

# El Control de la Tuberculosis en los Servicios Generales de Salud\*

ROGELIO VALLADARES G.

Se ha puesto de actualidad traer a los trabajos sobre temas controvertibles, las definiciones de términos que dan los diccionarios, transcribiéndolas del todo o en parte. Esto es especialmente verdad en tuberculosis, donde las palabras "erradicación", "eliminación" y "control" son objeto de análisis cuidadoso desde el punto de vista semántico.

No iniciaremos esta contribución con las definiciones de "integración", "coordinación" e "incorporación", por ser más práctico decir lo que se entiende en salud pública cuando se afirma que las actividades y los servicios de control de la tuberculosis deben incorporarse a los servicios generales de salud.

Siendo los servicios y organismos de salud un todo tan complejo, es evidente que la incorporación a ellos de cualquiera de sus partes no significa la desaparición de la misma; por el contrario, implica un fortalecimiento técnico y una acción específica más amplia y eficaz. Si falta alguno de los elementos de ese todo, el servicio de salud es incompleto. Así pues, un servicio de salud sin actividades de control de la tuberculosis, no es un servicio completo. Un servicio o una organización para el control de la tuberculosis que no forme parte de los demás servicios de salud, es una "campana" al estilo antiguo, unilateral y antieconómica, a veces con brillo y con aceptación del público limitado que está más beneficiado por ella; pero de un alcance muy restringido en cuanto a población atendida y a permanencia del servicio prestado.

---

Asesor Regional en Tuberculosis de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.

## Incorporación de las actividades

La incorporación a los servicios generales de salud pública de la lucha antituberculosa significa que así como al nivel de los servicios de higiene materno-infantil, no debe haber niño alguno que no reciba tanto la vacuna antivariólica, como la DPT y la antipoliomielítica, tampoco debe quedar ninguno a quien no se le haga la prueba tuberculífrica y la vacunación con BCG. Así como cualquiera de estos servicios para niños denuncia todo caso que inspire la menor sospecha de enfermedad contagiosa aguda, y recurre al epidemiólogo, igualmente se debe recurrir al servicio antituberculoso al encontrar un niño con reacción tuberculífrica positiva, pues esto a esa edad puede significar más que una sospecha, la existencia de uno o más casos de tuberculosis. Si no hay servicio especializado, se debe al menos poder disponer y aplicar las técnicas básicas para descubrir los casos y tomar las medidas conducentes.

Cuando los servicios de higiene escolar, en extremo desarrollados en algunas zonas, y con frecuencia muy independientes, se encargan de hacer las pruebas inmunológicas y de aplicar las inmunizaciones necesarias a la población de 7 a 14 años de edad, es inconcebible que no hagan también la prueba de Mantoux y la vacunación con BCG y que no cuenten con la coordinación necesaria para examinar, mediante rayos X, a los tuberculinos positivos y seguir la pista de las posibles fuentes de infección.

Hasta hoy, ha sido más difícil organizar y hacer funcionar servicios de salud pública adecuados para la población de edad prees-

---

\* Manuscrito recibido en febrero de 1964.

colar, pero cuándo y dónde los haya, el principio que venimos exponiendo debe aplicarse en igual forma.

Hasta aquí, es difícil encontrar oposición a este concepto. Las objeciones comienzan a ser fuertes cuando se trata del servicio a domicilio de enfermeras de salud pública. Este aspecto es muy importante, porque la visita domiciliaria se considera íntima y directamente relacionada con la continuación de la quimioterapia ambulatoria correcta. La teoría sigue siendo la misma y es igualmente aplicable en la práctica. Cuando, más adelante, se consideren las objeciones de orden práctico, se presentarán algunos esquemas intermedios que podrían utilizarse para obviarlas.

El laboratorio de salud pública es un servicio cuya responsabilidad ante el problema de la tuberculosis hay que precisar y exigir terminantemente. El diagnóstico bacteriológico es la única confirmación etiológica definitiva de la tuberculosis, sobre todo en lugares donde es cada vez más patente la localización pulmonar de otras enfermedades. Todo caso con imágenes radiográficas sospechosas debe ser objeto de investigación bacteriológica, puesto que ésta forma parte del proceso diagnóstico. El crédito del examen de esputo se ha ido perdiendo en los últimos años, por el excesivo valor dado a la radiografía y porque toda técnica se desacredita a su aplicación es inadecuada e insuficiente y también porque ha sido más cómodo recurrir a la administración de isoniacida, dado que "al menos, no hace daño". Incorporar las actividades de control de la tuberculosis al servicio de laboratorio supone que en éste se investigue el bacilo de Koch en todos los especímenes que se le envíen, por las técnicas más correctas y con una supervisión apropiada.

Es un hecho ampliamente confirmado que, entre quienes solicitan atención médica en los consultorios externos de los hospitales y en otros institutos de asistencia médica, se encuentra el porcentaje más alto de casos de tuberculosis activa. Es, pues, lógico y

necesario incorporar las actividades de lucha antituberculosa a estos servicios. Cuando en esos consultorios y hospitales, que, con frecuencia, exceden en número y posibilidades a cualquiera otro tipo de servicio de salud, sea asunto de rutina la aplicación de las técnicas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis, el examen de los contactos y el seguimiento de los casos, se habrá sumado tal acopio de recursos a la lucha antituberculosa, que se multiplicará el alcance de los servicios y la eficacia del control de la enfermedad.

También al extremo ínfimo de las categorías del servicio, al puesto de salud rural, al alejado dispensario médico municipal, donde todo gira alrededor de una auxiliar de enfermería y por donde pasa un médico de vez en cuando, es posible llevar ciertas actividades básicas de lucha antituberculosa. Muchos podrían recibir la vacuna BCG, sobre todo si se ensayan primero, y se adoptan después, formas más simples de aplicarla. Y se podrían diagnosticar muchos casos de tuberculosis mediante una muestra de esputo bien recogida y bien examinada. La acción debe llevar al reparto de drogas a los casos diagnosticados y al envío de los contactos a servicios mejor equipados para exámenes completos.

Esta es la interpretación práctica del concepto de incorporación de las actividades de control de la tuberculosis a los servicios generales de salud a todos los niveles.

#### Incorporación de los servicios

Cuando, dentro de las actividades del servicio general de salud, el médico y su personal dedican ciertas horas en determinados días de la semana, a las actividades específicas de control de la tuberculosis, o cuando tales actividades son parte de la rutina de dicho servicio, se puede considerar que la incorporación se está cumpliendo plenamente.

En servicios de salud más desarrollados, donde dos o tres médicos, en una unidad

sanitaria o centro de salud, se distribuyen las diferentes actividades preventivas y curativas, la incorporación es fácil y resulta siempre operante si el personal tiene una formación mínima adecuada. A estos niveles, donde el crecimiento del servicio de salud no ha exigido aún la especialización de éste en algunas dependencias, el problema de la incorporación se resuelve preparando al personal médico y auxiliar para cumplir tales funciones.

A medida que los servicios antituberculosos se diferencian y adquieren la importancia que, por regla general, tienen en nuestras ciudades mayores, se pueden encontrar muchas dificultades para llegar a esta incorporación administrativa.

Aparte de las actitudes personales o de grupo dictadas por los más variados intereses, el obstáculo fundamental de la incorporación es el no comprender la necesidad, de la subordinación administrativa a una autoridad local que asuma la responsabilidad de toda la labor de salud en una dada colectividad o región, sin que por ello el servicio específico pierda su autoridad técnica.

En este nivel superior, la incorporación del servicio de tuberculosis consiste en establecer su dependencia administrativa de una autoridad de salud local, la cual, con la participación de todos los servicios, prepara los programas locales, calcula las metas, asigna tareas y coordina actividades. Esta autoridad local suele ser el director o el jefe del organismo local o regional de salud; pero la fuerza de su autoridad técnica debe ser la resultante del conjunto de sus servicios, con cuyos jefes debe reunirse periódicamente para planificar, organizar, conocer los resultados de la supervisión y evaluar el rendimiento del trabajo.

Este tipo de reuniones son poco frecuentes en nuestras organizaciones. Los jefes de servicios de salud y los jefes de los servicios especializados rehuyen las reuniones, al parecer porque la mayor parte de las veces no saben unos lo que hacen o deben hacer

los otros, no han sido formados dentro de un ámbito de conocimiento mutuo de las respectivas actividades. Cada vez que se comenta que los tisiólogos no pueden entender la orientación actual del control epidemiológico de la tuberculosis, y que los médicos higienistas no pueden comprender los escollos del control de la tuberculosis porque ignoran los aspectos patogenéticos y clínicos de la enfermedad, se está contribuyendo a acentuar más la distancia entre este personal y a hacer cada vez más difícil la unificación y más remota la posibilidad de utilizar todos los recursos disponibles.

Ambos comentarios pueden ser verdaderos; pero la solución no está en acentuar los hechos negativos, sino en corregirlos. Para corregir esta situación se hace necesaria una labor de educación, de información y de acercamiento. Para evitar que las nuevas promociones de graduados sigan la misma trayectoria, es necesario modificar los estudios de salud pública y los estudios de las posibilidades clínicas. Las escuelas de salud pública y las facultades de medicina deben comprender su papel y poner sus programas de enseñanza a tono con las realidades nacionales.

Así como en la formación de médicos higienistas se destacan con razón los aspectos clínicos y de laboratorio de las enfermedades transmisibles agudas, deben destacarse igualmente los de las transmisibles crónicas, como la tuberculosis y la lepra, que son graves problemas de salud, así como también las características epidemiológicas que su cronicidad les imprime, lo difícil del diagnóstico etiológico y los aspectos especiales de su terapéutica.

Así como el tisiólogo estudia al detalle la patogenia, la clínica, la fisiopatología y la terapéutica más refinadas, debe saber en qué grado la enfermedad afecta a su colectividad, conocer cuáles son sus características epidemiológicas y tomar parte en servicios de control de la tuberculosis por tiempo suficiente para llegar a comprender el por qué de algunas simplificaciones y ciertas

normas que pudieran parecerle demasiado esquemáticas.

Esta labor debe comenzarse cuanto antes; la experiencia autoriza a afirmar que es posible dar a todos los estudiantes de medicina una formación básica en estos aspectos de la tuberculosis.

De la formación del personal dirigente depende la esperanza de una incorporación completa y eficaz de los servicios antituberculosos a los programas generales de salud.

### Objeciones prácticas

El argumento que se esgrime con más frecuencia contra la idea de incorporar actividades y servicios, es que la experiencia ha venido demostrando que la labor de control de la tuberculosis no se ejecuta ni en la cantidad ni con la calidad necesaria cuando se subordina a los servicios generales de salud.

Las maternidades, los servicios de higiene materno-infantil, los jardines de infancia y los servicios de higiene escolar no practican la prueba tuberculínica ni aplican la vacuna BCG, ni siquiera a la población que ellos alcanzan a atender. En muy pocos hospitales generales se hace la pesquisa sistemática de casos de tuberculosis. Las visitadoras de salud pública no llegan a visitar, siquiera una vez, a todos los casos nuevos de tuberculosis que se diagnostican y se ponen en tratamiento. Pero hay que tener en cuenta que en la incorporación progresiva de actividades van concurriendo los diversos servicios especializados, y cada uno lleva sus cargas específicas hacia un grupo de trabajadores de salud que ya es insuficiente para atender las obligaciones que le incumben. El proceso de incorporación de actividades debe significar, igualmente, la aportación de los recursos de que dispone cada servicio especializado, tanto en personal como en facilidades de transporte.

La incorporación de las tareas especializadas a los servicios generales de salud no

soluciona la escasez de personal; sólo permite utilizar más ventajosamente el disponible; hay un límite de escasez, que sólo se puede solucionar por otras vías. Hay tres aspectos que atender a este respecto: 1) Simplificar las técnicas hasta donde sea compatible con un rendimiento epidemiológico adecuado. 2) Exigir el estricto cumplimiento de sus obligaciones a cada funcionario, porque hay una tolerancia extrema en este sentido; el horario de trabajo se reduce hoy a voluntad del funcionario y el rendimiento del trabajo es increíblemente bajo. 3) Preparar personal auxiliar en cursos cortos y bien programados, porque al ritmo a que se forma hoy personal profesional, no cabe esperar nada efectivo en los próximos 25 años. 3) La preparación y ocupación de personal auxiliar presuponen el contar con un sistema de supervisión que mantenga la calidad de los servicios y, en consecuencia, hacen necesaria una preparación cada vez mejor y más amplia del personal profesional dirigente.

Estas tres condiciones: simplificación de técnicas, exigencia del rendimiento y preparación de personal no profesional en cursos cortos, no deben ser promesas para el futuro, sino un empeño inmediato. Por fortuna, por doquiera se hacen esfuerzos en este sentido, si se exceptúa la exigencia de rendimiento en el trabajo, que no ha recibido aún la atención debida.

Las "visitas domiciliarias" preocupan de manera especial a los directivos de campañas, de divisiones o secciones de tuberculosis. Es indudable que, cada vez que se pone más en manos del servicio de visitadoras de salud pública la visita de casos de tuberculosis, éstos disminuyeron notablemente al principio para aumentar poco a poco en los años subsiguientes. A las circunstancias, modificables, de la inclinación natural de la mujer y la formación tradicional de la enfermera, que la llevan a dedicar el 90% de su tiempo a los problemas de la madre y del niño, se ha añadido lo poco evidente que, hasta hace 10 años, podría ser su aporte en el caso de la tuberculosis. Pero, aun modifi-

cadras las circunstancias precedentes, queda siempre la carencia de personal. Esta realidad ha llevado a ensayos que han tenido más o menos utilidad en diversos países, utilizando otro personal para visitar los tuberculosos. A veces son auxiliares de trabajo social, otras, auxiliares de enfermería, inspectores y, en algunos casos, voluntarios preparados *ad-hoc*. Todas estas son vías que hay que utilizar; pero con una condición indispensable: el personal subprofesional que asuma estas tareas debe estar bajo la estricta supervisión del personal profesional correspondiente. Y, por otra parte, este personal auxiliar preparado en cursos cortos, debe conocer cuanto sea necesario para orientar la familia de un tuberculoso cuando, al visitarla, encuentre una embarazada que no se controla, niños que no asisten a servicio alguno, o que no están inmunizados contra las enfermedades transmisibles comunes.

En el plano de la visitadora profesional adscrita a un distrito o sector, cada tuberculoso que se descubra, y que ella debe conocer, dará origen a una nueva carpeta familiar (a menos que la familia esté ya fichada), que le merecerá igual atención que los demás casos.

Como las visitas periódicas por pacientes pueden ser causa de inadecuada aplicación del esfuerzo y en consecuencia de estimaciones de necesidades de personal fuera de las posibilidades prácticas, es preferible evitar los esquemas rígidos y limitar las visitas a tres momentos: a) Cuando se diagnostica el caso y se le visita por primera vez; b) cuando la totalidad de los contactos no han sido examinados dentro de un lapso de tiempo prudencial, establecido de acuerdo con la distancia y facilidades de transporte, y c) cada vez que el paciente no se presente en el servicio para renovar su provisión de drogas. En este último caso, se dará por sentado que mientras un paciente acude a buscar las drogas, es porque las está tomando regularmente.

Satisfechas estas necesidades básicas de visita, se puede pensar en visitas de otros tipos y en esquemas de periodicidad de las mismas.

Por último, la inmunización debe ser considerada también de manera especial ya que el porcentaje de la población vacunada con BCG es hoy muy bajo y sin efecto epidemiológico. Pero esto no sólo ocurre con la BCG. Una buena parte de nuestras poblaciones, tanto de las grandes ciudades como la rural, no están inmunizadas en grado aceptable contra la difteria, el tétanos, la tosferina, la poliomielitis y aún la viruela, y varios ministerios de salud que se esfuerzan hoy en mejorar esta situación inmunológica, vienen concentrando sus esfuerzos para lograrlo. Si una vacuna BCG de buena calidad y bien aplicada protege a cerca del 70-80 % de los que la reciben; si, además, esa protección puede durar 10 años, y su aplicación es económica comparada con otras medidas que exigen un esfuerzo y supervisión continuados por muchos meses, es evidente que la vacunación BCG debe ser objeto de dichos esfuerzos de inmunización intensiva de aquellas poblaciones que, por no haber sido sistemáticamente inmunizadas, presentan una situación epidemiológica de grave riesgo. No se analizan aquí las condiciones adversas que, en la práctica, se han presentado para la aplicación intensiva del BCG, porque por fortuna hoy se cuenta con un producto liofilizado, y se ve con interés cualquier experimento bien hecho que pueda facilitar su aplicación por procedimientos más sencillos. Esta acción intensiva de urgencia, debe considerarse como el esfuerzo que se hace para "ponerse al día". Una vez logrado esto, el funcionamiento regular de los servicios de salud, a todos los niveles, con la adopción de técnicas sencillas y con la utilización de personal subprofesional cuando sea necesario, debe bastar para "mantener al día" la protección biológica de los nuevos susceptibles que se agregan a diario a la población.

### Requisitos para llegar a la incorporación efectiva y eficaz

Este proceso de incorporación no se va a producir rápidamente. Se requerirá algún tiempo para modificar la actitud del personal, mediante información, adiestramiento y educación adecuados a sus distintas categorías. Se requiere que los dirigentes sean los primeros en estar dispuestos a trabajar como miembros de equipos de salud, donde todos son importantes. Hay algunos requisitos o condiciones que parecen ser indispensables para facilitar, apresurar y mantener la incorporación de actividades y de servicios.

1) Debe haber una autoridad central, a la vez normativa y supervisora, que defina una política, normas técnicas y procedimientos de alcance nacional; que disponga de los medios para estudiar el problema de la tuberculosis en todo el país y que pueda intervenir en el estudio regional o local que a cada nivel hay que llevar a cabo para el establecimiento de programas por áreas.

Esta necesidad, en un campo en que se pueden sostener tantas opiniones, ha sido establecida repetida veces. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana recomendó "la adopción del comando único en la Lucha Antituberculosa, dentro del Departamento Nacional al cual competan los problemas de la Salud Pública, y bajo dirección técnica especializada, como el sistema que puede alcanzar mejores resultados, evitando incoordinación, duplicación y aplicación de criterios diferentes. La dirección técnica de este comando deberá abarcar las actividades de la lucha, en los campos preventivos, curativos y de investigación, cualesquiera que sean los organismos que suministren fondos para la campaña" (1).

Por su parte la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología, en su Congreso XIII del año 1962 celebrado en Guatemala, emitió una resolución en la que recomendó "la integración progresiva de las actividades

y servicios de lucha antituberculosa con los servicios generales de salud pública, a fin de mantener las actividades antituberculosas a nivel local en forma permanente, utilizando o creando servicios de salud pública para ampliar el radio de acción en materia de pruebas tuberculínicas, vacunación BCG, control a domicilio de la quimioterapia y de la quimioprofilaxis secundaria. En todo caso, las actividades antituberculosas deben contar con un organismo técnico central, que planifique, norme y supervise las actividades antituberculosas" (2).

Finalmente, el Dr. Fred L. Soper, en su comentado trabajo "Problemas por resolver para lograr la erradicación de la tuberculosis" piensa que para desarrollar el programa que efectivamente conduzca a la erradicación de la tuberculosis en los Estados Unidos de Norteamérica, es necesario:

"Establecimiento de una autoridad coordinadora nacional, que estimule, a través de los servicios estatales de salud, los programas de erradicación en cada uno de los 3.152 condados del país, con el necesario apoyo técnico, epidemiológico, educativo, administrativo y financiero; preparación de un plan nacional para la erradicación, preferentemente coordinado con planes nacionales similares de Canadá y México" (3).

Esta autoridad central debe ocuparse también de la preparación de personal, asumiendo mayor o menor responsabilidad en los programas de adiestramiento de acuerdo con el tipo de personal y con su futuro destino.

El jefe de este organismo central somete los estudios, posibles soluciones y proposiciones de programas a la consideración de organismos centrales similares y, muy especialmente, de aquellos que inician la línea ejecutiva de la organización nacional de salud, es decir, las autoridades centrales de que dependen los servicios locales o servicios aplicativos.

A este nivel se resuelve cómo van a conjugarse los diferentes programas según las

prioridades que se establezcan, y se deciden las normas y procedimientos generales a seguir.

2) Deben existir las autoridades ejecutivas regionales y locales, responsables de cumplir y hacer cumplir los programas. A este nivel, las autoridades deben tener potestad para presentar posibles modificaciones de los programas nacionales para adaptarlos a las características locales de su jurisdicción respectiva y poder así asumir la responsabilidad de su ejecución y de que produzcan los efectos previstos.

Estas modificaciones regionales y locales serán puestas en conocimiento de los organismos normativos y ejecutivos centrales quienes las discutirán y aprobarán si lo juzgan oportuno. De ahí en adelante, la ejecución es de la incumbencia directa de los servicios locales.

El proceso que aquí se expone como resultado de algunas experiencias, se encuentra descrito, para una organización general de salud, por Schaefer, Hilleboe y Longood, en una reciente publicación (4).

3) Dentro del planteamiento aquí expuesto no hay objeción alguna a que la autoridad normativa central supervise la ejecución del programa específico a cualquier nivel, tanto desde el punto de vista técnico como cuantitativo, a fin de informar a las autoridades ejecutivas respectivas y proponer las medidas que considere necesarias para corregir posibles deficiencias.

4) Por último, el requisito más importante es que cada dirigente y en general cada miembro del personal de campo conozca la totalidad de los problemas, posibilidades

y limitaciones; que cada médico, cada enfermera, auxiliar, inspector, etc., sepa el por qué, el cómo y el cuánto de las actividades de control de la tuberculosis, así como cuál es la meta del programa general de salud, el por qué de las prioridades que en ese programa tienen las distintas actividades y el cómo de su ejecución.

### Resumen

El trabajo presenta puntos de vista sobre las tareas de control de la tuberculosis que incumben a los distintos tipos de servicios de salud, en sus distintos niveles; estudia el proceso de incorporación de los servicios antituberculosos a los organismos generales de salud; se consideran las objeciones de índole práctica a esta incorporación y se presentan algunos enfoques para soslayar las dificultades en que las mismas se basan. Se proponen los requisitos siguientes para facilitar, apresurar y mantener la incorporación de funciones y servicios antituberculosos a los servicios generales de salud: 1) una autoridad central, normativa y supervisora; 2) autoridad local ejecutiva del programa; 3) supervisión específica, y 4) conocimiento por parte del personal general y específico de los problemas, posibilidades y limitaciones mutuos, tanto en el plano directivo como en el campo.

A lo largo de la exposición se hacen consideraciones sobre la escasez de personal y la forma en que se debe trabajar, en el plano central y local, en la preparación de programas.

### REFERENCIAS

- (1) Actas de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana, Caracas, Venezuela, 1947. Publicación No. 241 de la Oficina Sanitaria Panamericana, enero, 1949.
- (2) XIII Congreso Panamericano de Tuberculosis. Reuniones del Comité Ejecutivo del Consejo de la Unión Latinoamericana de Sociedades de Tisiología, *Hoja Tisiológica*, Uruguay, Tomo XXII, No. 3, (sbr.) 1962.
- (3) Soper, Fred L.: Problemas por resolver para lograr la erradicación de la tuberculosis, *Bol. Of. San. Pan.*, 52 (No. 5):378 (mayo) 1962.
- (4) Schaefer, Morris; Hilleboe, Herman E., y Longood, Robert: El proceso en "curva sinusoidal": Clave del mejoramiento de la planificación de salud pública, *Bol. Of. San. Pan.*, 55 (No. 4):377 (obre.) 1963.

### **Tuberculosis Control in General Health Service (*Summary*)**

This article deals with the execution of tuberculosis control activities by different types of health services at different levels; discusses how tuberculosis control services can be incorporated into general health services; examines the practical objections to this procedure and suggests ways of overcoming them. It proposes the following requirements in order to facilitate and maintain the integration of tuberculosis control services and activities in general health services:

1) Central policy making and supervisory authority; 2) local executive authority responsible for executing the program; 3) specific supervision; and 4) mutual knowledge of the problems, possibilities, and limitations of general and specific personnel both at the directing and the field level.

This article also deals with the shortage of personnel and the way in which programs should be prepared at the central and local level.