



Editorial

Eliminación mundial de la tuberculosis: la importancia de vigilar las tendencias en Méjico y otros lugares



Global Tuberculosis Elimination: The Relevance of Trend Surveillance in Mexico and Beyond

Giovanni Sotgiu^a, Giovanni-Battista Migliori^b y Joan B. Soriano^{c,*}

^a Unidad de Epidemiología Clínica y Estadística Médica, Departamento de Ciencias Biomédicas, Universidad de Sassari; Unidad de Investigación, Formación Médica y Desarrollo Profesional, AOU Sassari, Sassari, Italia

^b Centro Colaborador con la OMS para la Tuberculosis y Trastornos Pulmonares, Fondazione S. Maugeri, Centro de Asistencia e Investigación, Tradate, Italia

^c IdISPa-FISIB, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, España

Desde el punto de vista de la sanidad pública, lo que no se mide no existe y, es más, no se le puede hacer frente. En el caso de la tuberculosis pulmonar, compañera inmemorial de la humanidad, la observación y la vigilancia tanto de los éxitos como de los fracasos son claves para fijar las estrategias nacionales e internacionales que contribuyan a controlarla y a ponerle fin en algún momento. En este número de *Archivos de Bronconeumología*, Sánchez-Barriga¹ emplea un análisis de casuística de datos administrativos nacionales para definir las tendencias de mortalidad por tuberculosis pulmonar en Méjico. Hallaron grandes descensos recientes en las tasas anuales de mortalidad por tuberculosis pulmonar en todas las regiones de Méjico, lo que constituye un éxito en sí mismo. Sin embargo, había cierta heterogeneidad por género (con mayor mortalidad entre hombres que entre mujeres), nivel de educación (mayor descenso entre los que no habían terminado la educación básica) y zona geográfica. Este artículo original es importante porque describe el impacto de la tuberculosis en la población general a partir de la mortalidad, el peor indicador epidemiológico y evolución clínica de la infección por *Mycobacterium tuberculosis*. Desde el punto de vista de la sanidad pública, la vigilancia es esencial para entender mejor el rendimiento del sistema sanitario en un enclave geográfico determinado². En concreto, no solo demuestra la eficacia bacteriológica del tratamiento prescrito por los médicos, sino también, indirectamente, la capacidad para diagnosticar nuevos casos de tuberculosis (el desfase en el diagnóstico se asocia a un aumento de la mortalidad), la adherencia por parte de los pacientes al tratamiento antituberculoso pautado y el nivel de retención de pacientes en el programa terapéutico por parte del sistema de sanidad pública (p. ej., seguimiento con tratamiento vigilado). La evaluación de un cálculo y la tendencia temporal pueden proporcionar información fundamental que todas las partes interesadas, en especial políticos y responsables sanitarios, deben evaluar con máximo cuidado. Sin lugar a dudas, la fiabilidad

del sistema epidemiológico vigente es un requisito esencial para las evaluaciones mencionadas. Una gran tasa de infradeclaración podría minar la utilidad de los indicadores epidemiológicos y las consiguientes deducciones de la sanidad pública².

Al igual que Sánchez-Barriga¹, en España³ y en América Latina⁴ ya se detectaron enfoques similares en los que se pueden apreciar ciertas limitaciones. Teniendo en cuenta que este trabajo se basa exclusivamente en datos administrativos, no se puede efectuar la validación formal del diagnóstico u otros elementos y puede haber variaciones generalizadas en las prácticas de (infra)declaración. Los cambios a largo plazo, así como la transición epidemiológica en todo Méjico de enfermedad infecciosa a enfermedad crónica no contagiosa, son otros factores que pueden modificar indirectamente, pero en gran medida, los indicadores específicos de la tuberculosis pulmonar, mortalidad incluida. Al estudiar la relación entre la mortalidad por tuberculosis pulmonar y el nivel de educación, hallaron una relación beneficiosa para los pacientes que no habían terminado la educación básica respecto a los que tenían educación superior, pero también respecto a los que no tenían estudios, lo que genera más preguntas que respuestas. En definitiva, hay que interpretarlo con cautela.

El último informe mundial sobre la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), publicado en 2013, describía la epidemiología de la tuberculosis en 2012 y comparaba los últimos cálculos epidemiológicos con los registrados en el pasado reciente². La tasa mundial de mortalidad se ha reducido en un 45% desde 1990, lo que significa que casi se ha logrado el objetivo de reducción de mortalidad de la tuberculosis para 2015. Las regiones de la OMS de América y Pacífico Occidental ya han alcanzado el objetivo de 1990 para casi todos los indicadores epidemiológicos importantes (p. ej., incidencia, prevalencia y mortalidad). La cifra de fallecimientos en 2012 alcanzó los 1,3 millones en todo el mundo, de los cuales 940.000 fueron VIH negativos y 320.000 VIH positivos. Este resultado se ve afectado en gran medida en distintas zonas geográficas por la gran prevalencia y co-incidencia de la tuberculosis y la infección del VIH y de la tuberculosis refractaria a los medicamentos (en concreto, tuberculosis con resistencia extensiva y a múltiples

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jbsoriano2@gmail.com (J.B. Soriano).

fármacos). El aumento de las tendencias detectado recientemente en algunas regiones de la OMS, asociado a una inadecuada gestión clínica y de la sanidad pública (p. ej., pocas alternativas terapéuticas, malas tecnologías de diagnóstico, sistemas sanitarios con escasa financiación, integración y cooperación inadecuadas de los programas) podría trabar los resultados positivos logrados en los últimos decenios.

Asimismo, las crisis económicas, tanto nacionales como mundiales, podrían afectar a la mortalidad por tuberculosis pulmonar⁵. Se ha demostrado que los peores resultados relativos a la tuberculosis están relacionados con un nivel socioeconómico bajo, tanto en la esfera macro como microeconómica. En la situación actual, los gobiernos recortan su presupuesto anual para sanidad. Esta decisión política, impulsada por la situación de emergencia mundial, no coincide con las estrategias de sanidad pública recomendadas por la OMS (estrategia DOTS y estrategia Alto a la tuberculosis)⁶ que buscan fomentar un compromiso político continuo en la lucha contra la tuberculosis y por el fortalecimiento de los sistemas sanitarios. Los recortes económicos dictados por los políticos suponen menos dinero para el ámbito sanitario y aún menos recursos humanos. Después, si el sistema no funciona, el desenlace a medio plazo es un aumento de la mortalidad por tuberculosis. Los costes directos e indirectos relativos a la tuberculosis son importantes. Se ha demostrado sistemáticamente que los países de ingresos bajos o medios sufren en cuanto a resultados epidemiológicos tras los recortes de financiación de los gobiernos centrales⁷.

Es más, la tuberculosis es una enfermedad que representa el resultado de un desequilibrio inmunitario en términos cualitativos y cuantitativos. La insuficiencia inmunológica puede depender de distintos factores clínicos y/o sociales, por ejemplo, comorbilidades como diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, silicosis, drogadicción o alcoholismo, malnutrición, pobreza u otros⁸. Por lo tanto, no solo las situaciones clínicas pueden ser la base patógena de la enfermedad, sino que también las condiciones sociales pueden fomentar la evolución de la enfermedad hasta la muerte. Se suele detectar discriminación social, como se describe constantemente, contra los inmigrantes de países de bajos ingresos en los países de altos ingresos, así como un sesgo de género en algunas zonas geográficas. Las mujeres con una enfermedad grave pueden verse obligadas a quedarse en casa porque su hospitalización podría ser un estigma para toda la familia^{9,10}. Se precisa una revolución sociocultural. La educación de la población, en especial de los grupos marginados, puede mejorar la tasa de detección y, por lo tanto, los resultados terapéuticos.

La gestión de las situaciones mencionadas más arriba que pueden favorecer la aparición de tuberculosis precisa un mayor esfuerzo en cuanto a recursos económicos, humanos, organizativos y operativos. Es necesario prestar atención continua a la coordinación de los programas nacionales. La nueva estrategia de salud pública de la OMS abordó esta gestión multidimensional y problemática, con el objetivo de eliminar la tuberculosis antes de 2050 (es decir, incidencia mundial < 1 caso por 1.000.000 habitantes)¹¹. Se llama Estrategia post 2015 y se basa en 3 pilares: asistencia y

prevención integradas y centradas en el paciente; políticas atrevidas y sistemas de apoyo; e intensificación de la investigación y la innovación. Con todos estos elementos, el paciente adquiere un papel central, pero con la perspectiva clínica clásica y tradicional: los sujetos con tuberculosis (o con gran riesgo de padecerla) deberían incluirse en un marco concreto donde se luche contra varios factores de riesgo de forma coordinada, multidimensional y multidisciplinar. El mundo político, bien centrado en la sanidad, es el director de orquesta, y puede asignar fondos económicos y financieros siguiendo un enfoque factual. Esta metodología política táctica permitiría alcanzar los objetivos de la estrategia: no más muertes ni infecciones por tuberculosis.

Cualquier paciente con tuberculosis pulmonar en Méjico puede acudir a su neumólogo o médico de cabecera y preguntar: «—Doctor, ¿estoy chingao?»¹². Se necesitan imperiosamente las respuestas a esta y otras preguntas relativas a la tuberculosis¹³. En definitiva, se precisa una acción política coordinada. En un contexto económico difícil, como el que tenemos en la actualidad, las intervenciones de todos los agentes deberían ser acertadas y pertinentes. El primer paso consiste en adoptar y adaptar la nueva estrategia de la OMS que supone una traducción fiable de las fórmulas de la estrategia a acciones enfocadas en la vida real, con el fin de luchar por la eliminación de la tuberculosis.

Bibliografía

1. Sánchez-Barriga JJ. Mortality trends and risk of dying from pulmonary tuberculosis in the 7 socioeconomic regions and the 32 states of Mexico, 2000-2009. Arch Bronconeumol. 2014, en prensa.
2. OMS TB global. Informe 2013. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
3. Calpe JL, Chiner E, Marín J, Armero V, Calpe A. Evolución de las características epidemiológicas de la tuberculosis en el Área 15 de la Comunidad Valenciana en el período 1987-2001. Arch Bronconeumol. 2005;41:118-24.
4. Palmero DJ, Laniado Laborín R, Caminero Luna JA. Guías latinoamericanas de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis farmacorresistente. Arch Bronconeumol. 2008;44:578.
5. Sotgiu G, Mauch V, Migliori GB, Benedetti A. Evidence-based, agreed-upon health priorities to remedy the tuberculosis patient's economic disaster. Eur Respir J. 2014;43:1563-6.
6. Raviglione MC. The new Stop TB Strategy and the Global Plan to Stop TB, 2006-2015. Boletín de la OMS. 2007;85:327.
7. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: A systematic review. Eur Respir J. 2014;43:1763-75.
8. Creswell J, Raviglione M, Ottmani S, Migliori GB, Uplekar M, Blanc L, et al. Tuberculosis and noncommunicable diseases: Neglected links and missed opportunities. Eur Respir J. 2011;37:1269-82.
9. Krishnan L, Akande T, Shankar AV, McIntire KN, Gounder CR, Gupta A, et al. Gender-related barriers and delays in accessing tuberculosis diagnostic and treatment services: A systematic review of qualitative studies. Tuberc Res Treat. 2014;2014:215059.
10. Chang SH, Cataldo JK. A systematic review of global cultural variations in knowledge, attitudes and health responses to tuberculosis stigma. Int J Tuberc Lung Dis. 2014;18:168-73.
11. Junta Ejecutiva de la OMS. Estrategia y objetivos para la prevención de la tuberculosis, la atención y el control mundial después de 2015. Informe de Secretaría.
12. Montes de Oca Sicilia MP. El Chingonario. Uso, reuso y abuso del chingar. Editorial Otras Inquisiciones. 2010.
13. Vázquez-García JC, Salas-Hernández J, Pérez Padilla R, Montes de Oca M. Salud respiratoria en América Latina: número de especialistas y formación de recursos humanos. Arch Bronconeumol. 2014;50:34-9.