

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Ismael Cosío Villegas: 75 años de servicio

*José Rogelio Pérez-Padilla** 

Director General, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.*

Trabajo recibido: 28-II-2011; aceptado: 28-II-2011

El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) inició sus funciones asistenciales en 1936 con el nombre de Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco (figura 1). México, ahora cuenta con 13 Institutos Nacionales de Salud, pero en 1936, hace 75 años, ninguno de los otros institutos ni sus antecedentes existían[‡], sólo algunos pabellones en el Hospital General de México, primordio de las especialidades en nuestro país. Huipulco, el primer sanatorio para tuberculosos permitió resarcir décadas de retraso en la incorporación al movimiento internacional.^{1,2} La tuberculosis azotaba a México, como a la mayoría de los países. En 1930 causó 10,186 muertes, 61 por 100,000 habitantes y fue la octava causa de muerte[§].³ Se requería un lugar apropiado y personal con vocación para cuidar a los enfermos.

Europa se preparaba para la gran guerra, España sufría el levantamiento contra la República –la llamada Guerra Civil– mientras México, en pleno Cardenismo, volteaba como nunca hacia los necesitados y, ¿quiénes más que los tuberculosos? Ya en enero de 1936 recién se había fundado el Instituto Politécnico Nacional, institución mexicana señera y, en ese mismo año, se inició el servicio social en Medicina promovido por Gustavo Baz en la UNAM que ofreció a muchas comunidades alejadas, por vez primera, atención médica y a los médicos el privilegio de servir a los más necesitados.⁴ México ya contaba con una campaña contra la

tuberculosis desde 1928. El proyecto de Huipulco fue iniciado desde 1929 con la participación de connotados tisiólogos⁵ y con presupuesto para su construcción,⁶ pero tardó cinco años para completarse. El sitio fue cuidadosamente escogido en la zona de Tlalpan a 2,250 m de altura, todavía rural, con zonas de cultivo alrededor. Sin embargo, para terminar finalmente el sanatorio, en 1935 se comisionó al Dr. Donato G. Alarcón quien revisó y actualizó los planos y supervisó la terminación de la obra. El personal fue seleccionado ya sea por su experiencia en la atención de pacientes tuberculosos o por su compromiso con el proyecto, pero la salud de cada trabajador fue evaluada y vigilada cuidadosamente, documentándose pocos contagios en los siguientes meses.⁷

Aunque la ceremonia oficial de inauguración se llevó a cabo a fines de 1935, los primeros pacientes con tuberculosis se hospitalizaron el 16 de marzo de 1936, recibiendo reposo, comida, aire limpio y sol, como en otros sanatorios desde fines del siglo XIX, y como dijo el Dr. Alarcón en el discurso inaugural: «teniendo frente a sus ojos la vista maravillosa de nuestras montañas, haciendo que el espíritu de los aquí recluidos disfrute de un ambiente de paz y comodidad, factores que tanto contribuyen a la recuperación del cuerpo». Además de ser aislados, reduciendo el riesgo a la comunidad, en Huipulco recibían tratamientos más eficaces que los tradicionales de los sanatorios basados en el colapso de las cavernas con diversas técnicas ya presentes en los años treinta. Los pacientes tenían una estancia promedio de 1 año, por lo que se requerían cada vez un mayor número de camas.

El director fundador, el Dr. Donato G. Alarcón Martínez, como ningún otro individuo, sentó las bases de los cuidados respiratorios en México,⁸ ya que además de Huipulco fue el primer presidente del Comité Nacional

[‡] El Hospital Infantil de México se inauguró en 1943, el de Cardiología en 1944 y el Hospital de Enfermedades de la Nutrición en 1946. Otras instituciones relevantes: el Instituto Mexicano del Seguro Social en 1943 y la Secretaría de Asistencia Social predecesora de la de Salud en 1938.

[§] En 1940 fue la novena causa de muerte, con 11,267 y una tasa de 56.9 por 100,000 habitantes.

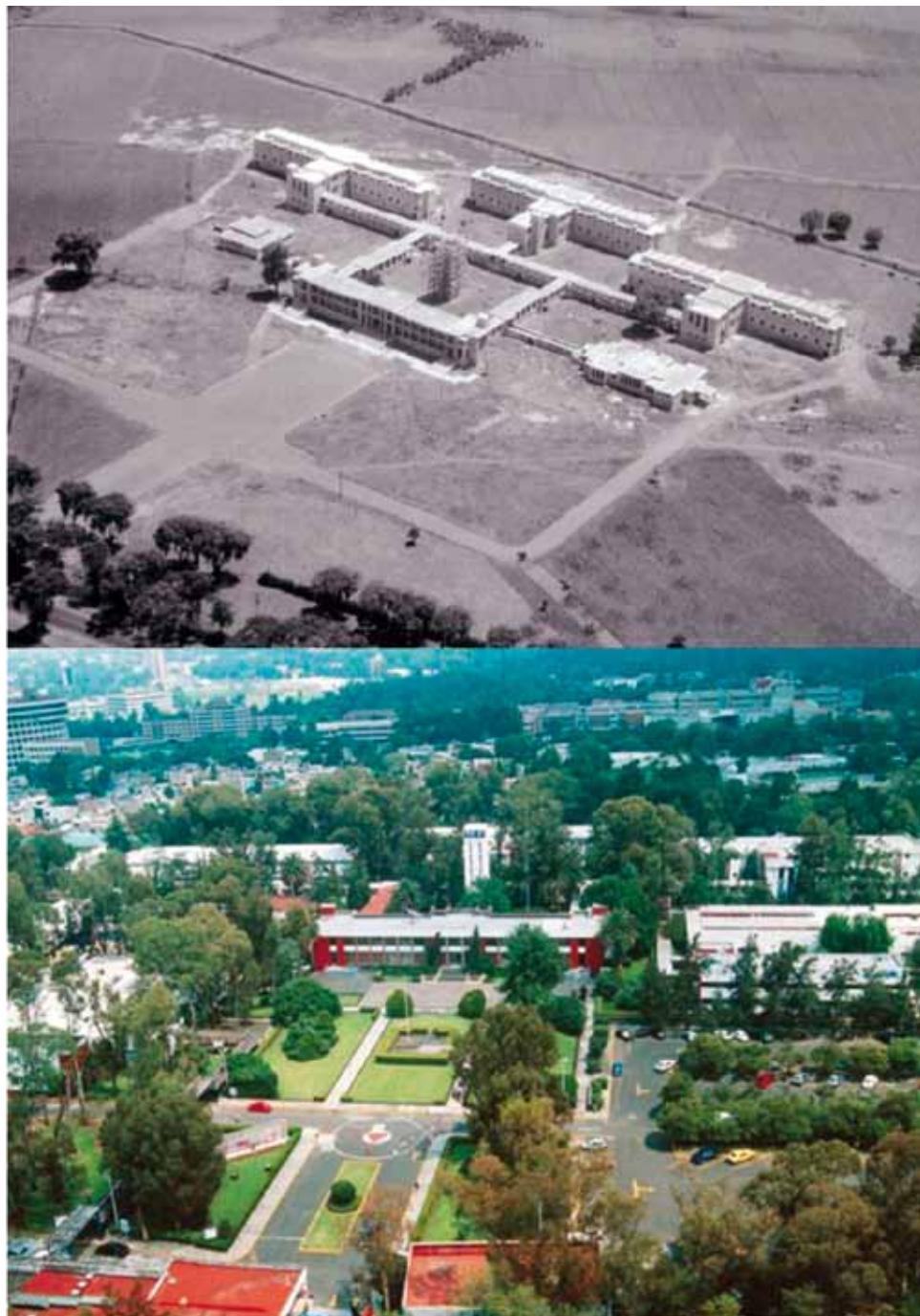


Figura 1. La evolución. El Sanatorio de Huipulco poco antes de su inauguración (panel superior), y el actual Instituto Nacional de enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (panel inferior).

de Lucha contra la Tuberculosis, pionera organización no gubernamental recolectora de fondos con los timbres antituberculosos. El Dr. Alarcón fue también el primer presidente de la Sociedad Mexicana de Tuberculosis, ahora de Neumología y Cirugía de Tórax y el primer editor de su revista todavía en circulación.⁸

En 1959 el estudio de Madrás⁹ documentó que el tratamiento antituberculoso ambulatorio era eficaz,

a pesar de que en el sanatorio se ofrecía más reposo, higiene y alimentación, lo que generó el cierre de muchos sanatorios, o bien su transformación en hospitales generales o dedicados a las enfermedades respiratorias. Acorde a la tendencia mundial, con la reducción en la hospitalización de tuberculosos y la mayor frecuencia de otras enfermedades respiratorias, en 1969 cambió su nombre a Hospital para Enferme-

dades Pulmonares de Huipulco¹. Con la necesidad de desarrollar investigación sistemática además de atención y enseñanza, presentes desde su fundación, se creó en 1975 el Instituto Nacional de Enfermedades Pulmonares, en 1982 fue descentralizado y adquirió su situación actual y el nombre de Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias¹¹.

Los cambios en la estructura demográfica y epidemiológica han traído más que cambios en el nombre del actual INER. Si bien, permanecen comunes las infecciones respiratorias y las neumonías, el incremento paulatino en la prevalencia del asma, de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), de las enfermedades intersticiales del pulmón, del cáncer pulmonar y de las enfermedades de la vía aérea superior, ha propiciado un tránsito hacia las enfermedades llamadas cronicodegenerativas que serán, en este siglo, las nuevas epidemias que invariablemente afectarán al pulmón.^{10,11} La obesidad tan común ahora en México, favorece el asma, la falla respiratoria, la apnea del sueño y la hipoxemia. La diabetes favorece la tuberculosis y otras infecciones respiratorias y baja la función pulmonar. Las comorbilidades son la regla y nuestros médicos deben entrenarse en estos padecimientos múltiples. Sólo en el ámbito conceptual existen por separado las enfermedades; las molestias respiratorias no pueden desligarse de las restantes y se tienen que atender simultáneamente.

Las enfermedades respiratorias, sumadas todas, son un porcentaje considerable de la carga de enfermedad en las sociedades modernas;¹² y de acuerdo con estimaciones de la OMS, se incrementarán en el futuro, favorecidas por el envejecimiento, el sedentarismo, las dietas poco sanas, el estrés y respirar aire impuro al fumar, por la exposición a contaminación ambiental, ocupacional o doméstica al cocinar con leña y carbón mineral, comunes en países en desarrollo y que afectan sobre todo a mujeres y a sus bebés. La EPOC de ser la 6^a causa de muerte mundial en 1990, será para 2020 la tercera,^{13,14} el cáncer pulmonar trepará rápidamente de la 10^a a la 5^a, y se mantendrán la tuberculosis en la 7^a y las infecciones respiratorias agudas en la 4^a.¹³ México y la mayor parte de los países cuentan con un Programa Nacional contra la Tuberculosis y muchos contra las infecciones respiratorias agudas en niños, pero no contra el asma, la EPOC o el

cáncer pulmonar, ni para los trastornos del dormir, salvo por los significativos avances que se han realizado en la lucha contra el tabaquismo, tanto en el mundo por el Convenio Marco de Lucha Antitabaco (CMLA) como por leyes nacionales o regionales que siguen sus recomendaciones, así en México como en otros países.

Los trastornos del dormir son muy comunes y generan incapacidad, mala salud y muertes, principalmente aquella enfermedad conocida como apnea del sueño. Sin embargo, tanto la población como los médicos los desconocen, dejando como consecuencia la ausencia de tratamientos eficaces.

El paso del INER de sanatorio hacia instituto fue gestado ante todo por más y mejores investigadores y sus publicaciones, pero también por mejor atención y educación. El crecimiento del área de investigación requirió un nuevo edificio inaugurado en 1993 y su saturación ya demanda uno adicional planeado para los próximos años.

El INER ha entrenado a la mayoría de los especialistas respiratorios en México y Centroamérica y aporta sistemáticamente a México neumólogos, cirujanos de tórax, otorrinolaringólogos, alergólogos, inhaloterapeutas, rehabilitadores respiratorios, así como maestros en ciencias y doctores centrados en la respiración que son invaluables, aunque todavía insuficientes.

El INER, sin olvidar su compromiso original con la tuberculosis, afrontó la epidemia del VIH desarrollando uno de los centros asistenciales y de investigación en VIH más importantes del país, el CIENI (Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas). La atención hospitalaria y externa de pacientes con VIH y daño frecuente al aparato respiratorio se ha incrementado progresivamente. En 2009 fuimos testigos del inicio de la pandemia de influenza A H1N1, generando una sobrecarga asistencial considerable, que en su punto máximo significó 85 pacientes internados simultáneamente con neumonía y síndrome de influenza, 35 de los cuales requerían ventilación mecánica de 178 camas censables disponibles. Tres pabellones se dedicaron por completo a pacientes con influenza, y se incrementó a más del doble las camas con capacidad para atender pacientes en falla respiratoria por requerimientos de la pandemia. Si dejamos de lado que en la fundación del instituto todos los pacientes eran tuberculosos, en sus 75 años de vida, nunca se había visto algo similar. El ritmo de atenciones de urgencia y de internados en el INER fue reflejo fiel de la epidemia y se utilizó como parte de la vigilancia epidemiológica.

PERSPECTIVAS

Desde la fundación del INER, la necesidad de un centro especializado en enfermedades respiratorias, tuberculo-

¹ Para 1970 la tuberculosis era la undécima causa de muerte con 8,153 y una tasa de 16.9, la cuarta parte de cuando se fundó el Sanatorio de Huipulco. Influenza y neumonía eran la primera; bronquitis enfisema y asma, la decimotercera; y tos ferina, la decimonovena.

¹¹ En 1980 neumonía e influenza eran la tercera causa de muerte; tumores malignos de estomago, tráquea, bronquios y pulmón, la quinta causa; bronquitis crónica, enfisema y asma la undécima; y tuberculosis, la decimocuarta.

sis en ese momento, era inobjetable, y la reciente pandemia lo ha refrendado. La EPOC, el cáncer pulmonar crecerán en el futuro, producto de décadas de exposición al tabaco, y a otros tipos de contaminación del aire que respiramos. Las epidemias por virus respiratorios serán recurrentes y requerirán rápida y eficiente respuesta. Los hospitales respiratorios de referencia tienen una posición clave en la identificación de epidemias al recibir pacientes graves y tener a su disposición métodos diagnósticos sofisticados. Los especialistas en enfermedades respiratorias son escasos y carecemos de un programa nacional que integre la prevención y atención de todas las enfermedades respiratorias. El mismo programa nacional de enfermedades respiratorias debe incorporar una atención adecuada, desde un nivel primario de todas ellas, hasta las agudas y crónicas. El programa se puede expandir a partir de la infraestructura nacional de la campaña contra la tuberculosis, como lo sugiere el enfoque práctico de las enfermedades respiratorias (PAL)¹⁵ y la Unión Internacional de Lucha contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (IUATLD). Es decir, debe basarse en una atención primaria de calidad, con capacitación del personal y recursos suficientes, como centro de atención y como filtro a hospitales de referencia.¹⁶

El papel central de la prevención ya fue resaltado desde un inicio por Donato G. Alarcón: «*Hagamos hospitales pero trabajemos porque los necesitemos por pocos años, a fuerza de combatir la enfermedad antes de que ella nos agrede. Construyamos casas higiénicas, intervengamos para lograr que termine este hacinamiento de seres humanos que es el hogar mexicano, sin pan, sin camas, sin higiene, sin educación pero con alcohol.*

También hizo notar que la salud es esencial para el desarrollo cuando dijo: «*Es por eso señores que en esta ocasión nos hemos reunido, para reavivar entre todos nosotros el propósito de trabajar por salvar a México del infamante mal, que no lo es para la pobre víctima, pero infamante es para un país que quiere marchar con los más文明izados.*

Respiramos 14,000 litros de aire al día que nos proveen energía para vivir, a través de un íntimo contacto con los 130 m² de membrana alveolocapilar, cuidadosamente doblada en millones de alvéolos.¹⁷ La inmensa superficie hace un eficiente intercambio gaseoso, pero ofrece una vasta y permanente exposición al medio ambiente y sus riesgos. Las enfermedades respiratorias son inevitables, y conforme pase el tiempo será indispensable un programa nacional integrado basado en la atención primaria. Históricamente el INER y la especialidad respiratoria e instituciones similares en otros países se han adaptado a las necesidades y a la cambiante epidemiología. Sus servicios serán requeridos cada vez más y nuestra misión será consecuentemente más relevante: mejorar la salud

respiratoria de los individuos y las comunidades a través de la investigación, la formación de recursos humanos y la atención médica especializada.

Son 75 años de fructífera vida, de continuidad, que merecen un reconocimiento.

REFERENCIAS

1. Cárdenas de la Peña E. *INER: cinco años más, 1987-1991.* México, D.F.: SSA, INER; 1992.
2. Cárdenas de la Peña E. *Del Sanatorio de Huipulco al Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, cincuenta años.* México, D.F.: SSA, INER; 1986.
3. Secretaría de Salud. *Compendio histórico: estadísticas vitales 1893-1993.* México: SSA; 1993.
4. Mungaray A, Ocegueda J. *El servicio social y la educación superior frente a la pobreza extrema.* México: ANUIES-SEDESOL-SEP; 1999.
5. CONACULTA. *Academia de Artes: Obras de José Villagrán.* 2010. Accesible en: <http://www.conaculta.gob.mx/academiadeartes/miem1.html>
6. Cámara de Diputados. *Diario de Debates.* Legislatura XXXIII -Año II- Período Ordinario -Fecha 19291227- Número de Diario 41. 1929 27 de diciembre de 1929.
7. Alarcón DG. *La tuberculosis en el personal del sanatorio.* Neumol Cir Torax 1942;4:453-468.
8. Perez-Padilla R. *Donato G Alarcon, founder of institutions devoted to respiratory diseases in Mexico.* Gac Med Mex 2006;142:345-352.
9. Tuberculosis Chemotherapy Centre. *A concurrent comparison of home and sanatorium treatment of pulmonary tuberculosis in South India.* Bull World Health Organ 1959;21:51-145.
10. World Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report.* Geneve: World Health Organization; 2005.
11. Bousquet JaNK. *Global surveillance, prevention and control of chronic respiratory diseases. A comprehensive approach.* Geneve: World Health Organization; 2007.
12. Perez-Padilla R. *Hidden respiratory disease-associated deaths.* Int J Tuberc Lung Dis 2008;12:458-464.
13. Murray CJ, Lopez AD. *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study.* Lancet 1997;349:1498-1504.
14. Lopez AD, Mathers CD. *Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030.* Ann Trop Med Parasitol 2006;100: 481-499.
15. Murray JF, Pio A, Ottmani S. *PAL: a new and practical approach to lung health.* Int J Tuberc Lung Dis 2006;10:1188-1191.
16. World Health Organization. *Primary Health Care: WHO global report.* Geneve: World Health Organization; 2008.
17. Murray JF. *The structure and function of the lung.* Int J Tuberc Lung Dis 2010; 14:391-396.

✉ Correspondencia:

Dr. José Rogelio Pérez-Padilla.
Director General. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Calzada de Tlalpan 4502, colonia Sección XVI. México, D.F., 14080
Correo electrónico: perezpad@iner.gob.mx