

Cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis

Coverage and access to health services for addressing Tuberculosis

Pablo León Cabrera*

María del Carmen Pría Barro

Irene Perdomo Victoria

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: pablitolc@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: La estrategia cobertura universal podría contribuir a eliminar la tuberculosis como problema de salud.

Objetivo: Actualizar los elementos teóricos sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis.

Metodología: Revisión bibliográfica y documental en bases de datos digitales de ciencias de la salud. Se usaron los descriptores: “acceso”, “servicios de salud”, “tuberculosis”. Los expertos seleccionaron y ordenaron los artículos por temáticas para realizar el análisis de contenidos.

Resultados: Se presentan las diferentes perspectivas y críticas desde la noción de acceso equitativo de los servicios de salud. Esta podría ayudar a un abordaje integrador de la

tuberculosis desde la lógica de justicia social y el derecho a la salud. Se enfatiza en la activación del principio de responsabilidad moral en todos los niveles del sistema y desde el punto de vista ético igual acceso real y efectivo a los cuidados de salud, preventivos y curativos, a través de su redistribución diferenciada. Estos elementos son sustrato para fortalecer las políticas de salud y su efectividad.

Conclusiones: se actualizó los aspectos teóricos de acceso universal para el abordaje de la tuberculosis. Se evidenció que el enfoque de equidad de la lógica de justicia social y derecho a la salud constituye el punto de partida para actuar con un enfoque sociocultural sobre las desigualdades que influyen en la determinación social de esta enfermedad. La construcción de políticas para su eliminación necesita cambios en el pensar y actuar de todos los sectores de la comunidad.

Palabras clave: acceso equitativo; servicios de salud; tuberculosis.

ABSTRACT

Introduction: The universal coverage strategy could contribute to eliminate tuberculosis as a health problem.

Objective: To update the theoretical elements on universal coverage and access to health services for addressing Tuberculosis.

Methodology: It was carried out a bibliographic and documentary review in digital databases of health sciences. The descriptors used were: “access”, “health services”, “tuberculosis”. The experts selected and ordered the articles by topics to perform the content analysis.

Results: Different perspectives and reviews were presented from the notion of equitable access to health services. This could help to have an integrative approach to tuberculosis from the logic of social justice and the right to health. Emphasis is placed on the activation of the principle of moral responsibility at all levels of the system and from the ethical point of view of equal real and effective access to health, preventive and curative care, through

its differentiated redistribution. These elements are a substrate to strengthen health policies and their effectiveness.

Conclusions: The theoretical aspects of universal access to address Tuberculosis were updated. It was evidenced that the equity approach of the logic of social justice and the right to health constitutes the starting point to act with a sociocultural approach on inequitable and avoidable inequalities that influence the social determination of this disease. The creation of policies for their elimination requires changes in the state of mind and acting of all sectors of the community.

Keywords: equitable access; health services; Tuberculosis.

Recibido: 05/03/2017

Aceptado: 29/05/2017

INTRODUCCIÓN

Eliminar la tuberculosis en los momentos actuales constituye un reto a nivel global, regional y de los países. La estrategia cobertura universal podría constituir una fortaleza para los sistemas de salud en este propósito. Sin embargo, las políticas y estrategias que se diseñan en este sentido, en no pocas ocasiones, son ajenas a las condiciones del espacio territorial y al contexto socioeconómico donde se aplican. Cada día, las desigualdades sociales en salud son: enormes, graduales, crecientes, adaptativas, complejas e históricas y requieren un enfoque transdisciplinar para su abordaje.⁽¹⁾

Martínez,⁽²⁾ plantea que la cobertura universal tiene que estar acompañada de acceso universal. Los servicios de salud tienen que tener una 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. Al referirse al contexto cubano *Martínez* hace énfasis al poco desarrollo de investigaciones nacionales con objetivos dirigidos a la prestación de servicios.

Los elementos anteriores, unido a la necesidad de actualizar los aspectos teóricos sobre la cobertura y acceso a los servicios de salud para el abordaje de la tuberculosis puede contribuir al análisis de las complejas particularidades y dinámicos factores de la enfermedad como hecho social y problema de salud, punto de partida para realizar esta investigación.

MÉTODO

Se trata de un estudio donde se aplicó el método cualitativo mediante una revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales indexadas en Scielo, EBSCO y material disponible en el repositorio de la biblioteca de la Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba. Se usaron los descriptores DeCs-MeSH: “acceso”, “servicios de salud”, “tuberculosis”. Se utilizaron como unidades de análisis 730 artículos científicos originales publicados en idioma español, indexados en revistas de ciencias de la salud y ciencias sociales. Se procedieron 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 operador booleano AND. Se seleccionaron los 28 artículos de utilidad para la investigación, de ellos 19 procedentes de la base de datos de EBSCO (14 relacionados con el tema de Salud Pública y 5 de acceso), mientras que 9 fueron de Scielo (6 de Salud Pública y 3 accesos). Con posterioridad se realizó el análisis de contenido, en este participaron siete expertos que cumplieron los requisitos siguientes:

más de 5 años de experiencia vinculados a la enseñanza en salud pública, que fueran Máster o Doctores en Ciencias en Salud Pública y que quisieran participar en el estudio.

Para la recolección de los datos se elaboró una ficha instructiva y se tomó como referencia los elementos siguientes: 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.⁽³⁾

COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal constituye una de las estrategias globales, regionales y nacionales para poner fin a la tuberculosis. Para lograr este propósito los programas de prevención y control de esta enfermedad tienen que ser accesibles, con un costo razonable y de alta calidad. Las evidencias científicas publicadas hacen referencia a la compleja situación para el control de problema de salud por la creciente urbanización, el incremento de la pobreza, la inequidad y exclusión social, del VIH-sida y la drogoresistencia. .

Dye⁽⁴⁾ a nivel mundial encontró una reducción en la incidencia de TB asociada con un mayor producto interno bruto (PIB) per cápita, una fuente de agua y saneamiento mejorado y una menor tasa de mortalidad en menores de 5 años de edad. Otras publicaciones reflejan la asociación entre la morbilidad, la mortalidad y el índice de desarrollo humano.^(5,6)

Munayco et al.⁽⁷⁾ reflejan como determinantes de esta enfermedad en América Latina el deficiente acceso al saneamiento, el reducido gasto sanitario per cápita y la inestabilidad en el control de la tuberculosis. Por otra parte, *Molina et al.*⁽⁸⁾ a partir de un estudio realizado en familias cubanas, añadieron como determinantes la existencia de familias con problemas en su funcionamiento, deterioro de las condiciones económicas, ambientales, incremento de la densidad poblacional y hacinamiento. En este contexto, *Ochoa et al.*^(9,10) consideran a las personas adultas mayores.

En los últimos años la cobertura universal de salud, constituye motivo de debate científico por investigadores. La *Revista Cubana de Salud Pública*, dedicó un número especial a este

tema, prestigiosos salubrista aportaron diferentes elementos teóricos y prácticos que constituyen una referente cuando se trata este tema. Según la Organización Mundial de la Salud⁽¹¹⁾ la cobertura “consiste en velar por que el conjunto de la población tenga acceso a los servicios preventivos, curativos, de rehabilitación, de promoción de la salud que necesite y que esos servicios tengan la calidad suficiente para ser eficaces, sin que su costo implique dificultades financieras para sus usuarios”, aspectos básicos para su desarrollo.

En la práctica la materialización de esta estrategia está supeditada a los elementos que regulan la estructura de los sistemas sociales (las políticas educativas, de empleo, salarios, género, étnicas, entre muchas otras) y que definen su contexto económico-social. De ahí que es importante que los gobiernos asuman la cobertura universal y el acceso universal a partir del enfoque de la justicia social y el derecho a la salud.

En este sentido *Castell-Florit*, considera que es conveniente reforzar la participación e integración por parte de los estados, gobiernos y todos los actores que conforman la sociedad, para el despliegue de políticas de protección a la salud efectivas y sostenibles, encaminadas a convertir la hasta ahora utopía de “Salud para todos”, en “Salud con todos y para el bienestar de todos”.^(12,13)

La definición de “cobertura universal de salud”, propuesta por *Gispert et al.*,^(14,15) incluye a los Estados, gobiernos y a los actores y sectores que conforman la sociedad en el proceso de construcción de la salud desde su complejidad y teniendo en cuenta la determinación social.^(16,17) En este sentido eso autores definen “cobertura universal de salud” como: “La capacidad de la sociedad, los Estados y gobiernos para responder a las necesidades de salud de la población, a través de legislaciones, disponibilidad de infraestructura, capital social y tecnológico, así como estrategias integradas de planificación, organización, acción y financiamiento que tienen como finalidad la protección de salud de toda la población de manera equitativa e inclusiva”.

Martínez Calvo,⁽²⁾ reflexiona sobre la importancia que tiene en el logro de la cobertura universal las modificaciones de los contextos donde se desarrollan los sistemas de salud, la competencia y desempeño del capital humano a partir de la conducción de los procesos de profesionalización, capacitación, distribución, remuneración y desarrollo profesional.

Esta autora considera que un aspecto medular en la conducción del sistema de salud son sus políticas. Estas tienen que sustentarse en un pensamiento epidemiológico, “inteligencia epidemiológica” para lograr la integración de todos sus componentes. Además, reflexiona acerca de que la racionalización de los recursos y reducción de los gastos en salud no interfieren en la conducción epidemiológica del sistema, estos elementos se complementan.

La prioridad financiera hacia el interior del sistema de salud desde la justicia social y la equidad favorece el desarrollado de investigaciones desde los determinantes sociales de la salud, con lo que se fortalecen las acciones intersectoriales y la intersectorialidad en sentido general.

Los elementos antes mencionados constituyen puntos de partida para lograr un análisis integrador cuando se aborden los aspectos de cobertura y acceso universal vinculado a la tuberculosis. En este sentido, es importante conocer los diferentes desarrollos teóricos de acceso a los servicios de salud, sus limitaciones y beneficios desde la equidad para una mejor comprensión de este problema de salud.

ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

En las investigaciones de acceso a los servicios de salud existen diferentes enfoques que limitan el nivel de análisis de los problemas de salud e influyen en la efectividad de las políticas que de ello se derivan.

Vargas,⁽¹⁹⁾ al hacer referencia a este tema considera que existen dos tendencias, una en la que se define el acceso como ajuste entre las características de los servicios y las de la población, la otra lo equipara con la utilización de los mismos. Lo distintivo de este enfoque es que transita desde una visión restringida de acceso –contacto con el servicio– hasta una visión más amplia –utilización del servicio–.

Arrivillaga y Eugenia,⁽²⁰⁾ en una revisión sistemática sobre el tema que incluyó investigaciones publicadas entre 1970 y 2013, plantean que existe una clasificación que ubica varios modelos en diferentes lógicas ordenadoras. Estas transitan desde los mínimos

decentes, pasa por el de mercado, de los factores y la multicausalidad, hasta las necesidades de justicia social y derecho a la salud.

Los ejes de clasificación que utilizan los investigadores antes citados hacen referencia a los elementos teóricos desde cada perspectiva. Tienen en común la presencia de los principales autores que investigan el tema y su posición. Sin embargo, una visión más integral ofrecen los modelos en diferentes lógicas ordenadoras, donde se pueden visualizar las perspectivas desde la noción de equidad, así como las principales críticas. De ahí la importancia de hacer un recorrido por sus modelos.

Enthoven,⁽²¹⁾ *Gibbard*,⁽²²⁾ *Wlazer*,⁽²³⁾ *Hiatt*,⁽²⁴⁾ argumentan los mínimos decentes donde consideran el acceso como la habilidad para asegurar un conjunto de servicios específicos, de un nivel de calidad con un máximo de inconvenientes personales y costos, en posesión de una cantidad delimitada de información. En esta perspectiva la noción de equidad está asociada a un mínimo que se considera “adecuado” de atención (paquetes de servicios) para todos.

La equidad, a partir de los criterios de estos autores, depende de los recursos financieros. Las principales críticas se basan en que no atiende a necesidades de la población y contrasta con atención óptima; además, el acceso está determinado por decisiones políticas que pueden resultar arbitrarias, con serias implicaciones éticas, de garantía de la atención y el derecho a la salud.

El modelo del mercado de la oferta y demanda como ejes explicativos tiene tres representantes con concepciones que tienen particularidades, *Tanahashi*⁽²⁵⁾ con la cobertura efectiva se refiere a la proporción de la población con cobertura eficaz –el servicio entregado se aprecia como satisfactorio en la medida que logra un resultado específico–. En este se vincula la equidad de acceso con la cobertura efectiva, identifica grupos específicos con necesidades insatisfechas, así como las barreras y facilitadores que obstaculizan o favorecen el logro de la misma en cada uno de los grupos. La principal debilidad es que a pesar de alcanzar una representación poblacional lo hace desde el factor individual de satisfacción con el servicio, además desconoce la determinación social del acceso y su vinculación con condiciones de vida.

Para *Pechansky* y *Thomas*⁽²⁶⁾ tiene relevancia el ajuste entre el “cliente” y el sistema de salud, con énfasis en su satisfacción. La equidad de acceso depende de un seguro de salud y

la elección del servicio de atención médica. Se critica a partir de que las relaciones contractuales médico-cliente son intermediadas por el mercado de seguros de salud, además la oferta y demanda se enfoca en la respuesta individual de satisfacción con la atención médica.

Sin embargo, *Frenk*⁽²⁷⁾ reconoce que es el continuo entre la disponibilidad de recursos y la capacidad para producir servicios. La utilización de estos representa el consumo real, que incluye la resistencia y poder de utilización. La equidad es vista como efecto de compensación al interactuar los elementos de resistencia y poder, de ahí que su principal inconveniente sea la autorregulación en la lógica del mercado.

El enfoque de proceso multicausal es una perspectiva de acceso que desarrolla *Aday et al.*^(28,29,30,31) donde están presente los factores ambientales, características de la población, recursos necesarios, comportamientos en salud y el uso de los servicios de salud. La equidad depende de la mayor parte de la variabilidad en la utilización de los servicios. Se critica por su visión restrictiva de mutabilidad de variables de estructura social (etnia, educación y ocupación) para lograr acceso equitativo y sobredimensionamiento de alta mutabilidad de factores individuales (conductas y creencias), con subsecuentes riesgos de atribución individual de falta de acceso.

Levesque, Harris y Russell⁽³²⁾ consideran cinco habilidades relacionadas con percibir, capacidad de búsqueda, logro, pago y compromiso. No encuentran un planteamiento explícito sobre la equidad en el acceso. Su debilidad es que profundiza en los factores de índole individual.

Goddard y Smith⁽³³⁾ manifiestan que la necesidad se deriva del análisis de un representante o persona de cada uno de los grupos de población de interés que presente algún nivel específico de necesidad clínica y sus circunstancias sociales. La equidad de acceso se basa en igual acceso a la atención en salud para aquellos en igualdad de necesidad de atención. Igual utilización en salud para aquellos en igualdad de necesidad de atención e iguales resultados de salud. El riesgo en este modelo está en que los gobiernos lo asuman desde la lógica de los mínimos de atención.

La justicia social y el derecho a la salud para *Braveman y Gruskin*⁽³⁴⁾ es el marco para la institucionalización y organización de los sistemas de salud, lo que incluye la prestación de servicios de salud, *Ruger*⁽³⁵⁾ reconoce que los principios de agenciamiento, calidad y normas, proveen elementos principales para una visión alternativa de equidad en el acceso. Este punto de vista va más allá de la igualdad de oportunidad porque incluye el rol de la sociedad en su conjunto.

Para este autor la equidad en el acceso significa asegurar las condiciones sociales en las cuales todos los individuos tengan la capacidad de ser saludables. Sin embargo, las principales censuras radican en que rescatan y priorizan las condiciones estructurales, que en su conjunto determinan el acceso, e incorpora, a su vez, las nociones de necesidades, agenciamiento individual, disposición de recursos y atención diferencial. Además, conserva los principios de equidad horizontal, asociada a igualdad de oportunidades para acceder a la atención en salud y equidad vertical, que supone proveer acceso para diferentes niveles de necesidad. Es decir, acceso desigual para necesidades desiguales.

En el campo de la salud pública este último punto de vista tiene como referente la Observación General N.º 14 de las Naciones Unidas.⁽³⁶⁾ En esta se plantea: “la garantía del derecho a la salud es más que la garantía de acceder a servicios de salud, está íntimamente vinculado con los determinantes básicos de la salud –alimentación y nutrición, vivienda, acceso a agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo y medio ambiente sano–”. El autor asume para la investigación la propuesta de Naciones Unidas, que considera como elemento básico el derecho a la salud y la justicia, de forma que utiliza en su análisis las dimensiones disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

En tal sentido, hace referencia a la disponibilidad que se distingue por suficiente infraestructura, recursos humanos, tecnología y programas de salud para la atención de la población. La accesibilidad por servicios de salud usados por todos e involucra la no discriminación; la aceptabilidad se refiere a servicios culturalmente apropiado y respetuosos desde la perspectiva ética; la calidad, que estos sean apropiados desde el punto de vista técnico-científico. Además incluye el monitoreo del uso de medidas de protección jurídica frente a la vulneración del derecho a la salud, como un elemento de sistemático monitoreo dentro de los sistemas de salud.⁽¹³⁾

Esta última perspectiva tiene un enfoque holístico e integrador a partir de que activa el principio de responsabilidad moral en todos los niveles y se justifica éticamente el principio de equidad en el acceso a los servicios de salud. Este establece igual acceso real y efectivo a los cuidados de salud, preventivos y curativos, a través de su redistribución diferenciada.⁽¹⁹⁾

Desde esta perspectiva, la identificación de barreras y facilitadores de acceso contribuirá a un acercamiento a la realidad objetiva de la tuberculosis en cada contexto.

Diferentes estudios^(37,38) reflejan la influencia de los factores estructurales, incluyendo la pobreza y la discriminación de género, el contexto social, factores del servicio de salud y factores personales. Hacen referencia a su influencia en la organización del tratamiento y cuidado de estos pacientes; interpretaciones de la enfermedad y del bienestar; la carga financiera del tratamiento; conocimientos, actitudes y creencias sobre el tratamiento; derecho e inmigración; características personales y comportamiento de adherencia; efectos secundarios; y apoyo comunitario y familiar.

En este sentido, el desarrollo de las intervenciones centradas en el paciente para abordar las barreras estructurales requiere de evaluación sistemática. Esto constituye una fortaleza para lograr la gestión total de la calidad en la atención a los pacientes enfermos.

LA LÓGICA DE JUSTICIA SOCIAL Y DERECHO A LA SALUD PARA EL ESTUDIO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dentro de los elementos básicos de la disponibilidad de los servicios de salud se encuentra la percepción que tenga la sociedad y el paciente enfermo de la cantidad y distribución de los servicios de salud en todos los niveles del sistema, las necesidades territoriales para su atención en el momento que demandó los servicios, así como los criterios que tienen sobre la ubicación geográfica y el tiempo que demora en llegar a estos.

La infraestructura y tecnologías que demanda de forma inmediata durante el proceso de atención (diagnóstico, tratamiento, seguimiento) y su conexión con todos los niveles del sistema (integración interna y extendida) también tiene que considerarse en el momento de analizar la disponibilidad. Es vital considerar en este sentido, los recursos humanos (capital humano) sus competencias técnicas y comunicativas en función de lograr un intercambio colaborativo para fomentar el autocuidado de la salud en estos pacientes y en la de los demás.

Desde este enfoque, *Suárez*,⁽³⁹⁾ considera la ubicación geográfica como el espacio que ocupa una persona y sus pares en un tiempo definido, donde se muestran perfiles culturales similares, que se ponen de manifiesto en los hábitos, costumbres y patrones de comportamiento, también similares. Con esta información, de manera oportuna y lo más exacta posible, se podrán organizar los servicios y realizar las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades que conduzcan a un bienestar sostenible de la población.

En este sentido, la autora plantea que la estimación del radio de acción de la oferta, para conocer su área de influencia y afluencia, es decir, de donde vienen los pacientes, cuánto tiempo están empleando para llegar al punto de atención y el gasto que representan en su traslado, son variables de importancia para disminuir las barreras.⁽⁴⁰⁾

Para *Gálvez*,⁽⁴¹⁾ es importante en los momentos actuales de crisis económica el estudio de la dinámica de actores estructurales dentro de la presentación de servicios tales como la productividad, el patrón de equipamiento, los esquemas de organización y financiamiento. Así como los aspectos determinantes del comportamiento de los costos de las instituciones sanitarias, y los de la variación de los costos en función de la escala de actividades, localización, tecnología y la calificación del personal sanitario.

A este último aspecto, se le debe dar un tratamiento especial, ya que el valor que se le confiere a la imagen del personal de salud en relación con su competencia avalada por sus conocimientos, su experiencia y su rigor en la práctica médica, le atribuye credibilidad a la institución y al sistema de Salud.⁽³⁹⁾ De ahí que los procesos de evaluación de las competencias y el desempeño son imprescindibles para lograr la cobertura y el acceso universal con calidad.

El otro aspecto en este análisis es la aceptabilidad, donde es importante explorar las diferencias que se establecen en el proceso de atención a los diversos grupos en correspondencia con sus modos de vida; la relación que se establece usuario-prestador sobre la base del respeto mutuo a la diversidad de género, etnia, posición socioeconómica, creencias religiosas, idiosincrasia; y las manifestaciones de rechazo y su expresión –cantidad y cualidad–, el momento en que se produce este, el motivo que lo desencadena.

El abordaje desde esta perspectiva, marca la diferencia con otros modelos, a partir de que considera importante la apariencia de la institución, el barrio en el que está enclavada y los pacientes que se encuentran en los servicios.⁽¹⁵⁾ Sin embargo, no ponen en un primer plano los elementos de justicia y derecho a la salud. Se concentran en relaciones contractuales médico-cliente e intermediadas por el mercado de seguros de salud.

Otros modelos se basan en factores individuales (conductas y creencias), con subsecuentes riesgos de atribución individual de falta de acceso e invisibilizan la estructura social.⁽³¹⁾

En la accesibilidad es vital indagar sobre la continuidad del proceso de atención desde los roles que se construyen entre usuario y prestador. La perspectiva de los trámites administrativos que asume el usuario para gestionar turnos, complementarios, medios diagnósticos. Unido a lo anterior es importante la oportunidad de respuesta a las necesidades y demandas en los diferentes niveles del sistema. El tiempo visto desde una perspectiva amplia que incluya, además del tránsito en el proceso de atención médica, su traslado, los trámites legales, el inicio de la ayuda económica, alimentación, los momentos en que participan las redes sociales, entre otros.

Es necesario dar respuesta a la satisfacción adecuada de las demandas generadas al crear necesidades derivadas del incremento de la cultura sobre la salud, mediante el empleo de estrategias con enfoque de marketing social, que permitan orientar para que se soliciten los servicios requeridos, en el nivel de atención correspondiente.⁽³⁹⁾

Otros elementos en esta dimensión, que aportan información útil para su análisis, son los recursos económicos de que dispone el paciente (referidos a todo lo que consideran gastos para que él y su familia puedan asumir la enfermedad); la información que necesita el usuario en cuanto a tipo y calidad sobre su enfermedad (exámenes, medios diagnósticos,

tratamientos, instituciones de salud); así como la protección a la familia y la comunidad, los trámites legales y la ayuda social, que se establecen para estos pacientes.^(42,43) En este sentido, los aspectos relevantes del análisis económico se vinculan a los criterios de optimización del bienestar social, el análisis de las desigualdades sociales y en salud, los patrones de accesibilidad, la modelación de variables sociales y económicas.⁽²⁸⁾ **¡Error! Marcador no definido.**)

El acceso a información veraz, fidedigna y a entornos favorables a la salud, se integran también a los componentes de la cobertura universal. La misma abarca no solo las conductas favorecedoras, sino la posibilidad tan necesaria del diagnóstico oportuno de las enfermedades.⁽³⁹⁾ Esto es debido a que no depende solo del servicio accesible, sino que las personas sientan la necesidad de acudir al médico aun sin encontrarse enfermo. Que sean capaces de identificar signos de alerta, perciban que requieren un control oportuno para prevenir la enfermedad y por consiguiente demanden el servicio.⁽²⁾

En cuanto a la accesibilidad, a decir de *Martínez*⁽²⁾ son abundantes los cambios, no siempre consultados o aceptados por las personas que necesitan los servicios ni por el propio personal de salud.

En la dimensión calidad los servicios apropiados desde el punto de vista científico-técnico, así como la organización de los servicios oportunos, la atención humanizada, los recursos humanos capacitados y la gestión, evaluación permanente de procesos administrativos y resultados de salud, constituyen la base para la integración con las otras dimensiones.

Se considera que donde único existe una aproximación al enfoque de calidad integral es en la lógica de justicia social y derecho a la salud. Desde esta perspectiva es necesario actuar con objetividad y rigor en la gestión del trinomio riesgos-medio ambiente-calidad de vida. Es una cultura de comportamiento que deja de ser una moda pasajera para formar parte del hábito de la organización, donde la educación de los sujetos activos constituye un elemento importante.⁽³⁹⁾

Al respecto, *Martínez*⁽²⁾ al citar a *López*,⁽⁸⁾ considera que la identificación de los puntos fuertes y débiles del funcionamiento del servicio, tal y como los perciben los usuarios, es un elemento clave para la gestión y en especial para la mejora de los procesos.

CONCLUSIONES

Se actualizó los aspectos teóricos de cobertura y acceso universal para el abordaje de la tuberculosis. Se evidenció que el enfoque de equidad de la lógica de justicia social y derecho a la salud constituye el punto de partida para actuar con un enfoque sociocultural sobre las desigualdades que influyen en la determinación social de esta enfermedad. La construcción de políticas para su eliminación necesita de cambios en el pensar y actuar de todos los sectores de la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1-Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. PAPELES. 2008;103:320-24. Acceso: 17/04/2015. Disponible en:https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf
- 2-Martínez Calvo S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública. 2007;33(3). Acceso: 14/04/2015. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es
- 3-Bautista NP. Proceso de la investigación cualitativa: epistemología, metodología y aplicaciones. Bogotá: Manual Moderno; 2011.
- 4-Dye C, Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Raviglione M. Trends in tuberculosis incidence and their determinants in 134 countries. Bull World Health Organ. 2009; 87(9):683-91.
- 5-Munayco et al. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence Original research entre incidencia de tuberculosis e índice de desarrollo humano en 165 países del mundo. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(4):560-8.37.

6-Rodríguez-Morales AJ, Castañeda-Hernández DM. Relationships between morbidity and mortality from tuberculosis and the human development index (HDI) in Venezuela, 1998-2008. *Int J Infect Dis.* 2012;16:e704-5. 38.

7-Munayco C V, Mújica OJ, León F X, Granado M, Espinal MA. Social determinants and inequalities in tuberculosis incidence in Latin America and the Caribbean. *Rev Panam Salud Pública.* 2015;38(3).

8-Molina Serpa I, López Pardo C, Alonso Hernández R. Un estudio ecológico sobre tuberculosis en un municipio de Cuba. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.* 2003;19(5):1305-12.

9-D'fana Valdés J, Cambell SH, Armas Pérez L, Friginal B, González Ochoa E. Incidencia de tuberculosis en el municipio Marianao. La Habana, Cuba (1990-2000) *Rev Esp Salud Pública.* 2003;77(2):221-31. Acceso: 02/10/2017. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v77n2/original4.pdf>

10-González Ochoa E, González Díaz A, Armas Pérez L, Llanes Cordero MJ, Marrero Figueroa A, Suárez Alvarez L *et al.* Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba: lecciones aprendidas en 1991-1994 y su transcendencia en 2004-2012. *Rev Cubana Med Trop.* 2015;67(1):122-38. Acceso: 02/10/2017;. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000100012&lng=es

11-Organización Mundial de la Salud. Chan M. Alocución a la 65.^a Asamblea Mundial de la Salud; 2012.

12-Gispert Abreu EA, Castell-Florit Serrate P, Herrera Nordet M. Salud con todos para el bienestar de todos: una necesidad apremiante. *Revista Cubana de Estomatol.* 2011;48(3):194-8.

13-Castell-Florit Serrate P, Gispert Abreu EA, Lozano Lefrán A. Cobertura universal de salud y conciliación d criterios con base a la experiencia cubana. *Revista Cubana de Salud Pública.* 2015;41(suple). Acceso: 28/01/2017. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/634/525>

14-Gispert Abreu EA, Castell-Florit Serrate P, Lozano Lefrán A Cobertura universal de salud y su interpretación conceptual. Revista Cubana de Salud Pública. 2016;42(2):337-41. Acceso: 28/01/2017. Disponible en:

<http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/530/750>

15-Gispert Abreu E de los A, Castell-Florit Serrate P, Lozano Lefrán A. Universal Health Coverage and its Conceptual Interpretation. MEDICC Review. 2016;18(3). Acceso: 26/03/2017. Disponible en: <http://www.medicc.org/mediccreview/index.php?issue=40>

16-Ramis Andalia RM. Algunas reflexiones acerca de la noción de determinantes, determinantes sociales y desigualdades en salud. Infodir; 2012;(15). Acceso: 30/01/2015. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/infdir/n1512/infdir04212.htm>

17-Marleny Valencia A. Aportes de los nuevos enfoques para la conformación de la salud pública alternativa. Rev Fac Nac Salud Pública. 2011;29(1):85-93. Acceso: 30/01/2015.

Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120386X2011000100010&lng=en

18-Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2014-2019. 52.º Consejo Directivo de la OPS, 65.ª Sesión del Comité Regional; 2013, 30 septiembre-4 de octubre; Washington D. C., Estados Unidos: OPS; 2013 (Documento Oficial 345). Acceso: 30/01/2015. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=es

19-Vargas Lorenzo I. Barreras de acceso en la atención en salud en modelos de competencia gestionada: un estudio de caso en Colombia. [Tesis]. Barcelona: Universidad Autónoma; 2009. Acceso: 25/08/2016. Disponible en:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf>

20-Arrivillaga M, Eugenia Borrero Y. Visión comprensiva y crítica de los modelos conceptuales sobre acceso a servicios de salud, 1970-2013. Cad. Saúde Pública. 2016; 32(5):e00111415. Acceso: 25/08/2016. Disponible en:

<http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n5/1678-4464-csp-32-05-e00111415.pdf>

21-Enthoven A. Health plan: the only practical solution to the soaring cost of medical care reading. Washington DC: Addison-Wesley; 1980.

22-Gibbard A. The prospective Pareto principle and equity of access to health care. Milbank Mem Fund Q Health Soc. 1982;60:399-428.

23- Wlazer M. Spheres of Justice. New York: Basic Books; 1983.

24-Hiatt H. America's health in the balance: choice or chance? New York: Harper & Row; 1987.

25-Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. Bull World Health Organ. 1978;56:295-303.

26-Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. MedCare 1981;19:127-40.

27-Frenk J. El concepto y la medición de la accesibilidad. Salud Pública Méx. 1995;27:438-53.

28-Andersen RM. Behavioral model of families' use of health services. Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago; 1968.

29-Aday LA, Andersen RA. Framework for the study of access to medical care. Health Serv Res. 1974;9:208-20.

30-Andersen RM, Davidson PL, Ganz PA. Symbiotic relationships of quality of life, health services research and other health research. Qual Life Res. 1994;3:365-71.

31-Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc. Behav. 1995;36:1-10.

32-Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. Int J Equity Health. 2013;12:18.

33-Goddard M, Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. Soc Sci Med. 2001;53:1149-62.

34-Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human rights and health. Bull World Health Organ 2003;81:539-45.

35-Ruger JP. Rethinking equal access: agency, quality, and norms. Glob Public Health. 2007;2:78-96.

36-Organización de Naciones Unidas. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación general N.º 14. (Artículo 12). Washington: ONU; s/a. Acceso: 30/04/2015. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/13076820/>

37-Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, Engel ME, Fretheim A, Volmink J. Patient Adherence to Tuberculosis Treatment: A Systematic Review of Qualitative Research. PLoS Med. 2007;4(7):e238. Acceso: 30/04/2015. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0040238>

38-OMS. Informe mundial sobre la tuberculosis; 2017. Acceso: 02/10/2017. Disponible en: http://www.who.int/tb/publications/global_report/es/

39-Suárez Lugo N. Enfoque social de la mercadotecnia y los desafíos de la cobertura universal en salud. Revista Cubana de Salud Pública. 2015.41(suppl).Acceso: 28/01/2017. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/635>

40-Pérez RLA. Geomarketing en salud para ubicar oferta de servicios médicos de valor Caso: Proyecto de investigación para ubicar una nueva oferta hospitalaria Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008;24(2):319-40.

41-Gálvez González AM, García Fariñas A, Marrero Araújo M. Cobertura universal. Una mirada desde la economía de la salud. INFODIR. 2015;(21):24-31. Acceso: 28/01/2017. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/122>

42-Santos Padrón Hilda. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública. 2011;37(2). Acceso: 02/09/2017. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007&lng=es

43-Arakawa T, Arcêncio RA, Scatolin BE, Scatena LM, Ruffino-Netto A, Villa TCS. Accesibilidad al tratamiento de tuberculosis: evaluación de desempeño de servicios de

salud. Rev. Latino-Am. Enfermagem. jul.-ago. 2011,19(4)Acceso: 26/09/2017. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/es_19.pdf

Conflicto de interés

Los autores del presente artículo declaran no tener conflictos de intereses.