

Salud comunitaria en Los Altos de Chiapas, México

Romualdo Olvera Castillo*

Sergio Rodríguez Filigrana*

Lina Edith Pérez González*

Catalina Eibenschutz‡

Jaime Villalba Caloca§

Palabras clave: Salud comunitaria, promotor de salud, sintomático respiratorio.

Key words: Community health, health promoter, symptomatic breathing.

RESUMEN

La salud comunitaria es un modelo de atención en el que participa la población con el propósito de resolver las necesidades de salud de su comunidad. Los promotores de salud comunitarios son campesinos entrenados en salud para atender adecuadamente la patología de primer nivel de su población; conocen su problemática y tienen un compromiso moral de atender a su comunidad.

Objetivo: El Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y la Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco llevaron a cabo una experiencia de campo en la comunidad de Oventic, municipio de Sacam Chen, Chis., con el propósito de entrenar promotores de salud comunitarios en actividades de detección y tratamiento de tuberculosis.

Material y métodos: El programa se desarrolló en tres días; los temas de tuberculosis presentados fueron traducidos de viva voz del castellano al tzotzil y al tzeltal durante las exposiciones y las prácticas de laboratorio.

Resultados: Los promotores de salud obtuvieron 34 especímenes de expectoración de tosedores identificados por ellos y elaboraron frotis para baciloscopias.

Conclusiones: Las prácticas de campo y de laboratorio realizadas por los promotores demostraron que se alcanzó el objetivo de la experiencia. Los promotores de salud son un recurso valioso para ampliar la cobertura del programa nacional de control de tuberculosis.

Conclusiones: Las prácticas de campo y de laboratorio realizadas por los promotores demostraron que se alcanzó el objetivo de la experiencia.

Los promotores de salud son un recurso valioso para ampliar la cobertura del programa nacional de control de tuberculosis.

ABSTRACT

Community health is a model medical attention in which the population participates with the purpose of solving the community's health necessities. Community health promoters are peasants trained to assist in the first level pathologies of their population, with knowledge on their problems and the moral commitment of assisting their community.

Objective: The Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias together with the Universidad Autónoma Metropolitana -Xochimilco in field work with the community of Oventic, Sacam Chen municipality, in Chiapas, proposed to train community health promoters in the detection and treatment of tuberculosis.

Material and methods: The program lasted 3 days. Topics on tuberculosis were translated live from

* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

‡ Universidad Autónoma Metropolitana, Xochimilco.

§ Director General del INER.

Correspondencia:

Dr. Romualdo Olvera Castillo

Jefe del Depto. de Investigación Epidemiológica, INER

Calz. Tlalpan 4502, Col. Sección XVI México, D.F. 14080

Trabajo recibido: 02-I-2000; Aceptado: 10-III-2000

Spanish to the “tzotzil” and “tzeltal” languages during the lectures and laboratory experiences.

Results: Health promoters obtained 34 sputum samples from coughing patients and prepared smears for bacilloscopies.

Conclusions: The present field and laboratory work in charge of the health promoters were adequate and showed that the objective had been reached. Health promoters are a valuable resource to expand the scope of the National Program on Tuberculosis Control.

INTRODUCCIÓN

La población que habita en las comunidades rurales de México generalmente se encuentra en condiciones adversas, con limitaciones para satisfacer sus necesidades más apremiantes y básicas como son: Alimentación, salud y educación; así como también las de bienestar que otorgan otros satisfactores básicos entre los que se encuentran la vivienda y los servicios de agua y luz¹.

Los programas gubernamentales para tratar de mejorar en parte la situación, han tenido poco éxito por no ser congruentes con las prioridades de la población, no tener continuidad y sobre todo por la poca o ninguna participación de la comunidad.

Las deficiencias sanitarias, de nutrición, educación y la carencia de servicios, sitúan a la población en condiciones vulnerables para las enfermedades y también en desventaja en cuanto a medidas preventivas y de asistencia médica.

La necesidad de dar respuesta a sus necesidades de salud y su capacidad de organización, impulsa a sus habitantes a buscar apoyo en organismos no gubernamentales (ONG) o en instituciones oficiales de prestigio nacional o internacional cuyos fines, aparte de los propios de la institución, son también de tipo social y humanista²⁻⁵.

Una estrategia para atender los problemas de salud en comunidades carentes de servicios es la capacitación de su propio personal con la finalidad de que adquieran aptitudes suficientes para atender la patología de primer contacto y es a esto a lo que se ha denominado salud comunitaria. La salud comunitaria es un modelo de atención alternativo adaptado a la realidad rural para atender a las necesidades de salud y, frecuentemente es la única opción de atención de salud para esa población^{6,7}.

Para un gran segmento de la población del país es conocida aunque sea superficialmente la situación de pobreza extrema y marginación en que se encuentran los municipios de varios estados del país y en particular el estado de Chiapas⁸. El compromiso moral de los líderes de algunas comunidades de los Altos de ese estado para resolver los problemas de salud más elementales de la población, ha permitido que elementos elegidos de su comunidad reciban una capacitación básica que los ayude a tener una actitud resolutoria ante esos problemas.

Durante el desarrollo de un estudio sociomédico en el municipio de San Andrés Sacam Chen, Chis., realizado en el año de 1996 por la Universidad Autónoma Metropolitana

de Xochimilco (UAM-Xochimilco), se tuvo conocimiento de la falta de servicios de salud accesibles para los habitantes de esas comunidades y de la frecuencia de enfermedades respiratorias en la población de las comunidades de los municipios de esa región.

La existencia de promotores de salud comunitarios capacitados en otros programas sanitarios y el interés de los líderes de la región para dar respuesta a esa situación con sus propios recursos humanos de salud capacitados, fueron motivos suficientes para que el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y la UAM-Xochimilco se coordinaran para llevar a cabo una experiencia de campo con el objetivo de proporcionar a los promotores de salud comunitarios un entrenamiento en actividades de detección y tratamiento de tuberculosis.

Objetivo general

Capacitar en actividades de control de tuberculosis a los promotores de salud comunitaria de una región de Los Altos de Chiapas y evaluar el impacto a mediano plazo.

Para lograr el objetivo general se trazaron diversas actividades de capacitación para que al final de ellas, los promotores de salud alcanzaran los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar “tosedores” o “sintomáticos respiratorios” en sus respectivas comunidades
2. Recolectar muestras de expectoración de los tosedores identificados
3. Elaborar y fijar frotis de expectoración
4. Observar en el microscopio preparaciones de frotis teñidos para identificar el M. tuberculosis
5. Disponer de una herramienta en cada una de sus comunidades para la detección de enfermos de tuberculosis y también para administrar el tratamiento específico

MATERIAL Y MÉTODOS

Al elaborar el programa de capacitación, se consideró en primer lugar que el contenido de los temas debería tener mayor número de horas de práctica, para apoyar la teoría y desarrollar habilidades que confirmaran el aprendizaje de los promotores de salud, ya que no tenían información técnica sobre esta enfermedad. Por otro lado, se tomó también en cuenta que los promotores de salud son elementos de la comunidad dedicados a sus labores del campo, permanecen en su rol, han sido entrenados en salud para responder adecuadamente a la patología elemental del primer nivel de atención; tienen conocimiento de la problemática de salud de su entorno y un compromiso moral de dar atención a las necesidades de salud de su gente.

La sede de la capacitación fue la comunidad de Oventic del municipio de San Andrés Sacam, Chen., perteneciente a la jurisdicción sanitaria de San Cristóbal de las Casas, Chis. En ese lugar hay una clínica construida por la comunidad con el apoyo de ONG; el nombre de la clínica es “La Guadalupana”; esta clínica está a cargo de una



Figura 1. Vista parcial de Oventic, Chis. al fondo, la clínica "La Guadalupeana".

enfermera y también se proporciona consulta médica ocasionalmente y se dispone de algunos medicamentos producto de donaciones (Figura 1).

La capacitación se desarrolló frente a la clínica en un local rústico tipo galerón, construido con horcones y paredes de madera labrada, techo de palma y piso de tierra. Ahí se reunieron 34 promotores de salud de comunidades de municipios diferentes que habían sido convocados previamente para recibir la capacitación.

El contenido del programa se distribuyó en tres días, durante los cuales tres ponentes del INER se alternaron los temas de tuberculosis sobre historia natural, epidemiología, principales síntomas y signos de la enfermedad, medidas preventivas, métodos para diagnóstico bacteriológico, manejo del tratamiento antituberculoso, características de los tosedores o sintomáticos respiratorios, características de la muestra de expectoración para el examen de laboratorio, identificación y manejo del material, colorantes y equipo de laboratorio, para lo cual se usaron los métodos didácticos y material de apoyo siguientes: Exposiciones, discusiones dirigidas, demostraciones, talleres, equipo audiovisual, material y equipo de laboratorio y sobre todo un elemento muy valioso para poder ser mejor entendidos; fue el apoyo de traductores bilingües que durante todo el horario del curso estuvieron traduciendo de viva voz, del castellano al tzotzil y al tzeltal⁹⁻¹¹.

La presencia de cinco médicos en ese sitio, dio lugar para que acudieran adultos y niños de varias comunidades a solicitar consulta a la clínica, de la cual se atendió a 112 personas que en su mayoría presentaba patología de etiología infecciosa.

Con la información teórica que habían recibido los promotores de salud durante el primer día, regresaron por la tarde a sus comunidades y se les solicitó que al día siguiente trajeran una muestra de expectoración de un adulto sintomático respiratorio que tuvieran identificado en su comunidad.



Figura 2. Taller de laboratorio, la instructora hace la demostración del manejo de las muestras y la técnica para la elaboración de frotis.

RESULTADOS

El segundo y el tercer día se dedicó para realizar el taller de laboratorio con los especímenes obtenidos por los promotores de salud; las muestras de expectoración tenían características de ser de origen bronquial y en cantidad suficiente, con lo cual se lograban los primeros objetivos específicos del adiestramiento y que la parte teórica había sido entendida.

Se organizó una mesa de trabajo donde se colocaron el material y equipo de laboratorio y los frascos con los especímenes para trabajar. Se procedió a colocar el campo para procesar las muestras y delimitar el área estéril, explicando detalladamente cada uno de los pasos. Enseguida se inició la demostración de la técnica del frotis de expectoración y la fijación del mismo, aclarando todo el procedimiento. Después, los grupos de trabajo formados previamente, comenzaron a realizar todo el procedimiento con los especímenes motivo del estudio hasta que dominaran la técnica, bajo la observación de los instructores (Figura 2).

Se continuó con la tinción de Ziehl Neelsen en la cual participaron los promotores de salud que habían demostrado mayor habilidad durante la práctica. La química instructora examinó los frotis teñidos (32) sin observar bacilos ácidos resistentes (BAAR negativos). Después, el siguiente ejercicio consistió en montar en el microscopio preparaciones de baciloscopias positivas para que cada promotor de salud identificara e informara la localización y la posición de los bacilos en el campo microscópico; con esta práctica se alcanzó el cuarto objetivo de la capacitación. No se detectaron casos de tuberculosis en esta experiencia, por lo tanto tampoco fue posible observar directamente la administración del tratamiento y el registro de esta actividad. Sin embargo, durante el seguimiento de esta capacitación en los años posteriores (1997-1999) en los que el INER ha desarrollado otros entrenamientos en campo y en el laboratorio

de micobacterias con personal médico y paramédico del Instituto, se ha completado la capacitación de los promotores en la técnica de baciloscopias, detección de nuevos casos y administración supervisada del tratamiento. Estos avances se están evaluando y serán motivo de otra comunicación.

DISCUSIÓN

La obtención de muestras de expectoración y la identificación de los sintomáticos respiratorios por los promotores de salud en la práctica de campo y, el uso correcto del material de laboratorio para elaborar frotis útiles para el examen microscópico, demostraron el aprovechamiento de la capacitación desarrollada durante los tres días.

Considerando que la calidad de los especímenes, el método empleado para la elaboración de los frotis y que la técnica de tinción y la lectura fueron correctos, se esperaba que cuando menos se hubiera obtenido una baciloscopia positiva en 34 muestras examinadas, ya que en la pesquisa de casos de tuberculosis resultan cinco baciloscopias positivas en 100 tosedores examinados. La obtención de baciloscopias negativas podría explicarse a factores que disminuyen la sensibilidad del método diagnóstico, como son:

- a) Menor frecuencia de tuberculosis en el sexo femenino que en el masculino; que en el caso presente un 80% de las muestras correspondieron a ese grupo
- b) Alta o moderada prevalencia de bronquitis crónica, por la costumbre en la región del uso doméstico de leña como combustible para cocinar y por lo tanto exposición frecuente al humo que produce
- c) Prevalencia baja de tuberculosis pulmonar en la región

La falta de resultados positivos no debe tomarse como fracaso de esta experiencia pues el objetivo general se cumplió completamente y que fue el entrenamiento de los promotores de salud en actividades de pesquisa de casos de tuberculosis e información del control de tratamiento y por otra parte, se pudo descartar la presencia de tuberculosis bacilífera en las muestras recogidas de los sintomáticos respiratorios.

CONCLUSIONES

Los promotores de salud comunitarios que fueron capacitados demostraron tener aptitudes para desempeñar actividades de detección y diagnóstico de tuberculosis pulmonar y ellos representan un recurso muy valioso para lograr mayor cobertura en el programa nacional de control de tuberculosis en el área rural.

El trabajo de salud comunitaria requiere desarrollarse en coordinación y armonía con las actividades de la infraestructura de salud existente, para que éstas sean continuas con el fin que sus resultados mejoren el nivel de salud de la población. No obstante por las relaciones actuales que guardan las comunidades de la región con el sistema de salud, dificultan por el momento que exista coordinación; situación muy diferente a la que se observa en otros estados con este tipo de programa en donde los promotores de salud trabajan con apoyo de la Secretaría Estatal de Salud, Instituto Nacional Indigenista e IMSS Solidaridad, como ocurre en la Sierra del Nayar donde desempeñan estas actividades cuatro promotores de salud.

Los resultados obtenidos han servido de estímulo para continuar con este proceso de capacitación que se ha venido realizando en el Laboratorio de Micobacterias del INER y a través de dos médicos de contrato comisionados en esa región.

La continuidad de estas acciones se ha mantenido por tres años (1997-1999) durante los cuales se han detectado y administrado tratamientos supervisados a los enfermos.

El beneficio que se obtenga mediante esta estrategia, podrá evaluarse a mediano plazo y será motivo de otra comunicación.

REFERENCIAS

1. Bonfil BG. *México profundo. Una civilización negada*. 2a. ed. México: Grijalbo, 1989.
2. SSA. *Catálogo de establecimientos*. 1990.
3. IMSS-Solidaridad. *Catálogo de unidades médicas*. 1990.
4. INI. *Infraestructura de Servicios de Salud. Programa Especial. Ayuda alimentaria directa a comunidades indígenas de extrema pobreza*.
5. SSA. *Cuaderno guía para auxiliar de salud de la estrategia de extensión de cobertura*. 1990.
6. Adi Sasono. *Community participation. Myth or reality? Paper submitted to the exposure training on community health development enhancement of community self-reliance*. TCDC Programme. October 1994.
7. Haliman A. *Banjarnegara community health development programme. Indonesia. Exposure training on community health development enhancement of community self-reliance*. Oct. Nov. 1994.
8. Gobierno del Estado de Chiapas. *Agenda estadística* 1994.
9. SSA. *Manual de Procedimientos. Programa Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis*. 1996.
10. SSA. *Manual de Procedimientos INDRE/SAGAR. Tuberculosis*. No. 18, 1996.
11. Toman K. *Tuberculosis. Detección de casos y quimioterapia*. Publicación Científica; 1980. Report No. 392 OPS/OMS.