

LA MUERTE BLANCA: UNA EXPRESIÓN DE INEQUIDAD

Fernando CANO VALLE*
Magaly VARGAS RUIZ**

SUMARIO: I. *Tuberculosis: la muerte blanca*. II. *Equidad y las enfermedades respiratorias*. III. *Tuberculosis: disparidades entre los avances científicos y la falta de mejora en salud pública*.

I. TUBERCULOSIS: LA MUERTE BLANCA

El rostro enfermo, pálido y triste del enfermo tuberculoso es la expresión más ostensible de una enfermedad que se desliza sigilosamente en la sociedad, en situación de pobreza preferentemente y que representa una de las formas más lacerantes de inequidad.

En Berlín, en el monumento a Roberto Koch, en la *Luisenplatz* se lee: “Ojalá las naciones midan sus fuerzas en una guerra común contra el más pequeño y también el más peligroso de los enemigos de la humanidad y cada nación supere a la otra en los éxitos conseguidos en tal empresa”. Hoy la tuberculosis causa dos millones de muertes al año en el mundo. En el año 2000, en México se registraron 15,649 casos nuevos de tuberculosis y 2,583 defunciones.

Equidad. Concepto ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos. No es lo mismo que igualdad.

Inequidad. Desigualdades consideradas como injusticias, innecesarias y evitables.

* Director general del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

** Jefa del Departamento de Planeación del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

El concepto equidad frecuentemente es igualado con el de justicia; está conectado íntegramente a valores, de esta forma no tiene una sola definición y no puede separarse del contexto social. La equidad de la salud y la justicia social tienen una estrecha relación y deben ser conceptualizadas en el extenso nivel social para asegurar que las soluciones a injusticias se extiendan hacia políticas sociales.¹

Existen varios conceptos de equidad, para Frenk *et al.* (1993) este concepto tiene dos vertientes: en la primera, los recursos son distribuidos en forma proporcional a la contribución de cada individuo; mientras que en la segunda son distribuidos en forma proporcional a las necesidades de cada quien.² El Programa Nacional de Salud de México 2001-2006 reconoce a la inequidad como uno de los retos a vencer.

Para Barker C. (1996) este concepto está relacionado con la justicia social; para obtener equidad, los bienes, recursos y oportunidades deben ser distribuidos diferencialmente ya que la población se ubica en estratos diferentes.³

La equidad es uno de los requisitos previos y condiciones para la salud. Es diferente de la igualdad, por lo que en las sociedades donde existen desigualdades sería necesaria la distribución “no igual” de recursos para lograr la equidad.⁴ Hay algún consenso: que la inequidad en el estado de salud refiere a diferencias que son innecesarias, injustas y evitables.⁵

El Premio Nobel de Economía, Amartya Sen, sostiene que para facilitar el progreso económico, social y político se requiere impulsar el pensamiento ético: “Ver una persona como ciudadana es adoptar una visión particular de la humanidad, no es sólo verla como a una criatura cuyo bienestar es importante, sino también considerarla como un ser racional que piensa y valora y decide y actúa”. Al pensar en ética se tienen que encarar

¹ Jan, S., “How Community Preferences Can More Effectively Shape Equity Policy”, en M. Sidell, L. *et al.* (eds.), *Debates and Dilemmas in Promoting Health*, Macmillan, Londres, 1997, pp. 242-248. Véase Peter, F. y Evans, T., “Ethical Dimensions of Health Equity”, en Evans, T. M. *et al.*, *Challenging Inequities in Health. From Ethics to Action*, Nueva York, Oxford University Press, 2001, pp. 25-33.

² Frenk J., *La salud de la población: hacia una nueva salud pública*, México, FCE, 1993, pp. 58-70.

³ Barker, C., “The Health Care Policy Process”, *Privatisation Within the Health Sector*, Londres, Sage Publications, 1996, capítulo 13.

⁴ World Health Organization (WHO), *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986.

⁵ Equinet, “Equity in Health in Southern Africa: Turning Values Into Practice”, *Equinet Newsletter*, diciembre de 2001, recuperado el 16 de enero de 2004.

los temas más difíciles, mismos que otorgan más justicia plena a los seres humanos como agentes racionales y ciudadanos interactivos.⁶

La salud es un asunto mundial, y la salud global es un derecho humano fundamental al que todos deberían acceder. La manera de lograr la salud será poniendo en su lugar los determinantes básicos de la misma, al asegurar un adecuado ingreso, alimento, educación y refugio, un ecosistema fijo, recursos sostenibles, paz, justicia y equidad social.

Al analizar la salud como elemento de bienestar social, se puede entender que las desigualdades en salud son reflejo de las desigualdades sociales, mismas que están determinadas por factores socioeconómicos, ambientales y biológicos.

Algunos países consideran el acceso a los servicios básicos de salud como un derecho humano elemental que debería ser proveído a los ciudadanos de cada nación. Países de Europa Occidental y Canadá son ejemplos de sistemas de salud equitativos.

En términos de los determinantes de la salud, la alta tecnificación tanto de la vida social como de la atención a la salud, han creado situaciones en las que el acceso a los servicios de salud sobre todo en sociedades capitalistas es cada vez más difícil.

De acuerdo con Whitehead M. (1992) las diferencias que contribuyen a la inequidad en salud son las siguientes: las que resultan de comportamientos nocivos para la salud en las que la capacidad de elección es restringida; la exposición a condiciones de vida y de trabajo insalubres y estresantes, y finalmente, las que resultan de un acceso limitado a los servicios esenciales de salud y a otros servicios públicos.⁷

Los servicios de prevención de la enfermedad y promoción de la salud con acceso universal deben ser aceptables para la población y a un precio que los usuarios y el país puedan costear.

Para mejorar la salud y asegurar el respeto de la diversidad son fundamentales los principios de accesibilidad, participación social, promoción

⁶ Banco Interamericano de Desarrollo, BID consagra jornada a la ética y el desarrollo, la inaugura Premio Nobel Amartya Sen. Comunicado de prensa, enero 2004. Disponible: [<http://salud.gob.mx/Account/Message/.../1462.html?SID=13845-vn9pofjTqIJHO9pYAY17>] consultado 22 enero de 2004.

⁷ Whitehead, M., The Concepts and Principles of Equity and Health, *Int J Health Serv* 1992; 22 (3), pp. 429-445.

de la salud y cooperación intersectorial junto con la utilización de la tecnología apropiada.⁸

Barker C. (1996) afirma que en la práctica el cuidado de la salud igualmente distribuido no ha mejorado la salud de la población, de tal forma que las necesidades de salud deben ser estimadas en bases de la desigualdad social, como lo que la distribución de recursos debe sustentarse en condiciones de igualdad de gastos, acceso y costo-beneficio.

II. EQUIDAD Y LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

A partir de la década de los setenta, la medicina respiratoria ha vivido importantes cambios y progresos tanto terapéuticos como diagnósticos; sin embargo, los avances en la salud respiratoria no han sido del todo compartidos, además de enfrentar nuevos retos.⁹

Según la Canadian Nurses Association, para lograr la salud mundial y la equidad se requiere de una responsabilidad compartida entre diversos grupos como:

1. Organizaciones gubernamentales. Tienen la obligación de promover el bienestar social de la población. Debe comprometerse a medir y monitorear el acceso a los servicios de salud y los resultados de salud entre los grupos poblacionales; comprometer a la sociedad en mejorar sus resultados y acceso en salud, y a tomar medidas para reducir las injusticias domésticas, regionales y globales. El gobierno puede ser un fuerte promotor de la salud mundial y la equidad al destinar fondos para investigación, influenciar políticas internacionales, trabajar en mejorar los factores que determinan la salud en las comunidades y el país; al compartir prácticas eficientes en los servicios de salud, por ejemplo.
2. Organizaciones no-gubernamentales. Tienen el derecho y la responsabilidad de abogar por la salud global y la equidad; estas organizaciones serán claves en la provisión de redes y recursos que

⁸ Canadian Nurses Association, Position Statement: Global Health and Equity. 2000. Retrieved January 16, 2004. Available: [[http://www.cna-nurses.ca/pages/policies/Global %20Health%20and%20Equity_June%202003.pdf](http://www.cna-nurses.ca/pages/policies/Global%20Health%20and%20Equity_June%202003.pdf)].

⁹ Solomon, R. B., "Respiratory Health in a Globalizing World", *Am J Respir Crit Care Med.*, vol. 163, 2001, pp. 1064-1067.

contribuyan al avance de la investigación en salud y el desarrollo de políticas.

3. Profesionales de salud. Son los responsables de dar respuesta a las demandas de salud locales, regionales e internacionales, además de elevar el conocimiento de las principales causas de injusticia en la salud global.
4. Comunidades. Tienen el derecho de participar activamente en definir las necesidades de salud y en decidir perspectivas para dirigir esas necesidades. La participación pública puede ayudar a los planificadores en asegurar servicios de salud efectivos desde la perspectiva comunitaria.
5. Individuos. Deben ser informados de sus derechos y de los asuntos que pueden afectar su bienestar y el de su comunidad. Deben tener la oportunidad de trabajar en su comunidad y con los diferentes niveles de gobierno en la definición de las necesidades de salud, y contribuir, de esta forma, con políticas y acciones de salud.

Según Benatar (2001) la explicación de por qué se ha fallado en mejorar la salud respiratoria a nivel población mundial requiere del conocimiento de la situación mundial de principios del nuevo milenio, así como del conocimiento que mejorar la salud respiratoria requerirá globalmente de nuevas formas de pensamiento y de acción innovadora.

Algunas de las características del contexto mundial que influyen en la inequidad en la mejora de la salud poblacional son las siguientes:

1. Crecimiento poblacional. La población mundial se ha duplicado entre las décadas de los cincuenta y los noventa; de acuerdo a proyecciones, para el año 2050 crecerá a cerca de 9.4 billones.
2. Diferencias económicas. A principios del siglo XX el más rico era nueve veces más rico que el más pobre, cifra que se registró en setenta veces en el año 1997. Se ha incrementado también la población que vive en pobreza extrema; en la actualidad casi la mitad de la población mundial vive con menos 2 dólares por persona al día y más de 1 billón en pobreza extrema con menos de 1 dólar. Incluso en los países desarrollados uno de cada seis niños viven debajo de la línea de pobreza de su país. Estas diferencias económicas tienen efectos adversos sobre la salud.

3. Relación entre economía y salud. Se ha establecido que existe una relación definida entre riqueza/pobreza y salud/enfermedad, esta relación es compleja y no-lineal; absoluta y relativamente la riqueza afecta la salud: en países desarrollados el estado de salud es determinado más por la diferencia de ingreso entre ricos y pobres que por la riqueza general. La disminución de mortalidad por tuberculosis en la prequimioterapia ilustra el impacto de mejorar las condiciones socioeconómicas en esta enfermedad.¹⁰
4. Disparidades en salud y enfermedad. A finales del siglo XX los patrones de enfermedad y las diferencias de longevidad son muy marcadas mundialmente. La esperanza de vida se está incrementando; sin embargo, en 16 de los países más pobres ésta ha disminuido. La transición epidemiológica contribuye al aumento de la carga de la enfermedad expresada en AVISAs, ya que ha aumentado las incapacidades por enfermedades no-transmisibles.
5. El relativo gasto de la atención de la salud. El gasto anual *per capita* en salud se encuentra entre el rango de cuatro mil dólares en los Estados Unidos y cinco dólares en los países más pobres de África. La mitad de la población vive en países que no pueden destinar más de cinco a diez dólares *per capita*. El tratamiento efectivo de enfermedades como la tuberculosis y el VIH-Sida, así como la prevención de la transmisión del VIH, requiere de infraestructuras más complejas de las que pueden ofrecer los presupuestos en salud actuales de los países pobres.
6. Gasto militar y ayuda internacional. Los países industrializados destinan en promedio 18 veces más (5.3% vs 0.3%) a gastos militares que a ayuda económica para países en desarrollo.
7. Otros gastos relacionados. El costo anual estimado de proveer educación básica en todo el mundo es de 6 billones de dólares y el de proveer acceso a servicios de salud reproductiva en los países en desarrollo es de 12 billones de dólares; estos costos son pequeños comparados con el gasto militar global en los noventa (780 billones de dólares), con los 50 y 105 billones de dólares gastados en cigarrillos y bebidas alcohólicas en Europa y los 500 billones de

¹⁰ Porter, J. D. H. y Mc Adam, K. P. W. J. (eds.), *Tuberculosis: Back to the Future*, Londres, John Wiley & sons, 1996.

dólares en narcóticos en el mundo. El gasto anual de la OMS en 1990 equivalió a 2.5 horas del gasto global militar.

8. Política global económica y salud. Las deterioradas economías de los países pobres no permiten la introducción de tecnologías modernas en la medicina, así como el acceso a los servicios básicos de salud a billones de personas. Esta asociación no solo será incapaz de controlar las enfermedades infecciosas, sino que además favorecerá la aparición de nuevas enfermedades contagiosas, ya que las enfermedades emergentes y reemergentes (VIH-Sida y tuberculosis) afectan predominantemente a población en pobreza.

Pobreza. Carencia de recursos económicos, de educación, de acceso a las necesidades básicas como comida, agua y salud, y carencia de control sobre el proceso reproductivo. Influye directamente en casi un tercio de la carga global de la enfermedad. La pobreza conlleva salud pobre, misma que agrava la pobreza.¹¹

III. TUBERCULOSIS: DISPARIDADES ENTRE LOS AVANCES CIENTÍFICOS Y LA FALTA DE MEJORA EN SALUD PÚBLICA

1. *Situación internacional*

En países en desarrollo, las infecciones del tracto respiratorio bajo son las responsables del 9.1% de años perdidos de vida saludable (AVISA) por todas las enfermedades, y en los países desarrollados este promedio es del 1.5% por todas las enfermedades; la tuberculosis ocasiona el 3.1% y 0.3% respectivamente.¹²

El indicador AVISA permite evaluar el impacto expresado en unidades de tiempo de distintas enfermedades en una sociedad, ofrece una métrica común para las pérdidas de salud para todas las causas y todas las edades.

Con el análisis de este indicador se ha identificado que:

¹¹ WHO, *World Health Report 1995: Bridging the Gaps*, Ginebra, WHO, 1999.

¹² Murray C. I. L. y López, A. D. (eds.), *The Global Burden of Disease*, Ginebra, WHO, 1996.

- 1) A mayor marginación, mayor pérdida de AVISA, sobre todo por enfermedades de rezago epidemiológico.
- 2) A mayor marginación, menor gasto en salud para la población no asegurada (inequidad).
- 3) El mayor número de AVISA perdido por grupo de edad se concentra en los menores de cinco años y en los mayores de sesenta años.

El problema TB es un ejemplo de cómo los avances en el conocimiento científico y en la capacidad de curar pacientes individualmente no ha sido acompañada por beneficios en salud pública.

En 1970 se tenía la esperanza de que la erradicación de la tuberculosis sería a un precio económicamente accesible; en la actualidad, la tuberculosis se ha convertido en una enfermedad multi-drogo-resistente con un alto costo de tratamiento. Esto no es el resultado de una carencia de conocimiento, sino un ejemplo de la falta de pericia en la aplicación del conocimiento y una falla en la apreciación de los complejos aspectos sociales y económicos de la salud y la enfermedad.¹³

La tuberculosis continua siendo un problema de salud de índole mundial, a pesar de la existencia de tecnologías eficaces para su tratamiento, ya que afecta principalmente a poblaciones socialmente desfavorecidas (los pobres tienen 2.6 veces más riesgo de contraerla que los no pobres).

-
- Se estima que un tercio de la población mundial padece tuberculosis y causa dos millones de muertes al año.
 - El 99% de todas las muertes por tuberculosis se registra en países en desarrollo.
 - Las pérdidas económicas por tuberculosis exceden los US\$12,000 millones al año.
 - Más de un tercio de personas seropositivas desarrolla la tuberculosis activa.
-

La tuberculosis afecta también a los grupos económicamente más activos, por lo que en el caso de familias de recursos escasos dependientes de un solo

¹³ Benatar, S. R., "Prospects for Global Health: Lessons from Tuberculosis", *Thorax*, 1995, 50, pp. 489-491. Véase también Institute of Medicine, *Ending the Neglect: the Elimination of Tuberculosis in the United States*, Washington, National Academy Press, 2000.

sostén, si éste cae enfermo, se enfrentan a una disminución de sus ingresos y a un deterioro económico que resulta en mayor empobrecimiento.

Esta enfermedad presenta situaciones relacionadas con equidad; derivadas principalmente de factores socioeconómicos: mayor exposición como resultado de roles específicos inherentes al sexo en la sociedad y la familia, desnutrición, obstáculos para una detección oportuna y para el inicio y seguimiento del tratamiento, entre otros.

En los programas de tuberculosis se encuentran presentes situaciones que conllevan a inequidades, sobre todo en ciertos grupos (personas en situación de pobreza, niñas, minorías étnicas, mujeres y niños de poblaciones con difícil acceso geográfico), aun cuando la estrategia DOTS tiene como principio la disponibilidad de medicamentos antituberculosos gratuitos y de calidad para todos los pacientes activamente infectados y a través de la red de salud pública.¹⁴

El reto del programa de tuberculosis es: la detección de casos y la finalización del tratamiento. El tema equidad no ocupa un lugar prioritario en la agenda política mundial, además el Estado por sí solo no podría afrontar estos retos.

El trabajo de las ONGs ha sido importante en esta lucha; su contribución se enfoca a mejorar los servicios de salud para los pobres y grupos desfavorecidos con estrategias diversas, como el fomentar la participación comunitaria además de la aportación de fondos.

Con la integración de premisas como salud para el desarrollo sostenible y mayor justicia sanitaria, la lucha contra la tuberculosis requiere de un programa enfocado a la paliación de pobreza que integre: el desarrollo de instituciones para los pobres, la microfinanciación, la formación, la educación infantil, la salud y la nutrición.¹⁵

¹⁴ WHO, “Informe sobre la salud en el mundo 2002: reducir los riesgos y promover una vida sana”, OMS, Ginebra, 2002, pp. 82, 83 y 165.

¹⁵ WHO, Detener la tuberculosis, luchar contra la pobreza, *Boletín del Movimiento de Colaboración Global para Detener la Tuberculosis*, Stop TB, News, núm. 6. Ginebra, primavera de 2002.

Un estudio patrocinado por la Fundación Rockefeller concluyó que países tanto con elevados como con escasos recursos económicos pueden aportar experiencias de política sanitaria y de justicia. Este estudio consideraba que los impuestos y planes de seguros médicos comunitarios subvencionados constituían la base de un sistema financiero equitativo para el sector salud.

2. Situación nacional

En México, a pesar de que los avances científicos de los últimos años han permitido elevar considerablemente los niveles promedio de salud en el país, la distribución del progreso sanitario entre regiones y grupos sociales es aún desigual.

La distribución de gasto en salud no se realiza sobre bases de equidad; el gasto *per capita* de Pemex es veinte veces mayor que el de la Secretaría de Salud; sin embargo, alrededor del 45% no tiene acceso a la seguridad social, cifra en constante aumento derivado de la existencia de empleos informales y desempleo.¹⁶

De acuerdo a las metas anuales de diagnóstico y atención de pacientes con tuberculosis pulmonar por institución, para el periodo 2001-2006 del Programa de Acción Tuberculosis, la Secretaría de Salud prevé atender 1.7 veces más casos esperados que la Seguridad Social (IMSS e ISSSTE) y 8.9 veces más casos de farmacorresistentes (ver tabla 1).

¹⁶ Gómez-Dantés, O., “La evolución de la salud internacional en el siglo XX”, *Salud Pública de México*, 1991, 33 (4), pp. 314-329.

TABLA 1

METAS ANUALES DE DIAGNÓSTICO Y ATENCIÓN
 DE PACIENTES DE TUBERCULOSIS PULMONAR
 POR INSTITUCIÓN

Pacientes por atender					
<i>Descripción</i>	Meta				
	<i>SSA</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>IMSS-S</i>	<i>Total</i>
Sintomáticos respiratorios	257,999	567,670	8,287	77,245	911,201
Casos esperados	15,685	8,547	790	2,622	27,644
Casos farmacorre-sistentes	350	N. D.	39	N. D.	389
Casos por estudiar	63,013	34,188	3,160	13,110	113,471
<i>Total</i>	337,047	610,405	12,276	79,867	1,052,705

Tratamientos por administrar					
<i>Descripción</i>	Meta				
	<i>SSA</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>IMSS-S</i>	<i>Total</i>
Tratamientos primarios	13,678	8,547	711	2,622	25,558
Retratamientos	1,258	1,534	79	N. D.	2,871
Tratamientos a niños	786	684	52	N. D.	1,522
Tratamientos estandarizados MFR	350	N. D.	79	N. D.	429
<i>Total</i>	16,072	10,765	921	2,622	30,380

Baciloscopías por realizar

<i>Descripción</i>	<i>Meta</i>				
	<i>SSA</i>	<i>IMSS</i>	<i>ISSSTE</i>	<i>IMSS-S</i>	<i>Total</i>
Baciloscopías de diagnóstico	780,079	1,703,010	2,370	77,245	2,562,704
Baciloscopías de control	94,142	51,282	4,740	—	150,164
Baciloscopías de control	856,303	1,754,292	7,110	247,467	2,865,172
Cultivos	3,136	1,534	711	—	5,381
<i>Total</i>	1,733,660	3,510,118	14,931	324,712	5,583,421

FUENTE: Programa de Acción Tuberculosis, SSA, 2001.

En la Secretaría de Salud no se cuenta con información sobre la distribución del gasto entre los diversos programas federales como lo es el de tuberculosis; además, no se cuenta con cifras exactas del monto de la contribución de los estados para el control de esta enfermedad, lo que dificulta los estudios de distribución del gasto sobre bases de equidad.¹⁷

Los pobres tienen menor esperanza de vida que el resto de la población, además de coexistir padecimientos de otros grupos sociales en esta población, ya que padecen conjuntamente enfermedades transmisibles y crónicas. “El abatimiento de estas desigualdades sanitarias es un asunto que no puede postergarse más”, por lo que la equidad se contempla como un reto dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006.¹⁸

Es posible reducir el peso de los padecimientos del rezago a través de intervenciones efectivas y accesibles aún en condiciones de pobreza (desde el punto de vista financiero). Por lo que resulta de vital importancia la caracterización sociodemográfica de la población para destinar beneficios de los programas a los más necesitados.

El análisis de los AVISA indica que las principales pérdidas se deben a las enfermedades no transmisibles y a lesiones; aunque los daños produci-

¹⁷ Nigenda, G.; Vargas-Ruiz, M. y Larios, J. A., “El proceso de descentralización en salud y el programa de vectores”, Ponencia presentada en el X Congreso de Investigación en Salud, INSP, marzo de 2003.

¹⁸ Secretaría de Salud, Programa Nacional de Salud 2001-2006, México, 2001.

dos por las afecciones perinatales, las infecciones respiratorias, la cirrosis y la desnutrición, continúan siendo importantes.

Las principales enfermedades originadas por el llamado rezago epidemiológico son las relacionadas con la desnutrición, las infecciones comunes y algunos padecimientos asociados con la actividad reproductiva. Dentro de las infecciones comunes, los que mayormente contribuyen a la carga de la enfermedad en orden de importancia son: las infecciones respiratorias, las diarreas, la tuberculosis y las infecciones de transmisión sexual (ver tabla 2).

TABLA 2

ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN MÉXICO
Y CANADÁ 1999

<i>Concepto</i>	<i>México</i>	<i>Canadá</i>
Defunciones por IRAS en menores de 5 años	9%	2%
Número anual de casos TB	15,853	1,849

FUENTE: OPS-Indicadores básicos en salud-2000.

Estas enfermedades son responsables de la pérdida de uno de cada seis años de vida saludable a nivel nacional. La influenza y la neumonía son responsables del 4% de las muertes en México, sobre todo en menores de cinco años.

En México, la tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública importante a pesar de la disminución de sus tasas de los últimos años, ya que es la segunda causa de muerte ocasionada por un agente único, además contribuye de manera importante al peso de la enfermedad.

En los últimos años se ha registrado también coexistencia con diversas enfermedades, con lo que se estima que más de 25% de los casos de tuberculosis están asociados a diabetes mellitus, desnutrición, alcoholismo y sida.

El tratamiento de la tuberculosis en México también está afrontando la aparición de cepas resistentes a los medicamentos antituberculosis, problemática que se debe principalmente al crecimiento poblacional, la pobreza, los movimientos migratorios y el mal manejo de los pacientes.

El aumento de casos de coexistencia de tuberculosis con otras enfermedades y de fármaco-resistentes, aumenta el impacto de la tuberculosis tanto en la

población como en los servicios de salud. En la población, al disminuir los ingresos de la familia como resultado de un miembro sin laborar y al mismo tiempo, al aumentar sus gastos debido a la búsqueda de la atención (ya que el tratamiento es gratuito); para la institución de salud impacta directamente en sus costos, ya que éstos pacientes requieren de un mayor número de intervenciones de salud, los medicamentos son más caros y el tratamiento es prolongado.

Es importante señalar que no se tiene información sobre la incidencia y prevalencia (tanto de casos sensibles como de fármaco-resistentes) que permita conocer las tendencias futuras a mediano y largo plazo, con el fin de diseñar estrategias para enfrentarlas.

Se ha identificado que la población más vulnerable se encuentra en áreas rurales y poblaciones pobres; este es un factor importante en el control de la tuberculosis, ya que geográficamente las poblaciones socioeconómicamente marginadas, se localizan en zonas de difícil acceso geográfico, aunado a que éstas poblaciones generalmente se caracterizan por poca población y gran dispersión.

Chiapas es uno de los estados con mayores niveles de pobreza y con una escasez de recursos para salud considerable, es el estado con la mayor mortalidad por tuberculosis, con tasas dos veces mayores a las del total del país; por ejemplo: en 1996 la tasa de tuberculosis en México fue de 4.3 y en Chiapas de 9.2 por cada 100,000 habitantes, por lo que la tuberculosis representa un problema de salud pública en términos de morbilidad, mortalidad y costo de atención.

El sistema de detección de casos PTB se basa únicamente en la prueba de frotis, lo que resulta en que más de la mitad de los casos no sean detectados, esto significa que en Chiapas y poblaciones rurales similares no sean detectados el 75% de los casos.

Los principales problemas en el control de la tuberculosis en los estados marginados se identifican en el diagnóstico y el registro de los casos. En estos estados existe un gran número de población con altos niveles de pobreza y marginalización que usualmente tienen menor acceso a los servicios de salud y entre los que la tuberculosis es más común que en otros grupos, debido a su asociación con desnutrición, por ejemplo.¹⁹

¹⁹ Sánchez Pérez, H. J. *et al.*, "Pulmonary Tuberculosis and Associated Factors in Areas of High Levels of Poverty in Chiapas", *Int J Epidemiol*, México, 2001, 30, pp. 386-393. Véase Tapia, C. R., Ruiz, M. C. y Ferreira, G. E., "Epidemiología de la tu-

El control de la tuberculosis lo lleva a cabo el Programa de Acción para la Prevención y Control de la Tuberculosis, mismo que tiene como principal propósito identificar de manera oportuna a los enfermos y garantizar el tratamiento sin costo para el paciente.

Este programa se ubica dentro de la segunda línea estratégica del Programa Nacional de Salud 2001-2006: reducir los rezagos de salud que afectan a los pobres; sin embargo, debe considerarse también en la tercera: enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades, como resultado de la emergencia a nivel mundial declarada por la OMS como debida a su asociación con VIH/Sida y la aparición de cepas resistentes a los medicamentos.

Si se realiza el diagnóstico y tratamiento oportuno en los casos de tuberculosis sensible, el porcentaje de curación es del 90%; cabe señalar que existen métodos de laboratorio con alta sensibilidad y especificidad eficaces y de bajo costo. Es importante señalar que hasta el año 2000, de este 10% de los casos que inician tratamiento no se curan, situación que favorece la farmacorresistencia y mantiene activa la transmisión de la enfermedad.²⁰

Estudios de Sánchez-Pérez *et al.*, han tratado de estudiar el parámetro que refleja la tuberculosis sintomática y contagiosa mediante la estimación de la prevalencia de tuberculosis en Chiapas, basados en la positividad en la prueba de expectoración entre adultos con más de 15 días de tos; en este estudio se utilizaron para el diagnóstico técnicas estándar (tres pruebas de expectoración y cultivos) y demostraron que estas pruebas no son tan efectivas como lo serían en Manhattan.

Algunas comunidades fueron excluidas de su meticulosa estrategia de muestreo aleatorio debido a limitaciones geográficas y políticas; además las dificultades de transporte desde una localidad remota a los laboratorios del hospital, parecen haber tenido como resultado que muchos cultivos de especímenes hayan llegado ha ser contaminados.

Los investigadores argumentaron que estas limitaciones significan que la prevalencia estimada es menor de lo que la realidad muestra.²¹

berculosis en México”, *Temas de medicina interna, tuberculosis*, Asociación de Medicina Interna de México, Interamericana-McGraw-Hill, 1995, y pp. 764-788, vol. III.

²⁰ Secretaría de Salud, *Programa de acción: tuberculosis*, Subsecretaría de Prevención y Protección a la Salud, México, SSA, 2001.

²¹ Zwarenstein, Merrick, “Commentary: Sputum Prevalence Data Suggest Mexican TB Rates Will Explode on contact with HIV Epidemia”, *Int J Epidemiol.* 30, 2001, pp. 386-393.

La atención de tuberculosis en tercer nivel es gratuita y con cobertura al 100%; sin embargo, no existe información sobre la influencia de estos dos factores en el acceso a la atención de este nivel.

En el INER, la tuberculosis fue la séptima causa de morbilidad hospitalaria en el año 2002, ya que el 6% del total de pacientes atendidos tuvieron este diagnóstico. Se identificó que el 62% de los casos atendidos fueron no severos, con lo que se infiere que en el primer nivel de atención, sobre todo en los estados, no se controla eficientemente los casos sensibles que no requieren atención de tercer nivel y que además dificultan el acceso a aquellos que si la necesitan al saturar los servicios.²²

Los principales retos que enfrenta la atención de la tuberculosis en el tercer nivel se relacionan con la fármaco-resistencia, ya que no se tiene información suficiente sobre su tendencia futura; problemática que lleva consigo un aumento en el costo de atención de la tuberculosis, por que el costo del tratamiento de estos casos es mayor (en el INER en el año 2002 el costo de atención de pacientes fármaco-resistentes fue 4.6 veces mayor que el de sensibles).

La definición de objetivos es un medio para maximizar la eficiencia del gasto social y salvaguardar la equidad distribuyendo los recursos selectivamente entre los más necesitados, con este principio se proponen las siguientes estrategias para el control de la tuberculosis en México:

1. Asignación del recurso transparentemente y de acuerdo a las necesidades de la población;
2. Capacitación al recurso humano sobre el tratamiento eficiente y de esta forma disminuir la mala utilización de fármacos que origina la fármaco-resistencia;
3. Fomentar la participación social y el trabajo comunitario;
4. Fortalecer el Programa de Acción Tuberculosis y la estrategia TAES;
5. Desarrollo de nuevas vacunas;
6. Implementación de compras consolidadas de medicamentos y distribución de acuerdo al programa de autogestión de la propia enfermedad, y
7. Desarrollo del programa de control de vigencia de medicamentos e intercambio, con el fin de evitar dispendios y disminuir costos.

²² Vargas Ruiz, M. *et al.*, “Costos de atención de la tuberculosis: caso Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias”, Revista *INER*, diciembre de 2003.