

## Salud pública en Chiapas: tuberculosis pulmonar

Héctor Javier Sánchez Pérez y Guadalupe Vargas Morales\*

En las zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas, el número de casos de tuberculosis pulmonar es uno de los más altos que se tengan registrados en el mundo, y en México es el estado con mayor número de muertes relacionadas con la enfermedad.

Si bien la tuberculosis es una de las infecciones más extendidas en el mundo (se estima que al menos una tercera parte de la población mundial está infectada por el *Mycobacterium tuberculosis* —agente causal de la tuberculosis—, y que cada año mueren más de 3 millones de personas y enferman 8 millones por esta causa), dicho padecimiento no afecta de la misma manera a la población.

La tuberculosis es de las pocas enfermedades que pueden dañar prácticamente cualquier parte del ser humano. Debido a ello se le clasifica en dos grandes grupos: extrapulmonar, es decir, en cualquier parte del cuerpo que no sea el pulmón, y pulmonar (TBP), cuando la enfermedad se desarrolla en tal órgano. Esta última, la TBP, es importante diferenciarla del resto debido a sus características clínicas (tos con expectoración de más de 15 días, pérdida de peso y fiebre, entre otros síntomas), ya que es la forma común de contagio entre las personas.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, México se encuentra dentro del grupo nada afor-



unado de 22 países que en el mundo concentran 8 de cada 10 casos de tuberculosis, aunque en el ámbito del continente americano se considera que uno de cada dos casos se encuentran en este país. Dentro de México, aun con los problemas de registro de casos reconocidos por el sector salud, Chiapas es el estado con mayor número de muertes relacionadas con la TBP (más de dos veces mayor a la señalada para el país en los últimos 10 años).

Algunos de los resultados que hemos obtenido a través de diversas investigaciones efectuadas desde 1994, tanto en el ámbito hospitalario como en centros de salud y en comunidades, nos indican que en las zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas (como por ejemplo, la región Fronteriza), el número de casos de TBP entre la población es uno de los más altos que se tengan registrados en el mundo (alrededor de 280 casos por cada 100,000 habitantes de 15 y más años de edad).

Sin embargo, existen grupos más afectados que otros. Podemos mencionar que en el estudio que realizamos en 1994 en el Hospital General de Comitán (Se-

\* Héctor Javier Sánchez es investigador titular de la División de Población y Salud, con estudios enfocados a la epidemiología y la medicina social (hsanchez@sclc.ecosur.mx). Guadalupe Vargas es asistente de investigación de la misma área en ECOSUR San Cristóbal (lvargas75@hotmail.com).



cretaría de Salud), mientras uno de cada cinco tosedores que llegaba a consulta era positivo a TBP, entre los tosedores de 35-44 años de edad que se dedicaban al campo y reportaban pérdida de peso, siete de cada diez lo eran.

Entre los principales problemas que existen para que Chiapas sea uno de los estados más afectados por TBP en el país, se encuentran los relativos a los servicios de salud (diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con TBP) y los inherentes a la difícil situación socioeconómica del estado.

De acuerdo con los resultados obtenidos en estudios comunitarios, sólo el 24% de las personas que tienen TBP son diagnosticadas por los servicios de salud (evidentemente, una persona sin diagnóstico no recibe tratamiento). Dos aspectos ayudan a explicar esta situación:

1) El método que se usa para detectar casos (baciloscopías) es vital; dada la falta de equipo y recursos para la toma y procesamiento (falta de capacitación) de muestras de las flemas (*gargajo*) de los tosedores, existe una alta probabilidad de subdiagnóstico de casos, es decir, que los resultados de las pruebas informen que una persona no tiene TBP, cuando en realidad dicha persona sí está enferma.

2) Una de las causas reconocidas para que no se haya controlado la TBP es el problema de actitudes de los médicos, quienes no indagan adecuadamente sobre síntomas respiratorios entre sus pacientes.

Por su parte, estimamos que del total de enfermos con TBP en zonas de alta marginación socioeconómica, únicamente el 10% recibe tratamiento. De ese 10%, la mayoría no recibe el método adecuado (cuya duración mínima es de seis meses), debido a una suma de factores que involucran a las personas (por ejemplo, algunos dejan el tratamiento cuando se sienten mejor) y a los propios servicios de salud (falta de seguimiento, falta de abasto de medicamentos, mal trato a los pacientes). La cuestión del tratamiento de las personas enfermas con TBP adquiere mayor relevancia debido a que hasta un 50% de los enfermos puede morir en un periodo que va entre uno y diez años, en caso de que no reciban tratamiento adecuado. Por supuesto, una persona en condiciones nutricionales deficientes (Chiapas es el estado con mayor desnutrición en el país) y con precarias condiciones de vida y salud (como sucede con gran número de población indígena y campesina), tiene más probabilidades de llegar a la muerte

por dicho padecimiento.

En este sentido, debe decirse que está ampliamente documentado que a mayores condiciones de pobreza y marginación, mayores niveles de TBP y menores niveles de curación. Es en los grupos más pobres donde se da un gran hacinamiento (hecho que favorece el contagio), así como muy bajos niveles de salud en general y de acceso a los servicios de salud, entre otros aspectos.

Otro problema adicional importante es que en algunos pacientes con TBP, el tratamiento convencional (de cinco medicamentos *primarios*), aun cuando se aplique bien, no logra la curación de la gente. Es decir, la persona está infectada por un tipo de *Mycobacterium tuberculosis* resistente a la cura. Según nuestros hallazgos, es probable que de cada 10 pacientes con TBP en Chiapas, alrededor de tres tengan la forma *resistente* a uno o más medicamentos del sistema antituberculoso, lo cual dificulta el problema del control de la enfermedad, debido a la necesidad de contar con otros medicamentos mu-





cho más caros, que no se tienen en el estado, y de extender la duración del tratamiento (de seis meses que dura el convencional, se puede ampliar a dos o más años), y también por una mayor probabilidad de complicaciones y de abandono del tratamiento y de fracasos en el mismo.

Como conclusión podemos decir que de no haber modificaciones sustanciales en las condiciones de vida y salud de la población, y en la organización y funcionamiento de los servicios de salud, la TBP continuará siendo uno de los más graves problemas de salud pública estatal por el gran número de enfermos y muertes que ocasiona, sobre todo en la población con mayores desventajas económico-sociales, que en Chiapas constituye la mayor parte, así como por los altos costos para su atención, tanto para los servicios de salud como para la población (incapacidad laboral, gastos de transporte a los servicios de salud, etcétera).

La falta de recursos para la salud que existe en Chiapas incide en la capacidad que se tiene para atender el problema de la TBP en las instituciones de salud (Secretaría de Salud y Programa IMSS-Solidaridad) encargadas de atender a la mayor parte de la población en el estado, es decir, a la que no tiene seguridad social (sólo el 19% de la población está asegurada; en todo el país más del 60% lo está) y que sin este tipo de instituciones tiene muy poco o nulo acceso a otros servicios de salud.

Entre las alternativas de solución que deben considerarse para superar la problemática descrita, se pueden mencionar aspectos que involucran a los servicios de salud y a la población en general. Por una parte, es indispensable mejorar el acceso, la calidad de la atención y la capacidad de respuesta de los servicios de salud (in-

**Para combatir la tuberculosis es necesario reducir las barreras culturales entre los servicios y la población, por ejemplo, con médicos y personal de salud que hablen el idioma local y que estén sensibilizados con los usos y costumbres de los habitantes de la zona.**

crementando el material y equipo, así como la capacitación, supervisión y evaluación del personal); dado que la distancia geográfica —y económica— puede ser un impedimento para el diagnóstico y seguimiento de pacientes con TBP, la ayuda de los comités y promotores de salud de las comunidades, así como de los propios familiares, pudiera ser un elemento de mucha valía.

Creemos también que es necesario reducir las barreras culturales entre los servicios y la población, por ejemplo, con médicos y personal que hablen el idioma local y que estén sensibilizados con los usos y costumbres de los habitantes de la zona.

Entre las acciones que involucran a la población, primeramente debe decirse que para controlar efectivamente la TBP es necesario mejorar las condiciones de vida y salud de la gente. En forma adicional, es muy recomendable desarrollar una campaña de educación para la salud en la que se sensibilice, informe y eduque a la población sobre la TBP (importancia de tener tos, mecanismos de contagio, implicaciones de tener tuberculosis y posibilidades de curación de la misma) y fomente la corresponsabilidad en el cuidado de la salud por parte de la población. ©

Los autores deseamos agradecer los apoyos recibidos por ECOSUR, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Fondo de Investigación Benito Juárez), el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, el Programa IMSS-Solidaridad, el Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona y la Universidad Autónoma de Barcelona, España.

Asimismo, agradecemos a Alejandro Flores, Roberto Solís, Zulma Barrios, Trinidad Pérez y María L. Estudillo, por su invaluable participación en el trabajo de campo y análisis de datos.

