



Situación de la Tuberculosis en los efectores municipales

La tuberculosis (TBC) es una infección bacteriana crónica causada por *Mycobacterium Tuberculosis*. Este micro organismo preferentemente afecta a los pulmones pero puede localizarse en cualquier órgano del cuerpo humano.

En pocas enfermedades es posible documentar la estrecha relación con la historia de la humanidad como en la TBC. Existen evidencias paleológicas de tuberculosis vertebral en restos neolíticos precolombinos, así como en momias egipcias que datan aproximadamente del año 2400 a.c. Quizá la primera “cita bibliográfica” que podemos hallar en relación a ella se encuentre en los libros de el Antiguo Testamento, donde se hace referencia a la enfermedad consuntiva que afectó al pueblo judío durante su estancia en Egipto tradicional zona de gran prevalencia de enfermedad.

En Europa se convirtió en un problema grave cuando el hacinamiento en los medios urbanos asociado a la Revolución Industrial generó circunstancias epidemiológicas que favorecieron su propagación. En los siglos XVII y XVIII la TBC fue responsable de una cuarta parte de todas las muertes en adultos que se produjeron en el continente europeo, así la palabra tuberculosis se constituyó en uno de los grandes “tabúes” en la historia de la cultura occidental.

Con el conocimiento del agente causante de la enfermedad, descubierto por Koch en el año 1882, y el mecanismo de transmisión apareció la primera terapia sanatorial que consistía en aislar a los enfermos de la población general, interrumpiendo de esta forma la cadena de transmisión de la enfermedad en la comunidad, y por otro, ayudar al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo.

Pero no fue sino hasta 1944, con la demostración de la eficacia de la estreptomina y luego en el año 1952 cuando tiene lugar el desarrollo de un agente mucho más eficaz: la isoniacida, que la tuberculosis se convierte en una enfermedad curable en la mayoría de los casos. Años más tarde, con la llegada de la rifampicina, en la década de los 60, los regímenes terapéuticos se acortaron de una forma significativa. Ya no será necesario largos años de tratamientos e internaciones sino que estos se harán en forma ambulatoria y tendrán una duración de aproximadamente 8 meses.

A pesar de existir una quimioterapia, que posee una alta eficacia terapéutica, la tuberculosis continúa siendo un grave problema de salud pública; así lo evidencian las estimaciones establecidas por la OMS que, utilizando el método de observación y a través de encuestas actualizadas para estimar la incidencia, se

ha calculado que hubo 8.8 millones de casos nuevos de tuberculosis en el año 2003 es decir una tasa de 140 por 100.000 habitantes de los cuales 3.9 (62/100.000) millones fueron confirmados positivos a través del diagnóstico de examen directo de esputo (ED+) y 674.000 (11/100.000) estarían infectados con VIH. La prevalencia de casos fue de 15.4 millones de casos de los cuales 6.9 millones fueron ED+. Estimativamente 1.7 millones de personas murió de tuberculosis en el año 2003, incluyendo a los individuos con la coinfección TBC/HIV¹.

En el marco del Programa Integral para el Control de la Tuberculosis de la Municipalidad de Rosario se lleva a cabo un monitoreo epidemiológico de la enfermedad y la evaluación de las metas propuestas por el programa entre las que se cuenta la descentralización de los diagnósticos y tratamientos. Para ello se construyen anualmente las cohortes con los pacientes que inician² o reingresan³ al tratamiento en ese año calendario y que son atendidos en efectores de la red de Salud Pública Municipal.

Las cohortes anuales se construyen con la información proveniente de las planillas de pedido de medicamentos que realizan los Centros de Salud para cada uno de los pacientes, donde se registran en la parte superior de las mismas, los datos filiatorios del enfermo y las características de la enfermedad. La notificación en los hospitales de los casos nuevos, la realiza la Dirección de Estadística; y para el seguimiento del tratamiento se utilizan las planillas construidas para tal fin.

En el presente informe se analizará la evolución de la enfermedad entre 1996 y 2005 y la accesibilidad geográfica a los efectores de salud para la realización del diagnóstico según lugar residencia del paciente.

En el año 1996, se instauró el Programa Integral para el Control de la Tuberculosis en los efectores municipales. En este año se registró el número más alto de enfermos en tratamiento en todo el período analizado, pero en los años siguientes se observó una tendencia oscilante que no termina de direccionarse hacia una clara disminución de los casos (Gráfico N° 1). Si se tiene en cuenta que el promedio del número de casos en estos diez años ha sido de 201,7 se observa que si bien ha habido años que han presentado menor cantidad de casos con respecto a este promedio estos han estado alternados con años en que este valor ha sido superado.

¹ WHO Report 2005: *Global Tuberculosis Control: Surveillance, Planning, Financing*". World Health Organization. 2005.

² Caso nuevo: Paciente que nunca ha recibido tratamiento antituberculoso

³ Reingreso: Paciente que abandonó tratamiento previo o se trasladó y reingresa a la cohorte en el mismo servicio o en otro.

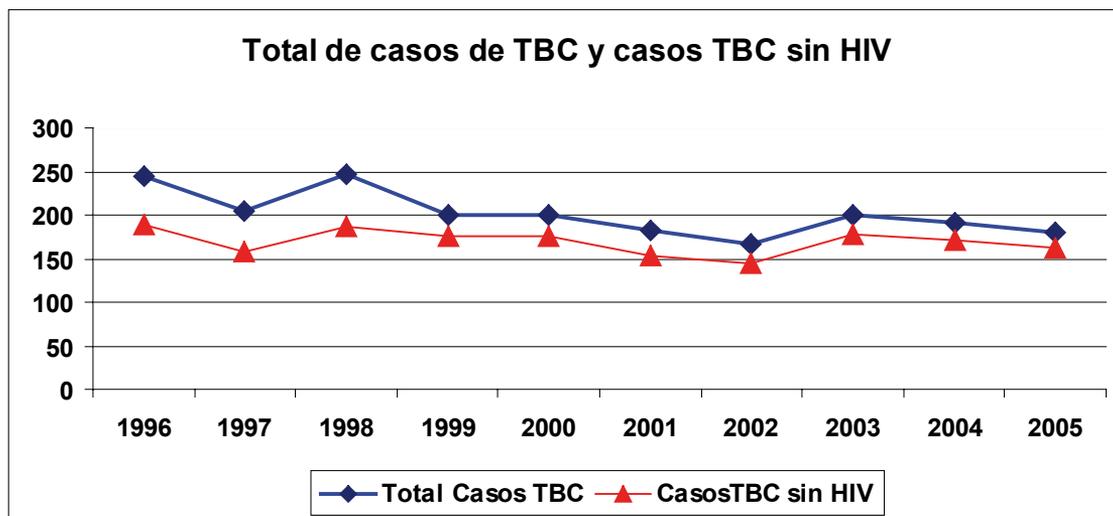
Gráfico 1



El HIV continúa siendo la enfermedad concomitante que más casos ha acumulado en el año 2005 con 18 (10%), le siguen en importancia la diabetes con 8 (4,4%) y el alcoholismo con 5(2,8%). Sin embargo, si se tiene en cuen-

ta que en el año 1996 fueron 56 (22,95%); la disminución de la coinfección en estos 10 años alcanzó al 56,4% (Gráfico N° 2).

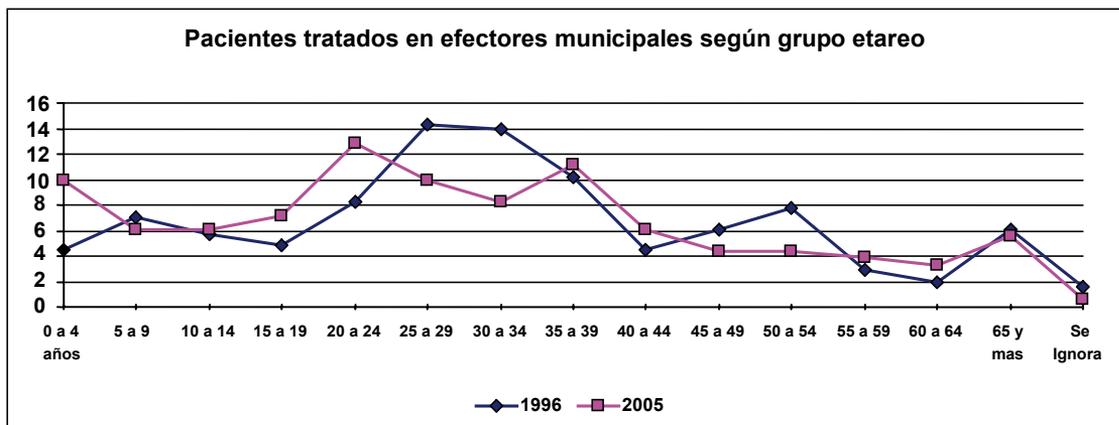
Gráfico 2



Al analizar la edad de los enfermos afectados por esta patología se observó una modificación al comparar las distribuciones por grupo etareo de los años 1996 y 2005, especialmente entre los 25 y 40 años. La disminución de la frecuencia en el año 2005 podría pensarse que estaría relacionada a la reducción de los casos con la coinfección HIV/TBC, pues valdría recordar que es en este grupo de edad donde se produce la mayor concentración de casos de enfermos con esta asociación. (Gráfico N° 3)

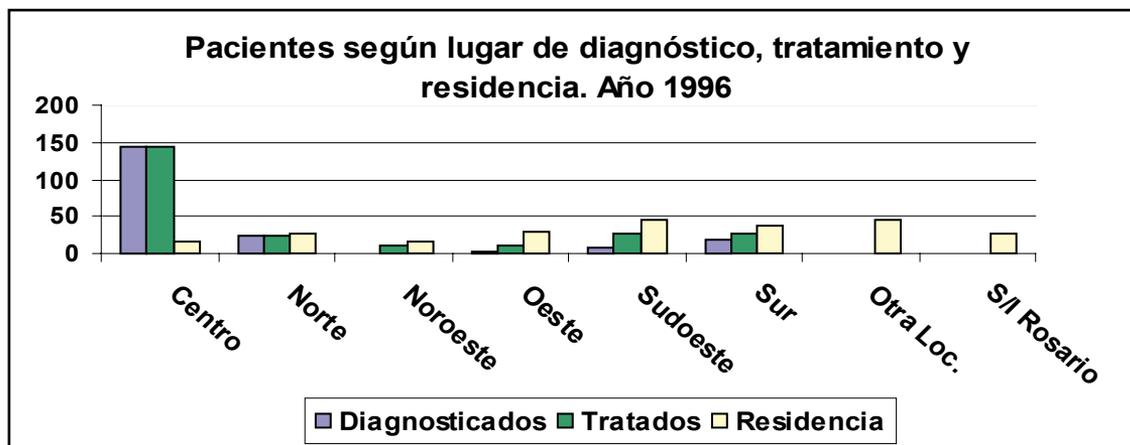
Por otra parte, es de destacar que los casos de tuberculosis con o sin la coinfección en enfermos de edades avanzadas (65 años y más) expresa que, en su gran mayoría se deben a una reactivación endógena a partir de infecciones que tuvieron lugar en años anteriores. Cabría esperar que la relación actual se invierta a partir de la disminución de la frecuencia en edades jóvenes, que indican fuentes de infección recientes por persistencia de la infección tuberculosa en la comunidad

Gráfico 3



Al estudiar la distribución geográfica de la TBC se comprobó que al inicio de la instauración del programa en el año 1996, de los 143 casos tratados en el Distrito Centro el 100% de los mismos fueron diagnosticados en los hospitales que se encontraban en ese distrito (Hospital de Niños Víctor J. Vilela, Hospital Clemente Alvarez y Hospital Carrasco), principalmente en el Hospital Carrasco, aunque solamente 16 pacientes residían en ese distrito. Por otro lado, en el Distrito Norte el número de casos diagnosticados y el lugar residencia es fue 25 y 27 respectivamente. Este es el único distrito donde los enfermos concurren en busca del diagnóstico a los efectores de salud ubicados en el mismo distrito en donde residen. (Gráfico N° 4)

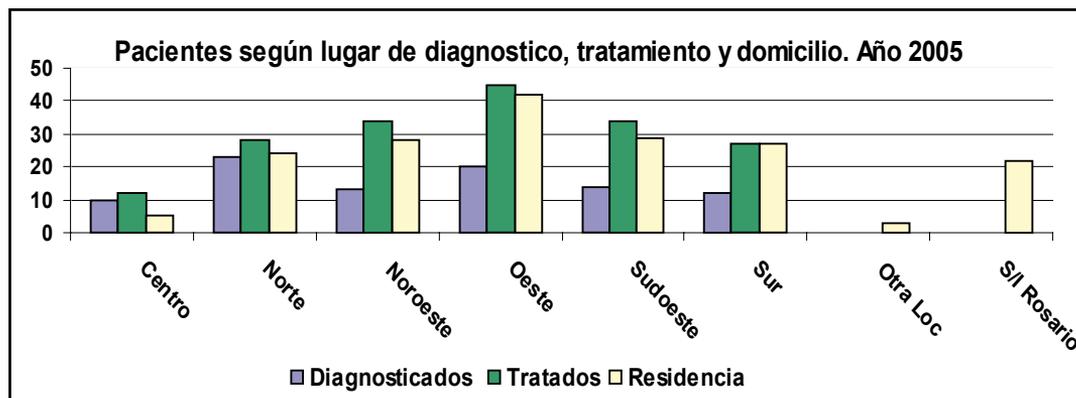
Gráfico 4



En el año 2005 en el Distrito Centro (además de los hospitales, ya mencionados en el párrafo anterior, se incorpora el CEMAR y el Centro de Salud Martín, de los 12 casos tra-

tados en los efectores de ese distrito se diagnosticaron en los mismos 10 (83,3%), de los cuales solamente 5 residían en este distrito. (Gráfico N° 5)

Gráfico 5



A lo largo del período analizado se observa que ha habido un desplazamiento del lugar donde se realizan los diagnósticos, desde los efectores ubicados en el Distrito Centro hacia efectores de los otros distritos. En el año 1996 de los 244 pacientes diagnosticados en efectores municipales 184 (75,4%) fueron realizados en los hospitales ubicados en el Distrito Centro y en el año 2005 este porcentaje se redujo un

55% siendo los diagnosticados solamente del 33,9% de los 180 casos de ese año.

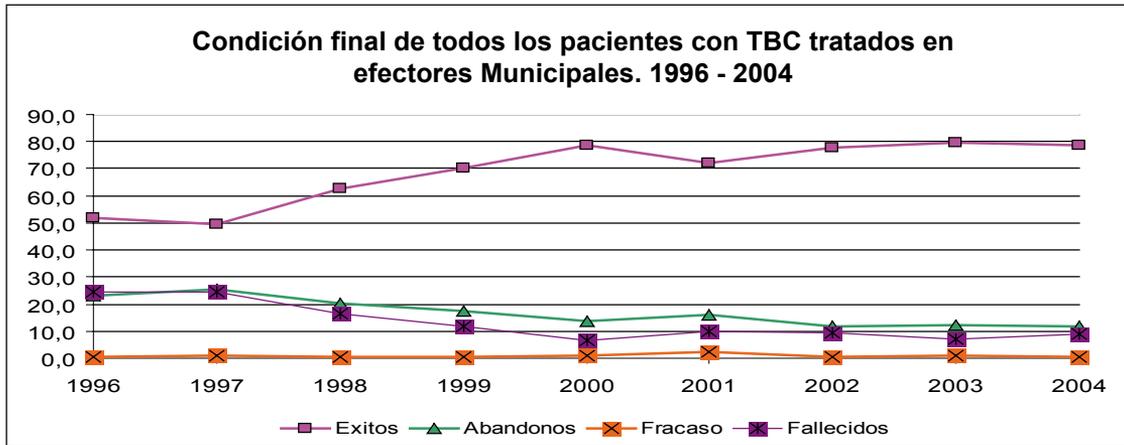
Sin embargo el porcentaje de estos aún es inferior al producido con respecto a los tratamientos, los cuales son realizados en los centros de salud y hospitales correspondientes al domicilio del enfermo. Cabe recordar que el Hospital Carrasco y el Hospital Alberdi disponen de una central de tratamiento para

la realización de los mismos en la modalidad de supervisados

La estrategia de descentralización y de implementación de tratamientos supervisados muestra en la condición final de los mismos un ascenso de los pacientes como curados o con tratamientos terminados, llegando cerca

de las metas programáticas (85%), situación que se representa mejor en aquellas terapias supervisadas en APS. También se destaca una tendencia francamente al descenso de la mortalidad: del 22,84% en el año 1996 al 8,65% en el 2005, representando una reducción del 62% (Gráfico N° 6)

Gráfico 6



En relación a la accesibilidad de los enfermos a los servicios de salud se la entiende como el proceso de buscar y recibir atención; lo que implica una gama continua de fenómenos pertenecientes al proceso de atención médica, donde en un extremo está la disponibilidad, que constituye la presencia física de los recursos y en consecuencia la capacidad para producir servicios, y en el otro el acceso a la utilización y resolución de los problemas de salud de los usuarios; es decir la posibilidad de obtener atención fácil y oportuna cuando se la necesita.

Para analizar la accesibilidad desde esta perspectiva fue necesario georreferenciar a los enfermos, es decir ubicar su domicilio a partir de la longitud y latitud en el plano de la ciudad de Rosario⁴. Se seleccionaron los

pacientes con residencia en la ciudad de Rosario, mayores de 15 años diagnosticados en los hospitales municipales en el año 2005 y a quienes se les realizó basiloscofia de esputo (bacilo ácido alcohol resistente (BAAR)) para la confirmación del diagnóstico y cuyo resultado fue positivo.

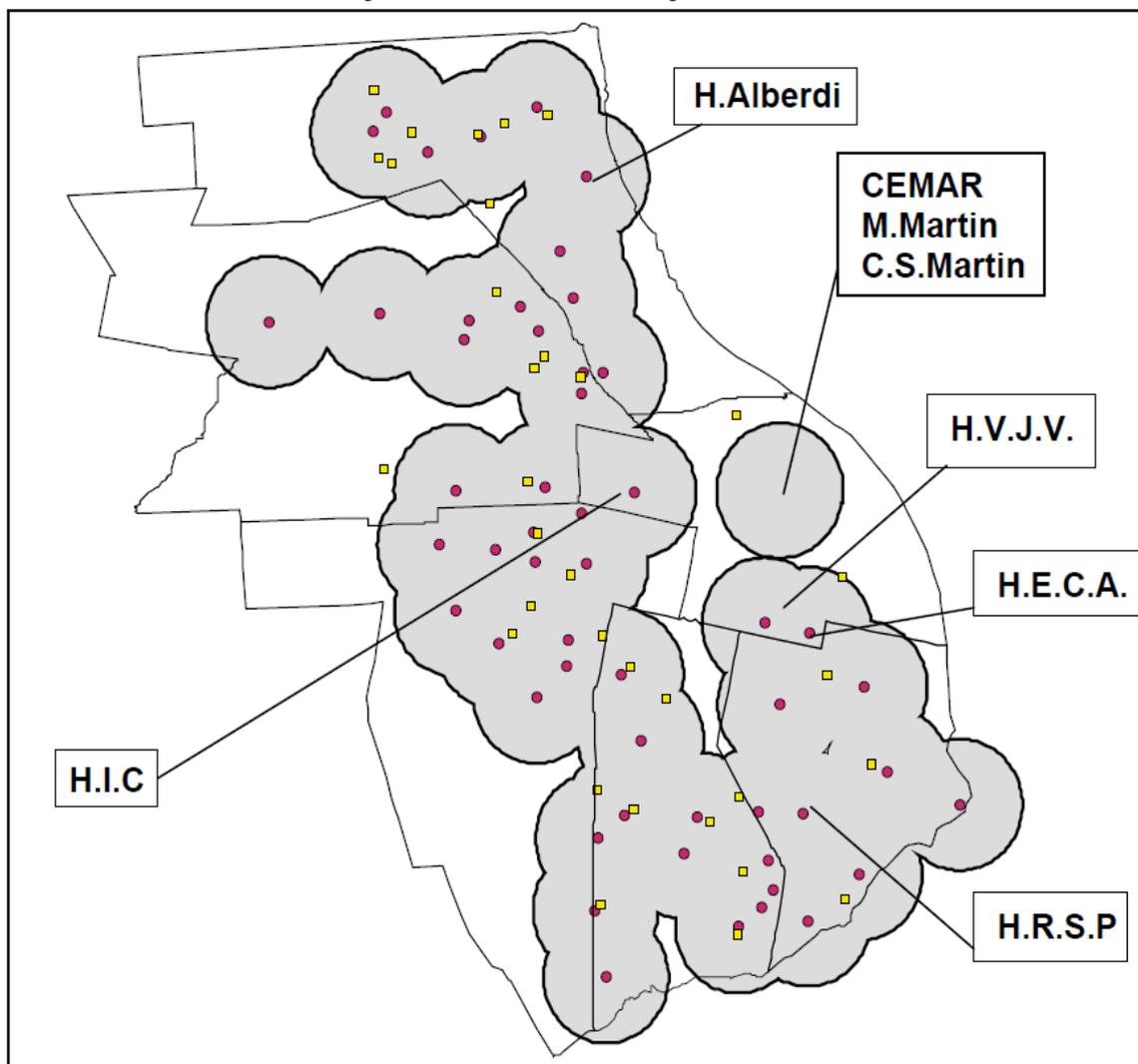
El Software SIGEPI permite establecer la distancia que existe entre el lugar de residencia de los enfermos e identificar a aquellos según el efector en que realizaron la consulta en búsqueda del diagnóstico. Para ello se localizaron geográficamente todos los efectores de Salud Municipales y se delimitó un área al rededor de cada uno de 10 cuadras, medida tomada arbitrariamente como distancia prudencial a recorrer por los enfermos para

⁴ Ver en este boletín: Sistema de Consulta Epidemiológica, "Sistema de información geográfica en epidemiología y salud pública"

concurrir a un centro e salud. Es de destacar que la georreferencia no permite dar cuenta de las barreras de orden urbanísticas (falta de puentes, descampados, entre otras) que podrían estar interfiriendo en el acceso a los centros de salud.

De los 61 enfermos diagnosticados y tratados en efectores municipales y que presentaban las características antes señaladas se georreferenció solamente a 35 quienes habían realizado su diagnostico en alguno de los hospitales (Mapa N° 1).

Accesibilidad a los efectores de salud de los pacientes con tuberculosis mayores de 15 años y con ED+



Referencias

- Efectores Municipales
- Pacientes con TBC

El mapa construido con esta información muestra que solamente en 2 casos el recorrido que debían realizar para acceder a un centro de salud fue superior a las diez cuadras, el resto de los 33 restantes obtuvieron el diagnóstico de su enfermedad en los hospitales a pesar de que contaban con algún centro de salud de atención primaria a una distancia menor de 10 cuadras de su domicilio. Por otra parte, con excepción de el CEMAR, los hospitales no han diagnosticado en este año, pacientes que estuvieran en el radio de distancia establecida.

Estos hallazgos permiten interrogarnos acerca de los condicionantes que estarían interviniendo: de índole personal o de organización de los servicios entre otros, que hacen que los enfermos no concurran en búsqueda del diagnóstico a aquellos efectores a los tienen una mayor accesibilidad geográfica. Es de tener en cuenta que un análisis de esputo no requiere de recursos sofisticados, la obtención de la muestra es sencilla y todos los centros de salud disponen de la infraestructura necesaria para realizarlos.

Discusión

Si bien todo cambio en salud es un proceso, los resultados obtenidos hasta la actualidad merecen un análisis para proponer modificaciones; esperando contar en un corto plazo con mayores logros a los que hoy damos cuenta. La estrategia con la modalidad de tratamiento directamente observado es una forma de abordaje que ha demostrado sus beneficios en vista de los logros obtenidos en los tratamientos y la reducción de la mortalidad.

Por otra parte la descentralización de los pacientes para realizar los tratamientos en APS, facilitó la accesibilidad de los enfermos de tuberculosis al sistema de salud acompañado con el fortalecimiento de la red. Se mejoró la articulación del circuito de los pacientes entre hospitales y centros de APS, y se realizó una capacitación permanente y en terreno que originó un compromiso renovado de los

equipos de salud en la temática de la TBC.

Para continuar avanzando en este proceso proponemos: seguir trabajando multidisciplinariamente para mejorar la adhesión al tratamiento y la recuperación de los enfermos que, por determinadas circunstancias socioculturales y económicas, lo abandonan.

Es necesario acordar nuevas estrategias con participación intersectorial, para mejorar la apropiación por parte de las organizaciones sociales y de los grupos locales de este problema de salud, tendientes al fortalecimiento de una mayor y mejor participación ciudadana.