

PROGRAMA DE LUCHA ANTITUBERCULOSA EN LA FRONTERA NORTE DE MÉXICO

Por el Dr. RICARDO HERNÁNDEZ VALLADOS

Epidemiólogo de Tuberculosis, México

El Programa de Cooperación Interamericana de Salubridad en la Frontera Norte de la República Mexicana tiene como fines principales el incremento de algunas de las actividades de carácter preventivo que están a cargo de las Oficinas Sanitarias en las poblaciones situadas a lo largo de la línea divisoria con los Estados Unidos del Norte, la creación de esas actividades en aquellos lugares en donde no existen y es evidente su necesidad, y la coordinación de esas actividades con las análogas que se desarrollan en el lado opuesto de la línea fronteriza, con fines de mejoramiento en lo general y de mejor aprovechamiento de los resultados.

Enfoca su atención en cinco puntos sanitarios, de los cuales tres podríamos considerar principales y son: la lucha contra las enfermedades venéreas, la campaña contra la tuberculosis y las actividades de higiene materno-infantil; uno que podríamos considerar circunstancial y está constituido por la lucha contra el paludismo; y, finalmente, uno más que es también circunstancial, pero que podríamos llamar especial y está constituido por la campaña contra el tifo murino.

Como voy a referirme exclusivamente a la parte de ese programa que corresponde a la campaña contra la tuberculosis, quiero empezar por manifestar que hay razones que justifican que se le haya tomado en consideración para ser incluido dentro del Programa, siendo la principal de indole epidemiológica y constituida por la prevalencia del padecimiento, en forma extraordinariamente alta, en todos los Estados nortefios del país.

Sin entrar en detalles amplios de carácter estadístico, que obligarían una extensión de este trabajo fuera de la permitida por las Bases de Convocatoria de esta Reunión, creo suficiente referirme, así sea someramente, en primer lugar, a la mortalidad que la tuberculosis produce en los Estados Federativos incluidos dentro del Programa.

En el año de 1945, extremo de una tendencia que se inicia ascendente significativa a partir de 1934, la mortalidad por tuberculosis en todo el Territorio Nacional alcanzó 54.4 defunciones por cien mil habitantes. Como es natural, el fenómeno se distribuía en forma irregular alcanzando proporciones más altas en la zona norte y los coeficientes más bajos en la zona sur del país. El estudio de la distribución geográfica de la mortalidad por tuberculosis en el trancurso de los años ha permitido observar que la mortalidad es más alta mientras más al norte está

situada una Entidad Federativa y mientras más se sitúa hacia los literales tanto del Golfo como del Pacífico. En esta forma puede verse que para el promedio de los años 1944 y 1945, las diferentes Entidades con las características de situación geográfica señaladas presentaban los siguientes coeficientes de mortalidad por tuberculosis: El Territorio Norte de la Baja California 182.3, Sonora 132.8, Chihuahua 60.9, Coahuila 118.4, Nuevo León 132.2 y Tamaulipas 134.1. Obsérvese en esta sucesión de cifras que la más alta corresponde al Territorio Norte de la Baja California situado en el extremo noroeste del país y bañado por litorales en ambos de sus lados; a continuación se significan Tamaulipas y Sonora, ambos también extremos nortes y con situación litoral, la primera en el Golfo y la segunda en el Pacífico; y que el coeficiente más bajo corresponde a Chihuahua con situación central.

Al considerar la misma mortalidad, pero por Entidades Municipales dentro de cada Estado, parece encontrarse igual preponderancia de factores de situación geográfica, aun cuando con algunas excepciones. Refiriéndome solamente a los Municipios que más se significaron en los Estados mencionados con anterioridad, se encuentra para el mismo promedio del bienio 1944-45 ya citado, que la mortalidad por tuberculosis en Mexicali, del Territorio Norte de la Baja California, fué de 214.7 por 100,000; en San Luis de Río Colorado y en Nogales, ambos pertenecientes al Estado de Sonora, fué de 287.9 y 184.5, respectivamente; en los Municipios de Juárez y Guadalupe de Bravos, del Estado de Chihuahua, fué de 160.3 y 135.4, respectivamente; en el Estado de Coahuila, el Municipio de Villa Acuña registró 317.2 y el de Piedras Negras 294.3; en Nuevo León, Monterrey registró 264.8, Bustamante 244.6 y Anahuac 196.4; finalmente, en el Estado de Tamaulipas, Nuevo Laredo registró 292.0, Reynosa 129.9, Matamoros 93.3 y Guerrero 91.5.

Las cifras señaladas son indudablemente altas y tendrían posiblemente poca significación si se manifestaran en números cortos de población; pero no ocurre así a juzgar por los cálculos de población para esos Municipios que, derivados de cifras censales por extrapolación, acusaron para el presente año de 1948, en orden de importancia, en Matamoros 79,000 habitantes, en Juárez 75,000, en Mexicali 53,000, en Nuevo Laredo 38,600, en Reynosa 32,000, en Tijuana 28,900, en Piedras Negras 18,500, en Nogales 15,000. Monterrey, que no está situado en la línea divisoria, pero sí tiene características de población fronteriza, acusó 237,700 habitantes. Las cifras señaladas se han presentado en números redondos por razones obvias; corresponden solamente a población radicada en cada Entidad y se han incluido solamente las Entidades mayores de 15,000 habitantes. Creo conveniente indicar, sin embargo, que no debe pasarse inadvertido que, en virtud de que en todas las entidades citadas se contienen puertos fronterizos con población flotante variable en muchas circunstancias, se puede afirmar que en la mayoría

de los casos los cálculos de población mencionados seguramente han quedado muy por debajo de la realidad.

Hay otras razones que nos permiten afirmarnos en esta manera de pensar, porque no se refieren ya a población flotante que permanece por tiempo más o menos largo en cada lugar pero siempre es transitoria, sino constituye aporte definitivo de población residente en cada lugar: tales son los esfuerzos de política gubernamental que han procurado, mediante la creación de sistemas de riego, intensificar la agricultura de algunas zonas, otras en las cuales se inician etapas de industrialización y otras en las que se llevan a cabo intentos de colonización. Todos esos factores están influenciando el incremento de población residente, es decir definitiva, de los lugares mencionados y, al hacerse nuevos censos, señalarán casi con toda seguridad incrementos no previsibles por extrapoliación de población.

El estudio de la morbilidad coincide en cierta forma con los datos que han sido señalados. Para este efecto sólo podemos hacer cálculos aproximados que, por esta vez, incluimos con carácter de datos preliminares que al continuar la secuela de investigación que llevamos a cabo en la actualidad, nos permitirán presentar para una reunión ulterior, si las circunstancias lo permiten, en forma más correcta. Vamos a referirnos concretamente, por ahora, a algunos de los lugares que nos han permitido hacer encuestas e incluiremos solamente algunos de los datos que en ellas hemos obtenido.

La encuesta fotofluorográfica llevada a cabo en Ciudad Juárez, del Estado de Chihuahua, en 1946 y 1947, en muy cerca de 20,000 personas aparentemente sanas, permitió reconocer evidencias radiográficas de lesiones pulmonares tuberculosas, en diversas etapas de desarrollo, en muy cerca del 2% de las personas radiografiadas. Este resultado es superior al de la encuesta que se ha llevado a cabo en la ciudad de México, en forma permanente, en grupos considerables de población, en donde la incidencia registrada fué de alrededor de 1.5% y superior también a la obtenida en la encuesta llevada a cabo por el Servicio de Salubridad Pública de la Unión Americana del Norte, de 1942 a 1945, en grupos numerosos de solicitantes de trabajo para ir en calidad de braceros a los Estados Unidos del Norte, procedentes todos ellos de diversas regiones del país, en la cual se obtuvo una incidencia aproximada de 1.7%. Si se generaliza el resultado de la encuesta de Juárez al resto de la zona fronteriza, no sería aventurado asegurar que solamente en los núcleos de población importantes que han sido mencionados con anterioridad, excluyendo a la ciudad de Monterrey, se vayan a encontrar muy cerca de 6,000 individuos enfermos de tuberculosis activa, en diferentes etapas de evolución.

Los estudios sobre incidencia tuberculínica en la zona fronteriza nos revelan otra fase del problema de tuberculosis que estamos revisando. La encuesta llevada a efecto en Nuevo Laredo, durante todo el año

de 1946 y primeros cuatro meses de 1947, en 6,981 personas, de diferentes grupos de edad, permitió reconocer ya la existencia de alergia tuberculínica en 18.2% de los niños en el primer año de vida estudiados; este porcentaje fué ascendiendo con la edad y alcanzaba a 33.2 a los 8 años, llegando a su máximo a los 17 años con 49.6. La incidencia en los adultos se mantuvo en límites más o menos parecidos hasta los últimos años de la vida. Como para esta encuesta se usó únicamente el Método de Von Pirquet es de considerar que los porcentajes señalados habrían alcanzado cifras más altas si se hubiera usado para esa exploración el Método Intradérmico de Mantoux. Con esta advertencia, los resultados obtenidos obligan a tener en consideración un hecho que nos parece muy interesante: que la infección tuberculosa ya es alta desde los primeros años de la vida, justamente cuando tiene que hablarse en realidad de enfermedad actual. No sabemos hasta qué punto esto influya en la mortalidad infantil, pero tampoco nos parece aventurado asegurar que muchas de las defunciones de infantes y niños, aun cuando no sean atribuidas a la tuberculosis, sean en realidad debidas a esa enfermedad y pasen a menudo inadvertidas.

A título informativo solamente, ya que no puede tomársele como base segura en esta revisión que estoy haciendo, quiero consignar una pequeña muestra dispensarial de enfermos tuberculosos que nos revele algunas características del padecimiento. He escogido para el caso a los enfermos de tuberculosis diagnosticados por el Dispensario Antituberculoso de Ciudad Juárez durante el año de 1947.

Su número fué de 245, de los cuales el 57.5% correspondieron al sexo masculino. En 7.3% de ellos se trataba de niños menores de 5 años de edad; el 13.1% correspondía a niños entre 10 y 19 años; en 31.4% la edad fluctuaba entre 20 y 29 años; en 20.8% se trataba de individuos entre 30 y 39 años de edad y el 26.1% era de mayores de 40 años.

Desde el punto de vista de su clasificación por grupos de acuerdo con sus ocupaciones, el porcentaje más alto correspondió, con 29.4, a las personas dedicadas a los quehaceres domésticos. El segundo lugar en importancia, con 23.7% del grupo estudiado, correspondió a obreros de diversas categorías, incluyendo a los que trabajan a jornal. Las personas sin ocupación conocida o bien definida aportaron el 15.9% de la muestra. 11.4% eran agricultores procedentes de la zona rural dentro de la jurisdicción del Municipio. El resto estaba constituido por diversas formas de servidumbre (6.1%), comerciantes (6.9%), escolares (3.3%), oficinistas (2.9%), profesores, etc.

Considerados estos enfermos en cuanto a la extensión de las lesiones que les fueron encontradas, en solamente 11.4% se trataba de lesiones mínimas; en 38.0% eran moderadamente avanzadas y en 46.9% muy avanzadas. El 58.8% de la muestra era de enfermos con cavernas pulmonares. En 49.8% las lesiones eran bilaterales.

No puedo consignar cifras en relación con el estado económico de los

pacientes de la muestra a que me estoy refiriendo; pero puedo asegurar que la gran mayoría de ellos eran personas de recursos económicos bastante escasos.

La muestra de población enferma que acabamos de presentar es corta y además dispensarial. No es, pues, representativa. Por este motivo, si no la tomamos para derivar de ella características generales en relación con el problema de tuberculosis que estamos intentando presentar, sí a lo menos nos permite conocer un aspecto aunque restringido, no por ello menos importante, del mismo problema.

Resumiendo lo asentado hasta aquí, creo que pueda concluirse desde luego que el problema de la tuberculosis en la zona norte del país es el más serio dentro de todo el Territorio Nacional, como se justifica tanto por los datos de mortalidad que posemos como por los de morbilidad que hemos señalado. Ataca a grupos de población poco favorecida desde el punto de vista económico y ya se manifiesta, con caracteres serios que deben ser siempre muy tomados en consideración dentro de nuestro trabajo rutinario, desde los primeros años de la vida.

Expuesto este problema en la forma sucinta que se ha hecho en los párrafos anteriores, nos toca ahora indicar cuáles son los medios de lucha antituberculosa específica de que se dispone al efecto. Es poco, en este sentido, lo que pueda decirse, pues solamente contamos con cuatro Dispensarios Antituberculosos que se sitúan uno en cada una de las siguientes poblaciones: Nuevo Laredo, Ciudad Juárez, Mexicali y el más reciente que acaba de ser inaugurado en la ciudad de Monterrey. Está concluído, y tenemos fundadas esperanzas de que inicie en breve sus labores, otro Dispensario más en Piedras Negras para el que se espera su dotación completa de equipo que ya está en tramitación de adquisición y ya se tiene el personal adiestrado que lo ha de tener a su cargo. Se trabaja activamente la edificación de un Dispensario más en Nogales. Finalmente, estamos sugiriendo la edificación de otros dos más en Matamoros y en Reynosa.

Como coadyuvante de la labor Dispensarial, y en general también de estudio epidemiológico del problema local inicial indispensable para el establecimiento de las labores específicas que se van desarrollando, tenemos en servicio una Unidad Fotofluorográfica, transportable, de tipo pesado, para la toma de películas de 35 milímetros que, bajo los auspicios de la Dirección de Cooperación Inter-Americana de Salubridad, estuvo trabajando algo más de dos años en Ciudad Juárez y, como parte del Proyecto Mex-Med-3, opera actualmente en la Ciudad de Nuevo Laredo, pero se movilizará en toda la zona fronteriza para prestar su colaboración en los lugares en donde exista en funciones un Dispensario Antituberculoso, en estrecha colaboración con éste.

Para el internamiento hospitalario o sanatorial de los enfermos no tenemos ninguna institución especializada en toda la zona fronteriza.

En la Ciudad de Monterrey se cuenta con aproximadamente cincuenta camas sin ninguna conexión con el Dispensario local y dedicadas exclusivamente a fines asistenciales. En Ciudad Juárez el Hospital Civil tiene a disposición del Dispensario seis camas que, por su corto número solamente permiten el internamiento restringido de pacientes quirúrgicos. Puede observarse que, desde este punto de vista, que es capital para cualquier programa congruente de control de tuberculosis, nuestra situación es pobre en grado superlativo.

Por lo anteriormente expuesto puede verse que el eje alrededor del cual se desarrollan nuestras actividades de control de tuberculosis ha sido hasta la fecha el Dispensario. Esto ha sido una necesidad derivada de nuestras condiciones económicas presupuestales oficiales que son bastante exiguas y, seguramente sin cooperación privada, por mucho tiempo no permitirán otra cosa. En esta virtud, y colocándonos dentro de la realidad, estamos procurando fortalecer nuestra Institución Dispensario para obtener de ella el máximo rendimiento dentro de nuestras condiciones.

A este respecto tenemos en cuenta que, si interesante es dentro de nuestras condiciones el tratamiento del paciente con la finalidad de segar una fuente actual de contagio, teniendo en cuenta que es condición esencial, ya aceptada, para la resolución de un problema de control de tuberculosis procurar que el ritmo al cual se desarrollan los casos infectantes quede siempre por debajo del ritmo al cual se aíslan esos mismos casos infectantes y, no contando con locales especiales para aislamiento de pacientes, estamos dando importancia primordial al Servicio de Enfermería Sanitaria en trabajo domiciliario, con la finalidad de lograr que se haga en el domicilio lo que no podemos lograr en el Hospital de que carecemos. Dentro del Programa se está procurando el trabajo de la Enfermera Sanitaria sobre bases de especialización; pero tenemos en cuenta que el problema de tuberculosis es apenas uno de los muchos que pueden aflorar y afloran a menudo en el medio familiar. En esta consideración, y en virtud de que nuestras Enfermeras del Servicio Antituberculoso serían insuficientes por sí solas para conocer los problemas higiénicos familiares en toda su jurisdicción, procuramos interesar a los Servicios de Enfermería Sanitaria de las otras dependencias de cada Unidad Sanitaria en nuestro problema de tuberculosis, en la misma forma que procuramos que nuestras enfermeras tengan presentes otros problemas correspondientes a otros servicios. Como buscamos coordinación de labores en los distintos servicios obsérvese que, aun cuando trabajamos Enfermería Sanitaria desde un punto de vista especializado, trabajamos en realidad Enfermería Sanitaria desde un punto de vista generalizado.

Los problemas económicos familiares no nos han pasado inadvertidos ni podrían pasar tampoco porque afloran a menudo en el trabajo ruti-

nario. Su frecuencia y magnitud nos han obligado a crear el Servicio de Trabajo Social, en cierto grado independiente del de Enfermería Sanitaria, y le estamos prestando la importancia que realmente tiene. Sin embargo, ningún trabajo social es efectivamente fructuoso si no se tiene a disposición instituciones aprovechables. Estas, por desgracia, son muy escasas en nuestra zona fronteriza. No desconocemos la importancia que en ellas tiene la cooperación privada cuando los medios oficiales son insuficientes.

Por este motivo hemos procurado la creación de Comités Auxiliares de Salubridad, dentro de los cuales procuramos la existencia de Sub-Comités de Tuberculosis, en los cuales procuramos despertar el interés de la Comunidad a través de sus elementos más representativos en cada lugar, con la esperanza de obtener así la iniciación de esa cooperación privada que tanta falta hace. A este respecto quiero incluir aquí los puntos básicos de actividades bajo las cuales procuramos que se desarrollen las de nuestros Sub-Comités de Tuberculosis, los mismos que hemos englobado en tres capítulos principales que son los siguientes:

En primer lugar, la parte que corresponde a Educación Higiénica en relación con Tuberculosis, procurando hacer amplia difusión popular de conocimiento sobre la manera cómo se contagia la tuberculosis, cómo se previene, las consecuencias inmediatas de la enfermedad en el individuo, las mediatas en la sociedad y el problema económico familiar y social que la misma constituye; procurando dar a conocer al medio social los organismos de lucha oficiales con que se cuenta y el aprovechamiento que de ellos puede obtenerse tanto por los enfermos mismos como por los diversos sectores sociales afectados; procurando inculcar al enfermo tuberculoso y a su medio familiar el conocimiento de medidas higiénicas adecuadas que se deben aplicar ya sea con fines de obtener la curación del paciente o ya con los de procurar la protección de sus familiares y contactos, poniendo empeño en que su enseñanza sea a la vez teórica y objetiva.

En segundo lugar, la promoción e impulso de la cooperación privada para la resolución de los diversos problemas que afloran como consecuencia de la influencia nociva que el enfermo tuberculoso ejerce sobre el medio social. Procurando que se tenga en consideración, entre estos problemas, los siguientes: Consecución de facilidades de internamiento hospitalario de enfermos con fines de protección familiar y social, ya sea en instituciones hospitalarias o ya dentro del domicilio familiar. Consecución de facilidades para protección de los contactos del enfermo tuberculoso, especialmente de niños e infantes. Consecución de facilidades para la resolución del problema económico familiar del paciente tuberculoso por todo el tiempo que dure la enfermedad. Consecución de facilidades para la rehabilitación del paciente tuberculoso cuando ya ha obtenido su curación aparente, a efecto de volverle nuevamente factor económico activo sin perjuicio de su estado pulmonar.

En tercer lugar, la promoción e impulso de todas las actividades dentro del medio social que tiendan a la mejor colaboración mutua entre las instituciones oficiales y privadas que en alguna forma participan en la lucha contra la tuberculosis.

Posiblemente se considere demasiado amplio el programa que se incluye en los tres párrafos anteriores que aparentemente se coloca en su totalidad en manos de la cooperación privada; pero no es así, pues no olvidamos la parte de obligación que en él tienen las Instituciones Oficiales. Nuestra intención es justamente sugerir en el medio oficial la creación de aquellos servicios que sean necesarios, pero sin olvidar que el esfuerzo oficial nunca será suficiente por sí solo si no se interesa a la colectividad para que, en estrecha colaboración elementos oficiales y elementos privados, procuren la resolución de este magno problema que es básico en nuestra higiene y, como tal, lo es también en nuestra economía.

No pretendemos erradicar la tuberculosis entre nosotros a plazo breve porque sería una tarea para la cual, aun cuando nos sobra voluntad y ponemos en ella todos nuestros esfuerzos, nos faltan elementos materiales con los cuales poder aspirar a ese objetivo. Nos conformamos por ahora con mejorar nuestras escasas instituciones, crear aquellas que nuestra posibilidad económica nos permita y nos conformaremos con disminuir nuestros coeficientes de mortalidad hasta lograr que, por lo que corresponde a la tuberculosis, ésta deje de ser el factor tan importante que es en nuestra epidemiología.

TUBERCULOSIS CAMPAIGN ALONG THE NORTHERN BORDER OF MEXICO (*Summary*)

The main objective of the Program of the Inter-American Cooperation for Public Health along the Northern Border of the Mexican Republic is to increase some of the existing preventive activities under the health centers of the border towns, to create new ones where they are needed, and to coordinate these activities with those existing across the border in the United States, for the mutual benefit of both countries. While five health problems are receiving special attention, three of them are considered of prime importance: the campaign against venereal disease; tuberculosis; and maternal and child hygiene. Malaria and Murine Typhus will be combatted also.

In this paper we are only taking up the problem of tuberculosis. During the year of 1945, the death rate per one-hundred thousand inhabitants due to tuberculosis, throughout the country, was 54.4, the rate being higher in the northern part of the country than in the southern. Figures for the morbidity rate in the whole country are incomplete and only an approximate estimate of them can be made. In a survey carried in Ciudad Juarez, State of Chihuahua, 1946-1947, it was found that in about 20,000 apparently healthy persons examined, about 2% showed tubercular lesions in the various stages of development. In a similar study made of the inhabitants of the City of Mexico, approximately 1.5% were positive for tuberculosis. It is believed that in the city of Monterrey there are about 6,000 persons suffering from tuberculosis in various stages of evolution. In a study made of

6,981 persons in Nuevo Laredo, 1946-1947, 18.2% of the children under one year of age showed tuberculin allergy; 33.2% in children from one to 8 years of age; the maximum being reached at the age of 17 with 49.6%. The adults showed more or less this same percentage.

Just as an example of the work carried out in the national dispensaries, the following figures are given for tubercular patients diagnosed in the Tuberculosis Dispensary of Ciudad Juarez during 1947. The patients numbered 245 (57.5% of the masculine sex); 7.3% were children under five years of age; 13.1%, children from 10 to 19 years of age; 31.4%, 20 to 29 years old; 20.8%, from 30 to 39 years old; and 26.1% of persons over 40 years of age. The occupations and percentages were: domestics, 29.4; laborers, 23.7%; farmers, 11.4; unknown, 15.9; commerce, 6.1; students, 6.9; office workers, 3.3; teachers, 2.9. Of the total, 11.4% showed minimal lesions; 38.0%, moderately advanced; and 46.9%, very advanced.

There are only four Tuberculosis Dispensaries in the northern region of the country. They are situated in Nuevo Laredo, Ciudad Juarez, Mexicali and Monterrey. It is expected that work will soon begin on one in Piedras Negras. Plans are being made for another one in Nogales and it has been suggested that one is needed in each of the cities of Matamoros and Reynosa. There is one well equipped motorized chest X-ray equipment which has been working in various sections of the country. There is not a single tuberculosis hospital in the border region of the country. In Monterrey there are fifty beds for tubercular patients, without any connection with the Dispensary. In Ciudad Juarez, at the Civil Hospital, there are six beds placed at the disposal of surgical-tubercular patients from the Dispensary.