y adherencia...” IC1

“...Agobiante para ellos y para nosotros poder llegar y para poder mantener la sistematicidad diaria de su tratamiento...” IC4

La inestabilidad en su permanencia familiar:

“...La familia lo botó de la casa por su condición de HSH, quiere ir al sanatorio a ingresar...” IC5

“... estos pacientes no son bien vistos por la familia, en ocasiones hasta son expulsados del hogar...”

“...la mayoría de los casos de tuberculosis pertenecen a las áreas de condiciones de vida desfavorable, con hacinamiento, bajos ingresos, estas son condiciones reales con las que tenemos que vivir, y tenemos que trabajar...” IC3

Se hizo alusión en el discurso a la unidad de sentido de rechazo de la población por la enfermedad.

“...todavía hay muchos estigmas, hay personas que todavía rechazan a pacientes con tuberculosis,... miedo que

los demás lo conozcan...esto lleva al rechazo social...” “La idiosincrasia del cubano es machista y rechaza a este tipo de paciente solamente por la condición de tener una conducta sexual homosexual...” IC4

“Al VIH la población lo sigue rechazando en muchas cosas y hay personal de salud que te lo rechaza...” “... Muchas veces te dice no quiero la dieta para que no se entere la cuadra, entonces muchos no aceptan la dieta...” IC5

En los estigmas hacia la enfermedad influyó la ética del personal de salud, al respecto expresaron:

“...en el personal de salud se ha avanzado, pero no todo lo que se necesita, todavía existe personal de salud que los discrimina...” “...el médico de familia lo tenía que atender, pero no lo atendía.” IC1

“...cuando el paciente se sienta ahí, te lo manda a que se sienta para atrás...” IC5

Calidad de los servicios de salud

Con respecto a la gestión de los procesos del programa, manifestaron sobre la continuidad del proceso de atención, que la inmediatez en la atención a estos pacientes y su continuidad, son elementos importantes para reducir la exposición a las fuentes de infección de personas en la población, evitar las pérdidas o abandonos en el tratamiento, la multidrogoresistencia y la mortalidad por la enfermedad. En este sentido manifestaron:

“...no hago nada con identificarlo y llegar tarde a todos los procesos esto es un proceso continuo de principio a fin...” IC2

“Todo depende que el médico de la familia capte con inmediatez el caso y rápidamente se desarrollen las acciones para que sea interconsultado por el especialista...” IC3”

En la organización del sistema, se planteó que en muchas ocasiones no se trabaja con enfoque de vulnerabilidad, el pensamiento epidemiológico no se orienta hacia la búsqueda de los casos, ni se conduce al paciente una vez que entra al sistema y existe poco control. En este aspecto refirieron

“...porque desgraciadamente no se está trabajando con los riesgos...” IC1

“...lo más importante en la tuberculosis es la búsqueda de grupos vulnerables...” IC2

“El pensamiento epidemiológico es el que tenemos que poner en función de buscar los casos en esas condiciones...” IC3

La oportunidad de los servicios fue otra de las categorías que trascendió en el análisis, con respecto a la oportunidad en la vigilancia expresaron:

“...las brechas en el programa están dadas por la vigilancia, porque todavía hay pacientes que se escapan de la dispensarización, esta no se actualiza sistemáticamente, entonces no se vigila oportunamente...” IC4

La demora en el diagnóstico, el tiempo del inicio de los síntomas a que se realizó el diagnóstico se prolonga, esto se manifestó:

“Tiene la tos y lo tratan como un catarro algo normal para ellos y hasta que no tiene otros síntomas más complicados, no llegan a recibir el servicio con la agilidad que se requiere...” IC4

“...hay casos que no necesariamente tienen que esperar los 21 días, si los identificamos oportunamente...” IC2

Con esto se evitaría la exposición de otras personas susceptibles de adquirir la enfermedad y una mejor evolución. Derivado de lo anterior, se compromete la oportunidad en la notificación de casos, al respecto consideran que:

La notificación tiene problema, no ha sido en el momento oportuno... *“...lograr un nivel de notificación oportuno ante la presencia del caso o del caso sospechoso, ni tan siquiera hay que esperar tener el diagnóstico definitivo de la enfermedad para iniciar las acciones...” IC3*

Contribuyeron a la formación de la categoría de resultados en la prevención y control de la enfermedad las unidades de sentido: confianza en el hospital, no adherente al tratamiento, mala calidad en el control de foco, no individualización de la conducta. Fue interesante el hecho de que algunos pacientes tuvieron confianza en el hospital, cuando la atención primaria de salud es a través de su equipo y grupo básico de salud y son los encargados de garantizar su atención, al respecto consideran:

“...el hospital un servicio de mayor nivel, tal vez le ofrezca más confianza...” IC2

“El paciente tiene manifestaciones respiratorias muchas veces acude al consultorio y no hay pensamiento epidemiológico, al final lamentablemente el diagnóstico se hace en el hospital...” “...y acude a un hospital donde hacen el diagnóstico, ahí es donde está el problema...” IC3

La demanda de la atención médica en el segundo nivel de atención por los pacientes, estuvo presente en otra investigación¹⁷, al respecto consideran “...muchos pacientes contaron cómo habían suplicado ser hospitalizados, pero debido a la falta de camas de hospital, esta opción estaba fuera de discusión para muchos...”

La no adherencia al tratamiento, constituyó un aspecto que a decir por los directivos tiene influencia en el comportamiento de la morbilidad y mortalidad, con mayor repercusión para los pacientes con VIH/sida, al respecto refirieron:

“En La Habana tenemos muchos problemas con la adherencia, tanto para el tratamiento antirretroviral del VIH como para la coinfección con la TB...” “... tenemos un número de pérdidas importantes en seguimiento del tratamiento muchas veces son VIH...” “...llegan con una tuberculosis en muy malas condiciones con la carga viral elevada y los CD4 muy bajos porque no tienen adherencia...” IC2

“...población compleja VIH, ex reclusos, alcohólicos, deambulantes que abandonan el tratamiento, es bien difícil garantizar la continuidad del tratamiento...” IC3

“... se niegan a tomar la quimioprofilaxis porque son pacientes y dicen no me la tomo...” IC1

Por otra parte, la mala calidad del proceso de control de foco en la familia, la comunidad y las instituciones pueden ser resultados de la organización del proceso y la capacidad del equipo básico para realizar esta actividad en coordinación con el epidemiólogo.

“...no en todos los lugares se realiza igual, uno encuentra lugares donde los controles de focos son muy bien hechos, pero te encuentras otros donde son pacientes que salen después como tuberculosis y son contacto de otro paciente que nunca le realizaron quimioprofilaxis, ni lo estudiaron...” IC3

“Hay control de foco en todos los niveles que tiene dificultad tanto a nivel de la familia, la comunidad y los centros de trabajo...” IC4

“No depende solo del personal de salud pública, depende que la persona quiera atenderse, hay gente que no quiere tomarse el tratamiento...” IC5

La individualización de la conducta fue uno de los aspectos que influyó en la calidad de los servicios de salud, al respecto las particularidades de cada paciente, su familia y la comunidad son clave para el éxito en el tratamiento, lo cual se expresó en la entrevista:

“...de manera que no se vea solo el paciente, sino que se vea en su medio, esos pacientes con situaciones difíciles casi nunca se pueden hacer dinámicas con ellos y su familia...” “Lo ideal es trabajar antes, yo soy de ese criterio como siempre se ha dicho y está descrito lo ideal es trabajar antes para que esas condiciones no existan...” “Se necesita un análisis diferenciado de cada uno de los casos porque no se puede hacer un análisis en abanico...” IC3

A partir de la unidad de sentido de atención humanizada y recursos humanos capacitados, se conformó la categoría de calidad de los recursos humanos. Con respecto a la primera de estas refirieron:

“...cuando usted interroga al paciente te dice fui, pero no me dijo nada, me dijo que tomara antibiótico, pasó una semana, a los quince días volvió ... pasa y pasa, el paciente le dice que no se le quitaba el catarro, perdía peso y tenía fiebre...” IC3

“Falta lo subjetivo del hombre, tanto por parte del paciente como del médico...” IC4

“El médico está en la docencia y la enfermera no le explica vamos a este consultorio...” IC2

Los recursos humanos capacitados:

“Después de hacer mantoux negativa o positivo, no se tomó la conducta, al cabo del tiempo aparece como caso de TB...”

“No todas las TB se estudian de igual manera y a veces vemos en el consultorio del médico y enfermera de la familia, desconocimiento de estos aspectos...” IC3

Discusión

El análisis cualitativo permitió profundizar, desde la perspectiva de los directivos del programa de prevención y control de la tuberculosis pulmonar del sistema de salud a nivel nacional y provincial, en los elementos de acceso que resultaron de interés durante la entrevista. En cuanto a la disponibilidad de los servicios de salud, consideramos que el médico de la familia debe permanecer un periodo de tiempo que le permita conocer a sus familias, las dinámicas que ocurren en la comunidad, su cultura; de manera que los servicios se puedan organizar en función de las necesidades que se demanda.

El lugar y personal especializado de atención, requiere a juicio de los autores del artículo, de un análisis complejo, teniendo en cuenta que interaccionan un grupo de elementos

como las tecnologías e infraestructura física existentes, la capacitación de los recursos humanos y los aspectos de la conducta de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Estos resultados coinciden con los encontrados donde Gonzales¹⁴, López¹⁵ al referirse a la necesidad de garantizar la estabilidad del equipo básico de salud y el fortalecimiento del grupo básico de trabajo en la APS; la sostenibilidad de la cobertura y accesibilidad de la población a los servicios para que satisfagan sus necesidades y demandas; elevar la capacidad resolutoria en el nivel primario de atención.

La disponibilidad para la realización de cultivo, es un aspecto básico para la atención del paciente y el funcionamiento del programa, de ahí que el hecho que de cuatro centros destinados para el procesamiento de los cultivos, solo esté funcionando el del municipio Plaza de la Revolución y que a partir de esta situación se tengan que trasladar las muestras al centro Provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, lo que genera una demora en este proceso que puede estar influyendo en la calidad del diagnóstico. El hecho de contar con un equipo para realizar PCR en tiempo real en el país es una fortaleza, ya que también brinda la información sobre la resistencia a la rifampicina e isoniazida. Sin embargo, a pesar de que se protocolizó su funcionamiento, dando prioridad a los grupos de mayores riesgos para la enfermedad como son el VIH/sida, contactos de casos, existe evidencia de una sobre utilización del equipo, al existir limitaciones de capacidad de utilización por daños en una gaveta. Los aspectos referidos con anterioridad constituyeron la base para la formación de la unidad de análisis de tecnologías para el diagnóstico.

La reacción en cadena de la polimerasa para la detección de *Mycobacterium tuberculosis* es superior en tiempo, sensibilidad y especificidad que el extendido y el cultivo, por lo que, junto con los datos clínicos del paciente, es efectiva para hacer un rápido abordaje diagnóstico¹⁶.

En La Habana, las investigaciones de Skeen¹⁷ y Fuentes¹⁸ al explorar los servicios de salud entre el 2012-2014 encontraron inestabilidad, intermitencia y ausencia de médicos en los consultorios, policlínicos, así como problemas organizativos, déficit de equipamiento, falta de servicios especializados. Algunos de estos elementos coinciden con los expresados por los entrevistados.

La presencia de factores objetivos como las tecnologías, unido a los aspectos organizativos como la inestabilidad del médico y enfermera de la familia, el personal especializado en la atención, son elementos identificados en la disponibilidad, sobre los que tienen que intervenir para elevar la calidad de la atención y la satisfacción de paciente.

La accesibilidad de los servicios de salud puede ser un elemento que esté influyendo en el resultado del proceso

de atención, si se tienen en cuenta las particularidades de las condiciones de vida que tienen estos pacientes, donde este aspecto influye no solo en las posibilidades reales de que disponen estos pacientes para llegar a los servicios de salud, sino en la continuidad de estos. En Addis Abeba Etiopía¹⁹, se hace alusión a estas barreras para los enfermos. En este sentido Fuentes⁶ hace referencia a aspectos como las necesidades que van apareciendo y que demanda de la movilización de recursos de la familia y de las instituciones como es la alimentación, el transporte para asistir a los servicios de salud, la demanda de cuidado y acompañamiento que ameritan las personas enfermas.

Con respecto a los implicados el sistema de salud y los que brindan el servicio de salud, tendría que realizarse un análisis para el subproceso diagnóstico de la tuberculosis por cultivo, donde se podrán visualizar desperdicios a partir de la reorganización de este y que pudieran influir en la calidad del diagnóstico. El otro aspecto tiene que ver con el pensamiento epidemiológico que tiene el médico y enfermera de la familia, para la búsqueda activa de los casos en aquellas personas vulnerables que viven con mayor deterioro en sus condiciones de vida, aquí la continuidad se está mirando desde el enfoque preventivo donde el paciente que tiene mayor vulnerabilidad para enfermar, debe tener un seguimiento sistemático, una vigilancia activa y no esperar que estos acudan a los servicios de salud cuando tienen síntomas.

En la dinámica diaria de atención a estos pacientes, debe contextualizarse a partir de las demandas del paciente y las posibilidades reales del sistema, para lograr la continuidad y calidad en el funcionamiento de estos servicios. Este aspecto puede complejizar la situación actual del programa y comprometer la eliminación de la enfermedad en los próximos años.

Para Fuentes¹⁸ existieron dificultades una vez que el paciente llegó al sistema por problemas organizativos al interior de las organizaciones y el deficiente engranaje entre los diferentes niveles del sistema. Esto se traduce en demora para obtener la atención por especialistas y la posibilidad de tener un seguimiento adecuado, en muchas ocasiones termina la responsabilidad de solucionar los problemas en el paciente.

La articulación del trabajo con los sectores de la comunidad y la utilización de los medios de difusión en función de educar a la población en el cuidado y autocuidado de su salud en la tuberculosis pulmonar, constituye un elemento básico para evitar que otras personas enfermen. Lo anterior, unido al logro de una cultura hacia la organización de los servicios en función de las necesidades del paciente y el contexto donde viven, son aspectos básicos para intervenir en la accesibilidad.

El hecho de que en el discurso de los entrevistados existieran las unidades de sentido de conducta antisocial, nivel de instrucción bajo e incumplimiento de las indicaciones médicas, reflejan en alguna medida estereotipos por parte de los que dirigen el programa hacia los pacientes con tuberculosis, elemento que puede influir en el funcionamiento del programa. Sagbakken¹⁹, Atre²⁰, Weiguo²¹ evidenciaron estigmas hacia los paciente con tuberculosis.

Otro aspecto para considerar es que existen problemas con el funcionamiento de las redes de apoyo sociales y el cumplimiento de lo que está legislado para esta enfermedad. En este sentido, Espina²² al referirse a las transformaciones en la estructura de oportunidades del estado, en el plano de los servicios sociales no vinculado a las políticas sociales, considera: que *los cambios macro-estructurales y planificados son absorbidos* por microprácticas y las subjetividades de la sociedad. *Esto genera consecuencias inesperadas, cursos de acción paralelos, confluyentes y contradictorios*. Es criterio del investigador que estas dinámicas sociales generan complejidades que tienen que estar presentes en los análisis de las políticas sociales y del tema de las desigualdades, para actuar de forma pro activa en las vulnerabilidades de la familia; a nivel de sus activos, estrategias de utilización y oportunidades al interactuar con el medio. Esta situación puede ser más crítica para los casos donde no funcionan las redes de apoyos sociales.

Fuentes¹⁸, considera que cuando confluyen la precariedad de los recursos económicos y las limitaciones en las redes sociales, se agudizan las barreras para el acceso a los servicios de salud, este tipo de familias quedan expuestas a un alto grado de inseguridad y desprotección, se encuentra en situación de vulnerabilidad.

La investigación cualitativa de Rojo²³, muestra evidencia de cómo se produce la iniciación y rechazo familiar cuando el miembro de la familia comunicó al resto de los miembros sus preferencias sexuales.

Al igual que Aré²⁴s, consideramos a la familia como un espacio donde los mandatos familiares deben construirse sobre la base de aspectos bioéticos, para preservar derechos, libertad, autonomía, realización de todos sus miembros, sin dejar de exigir responsabilidades, cuidado de los otros, pertenencia, cohesión emocional, tareas domésticas. De forma tal que las tensiones familiares se puedan reducir a su mínima expresión al propiciarse un espacio de negociación permanente, donde exista un equilibrio entre los derechos y beneficios con las oportunidades y responsabilidades.

Otros puntos de vista de Ares con los que también coinciden los autores del artículo, están relacionados con la construcción de la equidad de género, la lealtad y justicia

intergeneracional desde el espacio familiar. Proceso complejo donde intervienen valores como corresponsabilidad, respeto, tolerancia, solidaridad y reciprocidad, estos tienen que ser construidos desde la relación de pareja, la educación de los hijos, el ocio y el tiempo libre, el trabajo doméstico, la economía y el cuidado de ancianos. Casi todas las familias estudiadas no operan bajo estos preceptos y trasladan el problema a la sociedad con la conducta que asumen.

Los aspectos de las condiciones sociales, constituyen prioridad para la intervención. La salud es un producto social, de ahí que se necesita la participación de los sectores de la comunidad para que en sus políticas se refleje esta realidad y pueda ocurrir una transformación de los elementos que influyen en la determinación social de la enfermedad.

Existen expresiones diversas que hacen visible la presencia de estigma hacia los pacientes enfermos con tuberculosis, este se reproduce a un nivel superior cuando el paciente tiene VIH/sida, lo cual fue evidente en el momento que el médico fue a emitir la dieta y este no la aceptó. A pesar de expresarse por los entrevistados que existe un progreso en este sentido, estos son aspectos sobre los que hay que continuar trabajando desde la familia, las instituciones escolares, las instituciones del Estado y la comunidad.

En este sentido, el sector salud en conjunto con otros sectores de la comunidad como comercio interior pueden contribuir a que el paciente con VIH/sida pueda beneficiarse de la dieta, sin dejar de proteger su identidad y el conocimiento público de su enfermedad. Esto puede efectuarse a través de diferentes alternativas que pueden ir desde mantener la confidencialidad de las dietas, el trabajo educativo con las personas que despachan la dieta y con la comunidad.

En la investigación de Addis Abeba¹⁹, también se hicieron visibles manifestaciones de exclusión hacia los pacientes con una tuberculosis. Son importantes los aspectos que los entrevistados refirieron, para lograr un clima favorable entre el paciente y el personal de salud. De forma tal que se pueda establecer una comunicación sin barrera que trascienda en una colaboración, el éxito en la curación, el control de la enfermedad y su eliminación como problema de salud. La presencia de personal de salud que en su quehacer diario manifiesten conductas que van en contra de los principios hipocráticos y del código de ética son obstáculos que pueden influir en la calidad de este proceso y la cosificación de los servicios de atención. De ahí que la humanización de los servicios, constituye un tema recurrente que debe ser objeto de vigilancia en el sistema de salud.

Coincidimos con Saucedo²⁵, en la necesidad de detectar qué clases de estigmas y discriminación tienen efectos nocivos para el control del VIH, esto depende del país, las leyes, los

valores y la subcultura específica. Primero hay que identificar estas cuestiones y luego combatir las. En el contexto cubano existe voluntad política para atender este flagelo, existe un aparato legislativo para proteger a las personas que tienen esta enfermedad, sin embargo, se tiene que trabajar en los dos últimos aspectos: los valores y la cultura.

*Rojo*²³, al abordar estos aspectos en su investigación en hombres que tienen sexo con otros hombres, refiere que entre los entrevistados emergió el tema de los estigmas y la discriminación, la situación histórico-cultural que enfrentan con crudeza y los prejuicios sobre la homosexualidad.

Llamó la atención que en la categoría calidad fue donde mayor expresión tuvieron las unidades de sentidos y de análisis. Las cuatro unidades de análisis producto del procesamiento de los discursos fueron la gestión de los procesos del programa, la oportunidad de los servicios, los resultados en la prevención y control de las enfermedades y la calidad de los recursos humanos.

Desde la perspectiva de calidad, la búsqueda de aquellas personas en la población que tienen mayores posibilidades de adquirir la enfermedad, contribuirá al diagnóstico oportuno. Esta actividad no solo debe realizarse a partir de las condiciones de salud y las conductas individuales, sino también de las condiciones de vida con lo cual se estarían integrando las acciones. El control de esta es imprescindible para garantizar la calidad de la actividad, en este sentido, *Fuentes*¹⁸ al citar documentos oficiales del MINSAP, refiere el inadecuado uso de los recursos, las indisciplinas, el poco aprovechamiento de la jornada laboral, ineficiencia, afectación en la calidad de los servicios, insatisfacciones de la población, deficiente engranaje entre los niveles de atención. Los elementos anteriores corresponden a un periodo previo a la investigación, pero a pesar de ello el investigador considera tenerlo presente en el análisis porque son producto de conductas y comportamientos de las personas que para atenuarlos o eliminarlos requieren de intervención y tiempo.

El trabajo en equipo es esencial para lograr la organización de sistema y la gestión del programa con calidad. El médico y enfermera de la familia, unido al grupo básico de salud constituye el eslabón fundamental en la ejecución del programa, su conducción tiene que realizarse desde los diferentes niveles de sistema por los epidemiólogos.

Los aspectos expuestos con anterioridad evidencian la existencia de brechas en la vigilancia activa de los casos y la existencia de fuentes de infección en la comunidad. También existen fallos en la vigilancia pasiva, ya que el paciente acude con síntomas y no se sospecha la enfermedad. La oportunidad de la vigilancia, la demora en el diagnóstico, la notificación de los casos y la demora en el ingreso, son aspectos que están

relacionados y que expresan la existencia de deficiencias en la gestión de los procesos del programa. En una investigación cualitativa realizada en Addis Abeba Etiopía¹⁹, se hizo referencia a como el tiempo influye en el resultado final del tratamiento de los pacientes, al decir por estos "...una vez en la clínica, los pacientes a menudo esperaban una hora o más para obtener sus medicamentos. Esta demora fue causada principalmente por pacientes de fase intensiva, a los que se les indicó que asistieran a la misma hora de la mañana. Este sistema que consume mucho tiempo fue descrito como humillante por algunos de los pacientes...".

La intervención sobre los aspectos identificados en la atención humanizada y la capacitación de los recursos humanos, es esencial para que funcione el programa, mejore la satisfacción de los pacientes y exista impacto en la eliminación de la enfermedad. De ahí que estos aspectos deben constituir prioridad para los que gestionan esta actividad en la provincia de la Habana.

Los autores del artículo comparten la posición de *Linares y López*²⁶, sobre la visión integral en el análisis de los resultados de salud, acceso a los servicios y calidad de la atención con el entorno de la salud, donde se encuentran los determinantes sociales, económicos, políticos y culturales que expresan las condiciones concretas de vida y de trabajo de grupos sociales particulares, para lograr intervenciones efectivas en los problemas de salud.

Limitaciones del estudio: Los resultados de la investigación no son extrapolables a todo el país, serán de utilidad para la provincia de La Habana.

Conclusiones

El análisis del acceso a los servicios de salud desde la percepción de los directivos, aportó un grupo de elementos que resultaron importantes para el análisis de las desigualdades de acceso en los pacientes con tuberculosis pulmonar. En este sentido existió coincidencia de afectaciones en las dimensiones de acceso de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud, en la atención de los pacientes con tuberculosis pulmonar en La Habana.

Existieron puntos de coincidencias en cuanto a la dinámica de la atención en los diferentes niveles del sistema, la oportunidad de los servicios, la calidad de los recursos humanos.

También, emergieron aspectos como las dificultades con las tecnologías para el diagnóstico, la gestión de los procesos del programa, las alternativas para resolver las dificultades por los pacientes y la existencia grupos poblacionales con indisciplina social.

Otras alteraciones percibidas en la dinámica de la atención y su continuidad, fueron insuficiente educación a la comunidad y a compañeros de trabajo sobre aspectos básicos de la tuberculosis pulmonar; la presencia de esta enfermedad en grupos poblacionales con indisciplina social; existencia de estigmas sociales hacia la enfermedad; poca participación de los sectores de la comunidad para resolver sus dificultades; imposibilidad de asumir siempre la alimentación y transportación; deficiencia en la oportunidad de los servicios; la calidad de los recursos humanos y gestión del programa.

Los aspectos identificados pueden contribuir al rediseño de la estrategia de la eliminación de la enfermedad y la mejora continua del programa en esta provincia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Referencias

1. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2016 [citado 2020 Sept 29]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
2. 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 Kouri”; 2016.
3. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2017 [citado 2020 Sept 29]. Disponible en <https://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
4. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis. La Habana, Cuba. Editorial de Ciencias Médicas; 2018.p.2-12.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2015 [citado 2020 Sept 29]. Disponible en <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
6. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Cuadro Epidemiológico Nacional, Cuba, La Habana, Cuba. Editorial de Ciencias Médicas; 2018.p. 3-25
7. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa :un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. 2012. [Citado 2015 Feb 18]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18026&Itemid
8. 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].
9. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2018 [citado 2020 Sept 29]. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/2017/11/20/anuario-estadistico-de-salud-de-cuba/>
10. León Cabrera P, Pría Barro MC, Perdomo Victoria I. Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2018 Dic [citado 2020 Jun 28] ; 44(4): 186-199. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662018000400186&lng=es.
11. León Cabrera P, García Milian AJ, Castell-Florit Serrate P. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y Sostenible desde la Salud Pública cubana. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2016 Dic [citado 2020 Jun 28] ; 42(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662016000400008&lng=es.
12. Martínez Calvo S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(3). [citado 2020 Jun 24]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es
13. Bardin L. Análisis de contenido. 70va ed. Sao Paulo: Almeida; 2016.
14. González Cárdenas L T, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador M C, Fernández Díaz I E, Pérez Díaz T C, et al El Programa del Médico y Enfermera de la Familia: modelo de atención médica en Cuba. Revista Panamericana de Salud Pública [Internet].2017[citado 28 julio 2018] 42:66-72. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/324076117_El_Programa_del_medico_y_enfermera_de_la_familia_desarrollo_del_modelo_de_atencion_medica_en_Cuba

15. López Puig P, Segredo Pérez A M, García Milian A J.. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* [Internet].2014 [citado 28 julio 2018] 40 (1): 75-84. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000100009&lng=es
16. Valdivia Núñez, Enrique Sergio. Comparación de reacción en cadena de la polimerasa en tiempo real (PCR) con adenosina desaminasa (ADA) en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pleural evaluados de enero a marzo del 2020 en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin [tesis]. Lima. Universidad Cayetano Heredia.2020
- 17.Skeen M M. Las políticas sociales en el ámbito de la Salud Pública. Municipio Plaza de la Revolución, Atención primaria 2012-2014. [tesis de Maestría de Desarrollo Social, FLACSO].La Habana: Universidad de La Habana; 2015.
18. Fuentes Reveron S. El acceso a los servicios de salud y la capacidad de enfrentamiento familiar ante situaciones de quebrantamiento de la salud. ¿Un lugar para pensar la reproducción de las desigualdades en la Cuba actual?[Tesis de Maestría de Desarrollo Social, FLACSO].La Habana: Universidad de La Habana; 2016.
19. Sagbakken M, Frich J, Bjune G. Barriers and enablers in the management of tuberculosis treatment in Addis Ababa, Ethiopia: a qualitative study.*BMC Public Health* [Internet].2008 [cited 2018 feb 14]: 8(11):[aprox. 9 p] Available from: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-11>
- 20 Atre S, Kudale A, Morankar S, Gosoni D, Weiss MG. Gender and community views of stigma and tuberculosis in rural Maharashtra, India.*Global public health* [Internet].2011 [cited 2017 oct 14]. Available from:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21509994>
- 21 Xu W, Lu W, Zhou Y, Zhu L, Shen H, Wang J. Adherence to anti-tuberculosis treatment among pulmonary tuberculosis patients: a qualitative and quantitative study. *BMC Health Serv Res*. 2009 Sep 18;9:169. doi: 10.1186/1472-6963-9-169. PMID: 19765290; PMCID: PMC2753329. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19765290/>
22. Espina Prieto M. Política de atención a la pobreza y la desigualdad Examinando el rol del estado en la experiencia cubana. Buenos Aires. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales2008.256p
23. Rojo Pérez N, Torres Rojo Y, Álvarez Vázquez L, Martínez Trujillo N, Sarduy Domínguez Y, Iglesias Moré S. Experiencias de aplicación de técnicas cualitativas en estudios de hombres que tienen sexo con hombres. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2010 Mar [citado 8 Mayo 2020] ; 36(1): 54-65. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000100007&lng=es.
24. Arés Muzio P, Benítez Pérez ME. Familia cubana: nuevos retos y desafíos a la política social. *Revista enfoques*. (21), Noviembre 2009 http://sociales.cchs.csic.es/jperez/PDFs/2009Muzio_Benitez.pdf
25. Saucedo PG, Huerta BMI, Alcántar ZML, et al. Estigmatización a personas con VIH-sida en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *Rev Salud Publica Nutr*. 2018[citado 8 Mayo 2020] ;17(3):26-33. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=82823>
26. Linares N, López O. La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y desde el campo de la salud colectiva. *Revista de medicina social*. 2008; 3 (3).247-259