

TUBERCULOSIS EN POBLACION DE TERRITORIOS NACIONALES DE COLOMBIA, INCLUIDA LA POBLACION INDIGENA

Doctor Alberto Pinzón Sánchez
Antropólogo, M.S.A.,
Jefe Programas Médicos Especiales,
Ministerio de Salud, Colombia.

La tuberculosis continúa siendo un problema de salud en Colombia; ocupa el puesto 11 como causa de muerte en el grupo de 15 a 44 años de edad, aunque desde hace mucho tiempo existe tecnología médica para combatirla.

A su vez constituye uno de los problemas más sentidos de morbimortalidad entre las comunidades indígenas de Colombia, que no ha podido cuantificarse adecuadamente a pesar de los esfuerzos del Ministerio de Salud después de las recomendaciones del II Taller de Prestación de Servicios de Salud a Comunidades Indígenas, realizado en Valledupar en 1983.

Conscientes de tal dificultad, intentaremos aproximarnos a esta problemática un poco más objetivamente con datos numéricos, considerando que la población indígena colombiana habitante de nuestros llamados "Territorios Nacionales" es un 20% de la población total indígena colombiana, y se distribuye demográficamente en las Seccionales de Salud de las dos grandes regiones orientales de la Orinoquia y la Amazonia según los porcentajes que aparecen a continuación:

Cuadro No. 1

PORCENTAJE DE POBLACION INDIGENA EN TERRITORIOS NACIONALES COLOMBIA - 1985			
SECCIONAL DE SALUD	POBLACION TOTAL	POBLACION INDIGENA	%
AMAZONAS	30.327	15.955	52.6
ARAUCA	70.085	1.014	1.5
CAQUETA	214.473	1.062	0.5
CASANARE	110.253	2.038	1.9
GUAINIA	9.214	5.575	60.5
GUAVIARE	35.305	2.824	8.0
PUTUMAYO	119.815	7.588	6.3
VAUPES	18.935	15.377	81.2
VICHADA	13.770	2.454	17.8
TOTALES	622.177	53.887	8.7

Fuente: Censo Nacional DANE 1985.

En el Cuadro 2 aparece el comportamiento de la tuberculosis diagnosticada con baciloscopia positiva en los Territorios Nacionales desde 1982 a 1985 y las tasas nacionales de estos mismos años.

Cuadro No. 2

INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR DIAGNOSTICADA CON BACILOSCOPIA POSITIVA EN TERRITORIOS NACIONALES 1982-1985 TASA x 100.000 HABITANTES				
SECCIONAL DE SALUD	TASA 1982	TASA 1983	TASA 1984	TASA 1985
AMAZONAS	88.3	142.4	212.2	135.6
GUAINIA	100.9	107.2	111.3	53.8
ARAUCA	87.4	92.4	76.8	62.6
PUTUMAYO	40.3	63.2	62.4	35.2
VAUPES	121.3	78.3	53.7	85.6
CAQUETA	58.8	66.0	53.1	58.0
VICHADA	5.0	57.1	38.9	81.1
CASANARE	30.0	50.5	36.3	25.4
GUAVIARE	12.8	39.8	31.5	30.5
TASA NACIONAL	29.6	31.9	29.7	29.6

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Control de Tuberculosis.

Si bien estas últimas tasas han presentado ligeros incrementos explicables por el perfeccionamiento en los métodos diagnósticos e incremento en la búsqueda por ampliación de la cobertura institucional entre otros, la población de los Territorios Nacionales incluida la indígena, muestra tasas muy por encima, lo que constituye un grave problema por ser las fuentes infectantes en la comunidad, más si se tiene en cuenta que un bacilífero infecta entre 10 y 20 personas por año, de las cuales enferma un 50%.

En el Cuadro 3 aparece la búsqueda y pérdida de enfermos, dos de los aspectos importantes del Programa en dos años consecutivos.

Cuadro No. 3

**BUSQUEDA Y PERDIDA DE CASOS EN TERRITORIOS NACIONALES
1984 - 1985**

SECCIONAL DE SALUD	Personas Examinadas con Bx.		Enfermos Diagnosticados con Bx (+)		Total Enfermos en Tratamiento		Porcentaje de Pérdida	
	1984	1985	1984	1985	1984	1985	1984	1985
AMAZONAS	1.262	1.138	76	54	370	325	13.2	9.5
ARAUCA	3.057	2.072	78	65	443	181	15.3	18.8
CAQUETA	4.659	5.800	165	189	537	569	23.0	13.7
CASANARE	2.321	1.928	58	45	221	150	19.4	10.7
GUAINIA	1.253	969	18	10	37	30	21.6	10.0
GUAVIARE	563	496	25	26	95	64	45.3	28.1
PUTUMAYO	1.581	1.466	145	112	546	474	18.3	21.3
VAUPES	464	1.104	14	28	38	88	18.4	19.3
VICHADA	464	705	16	33	47	52	36.2	30.8

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Control Tuberculosis

De las nueve Seccionales consideradas, seis presentaron disminución en la búsqueda, lo que incidió en el número de casos diagnosticados con baciloscopia.

En cuanto a la pérdida, a pesar de que en la mayoría hubo disminución de un año a otro, continúa siendo muy alta.

Continuando el análisis del resultado de los tratamientos mediante cohortes en los Territorios Nacionales durante los años 1982 a 1984 observamos:

Cuadro No. 4

**RESULTADO DE LOS TRATAMIENTOS
ANTITUBERCULOSOS
MEDIANTE COHORTES EN LOS
TERRITORIOS NACIONALES
COLOMBIA 1982 - 1984**

RESULTADOS	COHORTE 82-83		COHORTE 83-84	
	No.	%	No.	%
Total Encuestados	529	100.0	692	100.0
Bacteriología Positiva	2	0.4	-	-
Bacteriología Negativa	22	4.2	15	2.7
Bacteriología Ignorada	-	-	-	-
Pacientes Fallecidos	2	0.4	1	0.1
Pacientes Traslados	6	1.1	2	0.3
Pacientes Perdidos	14	2.7	9	1.3
TOTAL	46	8.7	27	3.9

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Control Tuberculosis

Se aprecia que el número de pacientes curados con bacteriología negativa disminuyó a la mitad durante el último año; el porcentaje de pacientes fallecidos no varía sustancialmente, aunque haya disminución en los casos perdidos.

Hay un alto porcentaje de curados en el tratamiento acortado supervisado en los años analizados, mientras que el tratamiento autoadministrado muestra resultados menos satisfactorios dentro de esta población. Además, durante el período analizado existe diferencia entre los perdidos de control, pues en el primer esquema son menos numerosos en el tratamiento autoadministrado.

Con lo anterior hagamos algunas consideraciones:

La tuberculosis empezó a presentarse en las tribus indígenas a partir del contacto con los colonos o con personas ajenas a sus asentamientos.

Como en sus ancestros no se conocía la enfermedad, la raza no tenía experiencia sobre ella y carecía por completo de la *inmunidad de raza* de que se habla en tuberculosis; los adultos que no han tenido primoinfección o vacunación con BCG, no poseen inmunidad específica ni hipersensibilidad celular, por eso los macrófagos toman el germen dentro de su citoplasma pero el proceso acaba con la destrucción de la célula y no del bacilo; se presentan entonces las formas de tuberculosis diseminada ya sea por vía bronquial o por vía hematológica, con siembras a distancia, en los pulmones en el primer caso o en cualquier parte del organismo en el segundo; por esto los nativos con frecuencia desarrollan las formas miliares, siempre la enfermedad tiene en ellos un carácter grave y evoluciona muy rápidamente en forma agresiva.

El cuadro clínico se ve agravado por la inmunosupresión o baja de defensas producida por la desnutrición de los indígenas, fruto del deterioro de la flora y la fauna, inducido por el devastador y anárquico proceso actual de colonización de regiones habitadas milenariamente por los nativos.

Pero uno de los factores fundamentales que se deben considerar en esta situación, es el complejo sistema de barreras existentes entre las dos sociedades, hasta ahora desconocido por los agentes oficiales de salud.

Las marcadas diferencias étnicas y culturales en la forma de producir y de consumir, de organización social, de

Cuadro No. 5

**RESULTADOS DE TRATAMIENTO A LOS 6 ó 12 MESES EN COHORTE
DE PACIENTES TUBERCULOSOS SEGUN ESQUEMA DE TRATAMIENTO
TERRITORIOS NACIONALES - COLOMBIA 1982-1983**

SITUACION A LOS 6 ó 12 MESES	Tto. Acortado Supervisado		Tto. Autoad- ministrado		Otros Esquemas		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CURACION	20	74.1	2	11.8	-	-	22	50.0
FRACASO	-	-	-	-	-	-	-	-
DEFUNCION	1	3.7	1	5.9	-	-	2	4.5
TRASLADOS	3	11.1	3	17.6	-	-	6	13.6
PERDIDOS	3	11.1	11	64.7	-	-	14	31.8
TOTAL	27	61.4	17	38.6	-	-	44	100.0

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Control Tuberculosis

cosmovisión, de idioma, de cultura en general; la concepción de salud y curación, diametralmente distinta a la manejada por la sociedad mayor y que clasifica a la tuberculosis como enfermedad del Blanco contra la cual se requieren inyecciones y múltiples drogas totalmente desconocidas en su uso y manejo por la cultura indígena; razón de fondo que explica pero no justifica los grandes porcentajes de deserción o pérdida de pacientes y el fracaso de los tratamientos autoadministrados por el programa oficial de control de la tuberculosis en el país.

A esto se debe agregar la barrera geográfica de los grandes espacios despoblados o con poblaciones dispersas en selva y llanos, escasas vías de comunicación terrestre, costos insoportables en el transporte aéreo y fluvial por el precio de la gasolina, y la lenta y escasa oferta de servicios institucionales de salud que analizamos al comienzo; factores que influyen de una manera directa en esta situación de gran peso en la salud de la desprotegida y vulnerable población indígena de Colombia.

Cuadro No. 6

**RESULTADOS DE TRATAMIENTO A LOS 6 ó 12 MESES EN COHORTE
DE PACIENTES TUBERCULOSOS SEGUN ESQUEMA DE TRATAMIENTO
TERRITORIOS NACIONALES - COLOMBIA 1983-1984**

SITUACION A LOS 6 ó 12 MESES	Tto. Acortado Supervisado		Tto. Autoad- ministrado		Otros Esquemas		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
CURACION	11	78.6	2	18.2	2	100.0	15	55.6
FRACASO	-	-	-	-	-	-	-	-
DEFUNCION	-	-	1	9.1	-	-	1	3.7
TRASLADO	1	7.1	1	9.1	-	-	2	7.4
PERDIDA	2	14.3	7	63.6	-	-	9	33.3
TOTAL	14	51.9	11	40.7	2	7.4	27	100.0

Fuente: Ministerio de Salud - Programa Control Tuberculosis

Conclusiones

1. No existe un diagnóstico preciso y específico sobre morbimortalidad en población indígena por la carencia de instrumentos de información del subsistema de información del Sistema Nacional de Salud.
2. Se toma una población indígena aproximada del 20% del total nacional que habita los llamados Territorios Nacionales de Colombia. Como no existe discriminación informativa los indígenas están incluidos con toda la demás población y constituyen un 8.7% de ella.
3. Las tasas de incidencia de tuberculosis pulmonar diagnosticada con baciloscopia positiva en Territorios Nacionales 1982-1985 muestra cifras muy por encima de la tasa nacional. Debe resaltarse que las tasas más elevadas son las del Amazonas, Guainía, Vaupés, territorios con mayoría de población indígena.
4. El porcentaje de deserción o pérdida de enfermos de tuberculosis pulmonar está sustancialmente elevado.
5. Aunque el porcentaje de negativización disminuyó a la mitad, el de fallecidos no varía sustancialmente.
6. Existe un porcentaje más alto de curados en el tratamiento acortado supervisado, en contraste con los

resultados menos satisfactorios del tratamiento y de las pérdidas de control con el denominado "tratamiento autoadministrado".

7. En esta situación incide el complejo sistema de barreras existentes entre las dos sociedades: la nativa y la sociedad mayor. Un gran muro lo constituyen las diferencias biológicas y étnico-culturales de inmunidad de raza, producción y consumo de bienes, organización familiar y social, cosmovisión, idioma, etc. Otros son las distancias geográficas, la inexistencia de vías de comunicación, los costos del transporte y la casi nula oferta de servicios estatales de salud.

Recomendaciones

El Sistema Nacional de Salud deberá:

1. Establecer instrumentos de información específicos que permitan elaborar un diagnóstico real y aproximado de la situación de salud en la población indígena.
2. Adaptar de manera flexible a las zonas indígenas las normas que el Programa antituberculoso viene implementando desde hace algún tiempo para aumentar su cobertura y mejorar su calidad.
3. Aspectos prácticos fundamentales de esta adaptación serán:
 - a) Asegurar la estabilidad del personal médico y paramédico que trabaja en Territorios Nacionales dentro del Programa antituberculoso.
 - b) Capacitar y garantizar su labor con un sistema de estímulos económicos a todo el personal de entidades gubernamentales que presten servicios a indígenas, para que puedan ayudar en la educación y búsqueda de pacientes.
 - c) Implementar un sistema de remisión de enfermos hacia un hospital intermedio en donde no se violenten los hábitos cotidianos de los indígenas.
 - d) Generalizar en estos territorios la gragea multi-droga que se está experimentando, para simplifi-

car al máximo el esquema de tratamiento que ha de ser para cada caso cuidadosamente seleccionado.

- e) Adiestrar a más promotores indígenas en técnicas diagnósticas de laboratorio. Capacitar a los *Shamanes* locales (*Payés*) para que sirvan de agentes colaboradores en la detección y remisión de enfermos, así como de líderes comunales en la participación comunitaria.
4. Liderar la coordinación con todas las entidades del sector Salud y los demás sectores económicos del país, acciones prácticas tendientes a romper los muros y barreras económico-sociales que separan estas dos sociedades.

Se deberá entonces entregar por parte de los organismos estatales correspondientes, la posesión de las tierras ancestrales en forma de "Resguardos" a las comunidades indígenas, respetando y asimilando científicamente sus conocimientos y experiencias adaptativas de millares de años, sobre todo en el área básica de la producción de alimentos, la nutrición y el bienestar, si pretendemos que en los albores del siglo XXI los logros científicos y tecnológicos que en este momento tiene la humanidad lleguen a todos especialmente a los aislados, marginados y desprotegidos indígenas colombianos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) DANE. *Censo Nacional 1985*, Bogotá.
- (2) Ministerio de Salud - *Programa Control de Tuberculosis*, 1985, Bogotá.
- (3) Ministerio de Salud - *Conclusiones II Taller sobre prestación de Servicios de Salud a Comunidades Indígenas*, 1983, Bogotá.
- (4) Chirif Alberto - *Salud y Nutrición en Sociedades Nativas*. Centro de Investigación y Promoción Amazónica, 1979, Lima.
- (5) Domínguez Camilo. *Problemas Generales de la Colonización Amazónica en Colombia*, 1976, Bogotá.
- (6) Pinzón Alberto. *Ecology and the health of colombian forest dwellers*. *World Health Forum*, 1984.