

Las tres epidemias de la tuberculosis Cómo se ganó la batalla contra la tuberculosis y como se perdió

*Dra. Graciela Scorzo**

"Sin duda, el descubrimiento de terapias efectivas contra la tuberculosis ha salvado la vida de cientos de miles de pacientes, muchos de ellos en países industrializados. Sin embargo, la tuberculosis la principal causa de muerte entre jóvenes adultos en el mundo industrializado estaba ya disminuyendo mucho antes que la estreptomocina fuera descubierta en 1943. En el resto del mundo y en bolsones de los Estados Unidos, la tuberculosis muestra resistencia a medicamentos muy poderosos, que se usan muy tarde, de modo inapropiado, o simplemente no se usan: "Es muy vergonzoso," observa una de las autoridades principales en el campo de la tuberculosis, "que a los 30 años de haber sido descubierta la capacidad de la triple terapia para obtener tasas de curación de más del 95%, en muchas naciones la tuberculosis aún sea una de las principales causas de muerte"(1. **Se calcula que más de 1,700 millones de personas están infectadas con un *Mycobacterium tuberculosis* latente, pero viable y, aparte de cambios significativos en la epidemiología local, un análisis global no indica una reducciones sustanciales de la importancia de tuberculosis como causa de muerte. La tuberculosis se ha retirado en ciertas poblaciones; se ha mantenido estable en otras, y ha tenido manifestaciones explosivas en otras más. De este modo, se ha mantenido como la principal causa infecciosa de muertes de adultos en el mundo, hasta el momento de escribir este artículo** (2.

A mediados de siglo, la tuberculosis aún era considerada "la gran plaga blanca." ¿Cómo se explica la invisibilidad de este asesino en las décadas de los 70 y 80? De nuevo, sería necesario considerar el estudio de la percepción de las enfermedades, esto es, de la conciencia y la publicidad, y su relación con el poder y la riqueza. "Es simplemente extraordinario cómo se ha descuidado la tuberculosis como una prioridad en la salud pública," escribió Murray en 1991.

Quizás la contribución más importante a esa situación de descuido fuera la reducida importancia, tanto clínica como epidemiológica, de la tuberculosis en los países ricos" (3. **La tuberculosis, por lo tanto, emergió desde las filas de los pobres (4-5. Esto implica con toda claridad que el mundo de los pobres constituye un escondite adecuado para las enfermedades, en especial cuando ellos son segregados social y médicamente de aquellos cuyas muertes podrían ser consideradas como más importantes.**

Cuando fuerzas complejas traen más pobres a los Estados Unidos, es inevitable un aumento de los casos de tuberculosis. En un reciente estudio de la enfermedad entre extranjeros en los Estados Unidos, el alto índice de las enfermedades relacionadas con la tuberculosis se atribuye a la inmigración (6) Los autores observan que, en algunos de los países de origen de los inmigrantes, el índice anual de contagio es 200 veces más alto del registrado en los Estados Unidos. Aparte de eso, muchos enfermos de tuberculosis viven en refugios para personas sin hogar, centros correccionales, y campamentos para trabajadores extranjeros. Sin embargo, no se discute sobre la pobreza y la desigualdad, aunque, junto con la guerra, esas son las principales causas de los altos índices de tuberculosis y de la migración hacia los Estados Unidos. "Los mayores determinantes de riesgo en la población de extranjeros," concluyen los autores, "son la región del mundo de la cual provienen y los años de permanencia en los Estados Unidos." Esto lo escribe el profesor Paul

Farmer de la Escuela de Medicina de Harvard y Brigham y Hospital de la Mujer Boston, Massachusetts, Estados Unidos.

Qué pasa en Latinoamérica?

Situación epidemiológica de la TB(Región de las Américas, 2004)

Carga global de tuberculosis estimada (2002)

Población mundial 6.000 millones
Población infectada con *M. TB* 1.900 millones
Enfermos TB actuales 16 millones
Casos nuevos cada año 8.2 millones
Muertes por año 1.8 millones
Muertes TB/VIH por año 230.000

98% de las muertes por TB suceden en países en desarrollo

Multiresistencia a las drogas antituberculosas (MDRTB) en 63 de los 72 países encuestados de 1994-1999.

73.4% (155 de 210) de los países aplican DOTS/TAES.

61% de la población mundial tiene acceso a la estrategia DOTS/TAES. (La estrategia DOTS/TAES se fundamenta en la supervisión estricta de la toma de medicamentos por parte del personal de los establecimientos de salud, así como la adecuación de un sistema de información oportuno para el registro y seguimiento de los pacientes hasta su curación, cura a la mayor parte de las personas que tienen TB y el costo del fármaco indicado es de apenas US\$10-15 por paciente. Una sola persona que presenta TB contagiosa sin tratar puede infectar entre 10 y 15 personas al año.)

El 60% de los nuevos casos infectocontagiosos (Pulmonares con Bacilos +) en el esputo fueron detectados bajo DOTS/TAES.

En comparación con el año 1999, hubo un incremento de 143000 casos Bk+ que fueron reportados bajo DOTS/TAES (2000-2001)
Los casos todavía aumentan en África y en la ex-URSS.
TB/VIH & MDR-TB (tuberculosis multiresistente) están siendo tratados pero no son aún un problema resuelto
Los países conocen mejor sus limitaciones para el control de la enfermedad
Debilidad en los sistemas de salud pública: comunidades, cuidado primario, prisiones, administración urbana, sistema de seguridad social. Falta participación del sector privado.

Datos de América del Sur

Tasa de incidencia estimada de tuberculosis (América Latina, 2003)

Tasa de incidencia estimada por 100.000 hab.

> 85	> 50-84	25-49	< 24
Bolivia	Bahamas	Argentina	Caribe inglés
Ecuador	Brasil	Belice	Costa Rica
Guatemala	Colombia	Chile	Cuba
Guyana	El Salvador	México	Canadá
Haití	Panamá	Uruguay	EUA
Honduras	Paraguay	Venezuela	Jamaica
Nicaragua	Surinam		Puerto Rico
República Dominicana			Rico
Perú			



Organización
Panamericana
de la Salud

Situación epidemiológica de la TB en las Américas, 2004

13

Cifras de resistencia y MDR (por tipo y país, Américas, 1994 -2002)

PAISES	Resistencia Inicial (RI)			PAISES	Resistencia Adquirida (RA)		
	RI 1994-2002 o Res. parciales	Resistencia Global	MDR		RA 1994-2002 o Res. parciales	Resistencia Global	MDR
Bolivia	1996	23.9	1.2	Bolivia	1996	42.1	4.7
Brasil	1995	8.6	0.9	Brasil	1995	14.4	5.4
México	1997	14.1	2.4	México	1997	41.1	22.4
Nicaragua	1997	15.6	1.2	Nicaragua	1997	-	-
Puerto Rico	1997	11.3	2.5	Puerto Rico	1997	58.3	16.7
Rep. Dom.	1994	40.6	6.6	Rep. Dom.	1994	52.1	19.7
Uruguay	1997	1.7	0	Uruguay	1997	93.8	6.3
Venezuela	1998	7.3	0.3	Venezuela	1998	26.9	3.8
Chile	2001	10	0.7	Chile	2001	20.6	3.4
Colombia	1999	13.4	0.5	Colombia	1999	-	-
Cuba	2000	5	0.3	Cuba	2000	15.8	2.6
Ecuador*	2002	23.4	6.6	Ecuador	2002	52.6	24.8
El Salvador	2001	6.5	0.3	El Salvador	2001	37	7
Honduras*	2002	17.2	1.8	Honduras*	2002	41.4	6.9
Peru	1999	18	3	Perú	1999	23.5	12.3
Argentina	1999	10.2	1.8	Argentina	1994	22.8	9.4
Paraguay*	2002	17	0	Paraguay	2002	21	4
Guatemala	2002	40	3.7	Guatemala	2002	52.4	22.8



Organización
Panamericana
de la Salud

Fuente: Registros OPS/OMS.

Situación epidemiológica de la TB en las Américas, 2004

19

Desigualdades Sociales (10)

El estudio de los vínculos reticulares entre las desigualdades sociales y las enfermedades emergentes no convertiría a los pobres en meros "pollos centinela," sino que preguntaría: ¿Cuáles son los mecanismos exactos mediante los cuales esas enfermedades afectan a algunos organismos pero no a otros? ¿Qué efectos propagatorios podrían tener esas desigualdades sociales por sí mismas (6)? Hubo una época en que éstas eran las preguntas más importantes para la medicina epidemiológica y social pero han sido abandonadas, dejando así un vacío donde resulta fácil adoptar en cambio afirmaciones causativas poco modestas. "Hasta hoy," mencionan Krieger y sus colegas en una reciente reseña magistral, "solo una pequeña fracción de la investigación epidemiológica en los Estados Unidos ha estudiado los efectos del racismo sobre la salud" (7. Y se unen a otros al indicar una falta de atención similar sobre los efectos del sexismo y las diferencias entre las clases sociales: prácticamente, no existen estudios que examinen el conjunto de la influencia de esas fuerzas sociales (6.

Sin embargo, las desigualdades sociales han dado forma no solo a la propagación de las enfermedades infecciosas, sino también al curso de la enfermedad en las personas afectadas, lo cual suele ser menospreciado: "Aunque hay mucha semejanza entre nuestra vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y la de nuestros ancestros, hay una diferencia: nosotros tenemos la ventaja de un extenso conocimiento científico" (7. Muy cierto, pero, ¿quiénes somos "nosotros"? Los que tienen mayor riesgo de contagiarse con las EIE(enfermedades infecciosas emergentes) por lo general no poseen la ventaja de un conocimiento científico avanzado. **Vivimos en un mundo en el que las infecciones cruzan con facilidad las fronteras sociales o geográficas, mientras los recursos, incluyendo el conocimiento científico acumulativo, se ven bloqueados en la aduana.**

Cuales son las cifras publicadas para Argentina?

Cuando consultamos los datos oficiales en la pagina ANLIS Dr. Carlos Malbrán nos encontramos con datos del 2000-2001
Por qué se hace la distinción Argentina- Ciudad de Buenos Aires **¿ es el otro país?, como dice la canción de Teresa Parodi.**
Estas cifras muestran claramente como las condiciones socioeconómicas y la acumulación de la riqueza en la Ciudad hacen que tengamos indicadores que avergüenzan dado que nuestro presupuesto en salud es más alto que países como Cuba, Jamaica, Puerto Rico y éstos nos aventajan claramente, con sus indicadores de tuberculosis.

RESUMEN DE INDICADORES SELECCIONADOS

INDICADORES	ARGENTINA	CIUDAD DE BUENOS AIRES
MORTALIDAD		
Tasa de mortalidad TOTAL asociada a TBC - todas las edades*	2,6	1,8
Tasa de mortalidad TOTAL asociada a TBC - 15 a 29 años	1,8	1,1
Tasa de mortalidad por TB sin SIDA todas las edades	2,2	1,7
Tasa de mortalidad por TB sin SIDA - 15 a 29 años	0,6	1,0
Tasa de mortalidad por Meningitis TBC - 0 a 4 años	0,1	0,0
MORBILIDAD		
Tasa de morbilidad por TB - todas las edades	30,6	38,8
% de confirmación bacteriológica en > de 15 años	73,7	88,5
Tasa de morbilidad de TB Pulmonar BK+ - 15 a 29 años	21,0	34,4
Tasa de morbilidad por Meningitis TB - 0 a 4 años	0,4	0,0
EVALUACION DE TRATAMIENTO		
% de casos BK+ evaluados	58,8	26,9
% de casos con tratamiento directamente observado	42,2	52,8
% de éxito entre el total de casos BK+ evaluados	75,1	53,7
% de éxito entre los tratamientos directamente observados	77,4	43,7
% de éxito entre los tratamientos autoadministrados	72,4	58,9
% de abandonos entre el total de casos BK+ evaluados	9,5	8,5
% de abandonos entre los tratamientos directamente observado	7,2	4,9
% de abandonos entre los tratamientos autoadministrados	12,5	11,3

Nota: Los indicadores de Mortalidad y Tratamiento corresponden al año 2000, los de morbilidad al año 2001
 *Cod(B90,0-B90,9)(B20,0)(A15,0-A19,9)

Situación de la tuberculosis. República Argentina, 2001.

Juan C. Bosio, Sergio Arias, Inés Veronesi, Flavio Landra. Santa Fe: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Emilio Coni, ANLIS Carlos Malbrán, Ministerio de Salud de la Nación (Publicación PRO.TB.INF.4/02), 2002, 112 pp

La tuberculosis (TBC) presentó una tendencia creciente entre 1991 y 1993 en la Argentina, por primera vez desde que se organizó la notificación centralizada. Esa tendencia se revirtió después, aunque con un descenso anual considerado modesto: entre 2.0 y 2.6%. El deterioro económico social afectó negativamente la calidad de los servicios de diagnóstico y tratamiento, a lo que contribuyó -entre 2001 y 2002- la falta de provisión regular y continua de los medicamentos necesarios para el tratamiento de la TBC. Todo esto seguirá afectando negativamente la situación epidemiológica de esta enfermedad en los próximos años. La completa información presentada en este documento, producto de una vigilancia epidemiológica organizada, permite conocer la real situación a partir de donde definir las medidas necesarias para superarla. Se presentan los datos de notificación de TBC por sexo y edad según localización y confirmación bacteriológica, el porcentaje de casos que tuvieron esa confirmación, la notificación por grupos de edad, la tendencia entre 1980 y 2001; todo esto para el conjunto del país y para cada jurisdicción (provincias y ciudad de Buenos Aires).

de Durante 2001 se notificaron 11 464 casos en todo el país, 303 menos que en 2000 (2.6% de descenso. Sin embargo, dentro del total de los casos, los de TBC pulmonar con bacilos copia positiva [B(+)], que son las fuentes de infección en la comunidad, aumentaron entre 1999 y 2001, en casi un 7%. En 9 jurisdicciones se observan tasas de notificación superiores al 31/100 000, promedio nacional: Salta, Jujuy, Formosa, Santa Cruz, Chaco, Corrientes, Chubut y la ciudad Buenos Aires. Doce departamentos tuvieron en 2001 tasas mayores a 100 casos por 100 000 habitantes, casi todos ellos se encuentran en las provincias con tasas más altas: Formosa, Chaco, Salta y Corrientes. La distribución de los casos por grupos de edad muestra el perfil de un país con transmisión activa de la TBC, donde los adultos jóvenes, entre 20 y 24 años, siguen siendo el grupo más afectado.

Se acompaña esta publicación con un documento anexo:

Mortalidad por tuberculosis en la República Argentina, 1980-2000
(PRO.TB.INF. 8/02.

Se muestra allí que en el año 2000 se registraron 979 muertes por TBC, en que Chaco presentó la tasa más elevada, con 8.9 muertes/100 000 habitantes. Si bien entre 1980 y 2000 todas las jurisdicciones mostraron un descenso de la mortalidad por TBC, este descenso varió entre 20 y 80% según la provincia. El análisis de la relación entre muertes y notificaciones de TBC pulmonar con B(+) bacilos en el esputo que aquí se efectúa, es particularmente importante si se tiene en cuenta que antes del desarrollo y aplicación de los medicamentos antituberculosos, aproximadamente el 50% de los pacientes moría. La moderna quimioterapia ha permitido que la TBC sea curable en más del 95% de los casos, siempre que el tratamiento sea correctamente prescripto y administrado, y no haya co-infección HIV ni multirresistencia a antibióticos. Sin embargo, en algunas provincias de la Argentina la relación muertes/notificaciones de TBC pulmonar B(+) es cercana a 50% e incluso mayor, y por ende equiparable a lo que se podía observar antes de la introducción de la quimioterapia antituberculosa. Por el contrario, la ciudad de Buenos Aires, a pesar de la mayor frecuencia de asociación HIV/TBC y de brotes de multirresistencia registrados, presenta una relación de 9 muertes por cada 100 notificaciones (9%).

La estrategia a seguir parece sencilla: diagnosticar los casos y tratarlos con quimioterapia estandarizada hasta su curación, controlando

el cumplimiento del tratamiento y la negativización bacteriológica de cada caso. Pero para que eso se cumpla en todo el país es necesario contar con una provisión suficiente y estable de medicamentos, y con una organización de salud que permita diagnosticar y tratar la TBC correctamente. Esto no es sencillo de lograr. **La contribución de este informe a un programa eficiente con cobertura nacional para el control de la TBC es mostrar la realidad: paso inicial para cambiarla.**

Esto es una decisión política, no deberíamos pagar al FMI mientras que no implementemos la distribución de la riqueza, primer tratamiento para evitar los casos nuevos de tuberculosis, las muertes por todas las formas de tuberculosis terminar con las muertes por meningitis tuberculosa en niños menores de 5 años, uno de los indicadores epidemiológicos más alarmantes y vergonzante para un país cuyo presidente se jacta del crecimiento económico logrado.

Hay que pagar la deuda Sr. Presidente, la deuda interna, para evitar enfermedades y muertes evitables como la tuberculosis, Chagas agudo, muertes por miocardiopatía chagásica.

Hay que fabricar todas las drogas antituberculosas y así evitar la carencia de ellas en los casos de multiresistencia.

Nuestros científicos, universitarios, médicos, técnicos son capaces de hacerlo es más sin gran presupuesto ya se fabrican en Talleres protegidos la isoniazida, etambutol, PAS, pirazinanida.

Este gobierno y su ministro se ha jactado de tener genéricos? ,Sí los que compra a los laboratorios pagando en algunos casos hasta 100 veces su costo real.

La legislatura de Buenos Aires ha votado el Polo farmacéutico otro gran empuje a la industria farmacéutica, y ha rechazado votar el proyecto de producción pública de Medicamentos y vacunas, y la creación del laboratorio central de medicamentos.

Esto parece esquizofrénico ya que en la reunión de presentación del presupuesto de salud el 31de agosto, el Dr. Donato Spacavento se manifestó a favor de la producción pública de medicamentos, sin embargo no se expresa esto en un aumento de dicha partida presupuestaria.

La deuda a pagar es

Tener acceso a la salud sin distinción de condición económica, lugar de residencia.

Acceso a medicina preventiva, salir del modelo enfermedad

Acceso a Todos los medicamentos necesarios para prevenir y/o curar y/o mejorar las enfermedades.

1. Iseman M, Tailoring a time-bomb. *Am Rev Respir Dis* 1985;132:735-6.
2. Bloom B, Murray C. Tuberculosis: commentary on a resurgent killer. *Science* 1992;257:1055-63.
3. Murray C. Social, economic, and operational research on tuberculosis: recent studies and some priority questions. *Bull Int Union Tuberc Lung Dis* 1991;66:149-56.
4. Farmer P, Robin S, Ramilus St-L, Kim J. Tuberculosis and "compliance": lessons from rural Haiti. *Seminars in Respiratory Infections* 1991;6:373-9.
5. Spence D, Hotchkiss J, Williams C, Davies P. Tuberculosis and Poverty. *British Medical Journal* 1993;307:759-61.
6. Farmer P, Robin S, Ramilus St-L, Kim J. Tuberculosis and "compliance": lessons from rural Haiti. *Seminars in Respiratory Infections* 1991;6:373-9. McKenna Mt, McCray E, Onorato I. The epidemiology of tuberculosis among foreign-born persons in the United States, 1986 to 1993. *N Engl J Med* 1995;332:1071-6.
7. Krieger N, Rowley D, Herman A, Avery B, Phillips M. Racism, sexism, and social class: implications for studies of health, disease, and well-being. *Am J Prev Med* 1993;(Supplement) 9:82-122.
8. Navarro V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet* 1990;336:1238-40.
9. Marmot M. Social differentials in health within and between populations. *Daedalus* 1994; 123:197-216.
10. Navarro V. Race or class versus race and class: mortality differentials in the United States. *Lancet* 1990;336:1238-40.
11. Paul Farmer[i] Desigualdades Sociales y Enfermedades Infecciosas Emergentes, CDC Volumen 2, Número 4, Perspectivas Octubre-Diciembre 1996

*Médica tisioneumónologa, Hospital de Clínicas, Docente adscripta de Neumonología, UBA. Diputada mandato cumplido de la Ciudad de Buenos Aires, miembro de la mesa multisectorial por la producción Pública de medicamentos
