



Revisión Bibliográfica

Facultad de Ciencias Médicas Dr. Faustino Pérez Hernández

Tuberculosis: un problema social.

Tuberculosis: a social problem.

Dr. Lorenzo Rubio JL¹, Dr. González Martín A², Dr. Rodríguez González A³, Dr. Quesada González G⁴, Est. Rodríguez Sanz A⁵

Especialista de 2^{do} grado en Neumología. Profesor Asistente. Sancti Spíritus. Cuba ¹
Especialista de 1^{er} grado en Radiología ²
Especialista de 2^{do} grado en Fisiología. Profesor Titular ³
Especialista de 1^{er} grado en Neumología . Profesor Auxiliar ⁴
Estudiante de 5to año en Medicina ⁵

RESUMEN

La situación actual de la Tuberculosis a nivel mundial es deplorable, generada por la grave crisis económica, el incremento de la infección por VIH y la pobre calidad de los programas de control, lo cual constituye un serio problema para los sistemas sanitarios de casi todos los países del mundo, que han visto en la estrategia DOTS, el mejor procedimiento para tratar al paciente tuberculoso. Se realiza una revisión con la finalidad de analizar integralmente al paciente tuberculoso con sus derechos, problemas éticos, legales y sociales que influyen en su comportamiento en la comunidad.

DeCS: TUBERCULOSIS, PROBLEMAS SOCIALES

SUMMARY

The current situation of the Tuberculosis at world level is deplorable, generated by the serious economic crisis, the increment of the infection for HIV and the poor quality of the control programs, that which constitutes a serious problem for the sanitary systems of almost all the countries of the world that have seen in the strategy DOTS, the best procedure to treat the tuberculous patient. He/she is carried out a revision with the purpose of analyzing the tuberculous patient integrally with their rights, ethical, legal and social problems that influence in their behavior in the community.

MeSH: TUBERCULOSIS, HEALTH CARE

INTRODUCCIÓN

La situación de la tuberculosis es deplorable. En la actualidad hay 20 millones de tuberculosos en el mundo y aparecen 8 millones de casos nuevos cada año, de los cuales mueren cerca de 3 millones, lo que es una paradoja para una enfermedad esencialmente curable. Peor aún casi un tercio de la población mundial, es decir, unos dos mil millones de habitantes, están infectados con el bacilo de Koch. De este inmenso reservorio surgirá la cuota de víctimas encargada de pagar la

deuda hasta bien avanzado este siglo. El efecto adverso de la pobre calidad de los programas de tuberculosis (TB) en muchos países, el rápido crecimiento de la población adulta infectada con el germen y el efecto del virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) en el incremento de la incidencia de la enfermedad, ha empeorado la situación. La OMS ha declarado a la TB como una emergencia global y ha advertido que la enfermedad puede costar más de 30 millones de vidas en la actual década, a menos que se tome una acción inmediata para frenar su diseminación. Es por esto que nos hemos propuesto revisar los aspectos sociales de esta enfermedad ^{1,2,3,4}.

DESARROLLO

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa y transmisible de evolución aguda, subaguda o crónica, que afecta más al aparato respiratorio, preferiblemente los pulmones y que está influida por condiciones socioeconómicas. Es causada por el bacilo de Koch (M. Tuberculosis, Bovis y Africanum) y se caracteriza por la formación de granulomas en los tejidos infectados respondiendo a una sensibilidad mediada por células.

Los bacilos tuberculosos se transmiten habitualmente por inhalación de microgotas contaminadas expulsadas al aire por la tos de aquellos individuos que presentan lesiones activas en los pulmones y en comunicación con las vías aéreas (cavernas abiertas). La mayoría de las infecciones se adquieren por exposición prolongada más que por contacto casual, pues los mecanismos de defensa del aparato respiratorio son capaces de eliminar pequeñas cantidades de micobacterias. ^{1,2,3,4,5}

La situación epidemiológica de la Tuberculosis varía mucho de un país a otro y depende del desarrollo socioeconómico alcanzado, la estabilidad política, el desarrollo de los servicios de salud en general y especialmente del programa de control de la enfermedad ^{3,4,5,6}.

En los cinco años transcurridos desde que la OMS adoptó el tratamiento breve bajo observación directa (DOTS) como estrategia de lucha contra la tuberculosis en todo el mundo, más de 1,2 millones de personas han recibido esa terapia la mayoría son adultos jóvenes y de mediana edad, y más de 900 000 de ellos sufrían la forma infecciosa de la enfermedad, con frotis positivo. Si sólo hubieran tenido acceso al tratamiento que antes se les podía ofrecer en sus países, muchos de ellos habrían muerto muy probablemente, muchos más se habrían transformado en casos crónicos propagando la enfermedad en sus comunidades. De hecho son esos casos crónicos, resultado de un tratamiento deficiente o interrumpido, los que se convierten en la principal fuente de las temibles cepas fármacos resistentes del bacilo de la tuberculosis.

Componentes claves de la estrategia DOTS.

- Una red de agentes capacitados que administren el tratamiento bajo observación directa como mínimo los dos primeros meses.
- Laboratorios dotados de personal equipado y formado para reconocer los bacilos tuberculosos en muestras de frotis de esputo.
- Suministro fiable de medicamentos de alta calidad. (La capacidad de pago del paciente no debería influir nunca en la decisión de suministrar tratamiento).
- Un sistema preciso de registro y de análisis de cohorte para vigilar la detección de casos, los tratamientos y la evolución de los pacientes.
- Compromiso político y financiero sostenido. (son necesarios para apoyar cada uno de los componentes claves de la estrategia DOTS. Puesto que los efectos de un tratamiento eficaz revierten en beneficio no sólo del paciente sino también de la comunidad local y del conjunto de la sociedad, no tiene sentido supeditar el tratamiento a determinadas condiciones.

Decálogo de DOTS.

- Curar al enfermo.
- Prevenir nuevas infecciones
- Detener la TB multirresistente.
- Costo beneficio
- Ventajas comunitarias.
- Prolongar la vida de los pacientes con SIDA
- Proteger la fuerza laboral
- Proteger a los viajeros internacionales
- Estimula las economías.
- Eficacia probada.

En Cuba se sigue la estrategia DOTS con la aplicación sistemática de la terapia multidroga directamente supervisada y en el seguimiento de los resultados de este tratamiento. Se utilizan cuatro drogas en la primera fase y dos en la segunda (esquema 2HRZS / 4H2R2) ^{7,8,9,10,11,12,13}.

La Ética, el Derecho, y la Política confluyen en tres aspectos que, a su vez, constituyen los principales relacionados con esta enfermedad, en diferentes latitudes: la discriminación de las personas con tuberculosis; la confidencialidad diagnóstica; y el ejercicio de los poderes coercitivos del Estado para limitar la propagación de la enfermedad.

Discriminación: La mejor forma de proteger la salud de todas las personas es permitir que aquellas que padecen de tuberculosis y son socialmente responsables, desarrollen vidas normales en la medida que su salud se lo permita, ya que la discriminación y el estigma hieren y no ayudan, ni al público en general ni a los enfermos. No obstante, la discriminación de estas personas se ha convertido en un fenómeno mundial.

La discriminación por esta enfermedad infecciosa adquiere mayor injusticia, ya que los riesgos de contagio bajo la estrategia DOTS son muy bajos y la persona puede desempeñar sus funciones y actividades sociales y laborales en algunos países de manera normal. Un gran porcentaje de las personas con TB es joven, es decir, se hallan en la edad económicamente productiva y en casi todas las comunidades la pérdida de la aptitud para tener un empleo es devastadora, parecida a la pérdida misma de la vida.

Existen principios absolutos aceptados en todo el mundo recogidas en los acuerdos y declaraciones concernientes a los derechos humanos y es considerado como un derecho fundamental no ser objeto de discriminación basada en la discapacidad. Además, la noción fundamental de los derechos humanos, supone que ninguna persona puede ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u otra condición que no guarde relación con sus acciones o calificaciones. Sin embargo, estos principios y teorías dejan un amplio margen de interpretación cuando se trata de un tuberculoso y aún más con la coinfección SIDA/TB. No obstante la conclusión universal ha sido que el respeto a los derechos humanos es más que un criterio humano: es el único criterio capaz de combatir con eficacia la infección SIDA/TB.

Confidencialidad. Aunque resulta objetivo que el paciente tuberculoso tiene derecho de conocerlo al igual que el personal de salud que trata al paciente y las autoridades de salud pública encargadas de efectuar el control epidemiológico, la amenaza de discriminación ha tenido gran efecto sobre los grupos de riesgo de padecer la enfermedad, sobre todo los portadores de VIH lo que ha exigido una estricta protección de la confidencialidad, precisamente para amparar a las personas infectadas de la amenaza de reacciones sociales y racionales.

Un aspecto de la confidencialidad por la asociación SIDA/TB, que en no pocos casos ha generado problemas éticos-legales, es el relativo a la notificación a terceros, entendiéndose como tal al

compañero sexual conocido, o que comparte los hábitos de drogas. En estos casos si hay cooperación en la localización y estudio de sus contactos y todo se realiza con la mayor confidencialidad, se resuelve el problema sin grandes dificultades.

En ocasiones no se logra que la persona infectada informe sus contactos, y es en esos casos cuando se hace necesario preguntarse, en qué momento el derecho individual a la confidencialidad así como la clara necesidad práctica de alertar a las personas a que se sometan a la prueba debe ceder ante la necesidad de proteger a otras personas.

Aunque la forma de abordar todo lo concerniente a la confidencialidad varía entre diversos países, y dentro de estos entre las autoridades sanitarias, así como las pautas establecidas por diversas organizaciones internacionales OMS, OPS, u otras, si hay un consenso en gran parte del mundo sobre el cumplimiento de los siguientes aspectos:

1. Se debe alertar al paciente tuberculoso a que refiera sus contactos.
2. Debe mantenerse la confidencialidad en todos los casos por razones morales, el respeto a la dignidad autonomía del paciente, desde el punto de vista pragmático, ya que es esencial para que el paciente pueda ser sincero.
3. Existen circunstancias en que se puede violar la confidencialidad de la relación médico paciente, como es el caso de la alerta oportuna a posibles víctimas de un daño grave e intencionado.
4. Deben realizarse chequeos periódicos a personal de salud y sanitario que trabaja directamente con estos pacientes.
5. Es preciso pensar con lógica y establecer una norma equitativa y prudente. El punto de partida debe ser la protección firme y explícita de la confidencialidad en la ley: A partir de ahí será posible considerar excepciones determinadas por las necesidades de protección.

Coerción estatal: Las ideas de coerción que han estado siempre relacionadas con la tuberculosis, se han visto favorecidas por el pánico tradicional generado por esta enfermedad y por los distintos patrones que constituyen factores de riesgo de la enfermedad. De aquí se desprende la opinión de algunos, sobre la necesidad de someter a sanciones legales los conductos intencionados que representan una amenaza para la salud pública.

En la actualidad la mayor parte de los países incluyendo Cuba, han eliminado la práctica de aislar a las personas por su enfermedad y llevan a cabo el aislamiento de acuerdo con los patrones de conducta de los afectados o si se encuentran en instituciones cerradas.

Hay coincidencias en que la transmisión premeditada o imprudente de una infección probablemente mortal, está dentro del campo de los patrones de conducta proscritas por el Derecho Penal en muchos países ejemplo: Estados Unidos, Alemania, Cuba, etc.

En Cuba el artículo 195 del Código Penal determina la obligatoriedad que tiene cada médico de declarar las enfermedades infecto-contagiosas ^{14,15,16,17,18}.

La información y la educación de la salud deben ser principios básicos para la toma de decisiones de la comunidad. Esto influiría indiscutiblemente en la toma de decisiones de los individuos, con relación a sus problemas de enfermedad, y a sus decisiones respecto a los cambios a realizar en sus normas y estilos de vida, no sólo por orientación médica sino por el análisis consciente sobre la calidad de su propia vida, todo lo cual deberá estar en armonía con los intereses de su comunidad.

Si a un individuo se le diagnostica una enfermedad transmisible y le son orientadas las medidas necesarias para controlar el foco, el individuo debe tener en cuenta el peligro que entrañaría no cumplir con las normas sanitarias para evitar la propagación de la enfermedad y considerar los riesgos a los cuales expone a su familia y su comunidad.

El bienestar y la seguridad comunitaria deben estar por encima de las decisiones individuales. (Ley 41-83 rectora en materia de salud regula en su artículo 60 y 64 la prevención y control de las enfermedades).

En nuestra experiencia la toma de decisiones comunitaria en función de la salud, se ha desarrollado mediante el análisis de la situación de salud con la comunidad. Es esta quien decide acerca de los problemas presentados, cuales son los prioritarios y establece el plan de acción, donde todas sus estructuras (políticas, económicas, culturales) participan en la solución de los problemas. Este proceso hace que los miembros de la comunidad participen concientes en los cambios necesarios para mejorar la salud comunitaria, lo que anteriormente era exigido al Ministerio de Salud Pública ^{19,20}

CONCLUSIONES

1. La tuberculosis es una enfermedad que aparece con la civilización.
2. No hay dudas que la tuberculosis es una “enfermedad social” que como un “iceberg” muestra la parte emergente como un mero problema sanitario de una realidad socioeconómica que a pesar de ser el sustrato real de la enfermedad, se encuentra en general oculta.
3. Los serios problemas éticos, legales y sociales generados por esta enfermedad en todos los países, señalan que aún no está totalmente trazada la ruta que le permitan al Estado proteger la salud pública y al mismo tiempo, los derechos de las personas vulnerables.
4. La estrategia DOTS es la mejor respuesta a propósitos de los derechos y el tratamiento de los enfermos con tuberculosis.
5. La aplicación de sanciones legales es una medida necesaria, en aquellos casos en que conociendo la forma de transmisión de la enfermedad o el abandono del tratamiento pueda afectar a otros miembros de la familia o de la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Farga V. Tuberculosis, presente y futuro. *Rev. Med. Chile.* 1994; 122: 1332-34.
2. OMS. La OMS declara a la TB como una emergencia global. En: *Boletín mensual SIDA/ETS.* México. 1999; 6: 2448-49.
3. Borrroto Gutiérrez S. Evaluación del programa de control de la TB en el Instituto "Pedro Kourí". *Rev. Cub. Salud Pública.* 1999; 25(1): 39-43.
4. Tuberculosis: una reflexión necesaria. *Rev. Inf. Ciencias Médicas.* 1998; 11(4): 163-66.
5. Martín Peñate F. La Tuberculosis de hoy. *Gac. Méd. Caracas.* 1996; 104(1): 26-31.
6. Hugo E. Experiencia de la lucha antituberculosa en el estado de Táchira. *Gac. Méd. Caracas.* 1996; 103: 251-59.
7. Armas Pérez L. Elementos del diagnóstico clínico y el tratamiento de la tuberculosis *Rev. Cub. Med. Gen. Integr.* 1996; 12(1): 59-68.
8. Terán Escando D La Tuberculosis en los tiempos del SIDA. *Rev. Inst. Enf. Resp. Mex.* 1996; 9(3): 203-205.
9. Beldarrain Chaple E. Apuntes por la historia de la lucha antituberculosa en Cuba. *Rev. Cub. Salud Pública.* 1998; 24(2): 97-105.
10. Wetto EM. *Global Tuberculosis Control. WHO Report.* 1998. Geneva. Switzerland. WHO; 1998.
11. Cuba MINSAP. Dirección Nacional de Epidemiología. Actualización del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. La Habana. 1999
12. OPS . Estrategia DOTS. Ginebra Suiza: OPS-OMS.1999
13. Kochi A. DOTS ¿ El gran avance sanitario de los 90 contra la Tuberculosis? *Forum Mundial de Salud.*1997; 18 (3:4): 251-259
14. Beekhurst C. Factors influencing the distribution of tuberculosis in an inner London. *Rev. Commun Dis Public Health.* 2000; 3(1): 28-30.
15. República de Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico. Dirección Nacional de Estadística. 1999.
16. Fujiwara PI. Relación entre el VIH, SIDA y Tuberculosis en la Ciudad de New York. *Bol. Ofic. Sanil. Panam.* 1999; 17(5): 438-452.
17. Villapando A. Bioética: Principios y fundamentos. *Rev. Sanit. Milit. Mex.* 1997; 51(5): 232-35.
18. Villapando A. Definiciones de Etica y Bioética. Sitio de la Bioética en la Filosofía moral. Deontología, Teología, los principios éticos de Autonomía, Beneficencia, No Maleficencia y Justicia. *Rev. Sanid. Milit. Mex.* 1999; 53(2): 153-157.
19. Casa García S. Perfil Sociocultural del paciente tuberculoso. *Rev. Med. IMSS Mex.* 1996; 34(3): 229-232.
20. Shuger NW. Infección y enfermedad tuberculosa entre las personas en busca del seguro social en la ciudad de New York. *Int. J. Tuberc. Lung Dis.* 1997; 1(1): 31-37.