

ARTICULO DE REVISIÓN

Tuberculosis pulmonar: políticas, estructura social y reformas en el sector salud.

Lung tuberculosis. Policies, social structures and reforms in the health sector.

Pablo León Cabrera, María del Carmen Pría Barrios, Irene Perdomo Victoria
Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción. La tuberculosis pulmonar, en el momento actual requiere un abordaje sistémico, desde los procesos de la sociedad para enriquecer las políticas sociales y que los recursos estén en función de minimizar las desigualdades sociales e inequidad. **Objetivo.** Describir los cambios de la tuberculosis pulmonar como problema de salud a partir de las políticas sociales, estructura social y reformas del sector salud. **Metodología.** Revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales en revistas de ciencias de la salud y ciencias sociales. Se usaron los descriptores: tuberculosis pulmonar, sector salud, estructura social, política social. Se seleccionaron y ordenaron los artículos por temáticas para realizar el análisis de contenidos. **Resultados.** Las políticas sociales que emergieron con la revolución cubana, catalizaron cambios en la estructura social, en las reformas del sector salud y en el control de la tuberculosis pulmonar. En la década de los 90s los cambios económicos, políticos y sociales a nivel internacional, propician el reordenamiento social, la reaparición de estratos con desigualdades sociales y reemerge este problema de salud. La actualización del modelo económico-social cubano alternativa para las reformas sociales y eliminar la tuberculosis. **Conclusiones.** Los cambios en las políticas sociales y la estructura social, así como las reformas en el sector salud constituyen elementos que determinan el comportamiento de la tuberculosis pulmonar en Cuba. Su abordaje desde este enfoque, es útil para la reorientación de las políticas sociales y movilizar recursos en función de reducir las desigualdades sociales e inequidades y eliminar la tuberculosis como problema de salud.

Palabras claves: tuberculosis pulmonar, sector salud, estructura social, política social

ABSTRACT

Background: At present, lung tuberculosis requires a systematic approach in order to enrich social policies and minimizing social inequities. **Objective:** To describe changes in lung tuberculosis as a health problem based on social policies, social structures and health sector reforms. **Methods:** bibliographical and documentary review of online health and social sciences journals. Descriptors were used in lung tuberculosis, health sector, social structure, and social policy. Articles by subject

were selected in order to perform content analysis. **Results:** Social policies emerged after the Cuban Revolution catalyzed changes in the social structure, reforms in the public health sector and control of lung tuberculosis. During the 90s economic, political and social changes at international level contributed to the social reordering, reappearance of strata with social inequities and re-emergency of this health problem. The updating of the Cuba economical and social model was used for eliminating tuberculosis. **Conclusions:** Social policies changes and the social structures, as well as health sector reforms, constitute elements that determine the behavior of lung tuberculosis in Cuba. Its treatment based on this approach is useful for the reorientation of social policies and mobilization of resources in order to reduce tuberculosis as a health problem.

Key words: lung tuberculosis, health sector, social structure, social policy

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis fue una de las enfermedades de mayor incidencia en la morbilidad y la mortalidad en la década de los años 50s en Cuba. Se ubicó entre las diez primeras causas de muerte, con tasas entre 19,2 y 16,4 por 100 000 habitantes.¹

Esta enfermedad, pone de manifiesto la situación social por la que atraviesa el país en este periodo. La estructura social como consecuencia de las políticas sociales y económicas refleja que la actividad económica predominantemente era agrícola, la existencia de gran concentración de la propiedad de la tierra, el desempleo y subempleo permanente y masivo, afectando al 25 % de la fuerza de trabajo. Las exportaciones e importaciones se hacían con Estados Unidos de América en un 60 % y 75 % respectivamente. La educación, salud y seguridad social no eran prioridad, y sí fuentes de enriquecimiento.²

El sistema de seguridad social funcionaba con el pago de cuotas, tal y como existe hoy en muchos países capitalistas, lo cual implicaba que quiénes tenían la posibilidad de pagar podían tener acceso a la protección de ese sistema, mientras que aquellos que no podían hacerlo, vivían en una situación muy vulnerable de carencia absoluta de protección social en lo relativo a servicios de salud, educación, retiro, pensiones.³

La revolución social emergente, en sus inicios contribuyó al cambio en las políticas económicas- sociales y el surgimiento de una nueva estructura social. Con el desarrollo y las transformaciones de estas políticas y de la estructura social, se logran implementar las reformas en el sector salud en cada una de sus etapas. A partir de estas reformas se comienza a tener resultados en la prevención y control de la tuberculosis como problema de salud.

En el momento actual, se necesita desarrollar un enfoque sistémico, que posibiliten aprehender la complejidad real de los procesos más generales de la sociedad con la salud de los individuos y grupos sociales. Este enfoque contribuye al direccionamiento de políticas con la finalidad de movilizar recursos de poder en función de minimizar las desigualdades sociales e inequidades, así como sus efectos en los perfiles de salud de diferentes grupos de población y en el caso particular de la tuberculosis de eliminarse como problema de salud.⁴

Este artículo tiene la finalidad de describir los cambios de la tuberculosis pulmonar como problema de salud a partir de las modificaciones en la estructura social y las reformas en el sector salud.

DESARROLLO

Método

Para desarrollar esta investigación se realizó una revisión bibliográfica y documental en fuentes de datos digitales indexadas – Scielo - Se usaron los descriptores DeCs - MeSH: desigualdades sociales de la salud, tuberculosis, estructura social, reformas del sector salud. Se utilizaron como unidades de análisis artículos científicos originales de nacionalidad cubana publicados en idioma español e indexado en revistas de ciencias de la salud y ciencias sociales. Se procedió a seleccionar los artículos de utilidad para la investigación, se ordenaron por temáticas y se realizó el análisis de contenidos. En la búsqueda avanzada se utilizó el booleano AND. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.

Política social y estructura social:

En 1959, con el triunfo de la Revolución cubana, emergieron políticas sociales y económicas que elevaron el nivel de ingreso y contribuyeron a una mejor calidad de vida de la población.

La plataforma social se concentró en los aspectos denunciados por Fidel en su defensa el Alegato “La Historia me Absolverá”, el empleo, la entrega de tierras, la educación, la salud, la vivienda, la redistribución del ingreso y la seguridad y asistencia social. También en la eliminación de lacras sociales como la droga, el juego, la prostitución, y el desamparo y la mendicidad.⁵

A partir de los problemas descritos con anterioridad se trazaron políticas que constituyeron elementos catalizadores para el cambio de la estructura social existente, como por ejemplo: ^{4,6}

- La Ley de Reforma Agraria exoneró del pago de rentas al 85% del campesinado cubano y significó una redistribución de ingreso de unos 300 millones de pesos. La creación de nuevos empleos en los sectores agrícola, industrial, de las construcciones y de los servicios, permitió que a finales de 1970 la tasa de desempleo en el país fuera de sólo 1.3%. En los años iniciales de la Revolución se redujeron los alquileres, las tarifas eléctricas y telefónicas, y el precio de las medicinas y de otros artículos de primera necesidad.
- La Campaña Nacional de Alfabetización en 1961, se efectuó sobre la base de un movimiento de participación voluntaria y masiva. Al concluir la misma se creó un plan de becas y el sistema de internados y seminternados, para garantizar que todo alumno, con independencia de la situación económica de la familia y lugar de residencia, tuviera acceso a los diferentes niveles de enseñanza. Otras medidas adoptadas fueron la nacionalización de la enseñanza, la declaración pública de esta y su gratuita prestación, la creación del sistema nacional de educación.
- Ley de Seguridad Social (Ley 1100) en 1963, que aseguró a todos los trabajadores y sus familias el amparo social en las contingencias de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, enfermedad profesional, vejez y muerte.
- Con respecto a la vivienda, la Ley de Alquileres representó una rebaja de un 30-50%, en tanto que la Ley de Reforma Urbana consagró el derecho de cada familia que pagara alquiler, a la propiedad de la vivienda. Asimismo se impulsó la construcción de viviendas, que entre 1959 y 1963 alcanzó un monto de 85 mil viviendas.

Las medidas adoptadas para la erradicación de las desigualdades fueron efectivas, en los años 80s en Cuba se había eliminado la pobreza. Alrededor del 80% de los

ingresos de las familias eran a través de los salarios. Estos mantenían una estrecha brecha entre sus niveles extremos, lo que determinaba la existencia de escasas diferencias entre los niveles de consumo. Además, las transferencias del estado por su carácter universal permitían la satisfacción de necesidades básicas como: alimentación, salud, educación, deporte y cultura, y otros.⁷

En las tres primeras décadas la sociedad cubana se caracterizó por ser homogénea e igualitaria en términos de ingresos, consumo y bienestar. Se creó una sociedad equitativa en términos de derechos sociales, mucho más si la comparamos con sus iguales latinoamericanas.⁸

Sin embargo, a finales de la década de los ochenta, el modelo económico comenzó a mostrar síntomas de debilitamiento con una disminución en los ritmos de crecimiento, lo que impactó negativamente el bienestar de la población.⁹ A partir de la situación existente, se realizó un grupo de estudios por el Instituto Cubano de Investigaciones y Orientación de la Demanda Interna (ICIODI), para evaluar las condiciones de vida de algunas familias y comunidades que presentaban determinadas carencias. Estos estudios revelaron que existían problemas en aspectos tales como: estado general de las viviendas, insuficiencia de ingresos, falta de equipamiento doméstico y mobiliario, principalmente. **¡Error! Marcador no definido.**

La crisis que sobrevino en los años 90s, con la caída del campo socialista y el oportunista recrudecimiento del bloqueo norteamericano, conmocionó la economía cubana, empeoró las condiciones de vida de la sociedad cubana. Una nueva etapa a raíz de la crisis y el ulterior proceso de reformas, con cambios sociales y estructurales que rompen la anterior configuración homogénea estuvo presente en el país. La adopción de estrategias jurídicas, económicas y políticas para sortear la situación caótica que atravesaba la Isla. **¡Error! Marcador no definido.**

En los inicios de esta etapa abrupta de la economía se mantiene en los trabajadores los empleos e ingresos nominales, se ajusta el empleo en el proceso de reordenamiento empresarial, se garantiza los ingresos nominales a todos los pensionados por el sistema de seguridad y asistencia social, los bienes de consumos se trasladan al sistema de racionamiento para su distribución lo más equitativa posible y preservar los programas de salud y educación.¹⁰

La política social comienza a modificarse, para buscar eficiencia y nuevas fuentes de recursos, se abren espacio a otras formas de empleo (privado), en la vivienda se detienen los planes de construcción, se prioriza el mantenimiento y rehabilitación de inmuebles, se introduce el sistemas de pago por resultados en la actividad generadora de divisa, la inversión extranjera tiene un mayor despliegue social, se aplican mecanismos de gestión para el control de recursos en áreas priorizadas (escuelas y hospitales), la prestación de servicios médicos extranjeros y la docencia de posgrado. Se introduce la informatización en la sociedad y comienza a elevar la cultura general de la población. Para conocer y atender las particularidades de grupos sociales se institucionaliza el trabajador social.¹⁰

La dualidad monetaria y la segmentación del mercado de bienes y servicio de consumo tienen impacto en el grado de satisfacción de las necesidades que alcanzan los distintos grupos sociales y la equidad resultante.^{10, 11}

En el orden interno, han estado presentes factores tales como: baja eficiencia, descapitalización de la base productiva y la infraestructura, envejecimiento y estancamiento en el crecimiento poblacional. Desde el año 2005 se evidenciaron las limitaciones de la economía para enfrentar el déficit de la cuenta financiera de la balanza de pagos, las retenciones bancarias de transferencias al exterior y el elevado monto de los vencimientos de la deuda; todo lo que significó una gran tensión en el manejo de la economía. Ello condujo a adoptar diversas medidas.

A partir de las actuales condiciones y del escenario internacional previsible, la política económica se dirige a enfrentar los problemas de la economía transitando

por diferentes tipos de soluciones, que requieren congruencia entre sí. Tal es el caso de la actualización del modelo económico y la implementación de las medidas asociadas ratificando el principio de que en la sociedad socialista cubana nadie quedará desprotegido.

En función de todo lo anterior, se definen los lineamientos en cada una de las esferas que conforman la política económica y social con el objetivo de garantizar la continuidad e irreversibilidad del socialismo, el desarrollo económico del país y la elevación del nivel de vida de la población, conjugado con la necesaria formación de valores éticos políticos de nuestros ciudadanos.

Reformas del sector salud

En la etapa del año 1960-1970 se produce la integración del Sistema Nacional de Salud, constituyendo un Sistema Nacional Único. Surge el Servicio Médico Rural y se crean en el medio urbano las unidades sanitarias. Las políticas que aplica el Ministerio de Salud Pública para el control de la TB se fortalecen en 1962, con el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT), se inicia el tratamiento dispensarial con ingreso sanatorial.¹² En 1964, surge el Policlínico Integral, se integra la asistencia y la rehabilitación con la promoción y prevención y se consolida el PNCT.¹³

En la etapa de consolidación del Sistema Nacional de Salud -1970- 1980- nace el Policlínico Comunitario en 1974. Este nuevo modelo de atención refuerza la estrategia del PNCT de tratamiento ambulatorio controlado que se puso en práctica en 1971, y la adopción del esquema acortado multidroga (9 meses) con el uso de la rifampicina en la primera fase, en 1982.¹³

Las mejoras sociales, unidas a la aplicación por el Ministerio de Salud Pública de las políticas del Estado y el gobierno en el sector, favorecieron la accesibilidad a la atención sanitaria, el desarrollo de espacios de igualdad en salud y disminuyeron las brechas en el ingreso y la distribución territorial.¹⁴ Estas transformaciones influyeron en el comportamiento de la tuberculosis de 1971 a 1991, que se caracterizó por una tendencia descendente en su incidencia de 30.5 a 4.7 por 100 000 habitantes.

En 1984, el Sistema Nacional de Salud avanza a una etapa superior, con la creación del modelo vigente hasta la actualidad, "modelo de atención integral del Médico y Enfermera de la familia", en el cual se dispensarizan las acciones de salud a nivel de las familias de la totalidad de la población y se forman los especialistas de Medicina General Integral. **Error! Marcador no definido.**

Esta nueva organización del sistema de salud, constituyó una fortaleza para ejecutar las modificaciones del PNCT. De esta forma, en 1987 se extendió el uso de la rifampicina en la primera y segunda fase del tratamiento (7 meses). En 1993 cambia la notificación de casos nuevos al incluirse los pacientes con exámenes bacteriológicos de esputo negativos, con clínica sugestiva y examen radiológico con evidencias de lesión tuberculosa.¹⁵ Se intensifican las acciones en su edición de 1994 y se actualizan en 1995 con la creación del mecanismo de control especializado del estudio de los enfermos, la adopción de medidas para restablecer prioridades y dirigir acciones específicas hacia la supervisión, gerencia, adiestramiento e investigación y la creación de las comisiones provinciales de diagnóstico de tuberculosis.¹⁶

En 1997 se ajustaron los objetivos y componentes del programa, con un enfoque orientado a la eliminación de la enfermedad como problema de salud en el país. Las acciones específicas estuvieron dirigidas a reducir la fuente de infección de los contactos de casos de Tuberculosis Pulmonar (TBp) con baciloscopia positiva.¹⁷ En 1999 se incluyeron adecuaciones con el mismo propósito y la necesidad de realizar las investigaciones operacionales para modelar la actuación del programa, se cambió el sistema de información y se diseñó y puso en práctica un Sistema

Automatizado de Vigilancia de la Tuberculosis, que permitió perfeccionar el registro.¹⁸

Un aspecto importante del PNCT durante la década de los 90s, fue la estrategia para descubrir aquellos nichos sociales ubicados en territorios que poseían poblaciones con alta prevalencia de enfermos en relación con el resto del país que mantenía la endemia tuberculosa.¹⁹

Los cambios del programa referidos con anterioridad, respondieron al comportamiento de la enfermedad durante ese periodo. Entre 1992 y 1994, la incidencia se incrementó de una tasa de 5.8 a 14,7 por cada 100 000 habitantes, en el año 1997 la tasa reportada fue de 12.2 por cada 100 000 habitantes y hasta el año 2000 se mantienen tasas superiores a 10 por 100 000 habitantes. Por edades, los cambios de la morbilidad se acumulan en la población adulta, con predominio en el anciano de la TB pulmonar (TBp). La TB extrapulmonar (TBe) mantiene un comportamiento estable y aporta entre el 10 y el 12 % del total de casos.^{20,21}

Entre los años 1995 y el 2005, el diagnóstico de TB en pacientes con VIH alcanzó valores entre 0.5% y el 5.1%. Existió en la década de los 90s un incremento de casos con coinfección tuberculosis VIH, de 14 a 29 casos. Situación similar ocurrió en los primeros cinco años del nuevo siglo, de 13 casos con coinfección, en el 2001 se incrementó a 37 casos.¹⁸ Para el 2010, se continuó incrementando el número de casos a 53, lo que representa el 6% de los pacientes con VIH y se reportaron 3 muertes por TB-VIH.²²

A partir de los 90s la tasa de mortalidad se mantiene por debajo de 1 por cada 100 000 habitantes. Sin embargo, al analizar la mortalidad por tuberculosis se evidencia un paulatino incremento por años, durante el período de 1991 a 1994 aumentó un 40 %, más marcado a partir del año 1992 (0,6 por cada 100 000) y una cifra máxima en el año 1994 (1 por cada 100 000). A partir de 1994 la tasa de mortalidad disminuyó paulatinamente; con un descenso en 1997, con 82 casos (0,7 por cada 100 000), lo que significó una reducción del 30% de 1994 a 1997.¹⁸

El periodo donde se enmarca el incremento en la incidencia de los casos de tuberculosis en Cuba es reconocido como "periodo especial" que, según Mayra Espina al citar a Azcuy, es el proceso político-social, que se sitúa desde los noventa hasta la actualidad, caracterizado por una situación de crisis económica y social y las medidas para enfrentarlas, donde la activación de la economía y la sociedad civil trajo consigo "el pluralismo"²³ que se contextualiza con el surgimiento de nuevos espacios en la sociedad, la existencia de organizaciones privadas, la formación de nuevos grupos, actores sociales y económicos y la transformación de las relaciones sociales, lo cual tuvo un correlato en el panorama de las desigualdades sociales y la reestratificación social.²⁴ Se produjo un drástico descenso de las condiciones de vida y el bienestar de la población, que afectaron la reproducción social de la vida cotidiana, a partir de la restricción en las posibilidades de acceder a bienes y servicios, en la cantidad y calidad que se hacía antes.²⁵

En el sector salud se mantuvo una alta cobertura del sistema de atención y la oportunidad de acceder, con independencia de los ingresos, a servicios médicos, incluso de alta complejidad.²⁶ Sin embargo, según Subset,²¹ existieron obstáculos y deficiencias en el funcionamiento de los servicios de salud en La Habana. Se identificaron problemas relacionados con el uso de los servicios médicos, donde la accesibilidad constituye la principal dificultad, no desde el punto de vista de ingreso en el sistema, sino en relación con el desenvolvimiento ya dentro de él, hace referencia al limitado poder de resolución de los problemas y satisfacción de las necesidades de los servicios de salud, el deficiente engranaje entre los distintos niveles de atención y la responsabilidad de búsqueda de alternativa recae sobre los individuos y la familia. Además de estos problemas referidos se suma, que a nivel de las familias, no funcionan los recursos económicos y las redes sociales como

herramientas para viabilizar y construir estrategias que solucionen situaciones surgidas, lo que evidencia la vulnerabilidad de las familias para el quebrantamiento de la salud.

En Cuba, durante la última década, se mantienen las tasas de incidencia de la tuberculosis en todas las formas clínicas (TBTF) entre 6 y 8 por 100.000 habitantes y las tasas de prevalencia entre 6,8 y 4,5 casos por cada 100 000 habitantes.²⁷

En los años del 2011, 2012, 2013 las tasas de incidencias notificadas fueron de 6.7, 6.1 y 6.4 por 100.000 habitantes, mientras que las tasas de prevalencia fueron de 4,7, 4,5 y 5,0 por cada 100 000 habitantes. En este período reportan las tasas de incidencia y prevalencia más elevadas del país las provincias de Ciego de Ávila y La Habana. En el caso de Ciego de Ávila, las tasas de incidencia oscilaron entre 17.4 y 10.1 por 100 000 habitantes y la de prevalencia entre 14,3 y 9.2 por 100 000 habitantes; en La Habana, las tasas de incidencia varían entre 9.1 y 5.6 por 100 000 habitantes y las de prevalencia entre 7.8 y 4.9 por 100 000 habitantes. **Error! Marcador no definido.** Esta última provincia tiene como particularidad, que en el año 2013 incrementa la tasa de incidencia y prevalencia con respecto a años anteriores. Además 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 y Boyeros) lo que representa el 20.3 % de todos los municipios que se encuentran en este estrato; con tasas entre 6.9- 4 por cada 100 000 habitantes -estrato de mediano riesgo para la enfermedad- tiene cinco municipios (Playa, Habana del Este, Guanabacoa, Arroyo Naranjo, Cotorro) para un 8.0 % del total de municipios que se encuentran en este estrato. La Habana es la única provincia que no tiene municipios con tasas por debajo de 4 por 100 000 habitantes -estrato de bajo riesgo para la enfermedad -.²⁷

En la década del 2000-2010 se redujo la mortalidad por tuberculosis hasta alcanzar tasa de mortalidad ajustada de 0.4 por cada 100 000 habitantes. En los años 2012 y 2013 continuó la reducción de las tasas ajustadas de mortalidad a 0.3 por cada 100 000 habitantes.²⁷

Al observar hacia el interior del país, en los últimos 10 años el comportamiento de la enfermedad no fue homogéneo, las provincias de Ciego de Ávila y La Habana se mantienen aportando el mayor número de casos y al conocer la particularidad que esta enfermedad está relacionada con la condiciones de vida de las personas, es ineludible la investigación de las desigualdades sociales de la salud relacionadas con la tuberculosis en estos contextos.

Conclusiones

Los cambios en las políticas sociales y la estructura social y las reformas en el sector salud constituyen elementos que determinan el comportamiento de la tuberculosis pulmonar en Cuba. Su abordaje desde este enfoque, es útil para reorientar las políticas sociales y movilizar recursos en función de reducir las desigualdades sociales e iniquidades y eliminar la tuberculosis como problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beldarraín Chaple E. La lucha antituberculosa en la primera década de la salud pública revolucionaria. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2012 [citado 4 Nov 2015];38(2):192-213. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000200003&lng=es

2. Rojas Ochoa F. La Salud Pública Revolucionaria Cubana en su aniversario 50. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2009 [citado 10 Nov 2015]; 35(1): [aprox 1 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662009000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Catá Guilarte E, compilador. Política Social. La Habana: Editorial Félix Varela; 2006.
4. León Cabrera P, Pría Barros MC, Perdomo Victoria I, Ramis Andalia R. Aproximación teórica a las desigualdades sociales en la tuberculosis como problema de salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 Sep [citado 2015 Nov 10]; 41(3): 532-46. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000300011&lng=es
5. Ruiz Hernández JR. Situación de la salud pública antes del triunfo de la revolución en: Cuba, revolución social y salud pública 1959-1984. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
6. Sitio del Gobierno de la República de Cuba [Internet]. La Habana: Cuba Gobierno; c2014 [actualizado 2015; citado 18 Oct 2015]. Desarrollo Social; [aprox. 12 pantallas]. Disponible en: http://www.cubagob.cu/des_soc/car_gral.htm
7. García Álvarez A, Anaya Cruz B. Política social en Cuba, nuevo enfoque y programas Recientes. [citado 18 Oct 2015]. Disponible en: https://www.nodo50.org/cubasigloXXI/politica/garciaa_300407.pdf
8. Rodríguez Chaillou A. Nuevos actores sociales: cambios en la estructura social de Cuba en los inicios del siglo XXI. XXVI Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Guadalajara, México, 2007. [citado 18 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.aacademica.com/000-066/630>
9. Ferriol A, Ramos M, Añé L. Reforma económica y población en riesgo en Ciudad de La Habana, reporte de investigación correspondiente al Programa Efectos Sociales de las Medidas de Ajuste Económico sobre la Ciudad. Diagnósticos y Perspectivas. La Habana: INIE-CEPDE-ONE; 2004.
10. Instituto Nacional de Investigaciones Económicas. Política social y reforma estructural en Cuba a principios del siglo XXI. CEPAL [Citado 2015 octubre 26]. Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/25672-politica-social-y-reformas-estructurales-cuba-principios-del-siglo-xxi>
11. Ferriol A, Quintana D, Perez V. Política social en el ajuste y su adecuación a las nuevas condiciones. Cuba: investigación económica. 1999 Ene-Mar; 7(2).
12. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Epidemiología. Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Manual de normas y procedimientos. La Habana, Ciencias Médicas; 2010.
13. Delgado Francisco G. La salud pública en Cuba en el período revolucionario socialista. Cuaderno de Historia [Internet] 1996 [citado 11 Mar 2015]; (81). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/his/vol_1_96/hissu196.htm
14. Fuentes Reverón S. La protección social en el ámbito de la Salud: interacciones, sinergias y tensiones entre estado y familia en la Cuba actual: En un intento de problematización de los espacios de igualdad. La Habana: Centro Félix Varela; 2014.
15. Armas L, González E, Marrero A. Cambio en la definición de caso de tuberculosis en el programa de control de la enfermedad. Bol Epid IPK 1994;4(49):483-4.

16. González E, Armas L, Machín A. Tendencias por provincias de la tuberculosis en Cuba: 1979-1993. Bol Of Sanit Panam 1995; 119(5):396-404.
17. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Estadísticas. Cuadro Epidemiológico Nacional, Cuba. La Habana: de Ciencias Médicas; 2005.
18. Armas L, Machín A, González E, Pujols L, Marrero A, Ramil J, et al. Localización de casos y vigilancia de los focos de tuberculosis en Cuba. Rev Cubana Hig Epidemiol. 1998 May-Ago; 36(2):137-46.
19. Lázaro MT, Prados C, García E. La enfermedad tuberculosa y su tratamiento. Rev Clin Esp 1995; 195(2):109-14. [Citado 2015 Oct 23]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/res/vol11_4_98/res05498.htm
20. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud. La Habana: Minsap; 2013 [citado 2014 Sept 29]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2014/05/anuario-2013-esp-e.pdf>
21. González E. Eliminación de la tuberculosis. Memorias del Curso-Taller Internacional Tuberculosis/SIDA/Multidrogorresistencia. junio 12-23. La Habana, Cuba: Instituto de Medicina Tropical "Dr. Pedro Kourí"; 2006.
22. 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=
23. Azcuy H. Estado y sociedad civil en Cuba. Temas. 1995 Oct-Dic; (4).
24. Espina Prieto M. Políticas de atención a la pobreza y las desigualdades. Examinando el rol del estado en la experiencia cubana. La Habana: CLASCO/CROP/CIPS; 2008. [Citado 2015 Sept 29]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/clacso/crop/prieto/06Prieto.pdf>
25. Zabala Argüelles M del C. Los estudios sobre pobreza en Cuba. Un preámbulo necesario. Algunas claves para pensar la pobreza en Cuba desde la mirada de jóvenes investigadores. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales. La Habana: Centro Félix Varela; 2013.
26. Ferriol A. Política social cubana: situación de y transformaciones. Temas. 2003 Jul-Sep; (11).
27. Centro de Estudio de Población y Desarrollo. Encuesta Nacional sobre Conocimiento y Actitud de la Población ante la Tuberculosis. La Habana: CEPD; 2013 [citado 5 Ener 2015]. Disponible en: <http://www.one.cu/tuberculosis2013.htm>