

Cartas a la Redacción

La Tuberculosis en Colombia

Publicamos los interesantes comentarios del doctor Alirio A. Zemanate Bermeo, de Bolívar, Cauca, en relación con el trabajo "Actualización en Tuberculosis" aparecido en el No.26 de nuestra revista, así como la respuesta de sus autores.

Mucho agradecemos la atención que el doctor Alirio A. Zemanate Bermeo ha prestado a nuestra publicación, de que es prueba su importante carta.

Sea ésta la oportunidad de manifestar, una vez más, la cordial invitación del Comité de Redacción de "Medicina", órgano informativo de la Academia Nacional de Medicina, dirigida a nuestros distinguidos lectores para que nos envíen sus opiniones y puntos de vista sobre el material que aparece en nuestras ediciones.

Bolívar (Cauca), Diciembre 17 de 1991

Dr. Gilberto Rueda Pérez
Dr. Carlos Arturo Torres Duque
Dr. Guido Chaves Montagnó
Academia Nacional de Medicina
Santafé de Bogotá.

Estimados Dres:

Cordial saludo. Permítanme manifestarles que gracias a Laboratorios Italmex llegó a mi poder la Revista "Medicina" Órgano Informativo de la Academia Nacional de Medicina de Colombia, concretamente el número 26 correspondiente a Julio de 1991. En la página 2 y siguientes hasta la página 21, presentan Uds. el artículo: "Actualización en Tuberculosis". Sobre dicho artículo me atrevo a remitirles mis reflexiones de Médico General con la esperanza de conocer sus comentarios al respecto.

El contenido de su artículo se refiere a las características de nuestro vigente modelo de educación médica, a sus consecuencias, a su influencia en la actualización de tuberculosis, a la existencia de métodos que permiten el diagnóstico de tuberculosis en más de 95%, a la disponibilidad de tratamiento que produce la curación de la tuberculosis en cerca de 99%, al problema de la incapacidad de utilización de estos avances y a una alternativa diferente de actualización en tuberculosis.

La esencia de su propuesta de actualización en tuberculosis es reconocer que los elementos epidemiológicos, administrativos, operativos y sociales también tienen importancia, quizá en mayor grado que los elementos técnicos, biológicos y científicos, por lo tanto proponen entregar al personal de salud nuevos elementos de aquella índole que permitan utilizar la tecnología disponible. Consideran que dichos elementos y su novedad están en las normas y funciones del programa nacional de tuberculosis y por lo tanto buena parte del artículo se dedicaría a su enunciado pero por razones de tiempo y espacio consideran únicamente los elementos que dificultan la aplicación de dichos avances y la otra parte del artículo se dedica a los avances estrictamente científicos.

En su artículo se alcanza a entrever que frente al problema mencionado, su hipótesis es, que dicha incapacidad radica en la no localización total de los tuberculosos. Una vez localizados podemos entregarles los avances que curan su enfermedad e impiden su diseminación. Primero se esperaba que todos los tuberculosos buscaran la agencia de salud y, hace tiempo se comprendió que es la agencia de salud quien debe buscar al tuberculoso. Con la esperanza de localizar a todos los tuberculosos mediante esta estrategia se hace énfasis en la gran cantidad de personas no profesionales que podrían "captar" personas con posibilidad de ser tuberculosos. Ya captados o localizados los pacientes apareció la dificultad del fenómeno llamado "abandono" atribuyéndole como causas, la falta de información al paciente, la inaccesibilidad a las instrucciones de salud y las reacciones secundarias a los medicamentos. Se proponen charlas educativas tanto al paciente como a la familia y que el paciente disponga de la droga en sitios cercanos.

Permítanme presentar mi hipótesis tendiente a solucionar el problema de la incapacidad para utilizar los avances en diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis: El paciente tuberculoso es sometido a un trauma cultural en el momento de la entrega de los servicios, este trauma cultural aleja al tuberculoso del contacto con la agencia de salud (igual sucede con pacientes de otras enfermedades). Veamos las consideraciones que sustentan lo anterior.

Se encuentra en su artículo igual que en libros, revistas y conferencias las siguientes afirmaciones:

- a. La mayoría de los enfermos consulta después de un tiempo más o menos prolongado de presentar los síntomas.

b. Los enfermos no consultan.

c. Las causas más frecuentes de lo ocurrido en los puntos "a" y "b" son:

1. Conciencia errada de enfermedad
2. Inaccesibilidad a los servicios de salud:
 - Transporte
 - Tiempo
 - Costos de los servicios
 - Trámites para la consecución del servicio
 - Maltrato por el personal de salud.

d. El problema fundamental a nivel operativo es el abandono del tratamiento por parte del paciente.

Analizando los puntos anteriores se encuentra que hacen referencia a los siguientes elementos que intervienen en la entrega de los servicios: personal operativo de la agencia de salud, pacientes, medio geográfico donde viven y laboran, modo como el personal operativo trata a los pacientes. La mayor parte de los puntos son atribuidos a los pacientes, la menor parte a factores de la institución y una mínima parte al personal operativo, pues se observa que los puntos a - b - d son atribuidos a los pacientes y entre las causas mencionadas en el punto "c", la primera también es atribuida a los pacientes y, entre los cinco elementos que desglosan la inaccesibilidad a los servicios de salud cuatro le son atribuidos a la institución donde se labora y, tal vez uno a las características geográficas del lugar donde vive el paciente. Sólo uno dentro de estos elementos y lo mencionan al final, es atribuido al personal operativo: "el mal trato por el personal de salud". Es decir que se trata de explicar la situación con elementos externos y ajenos al personal operativo cuando precisamente son elementos intrínsecos de este personal los gestores de la incapacidad de utilizar los avances científicos. Veamos por qué:

1. La gran mayoría de pacientes tuberculosos pertenece a las clases sociales deprimidas o a comunidades y grupos humanos con valores, costumbres, modelos definidos por ellos, válidos para ellos y vividos por ellos.
2. El personal operativo de salud pertenece a un estrato social diferente, o a un grupo social identificado por costumbres, valores, modelos definidos por el grupo, vividos por el grupo y diferentes de los definidos y vividos por el grupo de donde proceden los pacientes tuberculosos.
3. El concepto de enfermedad desde el punto de vista del paciente a través de sus valores, modelos y costumbres no está errado, es correcto, pues se ajusta a sus concepciones del hombre, la naturaleza, la vida y el cosmos. Está errado desde el punto de vista de los conceptos, valores y costumbres del trabajador de la salud.

4. El paciente tuberculoso consulta tarde o no consulta porque sentirse enfermo, dentro de sus valores, modelos y conceptos es diferente de sentirse enfermo dentro de los modelos, valores y conceptos del trabajador de la salud. El jornalero, el indígena, el campesino, el obrero, no se siente enfermo cuando tiene fiebre, anorexia, tos, expectoración amarillenta o expectoración sanguinolenta. El se siente enfermo cuando estos elementos avanzan y aparecen otros que le impiden levantarse de la cama, le impiden desplazarse hacia su trabajo, le impiden realizar el trabajo. En cambio al trabajador de la salud y los de su clase, la presencia de una leve fiebre, anorexia, tos y escasa expectoración ya le hacen sentirse enfermo o considerarse enfermo.

5. En nuestro país el 20% de la población tiene alguna forma de seguridad social y el 80% restante no la tiene. Dentro de este 80% están los jornaleros, campesinos, indígenas, personal del rebusque, para quienes enfermarse es dejar de trabajar, es dejar de generar ingresos, es gastarse los ahorritos, es dejar de ayudar a la casa y convertirse en una carga, es tener que endeudarse, es tener que vender los pocos bienes. En cambio para el trabajador de la salud y quienes tienen seguridad social, enfermarse es descansar remuneradamente, pues le dan incapacidad y pago, es aumentar ingresos pues en uso de su "incapacidad" no va al "trabajo", pero trabaja en labores privadas, además la droga no la compra pues la recibe de la entidad aseguradora.

6. No es el paciente quien abandona el tratamiento, más bien es incapacidad del trabajador de la salud para retenerlo. Pues al dar las charlas educativas al paciente y su familia se le habla de leche, huevos, pescado, casas con pisos de baldosas, ventanales, buenos vestidos, etc, es decir se le habla de bienes y servicios a los cuales no tiene acceso. De otra parte se le habla de bacilos, cavernas, transmisión por el aire, estreptomocina, rifadín, etc. es decir elementos que no están dentro de su concepción de la enfermedad.

El conjunto de valores, modelos, significados, costumbres, conceptos incorporados y subyacentes al diario vivir de un grupo humano es lo que se llama cultura. El contenido principal de los puntos anteriores está conformado precisamente por estos factores que nos lleva a deducir que en el problema que nos ocupa hay dos grupos culturales: la cultura del personal operativo de salud y las culturas de los pacientes. Las dos culturas entran en contacto en el momento de la búsqueda de pacientes, búsqueda y entrega de servicios. En el manejo de ese contacto radica la esencia de la incapacidad de utilización de los avances.

El personal operativo de salud entrega servicios con base en su cultura y espera que el paciente los acepte, pero este los recibe pero no los acepta, porque dichos servicios riñen

con su cultura, determinando así un alejamiento entre agencia de salud y pacientes. Puede haber apretón de manos, palabras amables, besitos en la mejilla, abrazos, pero existe un desfase cultural, podríamos decir que existe una violencia cultural. Esto se presenta porque:

- a. Se hace la historia clínica, los exámenes físicos, los exámenes de laboratorio, únicamente de conformidad con nuestros conceptos, modelos y concepciones y, pretendemos que ellos nos entiendan, que opten por los nuestros y abandonen los suyos.
- b. Existe un endurecimiento inflexible en la presentación de la información de los avances adquiridos, refugiándose en una sola forma de expresión no entendible para el paciente: BK, caverna, etc.
- c. Se prescribe droga y normas de conducta personal y familiar únicamente dentro de nuestros modelos y concepciones.
- d. Se pretende que haya apertura y adaptación únicamente de ellos hacia nosotros.
- e. El paciente nota que su información suministrada y la manera como él ve su enfermedad desde el marco de sus conceptos, no despierta ningún interés.

Sabemos que lo dicho por el personal operativo de salud está demostrado científicamente y que los conceptos del paciente están lejos de la verdad biológica, anatómica, fisiológica, patológica y terapéutica, pero no se puede cambiar los conceptos de la noche a la mañana y además intentar cambiar de conceptos es intentar cambiarles la cultura, labor por cierto muy difícil. Qué hacer entonces? ¿Cómo relacionar cultura y medicina? Sabemos que "cada cultura hunde sus raíces en su propio mundo, expresa sus aspiraciones, sus tendencias así como las imágenes y los modelos que rigen sus comportamientos". "La cultura no es algo accidental a la vida humana, ni distinción para unos pocos, es un atributo esencial al ser humano y por consiguiente dimensión universal para todos los hombres". "El hombre quiere ser entendido y aceptado desde su cultura". Se requiere pues de un medio, de un método para llegar a establecer un diálogo intercultural y este método o medio es la inculturación del personal operativo de salud y la inculturación de la medicina.

Inculturación desde el punto de vista médico indica la inserción del médico y el personal operativo de salud en la cultura de sus pacientes. Como el paciente no acepta los servicios en la cultura del personal operativo de salud, es este personal quien debe entender y vivir la cultura del paciente y entregar los servicios a los pacientes con los elementos de la cultura de los pacientes. No se pretende cambiar las culturas, sino usar sus elementos para que

disfruten de los avances científicos y se de la relación amistosa entre la medicina actual y las culturas. Relación que permitirá penetrar en las culturas los conceptos científicos con "independencia y universalidad en medio de la diversidad de aquellas " La construcción de la salud" no puede prescindir de los elementos de la cultura y las culturas humanas." "Independiente frente a las culturas, los avances científicos no son necesariamente compatibles con aquellas sino capaces de impregnarlas a todas sin someterse a ninguna".

Surge una pregunta: ¿Cómo realizar esta inculturación? Como la cultura es algo muy complejo se necesita vincular los Antropólogos en dos frentes: en la formación académica del personal operativo y en los Hospitales Locales que son las agencias operativas de salud.

Expreso mis agradecimientos por su atención y reitero mis deseos de conocer sus comentarios a estas reflexiones. En su espera quedo de Uds. con sentimientos de consideración y aprecio

Respetuosamente:

Alirio A. Zemanate Bermeo

Santafé de Bogotá, Febrero 21 de 1992

Doctor
Alirio A. Zemanate Bermeo
Médico
Carrera 5 No. 6-60
Bolívar, Cauca

Apreciado Doctor Zemanate:

Reciba nuestro más cordial saludo. Le agradecemos mucho su comunicación del 17 de Diciembre de 1992, no sólo por producirnos satisfacción ver el interés que despertó nuestro artículo sobre actualización en tuberculosis, sino por los planteamientos que acerca de él usted nos hace.

Su visión integral de la falta de impacto del Programa Nacional de Tuberculosis nos hace reflexionar y reafirmar una concepción que hemos venido trabajando y que infortunadamente sólo la tocamos tímidamente en nuestro artículo, pero que hoy poco más de un año después de haberlo escrito, la expresamos con absoluta convicción, y la sustentamos ampliamente en manifestaciones como la suya; esta concepción es lo que hemos llamado INACCESIBILIDAD CULTURAL en la prestación de servicios de salud.

Durante mucho tiempo se ha hablado de la inaccesibilidad de los Servicio de Salud, de la falta de recursos humanos

y financieros o de las dificultades de transporte que indudablemente influyen en la situación actual de salud. Si miramos, sin embargo, el Programa Nacional de Tuberculosis vemos que a pesar de inconvenientes no infrecuentes se ha logrado contar con métodos de diagnóstico y terapia disponibles. Teóricamente no habría dificultades mayores porque una muestra de esputo se podría recoger en cualquier lugar del país para ser remitida al lugar más cercano donde se realizara la baciloscopia.

La realidad nos muestra que más que los factores enunciados, tal como usted lo expresa, existe una barrera cultural que impide el acercamiento entre el servicio de salud y la comunidad. Esta situación se ha querido simplificar en: nosotros tenemos la verdad, ellos no, hay que educarlos. Allí se fundamenta un gran error.

Esta inaccesible cultura es, indiscutiblemente, generada también por quienes ofrecemos la atención en salud. Por esta razón, y por la necesidad, además, que el médico sea un administrador en salud, un epidemiólogo y un sociólogo, es que podemos asegurar que en la actualidad gran parte de la falta de impacto, no sólo del programa de Tuberculosis, sino de otros programas y políticas nacionales de salud, se debe el recurso humano, desde su formación hasta su situación laboral.

Es fundamental en la formación de personal de salud, desde el pregrado, la creación de conciencia social, el conocimiento de la situación cultural de nuestra comunidad, pero más que el conocimiento, el estudio y aplicación de métodos de acercamiento cultural; obviamente, además de la profunda formación científica, y en administración de salud.

La privatización de la enseñanza y los criterios de selección hoy utilizados hacen que, particularmente el médico

que termina su formación, sea lejano culturalmente a nuestra misma comunidad. No tenemos duda que la formación de personal proveniente de lo que muy seguramente de manera errónea se ha conocido como estratos socioculturales bajos, es un medio de enlace deseable. Darle acceso a la persona que procede de la provincia y desea regresar a ella para que ingrese a educación superior en salud.

Nuevamente le expresamos nuestra congruencia con sus pensamientos. Desearíamos mantener una comunicación permanente con usted, en especial, cuando vayamos a desarrollar programas de capacitación. Le manifestamos también nuestra probabilidad de publicar sus escritos sobre la experiencia local en programas de tuberculosis.

Cordialmente,

Dr. GILBERTO RUEDA PEREZ

Miembro de Número
Academia Nacional de Medicina
Jefe de Servicios Ambulatorios
Hospital Santa Clara

Dr. GUIDO CHAVES MONTAGNO

Asesor del Ministerio de Salud
en Enfermedades Transmisibles
Rector
Corporación Unificada Nacional

Dr. CARLOS ARTURO TORRES DUQUE

Jefe Unidad de Neumología
Hospital Santa Clara
Representante de ASCOFAME
al Comité Asesor de Tuberculosis
del Ministerio de Salud