

Detecção de casos de tuberculosis y disposición de laboratorio clínico en Unidades de Salud, México 2000-2002

Detecção de casos de tuberculose e disposição de laboratório clínico em Unidades Básicas de Saúde, México 2000-2002

Detection of tuberculosis and availability of laboratories in primary health units of a Mexican Jurisdiction, 2000-2002

Juan Pineda-Olvera *

Tereza Cristina Scatena-Villa **

Antonio Ruffino-Netto ***

Roxana Izabel Cardozo Gonzáles ****

Cinthia Midori Sasaki *****

Resumen

Los objetivos de este estudio descriptivo-correlacional fueron determinar nivel de atención que detectó los casos de TB y asociación entre laboratorio y casos atendidos por Unidad de primer nivel de atención en una jurisdicción mexicana, 2000-2002. Para coleccionar datos de los expedientes, se utilizó hoja de registro y entrevista a personal del programa. Se encontraron 75 casos, 95% mayores de 15 años. 60% del total fueron detectados en segundo y tercer nivel, después referidos al primero para seguimiento y control. De las 18 Unidades básicas de salud de la jurisdicción, cinco controlaron al 57%; 65% fueron de TB pulmonar y 35% extrapulmonar. Hubo asociación entre casos y existencia de laboratorio en las Unidades. La detección en primer nivel fue baja (35%), si consideramos que el Programa de tuberculosis es de Atención Primaria y por tanto, los casos deben detectarse allí, situación que refleja predominio del enfoque curativo del programa.

Palabras clave: tuberculosis, epidemiología, evaluación de acciones de salud pública, atención primaria de salud

* Dr. en Enfermería en Salud Pública, Prof. Tit "A" Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, México. [juanpineda57@yahoo.com.mx].

** Dra. em Enfermagem, Professora Livre Docência da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. [tite@eerp.usp.br].

*** Doutor, Professor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. [aruffino@fmrp.usp.br].

**** Dra. em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. [lenoisab@eerp.usp.br].

***** Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Brasil. [midsas@eerp.usp.br].

Resumo

São objectivos deste estudo descriptivo-correlacional determinar o nível de prevenção em que se detectou os casos de TB e a associação entre laboratório e casos atendidos numa jurisdição mexicana, 2000-2002. Para colheita dos dados foi utilizada uma folha de registro e entrevista com profissionais do programa; foram detectados 75 casos, 95% com mais de 15 anos. Das 18 Unidades Básicas de Saúde pertencentes à jurisdição, cinco atenderam 57% dos casos; do total 60% foram detectados em segundo e terceiro nível, depois foram referidos ao primeiro para seguimento e controle; 65% tiveram TB pulmonar e 35% extrapulmonar. Verificou-se uma associação entre casos atendidos e existência de laboratório nas unidades. A detecção em primeiro nível foi baixa (26%), e sendo objectivo do programa a prevenção primária, os casos deveriam ter sido detectados aí. Este resultado reflecte o predomínio do enfoque curativo do programa.

Palavras chave: tuberculose, epidemiologia, avaliação de acções de saúde pública, cuidados primários de saúde

Recebido para publicação em 05-04-06.
Aceite para publicação em 26-10-06.

Abstract

The objectives of this descriptive, co-relational study were to determine the level of attention, detecting TB cases, and the association between availability of a laboratory and the number of cases treated by units of a Mexican jurisdiction, 2000-2002. A registry leaf and an interview to the personnel of the program were used for data collection. From 75 cases, 95% were over 15 years old. 60% were detected at second and third levels, later referred to first level for re-examination and control. Of the 18 jurisdictional units, five controlled 57% cases. 65% were pulmonary TB and 35% extra pulmonary. There was an association between the number of cases and the existence of laboratories in each unit. The detection at first level was scarce (35%), considering that the Tuberculosis Program belongs to primary health care so, cases should be detected there; this situation reflects predominance of the curative approach in this program.

Keywords: tuberculosis, epidemiology, evaluation of public health interventions, primary health care

Introducción

La tuberculosis (TB) ha resurgido como problema de salud mundial debido a la aparición de fuentes infectantes con cepas de bacilos resistentes, causado por uso inadecuado de antibióticos, por el fracaso del tratamiento no supervisado, por manejo inadecuado de los programas y por la infección del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), la que hoy constituye, el factor de mayor asociación (García, 1995).

La distribución de la TB es universal, pero la mayor proporción de casos, se concentra en 22 países, que cubren 80% de los existentes en el mundo y el 98% de las personas que mueren, pertenecen a países en desarrollo (Teixeira, 2002)

Algunos factores que propician la TB, son: hacinamiento, pobreza, desnutrición, ventilación e iluminación inadecuada, abuso del alcohol, tabaco y drogas, tratamiento prolongado con corticoesteroides, falta de acceso a los servicios de salud y la

presencia de padecimientos asociados como la diabetes mellitus. Las desigualdades cada vez más profundas entre ricos y pobres, condiciona que tanto los tratamientos individuales como las campañas de control, sean cada vez más difíciles y de alto costo humano y social (Álvarez, 2001).

Otros aspectos importantes que influyen en la TB, son los socioculturales, que intervienen en la respuesta del paciente ante las medidas de prevención y control, tales como la confusión, desconocimiento de los síntomas, el costo del tratamiento, el estigma social y el problema de acceso a los servicios de salud (Álvarez, 2004).

Para 1999 la TB en México tuvo una mortalidad de 3.3 muertes por 100000 habitantes, en tanto para el año 2000, ocupó el vigésimo lugar en morbilidad en los países de América, con una tasa de 22.4 casos por 100 000 habitantes (OMS, 2004); fue la segunda causa de muerte ocasionada por un solo agente etiológico (superado por el VIH/SIDA) y el 85% de los casos fue en población en edad productiva, mayor de 15 años (SSA, 2001). Del total de casos de TB en México, notificados al registro nominal, más del 85% fueron confirmados por algún método de laboratorio, la TB pulmonar representó el 84% de los casos, iniciaron tratamiento el 95% de los diagnosticados, se estudiaron al 95% de los contactos; en el año 2000, de 10 a 13% de casos que iniciaron tratamiento no curaron, lo que favoreció la resistencia a los medicamentos (SSA, 2001).

El Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis (PPCT) en México, es prioritario, integrado a las catorce acciones del Paquete Básico de Servicios de Salud, situación que hace indispensable su análisis a nivel operativo (SSA, 2001). El PPCT tiene un marco normativo amplio, donde el nivel superior está constituido por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la tuberculosis en la Atención Primaria de Salud (SSA, 1993).

En 1993, la OMS definió la estrategia "Directly Observed Short Course Treatment/Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado" (DOTS/TAES), como el mecanismo más efectivo para el control, tratamiento y prevención de la TB, a través de la cuál, el trabajador de salud a cargo de la atención del

enfermo, garantiza que éste, haya ingerido los medicamentos, situación que ayuda al combate y evita la transmisión de la enfermedad, a disminuir los costos del tratamiento y a evitar la farmacoresistencia. Es por ello que el DOTS/TAES se ha convertido en la piedra angular del PPCT y en México ésta estrategia fue implementada después de la evaluación anual del programa en 1995 (SSA, 2001).

Para cumplir adecuadamente el PPCT, se requiere de un trabajo armónico y sincrónico entre todos los actores involucrados: autoridades en todos los niveles, organizaciones no gubernamentales, trabajadores de la salud, la comunidad y la participación activa de los propios pacientes y de sus familiares.

Dentro del PPCT el papel del laboratorio clínico es fundamental, ya que el 85% de pacientes con TB, son detectados por baciloscopía o por otro estudio realizado en ese servicio (SSA, 2001); además de ser de gran utilidad en aspectos epidemiológicos y administrativos (IMSS, 2004).

La estructura de los servicios estatales de salud en México, se dividen en jurisdicciones que abarcan una determinada región geográfica y cada una a su vez, cuenta con ciertas Unidades aplicativas de primer nivel (Ua), centros de salud o de atención primaria clasificadas según sus funciones y los recursos con los que cuentan. Así, algunas de ellas tienen laboratorio y otras no, por lo que éstas últimas envían las muestras para análisis a las unidades que sí cuentan con el servicio.

Respecto a la situación de los laboratorios que procesan las muestras de TB en el primer nivel de atención, se encontró poca información específica para el presente estudio. Se reporta que en los estados fronterizos del país, el diagnóstico rápido de personas con TB se ha obstaculizado por la capacidad inadecuada de los laboratorios de referencia y de salud pública local, ya que necesitan más personal y mejor capacitación para procesar muestras básicas para baciloscopía, cultivo y pruebas de sensibilidad (Global Health, 2005).

México tiene una red nacional de 467 laboratorios para el estudio de micobacterias, regida por el Instituto Nacional de Referencias Epidemiológicas (INDRE), el cual procesa muestras de interés

especial, supervisa, capacita y asesora las actividades de cada laboratorio, clasificados por su ubicación, en: central, intermedio y local y por sus actividades, en: I. Efectúan baciloscopías, cultivos, estudios de sensibilidad y tipificación de micobacterias; II. Efectúan baciloscopías y cultivos; III. Efectúan solamente baciloscopías (laboratorios locales que están en los centros de salud) (IMSS, 2004).

En 1999, el INDRE identificó la necesidad de capacitación en el personal de la red de laboratorios de TB, para lo cual instrumentó un programa de certificación de microscopistas. Para el año 2001, México contaba con 1166 técnicos de laboratorio certificados (SSA, 2001).

El actual gobierno federal instituyó un programa trimestral de incentivos al desempeño de los mejores trabajadores de salud, denominado "caminando a la excelencia" que incluye doce programas prioritarios de salud entre ellos el PPCT, en el que se evalúa el cumplimiento del TAES a través de un índice vectorial construido por cinco indicadores: detección de casos, diagnóstico de casos nuevos, seguimiento mensual del tratamiento, curación de casos y productividad en laboratorios, éste último valorado mediante la fórmula: Laboratorios de la red con 6 o más baciloscopías procesadas por día/Total de laboratorios de la red (SSA, 2004).

Los propósitos del presente estudio fueron: determinar el nivel de atención a la salud que detectó los casos de TB y la asociación entre laboratorio y casos atendidos por Ua en una jurisdicción del estado de México en el periodo 2000-2002.

Métodos

Se realizó estudio descriptivo y correlacional, que mediante Hoja de registro de datos, captó información de los expedientes, apoyada por entrevista estructurada. El estudio se llevó a cabo en una jurisdicción del estado de México, integrada por 18 Ua o centros de salud urbanos. La Hoja de

registro se utilizó para anotar datos de los expedientes, diseñada previa revisión de los componentes de estos. Los expedientes fueron de pacientes residentes en la jurisdicción, no adscritos a ningún régimen de seguridad social, sin importar edad, género o ubicación sistémica de la enfermedad y que hubieran estado en tratamiento durante el periodo de estudio. Constó de 44 preguntas entre cerradas y abiertas acerca de aspectos sociodemográficos, diagnóstico, nivel de atención que detectó los casos y existencia de laboratorio en las unidades.

La entrevista se realizó a personal que estuviera directamente relacionado con el PPCT y que otorgara consentimiento informado, con base en un formulario previamente elaborado y contemplando preguntas orientadoras. La entrevista se realizó en un lugar reservado para evitar interrupciones en el horario de trabajo de las personas en el turno matutino. Se respetó el derecho a la privacidad y al anonimato. En total se aplicaron 75 hojas de registro y 5 entrevistas.

Los instrumentos se validaron mediante prueba piloto, la Hoja de registro, se aplicó al 10% de expedientes y para las entrevistas, se realizaron tres a personal de otra jurisdicción que contó con características similares. El proyecto fue aprobado por el Comité institucional de Ética y cubrió lo establecido por el reglamento en materia de investigación en salud, siendo clasificada como investigación sin riesgo.

La colecta de información de los expedientes, se realizó por el investigador principal, entre febrero y diciembre del 2003. Los expedientes se revisaron de manera exhaustiva, así como la Tarjeta de Registro y Control Nacional de casos de TB (SISPA-20-P); cuando los datos requeridos para el estudio, no estaban en esos formatos, fueron buscados en todo el expediente; después se capturaron en base de datos epi-info (OPS), en el programa SPSS y en tablas de concentración. Para el análisis de los mismos se utilizó estadística descriptiva y no paramétrica (Mann-Whitney).

Las entrevistas fueron realizadas entre mayo y agosto del 2003, audiograbadas y transcritas íntegra e inmediatamente después de haberse realizado. La

información relacionada con la temática, fue seleccionada utilizando "recortes" que apoyaron parte de los resultados y la discusión. Su presentación en el texto fue registrada como E(n) (entrevistado+número de entrevista).

La información obtenida en relación a la productividad de los laboratorios de la jurisdicción estudiada, fue obtenida por el Sistema de Información en Salud para Población Abierta (SISPA) (ISEM, 2002).

Resultados

Se presentan en dos partes, la primera es la caracterización de los casos y la segunda se refiere a datos específicos de las variables estudiadas. De los 75 casos diagnosticados y confirmados de TB en la jurisdicción en el periodo, el 53% fue población masculina y 47% femenina. Sobre el estado civil, la proporción más alta la ocuparon los casados con 53%. La media de edad se ubicó en 39 años y en general, el 95% de la población en estudio, tenía una edad de 15 años o más.

Respecto a la escolaridad, 12% fueron analfabetas, 19% con primaria incompleta, 16% con primaria completa, secundaria completa 20%, 4% con carrera profesional y un 15% sin registro; al sumar las categorías de formación escolar más bajas, se aproximaron al 50%.

En cuanto a la ocupación, llama la atención que el mayor porcentaje (40%) correspondió a mujeres dedicadas a labores del hogar, 15% desempleados, comerciantes 5%, campesinos 5%, estudiantes 5%, obreros 3% y otros, 19%.

En los expedientes no se encontraron datos socioeconómicos, como ingreso mensual, forma de propiedad de la vivienda, servicios con los que cuenta; así que el hecho de contar con servicio telefónico en casa, fue una forma indirecta de valorar ésta condición, resultando positiva en 20% de los casos. El 77% de los casos se originaron localmente (en el área geográfica del estudio), 13% importados (originados en otra región) y una décima parte, no tenía registrado el dato.

Respecto al lugar de procedencia de los casos, el 29% procedían de la Ciudad de México, el subregistro ocupó el 19% y el resto, eran originarios de otros estados de la república mexicana, como: México (12%), Chiapas (3%), Puebla (5%), Veracruz (8%), Guerrero (3%) y Oaxaca (4%).

La jurisdicción estudiada corresponde a un municipio del estado de México con gran movimiento migratorio que colinda con la ciudad de México y sus servicios de salud están dirigidos a población no derechohabiente de instituciones de seguridad social; se integra por 18 Ua de las cuáles únicamente cuatro cuentan con laboratorio clínico, las que reciben muestras para su análisis de Ua que no cuentan con el servicio, de acuerdo a regionalización establecida (tabla 1).

Es necesario mencionar que la información específica sobre indicadores de productividad para laboratorios de primer nivel que procesan baciloscopías fue escasa; pero se sabe que éste estudio, es un procedimiento largo, laborioso y de riesgo para el personal que trabaja directamente con las muestras, es por ello que se requiere de un local bien iluminado, ventilado y que cuente con equipo

en cantidad y calidad suficiente para la seguridad y protección de los trabajadores.

Respecto a la información sobre productividad de los laboratorios de la jurisdicción en estudio, sólo se obtuvo la del año 2002, año en el que se tomaron y procesaron un total de 1350 baciloscopías de una meta programada por la jurisdicción de 2356 (ISEM, 2002). Cabe recordar que la jurisdicción tiene laboratorio en cuatro Unidades con un laboratorista en cada una de ellas. El programa de tuberculosis (PPCT) tiene como indicador anual, la siguiente fórmula: 6 baciloscopías X laboratorio X laboratorista X día X número de meses laborables al año (SSA, 2004); despejando la fórmula, se encontró lo siguiente: 24 (6 baciloscopías X día X 4 laboratorios) X 20 (días laborables al mes) X 11 (promedio de meses laborables al año)=5280 (número de baciloscopías teóricas que debieron haberse procesado en el año). Restando la cifra teórica de la real (5280-1350= 3930), observamos que sólo se realizó el 25% según la fórmula y el 57.3% de la meta programada para el año (2356-1350) (ISEM, 2002).

TABLA 1 – Casos diagnosticados, tratados y controlados de tuberculosis pulmonar por Unidad de Salud en la jurisdicción, 2000-2002

Unidades que envían muestras para su proceso	Unidades con laboratorio	No. real de casos detectados y diagnosticados por Ua (excluyendo los referidos por 2º y 3er nivel)		No. de casos seguidos y controlados por Unidad	
		No.	%	No.	%
1. Tenayo	Tenayo	2	2.60	11	14.60
2. Santa Cecilia		0	0	2	2.60
3. Cuauhtémoc		0	0	1	1.30
4. San Lucas Patoni		0	0	2	2.60
5. San Andrés Atenco	San Andrés Atenco	1	1.30	7	9.30
6. Benito Juárez		0	0	0	0
7. San Pedro Barrientos		1	1.30	2	2.60
8. La Presa	La Presa	4	5.30	8	10.60
9. Lázaro Cárdenas I		2	2.60	3	4.00
10. Lázaro Cárdenas II		0	0	3	4.00
11. San Juanico		3	4.00	7	9.40
12. Caracoles		1	1.30	4	5.30
13. La Laguna		2	2.60	3	4.00
14. Maternidad Caracoles		1	1.30	3	4.00
San Javier	San Javier	5	6.60	10	13.30
Prado Iztacala		2	2.60	5	6.60
Prensa Nacional		2	2.60	4	5.70
Reforma Urbana		0	0	0	0
Total		26	34.70	75	100

Fuente: Información de la jurisdicción sanitaria, 2003.

En la tabla 1 se observa que cada Ua que tiene laboratorio aparte de trabajar para la población adscrita a su área geográfica, trabaja para otras que no tienen laboratorio (regionalización); sin embargo, hubo Unidades que no detectaron un solo caso de TB en el periodo.

El estudio encontró también, que no siempre el lugar donde fueron tratados los casos, fue el lugar de la detección y del diagnóstico de los mismos, hecho que puede observarse en la tabla 1. Así que el número real de casos detectados en las Unidades de primer nivel de atención fue del 35%. Se observó que solo cinco atendieron y dieron seguimiento al 57% de casos, en tanto las otras trece, siguieron en el tratamiento y control del 43% restante.

Al buscar la relación entre el seguimiento de casos por Unidad y el lugar donde fue realizado el diagnóstico de los mismos, se encontró falta de información en 8%, por pesquisa (búsqueda intencionada en la comunidad) 3%, en consultorio (de las Ua) 32%, mientras que el 60% fueron detectados en unidades de 2º y tercer nivel y después referidos al primero para seguimiento y control según Unidad que correspondiera de acuerdo a regionalización de los servicios de salud. Del total de casos referidos (43), el 72% fue del tercer nivel, un 14% del segundo, 9% por médicos particulares (primer nivel) y del resto, se desconoce el dato (tabla 2).

Cabe señalar que las Unidades de tercer nivel donde fueron diagnosticados los casos se encuentran ubicadas en la ciudad de México (límite con el municipio estudiado) y son centros que cuentan con personal especializado para la detección y tratamiento de TB pulmonar y extrapulmonar.

Respecto a la localización sistémica de la TB, se encontró 65% pulmonar y el resto extrapulmonar y al relacionar este dato con el lugar de detección (nivel de atención), observamos que los diagnosticados de TB pulmonar y extrapulmonar fueron detectados y referidos principalmente por el 2º y tercer nivel al primero (tabla 2).

Por otro lado, para describir la asociación entre número de casos de TB por Ua y tener o no tener laboratorio en ellas, se utilizó la prueba no paramétrica de Mann-Whitney (nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de =0.05) mediante el programa SPSS versión 10.0; encontrando $p=0.003$; interpretando que la existencia de laboratorio en las Ua, tiene relación con el número de casos atendidos; es decir, que en las Ua donde sí hay laboratorio, hubo mayor número de detecciones de TB que en aquellas que no cuentan con el servicio.

En cuanto al apoyo de las preguntas que orientaron las entrevistas, se puede retomar que la falta de detección de casos en el primer nivel pudo estar influido por factores como la falta de técnicos de laboratorio, de recursos materiales y de presupuesto según opinión de los entrevistados: *...no se ha mantenido constantemente el presupuesto para este programa, ha tenido altibajos...hay una falta de técnicos de laboratorio para el procesamiento de las muestras...(E2).*

La falta de motivación y el temor contagio, podría estar afectando la productividad en la detección de casos, según información de entrevistados: *A los laboratoristas no les gusta procesar muestras, temen al contagio, no les gusta trabajar (E4). ...en algunas Unidades no hay laboratorio, pero tampoco el personal le da*

TABLA 2 – Lugar de detección y de diagnóstico de los casos según localización de la enfermedad

Lugar de detección	TB Pulmonar		TB Extrapulmonar	
	No.	%	No.	%
Consultorio de Ua	19	25.33	5	6.66
Pesquisa	1	1.30	1	1.30
Referencia (2º y 3er. nivel)	26	34.75	17	22.33
Dato no referido	3	65.38	3	4.00
Total	49	4.00	26	34.62

Fuente: Información obtenida de los expedientes de la jurisdicción en estudio

importancia a traer las baciloscopías donde sí hay... (E2).

La falta de apoyo económico para transportar las muestras puede afectar la productividad, según lo siguiente: *Cuando no hay laboratorio en el centro de salud hay que llevarlo al centro donde le toque y hay que pagar el transporte con los recursos propios... si tú tienes un paciente, tú tienes que llevar sus muestras... obviamente hay quien dice "yo ¿porqué voy a poner de mi bolsa?", ...nadie está dispuesto a gastar de su salario para transportar eso. (E1).*

La baja detección de casos en el primer nivel, podría estar relacionada con el trabajo del médico durante la consulta en ese nivel según los entrevistados: *...bueno, en mi centro de salud ninguno de mis pacientes habían sido diagnosticados allí, aunque un médico les mande a hacer baciloscopías, en el centro de salud se mandan a tercer nivel... casi todos los que se han detectado, son por referencias del Instituto o de consultorios particulares o laboratorios (E1)*

Puede tener relación también, con el nivel resolutivo de la institución de tercer nivel; según se observa en el comentario siguiente: *El mismo día que llega el paciente se le hace el diagnóstico, en una consulta de primera vez donde paga 71 pesos, se le hace placa de Rayos X y baciloscopía y el resultado está en 4 horas... Se le hace hoja de referencia y se canaliza al lugar de donde viene, llevando tratamiento por diez días, no importa del estado de la república de donde lleguen los pacientes... (E4)*

Discusión

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública que afecta principalmente a los grupos más desfavorecidos y a población en edad productiva, no solo en México sino en otros países como Brasil (SSA, 2001; Sasaki, 2002). La proporción más o menos pareja entre hombres y mujeres afectadas por la enfermedad en éste estudio fue muy parecida a resultados de otros trabajos (García, 1998). Se

encontró que las personas de los niveles socioeconómicos medio y bajo fueron las más afectadas, coincidiendo con un trabajo realizado en México (García, 1998). La mayoría de los casos, trabajaban en ocupaciones con bajo nivel de preparación formal, situación que coincide con otros estudios de México y Brasil (Sasaki, 2002; García, 1998). El nivel de baja escolaridad de la población en estudio, se encontró en una proporción alta (50%), pero menor a la comparada con poblaciones rurales como en el caso de un estudio en Chiapas en el que se reportó un 41% de analfabetismo (Sánchez, 1997).

La proporción de casos de TB pulmonar en el presente estudio fue bajo (65%) respecto al 84% a nivel nacional (SSA, 2001) y 76% en un estudio local (García, 1998), en otro estudio realizado en Brasil fue de 89% (Sasaki, 2002); en tanto la proporción de extrapulmonar fue alta (35%) en comparación con los datos nacionales (16%, 14%) e internacionales (11%), respectivamente (SSA, 2001; García, 1998; Sasaki, 2002).

El número de casos detectados y diagnosticados por los servicios del primer nivel de atención en la jurisdicción estudiada, fue bajo (35%) si consideramos que el PPCT es un programa prioritario de APS, por lo tanto, la mayor proporción de casos debería encontrarse a través de pesquisa en la comunidad y en la detección de sospechosos intramuros, tal y como lo señala el programa (SSA, 2001). No se encontraron estudios similares para contrastar la información. Por otro lado, habría que buscar las causas por las que la población acude a detección y tratamiento de TB al segundo y tercer nivel.

Un estudio realizado en Chiapas, México para determinar las causas por las cuáles el paciente buscaba atención en el hospital y no en la Unidad de primer nivel, encontró que el propio personal del primer nivel era quien lo remitía al segundo, también manifestaron los pacientes no acudir, por falta de confianza en esa Unidad (ahí no curan), por falta de equipo, por falta de médicos y por maltrato del personal de salud (Sánchez, 1997), encontró además subregistro de datos en los expedientes, situación motivada por la actitud de los médicos

ante los pacientes de tos de más de 15 días de duración (Sánchez, 1997).

La productividad de los laboratorios en el primer nivel de atención fue baja (25%) en cuanto al número de baciloscopías realizadas (al menos para el año en el que se obtuvieron datos), según los indicadores del programa de incentivos a los mejores desempeños caminando a la excelencia (SSA, 2004) y según las propias metas propuestas por el programa anual de la jurisdicción (57%) (ISEM, 2002), aunque habrá que investigar los factores que están influyendo alrededor de estos resultados.

No se encontraron estudios similares para contrastar la relación entre el número de casos por Ua y la presencia de laboratorio en las Unidades de primer nivel.

Los resultados fueron parciales, en virtud de que se encontraron limitaciones para obtener la productividad en los laboratorios de la jurisdicción en estudio.

Se concluye que los casos de TB no se están detectando ni diagnosticando en el primer nivel de atención como lo establece la Norma Oficial para un programa de Atención Primaria a la Salud (SSA, 1993), que el énfasis de la atención en éste programa sigue siendo curativo y que los laboratorios necesitan elevar su productividad, aunque será necesario profundizar en el tema.

Referencias Bibliográficas

ÁLVAREZ GORDILLO, G. C.; DORANTES JIMÉNEZ, J. E.; MOLINA ROSALES, D. (2001) – La búsqueda de atención para la tuberculosis en Chiapas, México. **Revista Panamericana de Salud Pública**. Vol. 9, n.º 5, p. 285-293.

ÁLVAREZ GORDILLO, G. C.; ÁLVAREZ GORDILLO, J. F.; DORANTES JIMÉNEZ, J. E. (2003) – Estrategia educativa para incrementar el cumplimiento del régimen antituberculoso en Chiapas, México. **Revista Panamericana de Salud Pública** [Em linha]. 14:6 (2003) 402-408. [Consult. 17 Abril 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.scielosp.org/scielo.php>.

GARCÍA-GARCÍA, M. L. [et al.] (1995) – Tuberculosis y SIDA en México. **Revista Salud Pública de México**. Vol. 37, n.º 6, p. 539-548.

GARCÍA-GARCÍA, M. L. [et al.] (1998) – Eficacia y eficiencia del tratamiento antituberculoso en jurisdicciones sanitarias de Morelos. **Revista Salud Pública de México**. Vol. 40, n.º 5, p. 421-429.

MÉXICO. Instituto Mexicano del Seguro Social (2004) – **Manual de normas y procedimientos para la prevención y control de la tuberculosis** [Em linha]. [Consult. 13 Maio 2004]. Disponível em WWW:<URL:http://www.imss.gob.mx/nr/imss/dpm/dties/normatividad/vigilanciaepi/Man10-Tuber/>.

MÉXICO. Instituto de Salud del Estado de México (2002) – **Jurisdicción sanitaria tlalnepantla. Sistema de Información en salud para población abierta (SISPA)**. México: Secretaría de Salud.

MÉXICO. Secretaría de Salud (1993) – **Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-006-SSA2-1993, para la prevención y control de la tuberculosis en la atención primaria de salud**. México: Secretaría de Salud.

MÉXICO. Secretaría de Salud (2001) – **Programa de acción: tuberculosis**. México: Secretaría de Salud.

MÉXICO. Secretaría de Salud (2004) – **Evaluando los incentivos en el control de la tuberculosis** [Em linha]. [Consult. 11 Set. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www3.org/projects/pmplus/pdf/tb/WorkShops/Sc4-7_Presentaciones completas-de%20los_paises-pdf>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2004) – **Resumen anual de tuberculosis** [Em linha]. [Consult. 2 Abril 2004]. Disponível em WWW:<URL: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2004/01_summary/es/print.html>.

PLAN ESTRATÉGICO 2005-2010. Diez contra la tuberculosis. Dos naciones, una enfermedad, un esfuerzo [Em linha]. [Consult. 11 Set. 2005]. Disponível em WWW:<URL:http://www.globalhealth.gov/americaffairsten.shtml>.

SÁNCHEZ-PÉREZ, H. J.; FRISCH, D. H. (1997) – Problemas de diagnóstico de tuberculosis pulmonar: el caso de la región fronteriza de Chiapas (México). **Atencion Primaria**. Vol. 19, n.º 5, p. 237-242.

SASSAKI, C. M. [et al.] (2002) – Tempo de tratamento de pacientes inscritos no programa de controle da tuberculose. Ribeirão Preto-SP (1998-1999). **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Vol. 10, n.º 2, p. 27-34.

TEIXEIRA, G. M. (2002) – Da tuberculose e suas perspectivas no novo governo. **Boletim de Pneumologia Sanitária**. Vol. 10, n.º 2, p. 3-12.