

EDITORIAL**¿CUÁNTA TUBERCULOSIS QUEREMOS?****Joan A. Caylà y Josep M. Jansà**

Servei de Epidemiologia. Institut Municipal de Salut Pública. Barcelona. Unitat d'Investigació en TBC. Barcelona.

La Revista Española de Salud Pública publica en este mismo número dos interesantes trabajos sobre tuberculosis (TBC). El primero de ellos se refiere a la evolución de esta enfermedad en la ciudad de La Habana¹ (Cuba), donde se aprecia, cómo a pesar de tratarse de un país en vías de desarrollo, tiene un buen programa de control basado en la búsqueda activa de casos y en los tratamientos directamente observados. Ello ha posibilitado que la incidencia de esta vieja enfermedad en La Habana (12,1/100.000) y en Cuba (aprox. 10/100.000) sea, probablemente, la más baja de América Latina y también muy inferior a la de España (38,5/100.000²).

No obstante, los autores observaron que, coincidiendo entre otros factores con el recrudescimiento de la crisis económica y la falta de recursos para el programa de control, la incidencia aumentó durante 1994-1996 para volver a disminuir una vez se superaron estos problemas. Fenómeno similar se observó en Estados Unidos, el cual también se atribuyó al desmantelamiento de los programas de control. Igualmente, la posterior implementación de los mismos favoreció un control progresivo de la TBC³.

En el segundo trabajo⁴, se presenta la observación de una niña de 3 años y 8 meses, con tos de varias semanas de evolución con el consiguiente retraso diagnóstico, que generó diversos contagios (probablemente 8 compañeros de aula). La investigación epidemiológica objetivó que la madre de la niña afectada de TBC vivía en condiciones de

marginación socio-económica. Estas situaciones pueden esperarse con mayor probabilidad en zonas con elevada endemia tuberculosa, como Galicia, aunque podría haberse dado en cualquier otra Comunidad Autónoma (CA). Galicia también es un buen ejemplo de que tras identificar la TBC como prioridad en materia de salud pública, puso en marcha un buen programa de prevención y control que ha permitido que las incidencias de la enfermedad hayan evolucionado de forma favorable en los últimos años.

Ya en 1914, Biggs señaló que la salud pública se puede comprar y que cada comunidad puede determinar su propia tasa de mortalidad⁵. Reichman, siguiendo las ideas de Biggs, sugiere que cada país puede decidir cuanta TBC quiere en función de los recursos que dedique al control de esta enfermedad⁶ y, también añade, que las actividades antituberculosas constituyen una manera de defender, mantener y mejorar la salud pública.

En España muchas Comunidades Autónomas (CCAA) tienen programas de control de TBC, pero ninguna conoce con precisión lo que ocurre con todos los enfermos, especialmente con la evolución de su tratamiento⁷. Dado que las incidencias de las diversas CCAA aún son muy elevadas, sería menester que las grandes ciudades y las CCAA dispusieran de programas de prevención y control con los recursos suficientes que les permitieran ser efectivos. Para ello resulta imprescindible la existencia de buenos sistemas de

vigilancia epidemiológica y de seguimiento de los pacientes, así como del desarrollo de las acciones adecuadas para incluir en tratamiento directamente observado (TDO) a los individuos con mayores situaciones de riesgo para la enfermedad (personas indigentes, presos o expresos y sujetostoxicómanos)⁸. Todo estos programas de prevención y control de la TBC deberían ser evaluados anualmente⁹. El declive de la incidencia sería un buen indicador de la efectividad de los mismos. Si no conseguimos que estos programas funcionen adecuadamente no se sabrá muy bien donde estamos y países con menos recursos que el nuestro tendrán mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barroto Gutierrez S, Armas Pérez L, González Ochoa CE, Peláez Sánchez O, Arteaga Yero AL, et al. Distribución y tendencia de la tuberculosis por grupos de edades y por municipios en la ciudad de La Habana, Cuba (1986-1998). *Rev Esp Salud Pub* 2000; 74:509-517.
2. Grupo de Trabajo del PMIT. La tuberculosis en España: resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación en Tuberculosis (PMIT). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III, 1999.
3. Reichman LB. The U shaped curve of concern. *Am Rev Resp Dis* 1991; 148: 741-2.
4. Anibarro García L, Vázquez-Vizoso FL, Sanjurjo Rivo AB, García Gracia JC. Transmisión horizontal de tuberculosis entre niños de una guardería. *Rev Esp de Salud Pub* 2000; 74:575-577.
5. Our motto. *Health News*. February 1914;30:table of contents. *Monthly Bulletin: New York State Dpt of Health*.
6. Reichman LB. Defending the Public's Health Against Tuberculosis. *JAMA* 1997; 278; 865-7.
7. Rodrigo T, Caylá JA, Galdós-Tangüis H, Jansà JM, Brugal T, García de Olalla P. Evaluación de los programas de control de las Comunidades Autónomas. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 604-7.
8. Grupo de Estudio del Taller de 1999 de la Unidad de Investigación en Tuberculosis. Documento de consenso de los tratamientos directamente observados *Med Clin (Barc)*. En prensa.
9. Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB), Area de Tuberculosis e Infecciones Respiratorias (TIR) de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), y Grupo de Estudio de SIDA (GESIDA) de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. Documento de Consenso sobre la Prevención y Control de la Tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1999; 113: 710-5.