

Determinantes sociales de la salud para la tuberculosis en Manizales, Colombia, 2014

Juan Diego López Palacio, MD Epid. Secretaría de Salud Pública de Manizales

Objetivo: La siguiente revisión pretende compilar en forma resumida las normas, lineamientos y orientaciones de orden mundial, regional, nacional, departamental y local, que hacen pertinente y deseable para la salud pública local el esfuerzo investigativo en Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y Tuberculosis en Manizales, Colombia.

Marco a nivel Mundial:

Recientemente se cumplieron 2 años, el 21 de octubre de 2011, en que los Estados y gobiernos del mundo, reunidos en Rio de Janeiro, adoptaron la *“Declaración Política de Rio sobre determinantes sociales de la salud”* con el propósito de intervenir intersectorialmente los DSS y buscar una equidad social y sanitaria, que posibilite el goce del grado máximo de salud sin ninguna distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social. Esta Declaración además de abogar por una intervención articulada de los diversos sectores, hace referencia específica a la necesidad de *“apoyar programas integrales de investigación y encuestas que fundamenten las políticas y medidas”* y facilitar a todos los sectores el mejor acceso y disponibilidad a los resultados de la vigilancia y de las investigaciones (1).

Este logro político surge después de un recorrido de más de 6 años, a partir de la Asamblea Mundial de Salud del 2004, en la cual se definió la creación de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), que inició su trabajo en el 2005, Presidida por el Profesor Sir Michael Marmot del University College de Londres. El documento A62/9 del 16 de marzo de 2009, sintetiza las observaciones de esta Comisión y pone de manifiesto tres recomendaciones fundamentales para aplicación en los Estados del mundo: *“a) mejorar las condiciones de vida; b) luchar contra la distribución no equitativa del poder, el dinero y los recursos; c) medir la magnitud del problema, analizarlo y evaluar los efectos de las intervenciones”* (2).

Sobre este tercer punto, el informe *“Subsanar las desigualdades en una sola generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”* de esta Comisión, está proponiendo generar conocimiento sobre los DSS y difundirlo, propiciando la movilización de recursos para la investigación poniendo a prueba indicadores y evaluando los efectos de las intervenciones, crear redes y centros de intercambio de información virtuales accesibles en todos los países (2).

De otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró la tuberculosis como un problema de salud pública emergente en 1993, y desde 1997 viene publicando en forma

anual el “*Global Tuberculosis Report*” ; para el año 2012, el informe resalta los avances obtenidos en la reducción de mortalidad, acceso a tratamiento y disminución de la incidencia; de igual manera plantea los retos relacionados con la resistencia a medicamentos antibióticos y plantea como meta a 2050 la eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública (3).

El pasado 23 de octubre, hace tan solo unos 8 días, la OMS publica el “*Global tuberculosis report 2013*” en el que se presenta que dos regiones ya han alcanzado las metas de ODM para 2015, las Américas y la Región del Pacífico Occidental; el aparte de “*investigación y desarrollo*” está enfocado completamente hacia el modelo biomédico, presentando como avance la introducción del - bedaquiline - que es el primer nuevo fármaco para la tuberculosis en los últimos 40 años; se mencionan además, procesos investigativos para nuevos métodos diagnósticos, vacunas, señalándolos como cruciales para poner fin a la epidemia mundial. No se presenta ninguna referencia a los DSS (4). Esta situación llama poderosamente la atención, toda vez que en documentos de la misma Organización, se menciona las grandes diferencias entre y dentro de los países en relación a DSS e inequidades (5).

También es necesario mencionar que dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), el sistema de Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud (OMS), señalan, en la “*Meta 6C. Haber detenido y comenzado a reducir, en 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves*”, la inclusión de la reducción mundial del 50% en 2015 de la mortalidad por tuberculosis; de igual manera la disminución de la incidencia y el mantenimiento de altos niveles de éxito en el tratamiento superiores a 85% (6). No obstante, los ODM siendo promulgados en el año 2000, ninguno de los dos documentos Conpes publicados por el Estado colombiano en 2005 y en 2011, hacen mención a metas específicas para Colombia relacionados con la tuberculosis (7) (8).

Marco regional de las Américas

En el marco regional, la Organización Panamericana de la Salud, desde 2006 tiene planteado y en desarrollo el “*Plan Regional de Tuberculosis 2006 – 2015*” en el cual se relaciona a Colombia como uno de los países, con panorama más complicado, al inicio de este plan, estando en el escenario 4 de países con mayor incidencia estimada de tuberculosis, superior a 50 por 100.000 habitantes y coberturas terapéuticas inferiores al 75%, junto a Brasil, Ecuador, Guyana, Republica Dominicana, Haití, Paraguay y Surinam. Esta situación esta potencialmente relacionada con DSS e inequidades dentro de la región. El plan tiene establecido como objetivo número 8, desarrollar y/o fortalecer la capacidad de investigación de los programas nacionales de tuberculosis y como meta, que “el 80% de los países de la Región desarrollan sistemáticamente investigaciones operativas, epidemiológicas y/o clínicas dentro de las actividades rutinarias (9).

Marco a nivel Nacional:

El Plan Nacional de Desarrollo del Presidente Juan Manuel Santos Calderón, presenta la Política Integral de Desarrollo y Protección Social, en la que se plantea la necesidad de promover el bienestar y una vida saludable, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mejorando la articulación y coordinación intersectorial de las políticas públicas que permitan impactar los determinantes de la salud. Este documento forma parte central de la política del presente gobierno (10).

La recientemente aprobada Ley Estatutaria de salud, “Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones”, define el derecho a la salud, además de fundamental, como autónomo e irrenunciable tanto en lo individual, como en lo colectivo; se tiene establecido como parte de las obligaciones del Estado, en su artículo 5, la adopción de políticas para garantizar en forma efectiva el derecho a la salud y políticas de promoción de la salud, prevención, atención de la enfermedad y la rehabilitación; además en esta atención, en su artículo 8, se estipula el requisito “integralidad” para los servicios, mencionando que se debe cumplir independiente del origen de la enfermedad o condición (11).

En forma explícita, la Ley Estatutaria define en su “Artículo 9°. *Determinantes sociales de salud. Es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida. Estas políticas estarán orientadas principalmente al logro de la equidad en salud.*

El legislador creará los mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en los resultados en salud y determinará los procesos para que las autoridades del sector salud participen en la toma de decisiones conducentes al mejoramiento de dichos resultados.

Parágrafo. Se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud” (11).

Es pues claro, en esta Ley Estatutaria, una orientación hacia una mirada intersectorial, que presenta a la salud como una resultante de la inversión acertada de recursos y políticas de diversos sectores, además de los propios del sector salud. También, es claro que la intención legislativa pretende incidir en las “causas de las causas” para reducir en forma colectiva los riesgos o probabilidades de los colectivos de enfermar y morir, articulando la acción intersectorial (12).

El proyecto de Ley ordinaria de salud, que salió del Congreso a la Cámara de Representantes, durante este mes de octubre, relaciona como parte de los “principios del sistema”, en el literal t, del artículo 4, la intersectorialidad para que “*de manera directa o*

indirecta, en forma integrada y continua, afecten los determinantes y el estado de salud de la población, actúen mediante acciones conjuntas y coordinadas". También el artículo 19 de este proyecto de Ley, menciona los determinantes de la salud como objeto de las acciones colectivas *"de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y las que se realice en cumplimiento de las funciones de salud pública como la vigilancia sanitaria, la vigilancia en salud pública y la planeación de la salud en el territorio"*. (13)

Durante el proceso de ajustes múltiples al sistema de salud de Colombia, aparece en el escenario la Ley 1438 de 2011; esta Ley establece en su artículo 6, la necesidad de preparar un Plan Decenal de Salud Pública, y en su artículo 7, en forma explícita establece la coordinación intersectorial para dicho plan, con miras a que los ejecutores de las acciones sobre los determinantes sociales en salud trabajen en forma articulada (14).

La Resolución 1841 de 2013, por la cual se adopta el plan decenal de salud pública 2012 – 2021, establece como modelo para controlar las inequidades en salud, la intervención sobre determinantes sociales; al respecto se señala que *"para efectos del abordaje de los determinantes, se hace claridad conceptual acerca de la equidad, definida como la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables de salud entre las poblaciones o grupos definidos de manera social, económica, demográfica o geográfica; la desigualdad es entendida como la resultante de una situación de salud en la que hay diferencias en el estado de salud entre hombres y mujeres, grupos de edad, grupos étnicos, entre otros. Las desigualdades de salud tienen sus raíces en la estratificación social. Entre los aspectos y procesos sociales que influyen sobre la salud, algunos contribuyen a la presencia de brechas sanitarias entre distintos grupos sociales"* (15).

Siendo este un plan para 10 años, que retoma los lineamientos de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, se hace necesario fortalecer las investigaciones que asocien los resultados de las intervenciones sociales, sobre la salud. La construcción de los ASIS (Análisis de la Situación de Salud) está prevista para ser enmarcado en el contexto nacional, departamental y local de los determinantes sociales de la salud. El Plan Decenal también prevé para el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, un modelo de Atención Primaria en Salud con capacidad de intervenir en los determinantes sociales de la salud (15).

Sobre la tuberculosis, el plan decenal de salud pública también es específico en la *"Dimensión Vida saludable y Enfermedades Transmisibles"*, especificando metas para incrementar el porcentaje de personas curadas y la reducción progresiva de la mortalidad a menos de 1.59 por 100 mil habitantes para el año 2021(15).

Colombia, siguiendo lineamientos anteriormente mencionados, que anteceden al plan decenal, presenta en 2009 el *"Plan estratégico Colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia alto a la tb"* que plantea por instituciones del sector y niveles territoriales las competencias, acciones, objetivos y metas; Se propone impulsar el desarrollo de alianzas estratégicas con grupos de investigación en tuberculosis que apoyen la realización de investigaciones operativas

acordes con las necesidades nacionales, aun cuando es preciso decir que no se presenta ninguna referencia a determinantes sociales. (16)

De igual manera Colombia, en concordancia con este plan, ha desarrollado protocolos de vigilancia epidemiológica a través del Instituto Nacional de Salud, en el Marco de la Vigilancia en Salud Pública y desarrollado un seguimiento y plan de asistencia técnica en toda la nación (17) (18) (19)

También la academia y gremios del conocimiento se han expresado. En los *“Lineamientos para Política Nacional para la Gestión del Conocimiento en Salud Pública”*, elaborados para Colciencias por la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistema de Salud, se presentan los lineamientos generales, técnicos y administrativos, para el desarrollo científico y tecnológico de la salud pública y las políticas. Se expresa, al hablar sobre los determinantes de la salud como objeto de investigación, que , *“Si los investigadores quieren hacer un aporte a la salud pública no pueden desconocer el conjunto de procesos ambientales y sociales que determinan la salud de las personas y los grupos humanos”*. La Red, manifiesta que aun cuando se conocen datos oficiales del DANE sobre la pobreza, también es cierto que *“hay desconocimiento de las dimensiones de la pobreza y del subdesarrollo y su relación con los problemas de salud”*. Es también interesante mencionar que, a juicio de la Red, la investigación en salud pública *“se define como la producción de conocimiento que permita comprender el proceso salud enfermedad en una población, explicar la estructura y dinámica de sus determinantes genéticos, ambientales, comportamentales y sociales, y valorar las acciones adelantadas por los agentes sociales para intervenir la salud”*. Por último, cabe resaltar que se presenta como prioridad la valoración de la relación entre pobreza y salud y la caracterización de las inequidades sociales y valoración de su relación con la salud; se destacan también entre otras enfermedades de interés en salud pública, la tuberculosis (20)

Como se mencionó anteriormente, ninguno de los dos documentos conpes, ni el 91 ni el 140 han hecho mención explícita a la tuberculosis, al definir para Colombia los objetivos de desarrollo del milenio (7) (8).

A nivel Departamental:

Aún cuando estará siendo ajustado por el nuevo Gobernador, el actual Plan de Desarrollo de Caldas plantea metas de diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis, con cobertura en los 27 municipios de Caldas, dentro del programa de salud pública; tanto para el sector salud como para los demás sectores, el plan adolece de propuestas o procesos de fortalecimiento de la gestión del conocimiento, solamente haciendo referencia a algunos aspectos puntuales de competitividad, innovación y tecnologías de la información y comunicación (21). La Dirección Territorial de Salud de Caldas mantiene equipos profesionales encargados de la vigilancia y control operativo del programa en el

Departamento, siguiendo los lineamientos para la vigilancia del Instituto Nacional de Salud (19).

A nivel local, Manizales

El Acuerdo 784 de 2012, del Honorable Concejo Municipal de Manizales, aprobó el Plan de Desarrollo 2012 – 2015 Gobierno en la Calle; este plan está enmarcado dentro de la política general del plan de desarrollo nacional y particularmente en los objetivos de desarrollo del milenio, la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible. El plan hace una propuesta de continuidad de planes anteriores expresando incorporación del concepto de desarrollo basado en conocimiento. Además el municipio de Manizales, mantiene un programa regular, para el seguimiento y supervisión capacitante de las instituciones y pacientes con tuberculosis, en concordancia con las políticas del Ministerio de Salud, os lineamientos del Instituto Nacional de Salud y la Dirección Territorial de Salud de Caldas; los registros de la Incidencia de casos de tuberculosis en Manizales, llevan una tendencia creciente desde hace 8 años, registrándose alrededor de 100 casos anuales (22).

Conclusión:

En el marco normativo mundial, nacional y local, existen elementos que propician o favorecen como pertinente un enfoque investigativo en relación a los dos elementos centrales de esta propuesta como son: **determinantes sociales de la salud** y **tuberculosis**; el interés se centra ahora en verificar si la información disponible al alcance es suficiente para producir el acercamiento necesario para la valoración de estos elementos en el nivel local. Tanto los determinantes sociales de la salud, como la patología seleccionada, están en la agenda política, técnica y académica de la salud a nivel local, nacional y mundial.

Referente Bibliográfico:

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro 2011. p. 1 - 8.
2. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud ed. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. World Health Organization. Global tuberculosis report 2012. Ginebra: World Health Organization 2012.
4. World Health Organization. Global tuberculosis report 2013. Ginebra: World Health Organization 2013.
5. Organización Mundial de la Salud. Diez años después de declarar la tuberculosis emergencia mundial, la OMS señala que 10 millones de afectados por la enfermedad han sido tratados satisfactoriamente con DOTS. Ginebra 2003 [cited 2013 16 septiembre]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr25/es/>.
6. World Health Organization [internet]. Millennium Development Goals. Ginebra: World Health Organization; [cited 2013 28 octubre]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs290/en/index.html>.
7. Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 91: “Metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015”. In: Departamento Nacional de Planeación, editor. Bogota: 14 de marzo de 2005; p. 1 - 70.
8. Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 140 modificacion a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015”. In: Departamento Nacional de Planeación, editor. Bogotá: 28 de marzo de 2011; p. 1 - 55
9. Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015. Washington, D.C: OPS; 2006.
10. República de Colombia. Ley 1450 de 2011. Plan Nacional de Desarrollo: Prosperidad Para Todos. Congreso de la República. Bogota; 2011.
11. República de Colombia. Ley Estatutaria Número 209 de 2013 Senado – 267 de 2013 Cámara. Por medio de la cual se regula el Derecho Fundamental a la Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la República, editor. Bogotá; 2013.
12. Franco-Giraldo A. Determinación global y salud: el marco amplio de los determinantes de la salud. Rev Fac Nac Salud Pública. 2003;31(supl 1):S73-S86.
13. República de Colombia. PROYECTO DE LEY DE 2013 SENADO “Por medio de la cual se redefine el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Congreso de la República. Bogota; 2013.
14. República de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Congreso de la Republica. Bogota; 2011.
15. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013: Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. Bogotá; 2013.
16. Ministerio de Protección Social. Plan estratégico “colombia libre de tuberculosis 2010 – 2015 para la expansión y fortalecimiento de la estrategia alto a la tb”. Bogotá: 2009.
17. República de Colombia. Ministerio de Salud. Decreto 3518 Bogotá; 2006.
18. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Protocolo de vigilancia y control de tuberculosis. Bogotá; 2011.

19. Instituto Nacional de Salud de Colombia. Lineamientos de vigilancia y control en salud pública 2013. Bogotá: INS; 2012.
20. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud.. Bogotá; 2005. Lineamientos de política nacional para la gestión del conocimiento en salud pública
21. Gobernación de Caldas. Ordenanza 687 de Junio de 2012: Plan de desarrollo 2012 - 2015 compromiso de todos. Manizales; 2012.
22. Alcaldía de Manizales. Acuerdo 784 de junio de 2012: Plan de Desarrollo Manizales 2012 – 2015. Manizales; 2012.