



Papeles de Población

Universidad Autónoma del Estado de México
Centro de Investigación y Estudios avanzados de la Población
cieap@uaemex.mx
ISSN 1405-7425
MÉXICO

2001

Elda Montero Mendoza / Emma Zapata Martelo / Verónica Vázquez García /
Austreberta Nazar Beutelspacher / Héctor Javier Sánchez Pérez

TUBERCULOSIS EN LA SIERRA SANTA MARTA, VERACRUZ:

UN ANÁLISIS DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Papeles de Población, julio-septiembre, número 29

Universidad Autónoma del Estado de México

Toluca, México

pp. 225- 245

Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis desde la perspectiva de género

Elda Montero Mendoza, Emma Zapata Martelo, Verónica Vázquez García, Austreberta Nazar Beutelspacher y Héctor Javier Sánchez Pérez

El Colegio de la Frontera Sur

Resumen

En la Sierra Santa Marta, Veracruz, se realizó una investigación con el objetivo principal de conocer la forma en que las construcciones socioculturales de género influyen en la percepción de la enfermedad, la búsqueda de atención y en la continuidad o abandono de un tratamiento médico, ejemplificado por medio de la tuberculosis. El análisis se realizó bajo la perspectiva de género en salud.

Los resultados evidenciaron que no existen diferencias de género en la percepción de la enfermedad; sin embargo, se encontraron diferencias, entre varones y mujeres, respecto al inicio de la búsqueda de atención, la calidad de la atención recibida y en la continuidad del tratamiento médico.

Abstract

This paper explores gender perceptions and responses to disease. Emphasis is placed on the ways in which women and men seek medical attention and undertake treatment. The study was conducted among female and male patients who have been diagnosed with tuberculosis by health institutions of the Sierra de Santa Marta, Veracruz. The analysis was done from a gender perspective.

The results indicate that there are no significant differences between women and men regarding their perceptions of disease. However, gender distinctions were identified with respect to the process of searching for medical attention, the quality of attention that women and men received and their success in treatment.

Introducción

La influencia de elementos de género en la morbilidad y mortalidad de varones y mujeres ha sido frecuentemente encubierta con factores como la cultura, la falta de recursos económicos y la inaccesibilidad a los servicios de salud, entre otros. Es decir, se ha argumentado que dichos factores afectan de la misma forma la salud de mujeres y hombres; sin embargo, estudios recientes han demostrado que si bien en los países en desarrollo ellas y ellos comparten las consecuencias de la pobreza en su salud, ésta se hace más evidente en las mujeres debido a su condición subordinada (Vlassof, 1994 y Okojie, 1994).

El objetivo fue explorar la forma en que las construcciones de género influyen en la percepción de la enfermedad, la búsqueda de atención y en la continuidad o abandono del tratamiento médico, a partir del caso de la tuberculosis ganglionar y pulmonar.

La investigación se realizó en personas con esta enfermedad, diagnosticadas por la Secretaría de Salud y el Programa IMSS Solidaridad, entre el 1 de enero de 1998 y el 31 de diciembre de 1999, y que pertenecían a comunidades de los municipios de Pajapan, Tatahuicapan, Mecayapan (etnia nahua) y Sotepan (etnia popoluca) de la Sierra Santa Marta, ubicada en el sudeste veracruzano.

En total se entrevistó, de febrero a mayo del 2000 a 40 personas (21 mujeres y 19 varones). La información se levantó en dos etapas. En la primera se revisaron fuentes secundarias (archivos estadísticos, censos), se realizaron entrevistas a funcionarios(as) del sector salud y se aplicó una encuesta, en las viviendas de las personas diagnosticadas con tuberculosis. La encuesta se realizó, aplicando un cuestionario estructurado y precodificado con el objetivo de obtener información sobre las características sociodemográficas de las personas, así como información acerca de su enfermedad (tuberculosis).

En la segunda etapa se realizaron entrevistas a profundidad a 13 personas seleccionadas, según criterios de edad, sexo, etnia y estado del tratamiento. Estas entrevistas se realizaron con el objetivo de profundizar en la percepción de los síntomas y causas atribuidas, el proceso de búsqueda de atención a la salud, así como la posibilidad de concluir con éxito el tratamiento entre mujeres y hombres. La información obtenida en la primera etapa se presenta en forma descriptiva. Se proporcionan los datos sociodemográficos de las personas entrevistadas y se analizan los distintos momentos de la enfermedad. La información proveniente de las entrevistas, analizadas por guión temático, se presenta cambiando el nombre de los y las informantes para mantener el anonimato.

En el análisis se consideraron los diferentes modelos explicativos de la salud y la enfermedad: el biomédico, el social y el de la medicina tradicional o popular, los cuales se describen brevemente.

Modelos explicativos del proceso salud-enfermedad

La enfermedad se puede explicar con base en tres modelos: el biomédico, el social y el de la medicina tradicional. El modelo biomédico establece la enfermedad como un hecho estrictamente biológico. Se concibe al cuerpo

humano como una máquina gobernada por leyes de la física, la cual se puede desarmar y volver a armar si se comprende perfectamente su estructura y función (McKeown, 1982). En este modelo las enfermedades infecciosas son concebidas desde una perspectiva unicausal —aun cuando se reconozcan otros factores predisponentes de la enfermedad— y se orienta a combatir el agente o agentes causales. En el caso de la tuberculosis, se pretende que para lograr el óptimo control de la enfermedad es suficiente demostrar la presencia de la *Mycobacterium tuberculosis* por medio de un examen de laboratorio, a partir de muestras de la expectoración o de otras secreciones, y prescribir el tratamiento específico.

El modelo social concibe a la salud y la enfermedad como un proceso determinado por la interrelación de factores de la estructura, cultura y psicología de la sociedad. Surge ante las visibles diferencias en la forma en que se enferman y mueren distintos grupos de población, las cuales evidencian la importancia de la pobreza y de las condiciones higiénicas de la población en el proceso salud-enfermedad.¹ La enfermedad en los individuos es concebida como una expresión de sus condiciones concretas de vida y no como un hecho biológico aislado, lo que muestra los patrones empíricos de distribución y desigualdad en la salud y enfermedad de las poblaciones. Estos fenómenos son resultado de la forma en que se desenvuelven los individuos en la sociedad y la forma en que se organizan para producir y reproducirse. La causa verdadera de la enfermedad se busca, así, en los factores que influyen para que la población viva en determinadas condiciones, por ejemplo, hacinamiento, desnutrición e inaccesibilidad a los servicios médicos (Farmer, 1997 y Rojas, 1982). Se recupera así una perspectiva multicausal que identifica elementos socioeconómicos, culturales, físicos y químicos, como factores de riesgo para desarrollar una enfermedad (Rojas, 1982), mismos que deben ser modificados para disminuir la morbilidad y mortalidad entre la población. Siguiendo con el ejemplo de la tuberculosis, además de darle un tratamiento específico a la persona enferma, se promueve como medida colectiva el mejoramiento de las condiciones de vida y no solamente la expansión de la cobertura de servicios de salud y la existencia de programas específicos, los que son muy importantes, aunque de impacto limitado.

El tercer modelo es el de la medicina tradicional, la cual es una alternativa de curación para grandes sectores de la población mexicana. Sobre todo de los grupos con mayores desventajas económicas, como los grupos indígenas y

¹ Los trabajos de Snow y Virchow en el siglo XIX constituyen un buen ejemplo de esta visión.

campesinos. De acuerdo con Münch (1994), dentro de la medicina tradicional indígena o popular existen dos tipos de enfermedades: las naturales y las sobrenaturales.

Las enfermedades sobrenaturales son causadas por los antepasados, las deidades y los seres humanos. Estas enfermedades son castigos por la transgresión de normas de comportamiento que establece la cultura del grupo y la envidia. El hechizo, el espanto, la pérdida del alma, accidentes y piquetes de animales ponzoñosos se encuentran dentro en este grupo.

Siguiendo a Münch, las enfermedades naturales se asocian con los elementos fríos y calientes. Los elementos fríos, como el agua, el viento y la tierra son agentes de enfermedad. En contraparte, los elementos calientes —el sol, la luna, el maíz y el rayo— están asociados con la vida. Al romperse el equilibrio surgen las enfermedades naturales, como la fiebre, diarrea, tuberculosis y mal de orín, entre otras. En este modelo, la prevención y curación de la enfermedad se derivarán de la causa atribuida: sobrenatural o natural.

Género y salud

Históricamente, el análisis de la salud de las mujeres se vinculaba con sus roles de madres y responsables de la salud de sus hijos(as). Con la evolución de las investigaciones en salud y en ciencias sociales se reconoció la importancia de estudiar otros problemas de salud en las mujeres diferentes a los de su papel reproductivo (Gender and Health Group, 1999). De esta forma surgió la necesidad de diferenciar entre el análisis de la salud de las mujeres y el análisis de género en salud, el cual

...dirige la atención hacia la dialéctica de las relaciones entre la biología y el medio social, que se plasma en situaciones de desventaja o ventaja de las mujeres frente a los hombres, desigualdad entendida en términos de las probabilidades de gozar de salud, enfermar o morir (Gómez, 1993: *xi*).

Utilizar el enfoque de género en el análisis de la salud no implica separar lo fisiológico de lo cultural, pero sí ir más allá y encontrar la relación entre los factores biológicos, las definiciones y los valores que la cultura asigna tanto a varones como a mujeres para hacer visible lo que de tan cotidiano parece tan obvio: la forma en que influye el sexo en los roles, necesidades, riesgos, responsabilidades y acceso a los recursos (Gómez, 1993).

Entender las diferencias de género en el proceso salud-enfermedad, así como las relaciones de género en el grupo doméstico y en la comunidad son elementos básicos para comprender las determinantes y consecuencias de la enfermedad tanto en varones como en mujeres. No hacerlo de esta forma da como resultado que se encubran problemas graves.

Se ha llamado la atención sobre cómo determinadas enfermedades no son diagnosticadas adecuadamente debido a que los estereotipos de género pueden influir en un momento dado en los(as) médicos(as) para hacer un diagnóstico diferente, según se trate de un varón o de una mujer, subestimando la tasa real de morbilidad o mortalidad de determinada enfermedad. Un ejemplo es el infarto del miocardio. Se ha demostrado que el diagnóstico se hace en forma más oportuna en varones que en mujeres, debido a que los mismos síntomas son evaluados en diferente forma en unos y otras, entre otras razones, por el conocimiento epidemiológico generado, que contiene sesgos de género en su análisis de la distribución y factores asociados con la enfermedad, y que como base de conocimiento para el diagnóstico, se tiende a reforzar en la práctica médica (McKinlay, 1996).

Respecto a la tuberculosis, Hudelson (1996) sugiere que la respuesta a la enfermedad difiere en mujeres y varones, y que las barreras para la detección y el tratamiento tempranos varía entre ambos sexos. A continuación se presentan los resultados de la investigación realizada entre la población diagnosticada con tuberculosis en los municipios veracruzanos antes mencionados.

Área de estudio: Sierra Santa Marta, Veracruz

La Sierra Santa Marta está ubicada en el litoral del Golfo de México en el sudeste de Veracruz, a 25 km al noroeste de las ciudades de Coatzacoalcos y Minatitlán. Abarca seis municipios: Mecayapan, Pajapan, Tatahuicapan, San Pedro Soteapan, Hueyapan de Ocampo y Catemaco. Los cinco primeros están habitados por personas de origen étnico nahua y popoluca (Vázquez, 2001).

Debido a las condiciones de pobreza en que vive su población, esta región se consideró como de "emergencia nacional" durante el gobierno de Carlos Salinas y de atención prioritaria en la administración de Ernesto Zedillo (Turati, 1998).

Los servicios de salud a la población no derechohabiente a alguna institución de seguridad social son ofrecidos por la Secretaría de Salud y por el Programa IMSS Solidaridad en unidades del primer nivel de atención médica. Las

principales causas de morbilidad registradas en la región son infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, parasitosis e infecciones urogenitales secundarias causadas por *Candida* y *Trichomonas* (SSA, 1998).

Características generales de las personas con tuberculosis

Se entrevistó a 19 personas del sexo masculino y 21 del femenino diagnosticadas con tuberculosis. El promedio de escolaridad en los varones era de 3.5 y en las mujeres de 1.9; 75 por ciento de las 40 personas provienen de grupos domésticos de tipo nuclear; la religión predominante es la católica.

Las condiciones de la vivienda reflejan la pobreza en la que viven las personas entrevistadas. Las cifras obtenidas fueron similares a las reportadas por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) (1992, 1996) para la población en general de la Sierra Santa Marta (cuadro 1).

CUADRO 1
CARACTERÍSTICAS DE LAS VIVIENDAS DE LAS PERSONAS ENTREVISTADAS

<i>Característica</i>	<i>Encuesta*</i>	<i>Regional**</i>
	<i>N = 40 (100%)</i>	<i>N = 12 523 (100%)</i>
Promedio de hab./vivienda	5.5	5.1
Promedio de hab./dormitorio	3.8	3.3
Sin cocina exclusiva	12 (30.0)	3 945 (31.5)
Pared de madera o palos	11 (27.5)	5 798 (46.3)
Pared de barro o adobe	10 (25.0)	2 880 (23.0)
Techo de lámina de zinc	20 (50.0)	3 934 (31.4)
Techo de palma	16 (40.0)	4 871 (38.9)
Piso de tierra	33 (82.5)	10 194 (81.4)
Con agua entubada	23 (57.5)	7 839 (62.6)
Sin drenaje	29 (72.5)	10 644 (85.0)
Con energía eléctrica	31 (77.5)	8 541 (68.2)

Fuente: * Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz. 2000.

** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, México, 1995, 1996.

El alimento principal de la dieta cotidiana son las tortillas —que se preparan diariamente en cada comida—, las cuales se acompañan —dos a tres veces por semana— de frijoles, arroz y sopa de pasta (Vázquez, 2001). El bajo consumo de proteínas de origen animal (pescado, carne, pollo) se debe a la falta de capacidad de compra y no a factores culturales.

Como puede suponerse, las condiciones de pobreza extrema en que se encuentran viviendo y su dieta deficiente, predispone a la población serrana a la aparición y desarrollo de enfermedades infecciosas, tal como la tuberculosis.

Historia de la enfermedad

A partir de esta sección se describe la trayectoria que siguieron desde el inicio hasta el tratamiento de la enfermedad las personas entrevistadas que tenían tuberculosis.

Interpretación de la enfermedad

La interpretación que una persona dé a los síntomas presentados por alguna enfermedad depende de diversos factores culturales y sociales. Esa interpretación tiene, a su vez, influencia en la posibilidad de aceptar, iniciar y concluir en forma exitosa el tratamiento prescrito, que para el caso de la tuberculosis tiene una duración mínima de seis meses ininterrumpidos. En este caso es importante considerar las distintas concepciones que sobre la salud-enfermedad tienen los enfermos y enfermas, mismas que se mezclan y coexisten con las derivadas de la medicina moderna, que ha estado presente en estas comunidades desde hace varias décadas.

Entre las personas entrevistadas, 35 de 40 (87.5 por ciento) tenían a su disposición una clínica de salud en su misma localidad y el resto ($n = 5$) a no más de una hora caminando desde su comunidad de origen. Cabe señalar que todas las personas entrevistadas habían concluido recientemente o estaban llevando, al momento de la entrevista, un tratamiento antifímico con duración mínima de seis meses, por lo que estaban en contacto frecuente con el personal de salud en la clínica local o, inclusive, en algunos casos, en un hospital de segundo nivel.

Con estos antecedentes se podría pensar que las personas explicarían la causa de la tuberculosis desde la perspectiva del modelo biomédico. La encuesta demostró que, excluyendo a las personas que respondieron no conocer

la causa de la enfermedad (n = 14), las explicaciones van desde un desequilibrio frío-caliente hasta el contagio (cuadro 2).

CUADRO 2
PERCEPCIÓN DE LA CAUSA DE LA ENFERMEDAD, SEGÚN SEXO
DE LA PERSONA ENTREVISTADA

<i>Causa de la enfermedad</i>	<i>Total n=40</i>	<i>Varones n=19</i>	<i>Mujeres n=21</i>
No sabe	14	6	8
Desequilibrio fr o-caliente	7	5	2
Brujer a	2	0	2
Contagio	8	4	4
Otra causa	9	4	5

Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz. 2000.

Anteriormente se mencionó que desde la explicación de la medicina tradicional indígena se conciben dos tipos de enfermedades: las naturales y las sobrenaturales. En términos generales, la tuberculosis es considerada como una enfermedad de origen natural, resultado de un desequilibrio entre el calor y el frío (Münch, 1994), tal como se puede apreciar en el siguiente testimonio:

...no sé de dónde me vino esta enfermedad. Yo digo que permanece en el cuerpo, en la sangre. A veces es infección de la sangre. Tenemos la enfermedad por dentro. Dice el doctor: no nada más ustedes se enferman, yo que soy médico también me puedo enfermar. El doctor me dijo que esta enfermedad se puede pasar a otra persona. Así nos dijo. Pero no creo que así nos afecta. Asegún [sic] me dijo mi primo, antes también así tenía su hermana, su abuela, pero no le afectó. Por eso yo digo que a lo mejor en la sangre.

Nosotros como trabajamos, vamos a leñar y a veces nos mojamos otra vez. A veces se calienta la sangre, como ahorita que hay sol, se calienta la sangre, tomamos agua, se enfría la sangre; creo que por eso nosotros nos afectamos mucho (Maricruz, 39 años, mujer nahua).

Inicio de la búsqueda de atención formal

Independientemente de la explicación que se dio a los síntomas presentados, el primer agente de salud consultado fue, en 37 de los 40 casos, dentro de la medicina moderna (cuadro 3). El uso de la medicina privada se presentó únicamente entre la población nahua.

CUADRO 3
AGENTE DE SALUD CONSULTADO(A) COMO PRIMERA OPCIÓN,
EN LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN A LA ENFERMEDAD, SEGÚN SEXO
DE LA PERSONA ENTREVISTA

<i>Agente de salud</i>	<i>Total</i> <i>n=40</i>	<i>Varones</i> <i>n=19</i>	<i>Mujeres</i> <i>n=21</i>
Médico(a) institucional	30	13	17
Medicina privada	5	3	2
Farmacia	2	1	1
Curandero(a)	3	2	1

Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz. 2000.

Estos resultados coinciden con lo reportado por otros(as) autores(as) en el sentido de que la explicación cultural que las personas con tuberculosis dan a sus síntomas no predice el tipo de tratamiento solicitado. Rubel y Garro (1992), en un estudio realizado en Baja California con trabajadores(as) agrícolas, migrantes mexicanos(as), señalan que independientemente de que la mayoría de los(as) trabajadores(as) expliquen la causa de su enfermedad como sobrenatural, como el susto, esto no influye para que sigan un tratamiento médico hasta completarlo en forma exitosa.

Respecto a la búsqueda de atención por sexo, las mujeres acudieron a un agente de salud en forma más temprana que los varones; 9 de 21 mujeres (42.8 por ciento) contra 3 de 19 varones (15.8 por ciento) consultaron con un(a) médico(a) o con un curandero en el transcurso del primer mes del inicio de los síntomas (cuadro 4).

CUADRO 4
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LOS PRIMEROS SÍNTOMAS Y
LA BÚSQUEDA DE ATENCIÓN, SEGÚN SEXO DE LA
PERSONA ENTREVISTADA

<i>Tiempo en meses</i>	<i>Total</i> <i>n=40</i>	<i>Varones</i> <i>n=19</i>	<i>Mujeres</i> <i>n=21</i>
≤1 mes	12	3	9
1.1-4	15	8	7
4.1 y más	13	8	5

Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz.2000.

Estos resultados difieren de lo señalado por otras(os) autoras(es) en el sentido de que las mujeres tienden a retardar la búsqueda de atención como una forma de no descuidar sus labores domésticas al tener que acudir a una clínica de salud (Vlassoff y Manderson, 1998), bien que, debido al acceso limitado a la información y a la educación formal, ellas tienen menor capacidad que los varones para reconocer en forma temprana los síntomas de una infección (Vlassoff, 1994).

Es posible que en este grupo de mujeres la búsqueda de atención se haya dado en forma más temprana que en los varones, debido a que tienen un mayor contacto con la medicina moderna. Son las mujeres quienes acuden con mayor frecuencia a la consulta médica, tal como lo demuestran las estadísticas de morbilidad reportadas por la Jurisdicción Sanitaria de la región (SSA, 1998), además de que ellas son las encargadas de llevar a sus hijos(as) a vacunar o a consulta médica cuando se enferman; sin embargo, el diagnóstico realizado en mujeres y hombres varió en forma importante en lo que se refiere al tiempo transcurrido desde la primera consulta hasta el diagnóstico correcto, como se expone a continuación.

Del inicio del tratamiento al diagnóstico

El diagnóstico presuntivo fue realizado en 6 de los 19 varones (31.6 por ciento) y en 7 de las 21 (33.3 por ciento) mujeres durante la primera consulta y posteriormente confirmado en el laboratorio. El resto de las personas (n = 27;

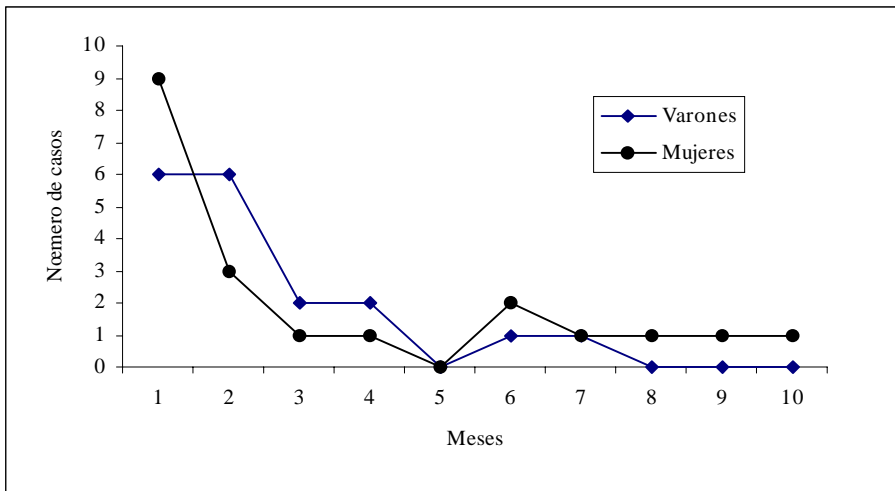
67.5 por ciento) consultaron más de una vez, en ocasiones en la misma unidad médica o bien en otro lugar, antes de que se confirmara la enfermedad.

Un requisito básico para que una persona inicie un tratamiento antifímico es que tenga una baciloscopía positiva. En la población entrevistada la confirmación del diagnóstico mediante el laboratorio fue realizada en 100 por ciento de los casos por una institución del sector salud.

El tiempo transcurrido entre el envío de la muestra de esputo para baciloscopía y el resultado de la misma varió significativamente según el lugar en que se realizó el análisis: en los casos que fueron canalizados a un hospital de segundo nivel la respuesta se tuvo en dos días; en los que la muestra fue enviada por el personal de la clínica de salud rural a un laboratorio del sector salud, el diagnóstico tardó de 15 días a seis meses.

El retardo en el diagnóstico conlleva el riesgo, no solamente de retrasar el inicio del tratamiento —y con ello una menor probabilidad de curación—, sino también el de que el enfermo contagie a otras personas que estén en contacto directo y frecuente con él, especialmente otros miembros del grupo doméstico. Tomando en consideración el papel de cuidadoras de enfermos(as) asignado a las mujeres, el riesgo es mucho mayor para ellas que para el resto del grupo doméstico.

GRÁFICA 1
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA PRIMERA CONSULTA MÉDICA
Y EL INICIO DEL TRATAMIENTO, SEGÚN SEXO DE LA
PERSONA ENTREVISTADA



Fuente: Encuesta Salud y Género en la Sierra Santa Marta, Veracruz, 2000.

Ya se mencionó que las mujeres iniciaron la búsqueda de atención en forma más temprana que los varones; sin embargo, el tiempo que transcurrió entre la primera consulta a un(a) médico(a) y el inicio del tratamiento fue de 1 a 10 meses en las mujeres y de 1 a 7 meses en los varones (gráfica 1).

Dos varones y seis mujeres fueron diagnosticados(as) después de cinco meses de iniciada la búsqueda de atención (10.5 y 28.6 por ciento, respectivamente). Los primeros corresponden a dos casos de tuberculosis ganglionar diagnosticados inicialmente como abscesos cervicales y que después de diversas consultas con médicos(as) institucionales o en la práctica privada recibieron el diagnóstico correcto.

Entre las mujeres, los casos corresponden a:

1. Una mujer que llevó hasta en cuatro ocasiones sus muestras de esputo a la unidad médica de su localidad con resultados negativos. Decidió consultar en una clínica rural localizada a mayor distancia de su localidad de residencia, donde nuevamente le solicitaron muestra de esputo, logrando el diagnóstico correcto.
2. Una mujer en quien sospecharon la enfermedad en la primera consulta, pero los resultados de laboratorio le fueron entregados después de seis meses.
3. Dos mujeres de las cuales, en diversas consultas médicas, no se sospechaba el diagnóstico, a pesar del tiempo de evolución de la tos.
4. Una mujer con tuberculosis ganglionar de quien no se sospechaba el diagnóstico. Acudió en diversas ocasiones durante 10 meses a la clínica local.
5. Una mujer que trabajaba como jornalera agrícola, acudió a dos consultas por su cuadro clínico y, posteriormente, por problemas personales, le dio poca importancia a la enfermedad hasta que presentó complicaciones.

Como se observa, los principales factores que influyeron para retardar el diagnóstico, tanto en varones como en mujeres, fueron que no se sospechara la enfermedad en las primeras consultas y el retardo en el resultado de las baciloscopías, ambos factores atribuibles a la calidad de la atención médica. Las evidencias apuntan a que la actitud de los(as) prestadores(as) de los servicios de salud es un problema, ya que no interrogan en forma adecuada a sus pacientes al momento de la consulta médica, demorando el diagnóstico e inicio del tratamiento, problema que se acentúa en las mujeres, tal como se ha demostrado en otros estudios (Hudelson, 1996 y Holmes *et al.*, 1998).

Otro aspecto importante en el diagnóstico es la comunicación médico(a) paciente. La tendencia por parte de los médicos y las médicas es de no explicar a las personas el diagnóstico de la enfermedad por la cual acuden a consulta. Este problema es más evidente en muchos países en desarrollo, debido, principalmente, a que los(as) médicos(as) están sobrecargados(as) de consultas y no tienen tiempo o están demasiado cansados como para dar explicaciones amplias a sus pacientes. A las mujeres se les da menos información técnica en relación con una enfermedad o tratamiento que a un varón, bajo el supuesto que no entienden lo que se les explica (Vlassoff, 1994 y Matamala, 1995).

Los resultados de la presente investigación coinciden con estas últimas afirmaciones. Excluyendo a las personas cuyo diagnóstico se sospechó en la primera consulta; 6 de los 19 varones (31.5 por ciento) y 11 de las 21 mujeres (52.4 por ciento) reportaron que, antes de que les diagnosticaran tuberculosis, cuando iban a la consulta no les explicaban lo que tenían, simplemente les daban los medicamentos. Al resto les explicaron que se trataba de una enfermedad respiratoria aguda: 7 de 19 varones (36.8 por ciento) y 3 de 21 mujeres (14.2 por ciento).

Respuesta al tratamiento

Una vez establecido el diagnóstico de tuberculosis, las personas tuvieron la posibilidad de iniciar y concluir su tratamiento en la misma localidad de residencia. Al momento de la primera entrevista, 26 personas (65.0 por ciento), 13 de los 19 varones (68.4 por ciento) y 13 de las 21 mujeres (61.9 por ciento), habían concluido su tratamiento. Todas y todos recibieron el régimen de Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado (TAES).² No obstante, tres mujeres y un varón habían abandonado el tratamiento. El resto (cinco varones y cinco mujeres) estaba aún en él.

Los casos de abandono del tratamiento

Las recaídas y el abandono del tratamiento son las principales causas de la multiresistencia que está presentando la *Mycobacterium tuberculosis* a los medicamentos antifímicos actualmente disponibles, lo cual, aunado al problema de sida en el mundo, representa para algunos países desarrollados, como Estados Unidos, un resurgimiento de la tuberculosis (Farmer, 1997).

² No se investigó el porcentaje de curación debido a las características del estudio.

El término resurgimiento, sin embargo, no es aplicable a países en desarrollo. Las estadísticas muestran que la tuberculosis ha estado siempre presente, sobre todo en la población más desprotegida económicamente (Farmer, 1997). Lo cierto es que en los países en desarrollo se ha agregado al problema de multirresistencia ya existente el de la tuberculosis asociada al sida.

En la población entrevistada, el porcentaje de abandono del tratamiento fue de 10 por ciento, siendo mayor entre las mujeres que entre los varones (tres casos contra uno). En el estado de Chiapas, un estudio reciente realizado por la Secretaría de Salud en municipios que presentan altas tasas de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, los cuales contaban con infraestructura de salud para el seguimiento de los casos, reportó 6.5 por ciento de abandono del tratamiento llevando el régimen TAES (Álvarez y Dorantes, 1998). Desafortunadamente esta información no se encuentra desagregada por sexo.

En algunas investigaciones se atribuye la falla en la terapia antifímica a las características de la persona enferma, como las condiciones de la vivienda, nutrición y hábitos personales (Bustamante, *et al.*, 1996 y Weis *et al.*, 1994), sin ir más allá y cuestionar el porqué de esas condiciones en la vivienda o la desnutrición.

Farmer (1997) critica este tipo de enfoque porque se limita a culpar a la víctima. Al magnificar el papel que tiene la cultura o los factores inherentes al individuo para explicar la falla en el tratamiento médico, se corre el riesgo de encubrir con el factor cultural (o psicológico), lo que Farmer llama “violencia estructural”, es decir, no distinguir todas las barreras estructurales inherentes a la sociedad en que se desarrolla la persona y que salen de su control para acceder a un tratamiento médico adecuado.

En las personas entrevistadas, los motivos principales para abandonar el tratamiento fueron, en el caso del paciente masculino, por complicaciones secundarias a los medicamentos antifímicos. De las tres mujeres, en dos casos hubo influencia del esposo para abandonar el tratamiento y en la última por no aceptar ella el diagnóstico de tuberculosis. Se presenta a continuación el testimonio de una de las mujeres que abandonaron el tratamiento para ejemplificar la forma en que las construcciones sociales de género influyen en la salud de las mujeres.

Edelmira tiene, al igual que su pareja, 21 años de edad. Tienen una hija de cinco años. Ambos cuentan con primaria completa. Ella es nahua y él popoluca. Tanto ella como su pareja trabajan por temporadas como jornaleros agrícolas en Sinaloa. Edelmira inició su sintomatología en 1999, cuando estaba en Sinaloa:

..fue cuando nos íbamos a regresar, que ya nada más faltaban ocho días que empecé a toser y toser y una mañana empecé a escupir sangre. Fui al médico de la clínica, pero no me atendieron. Me dijeron que me fuera yo hasta el otro día y ya se acercó ese día en que me mandaron para acá y ya no fui.

Al regresar a su comunidad de origen, Edelmira se quedó con su esposo e hija en casa de los padres de ella. Su sintomatología aumentó, por lo que decidió ir a la clínica de su localidad, donde le recetaron medicamentos en forma oral por cinco días. Al no presentar mejoría, su padre decidió que consultara otro médico:

...luego me llevaron con el doctor de la farmacia. Fue un viernes en la noche que me llevaron, que ya me estaba yo muriendo. Mi papá decidió llevarme, porque estaba yo aquí con mi papá. Mi esposo me acompañó nada más al centro (de la comunidad), después le dijo mi papá que no, que no se preocupara, que él se iba a hacer cargo de mí. Y él se quedó desesperado.

El doctor dijo que yo ya no tenía vida, que ya me iba a morir. Entonces en Jáltipan me hicieron los análisis y salió que tenía yo la enfermedad esa de la tuberculosis. Estuve cuatro días internada. Enseguida me empezaron el tratamiento. Tomé dos meses y medio.

Cuando Edelmira llevaba dos meses de tratamiento, su esposo le pidió que se fueran a vivir a la comunidad donde viven los padres de él, lugar donde no existe clínica de salud:

Yo no quería ir, yo no quería abandonar mi tratamiento, ahí está mi mamá, ella misma escuchó aquel día cuando el papá de mi esposo vino aquí a hablar con mi papá que me mandaran allá. Sí, yo no quería ir, pero después me dijo mi papá: "si quieres ir, vete". Por eso acepté ir.

Yo me quería quedar, pero mi esposo me dijo: "no, no quiero que te quedes, mejor vámonos". Él no quería que me quedara yo porque es muy mal pensado de mí y por eso no quería que me quedara yo aquí.

Llevaba dos meses de tratamiento. Ya no sacaba sangre. Me sentí mal, porque yo quería seguir con mi tratamiento. No había manera de platicarlo con él.

Mi esposo ya no se preocupó. A mi esposo, la mera verdad, no le importó que dejara el tratamiento. Me dice "vámonos" y él bien terco donde dice que me quiere llevar y me lleva, y mi papá que no le impide tampoco. La mera verdad, como dice mi papá: "hija, casada, pues ya no es tan fácil".

Después de abandonar el tratamiento, Edelmira regresó a su trabajo como jornalera agrícola en Sinaloa, donde su enfermedad se complicó:

Abandoné el tratamiento en Julio y me fui a Sinaloa en octubre. Cuando me volví a ir a Sinaloa, no me sentía mal, me sentía yo bien, pero ya fue en diciembre que empecé a escupir sangre.

Le dije a mi esposo que rapidito fuera a hablar con alguien para que me trataran. Habló con un señor que ahí estaba. Después le fue a decir que me siento mal, le hablaron a la ambulancia, me fueron a traer.

Y ya fue que otra vez me internaron allá en el hospital. Y ahí fue que seguí mi tratamiento. En Sinaloa estuve dos meses y medio en tratamiento, y allá lo terminé.³ El tratamiento que me dieron era para la tuberculosis. Pero según que me hicieron otra vez los análisis de la flema y ya no salió nada. Me dijo el doctor: tú ya no tienes nada, nada más unos rasgos que habían quedado de la enfermedad pasada.

En Sinaloa, ahora, estuve cuatro meses. Allá le pidieron muestra a mi esposo, pero ahora en este caso, la mera verdad, mi esposo es que no quiso, el doctor dijo, pero él no quiso.

Mi papá, la mera verdad, ya no me dice nada de que regrese con mi esposo, él ya no me dice nada.

La mamá de Edelmira agrega: “me siento mal porque ella abandonó el tratamiento. Yo le dije que no se vaya, pero como ya es su esposo, quiere que lo lleve también a su casa. La manda su esposo, no se le puede detener”.

En la historia de Edelmira resalta claramente el poder ejercido por los varones de la familia para que ella abandonara el tratamiento, a pesar de no querer hacerlo. Ella está consciente del riesgo que lo anterior implica para su salud; sin embargo, su condición subordinada le hizo aceptar la decisión del esposo, de su padre y de su suegro para trasladarse a otra comunidad. Su madre pudo apoyarla en esta situación; sin embargo, reforzó la justificación del padre al afirmar que “la manda su esposo y no se le puede detener”. El círculo alrededor de esta mujer se cierra con la rigidez al aplicar la norma oficial del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis, la cual indica que el (la) paciente debe acudir todos los días a la clínica de salud o a la casa del o la auxiliar de comunidad para recibir su medicamento (SSA, 1995).

La falta de flexibilidad en las normas técnicas, en casos especiales como este, atrapa tanto a médicos(as) y enfermeras como a la población que recibe un tratamiento para que los primeros, a pesar de su disposición para colaborar con el(la) paciente, no puedan acceder a dar un tratamiento autoadministrado. Por el otro lado, la mujer se siente impotente para encontrar el camino al tratamiento, a pesar de su deseo de continuar con el mismo.

³ Es dudoso que la paciente terminara un tratamiento antifímico en Sinaloa, ya que refiere haberlo seguido únicamente durante dos meses y medio y un tratamiento completo lleva un mínimo de seis meses.

A continuación se discute el caso de un varón que abandonó el tratamiento. Marcelo tiene 42 años de edad y es popoluca. Acudió a la clínica de su localidad por presentar un cuadro de infección respiratoria aguda de tres días de evolución. Se le solicitó, de rutina, como parte de las actividades preventivas, una muestra de esputo; 15 días después lo visitó el médico para notificarle que su resultado era positivo. Para entonces el paciente ya no presentaba tos; sin embargo, ante la duda, aceptó iniciar el tratamiento antifímico.

Cuando fui a la clínica el doctor me sacó todos los análisis. Yo no lo sabía que estaba enfermo, hasta que vino la respuesta y dijo que sí es esa enfermedad. El doctor me dijo “si no lo curas, esa enfermedad te va a acabar” y me mandaron el medicamento. Yo acepté comer las pastillas cuando me dieron el resultado.

Dos meses después del inicio del tratamiento, Marcelo presenta ictericia general, por lo que fue remitido al hospital de Acayucan, donde le hicieron estudios de laboratorio y gabinete. No se le dio un diagnóstico definitivo y el médico de la clínica local decidió enviarlo al hospital comunitario en Coatzacoalcos, donde nuevamente le practicaron exámenes de laboratorio, además de un ultrasonido de abdomen: “...sí, sacaron ultrasonido. No aparece nada. Me vine otra vuelta (a su comunidad). Ahí fue donde yo paré, porque nosotros ya estábamos gastando mucho...”.

Ante la persistencia de su sintomatología, Marcelo consultó a un curandero en Acayucan, encontrando finalmente solución a su problema de ictericia. Abandonó por completo el tratamiento antifímico. Actualmente se encuentra asintomático.

En el caso de Marcelo, la causa principal de abandono fueron las complicaciones secundarias a los antifímicos. Se intuye que de no haberse presentado éstas, él estaba en condiciones de concluir su tratamiento. Esta situación es diferente al caso de Edelmira, donde los factores inherentes al género fueron las causas principales de abandono del tratamiento.

Conclusiones

La tuberculosis es una enfermedad asociada con la pobreza, por ser precisamente las personas más desprotegidas económicamente quienes se encuentran en mayor riesgo de adquirirla, debido a su estado nutricional deficiente y a las menores oportunidades para acceder al tratamiento adecuado. Se ha cuestionado el impacto que tendría la reducción de la pobreza sobre la tuberculosis debido

a que no es fácil solucionar otros problemas, como la drogadicción, el alcoholismo, la indiferencia de los y las pacientes y sus familiares, asociados a la tuberculosis (Farmer *et al.*, 1997). Lo cierto es que tanto en los determinantes de la enfermedad como en la búsqueda de atención y en la probabilidad de curación intervienen —en complejas interrelaciones— múltiples factores socioeconómicos, culturales y de los servicios de salud.

Las personas entrevistadas tienen características especiales. Son personas que perseveraron o tuvieron la posibilidad y el apoyo de una red social amplia para buscar y encontrar una solución a su problema de enfermedad; 35 de 40 (87.5 por ciento) habitan en una localidad que cuenta con una clínica de salud y el resto vive en una localidad donde hay una auxiliar de salud con buena disposición en su trabajo y donde la clínica más cercana se encuentra en promedio, a una hora de distancia caminando desde su localidad de residencia.

Quedan las interrogantes de cuántos casos de tuberculosis no recibieron diagnóstico ni tratamiento, ya que, como se señaló anteriormente, el estudio se realizó únicamente en personas diagnosticadas.

En la bibliografía sobre el tema se han mencionado los factores culturales como básicos para el inicio de un tratamiento antifímico. Los resultados de la investigación sugieren que los factores culturales asociados a la etnia, o los asociados a la pobreza, como la falta de acceso a los servicios de salud, no fueron los más importantes en la búsqueda de atención médica. Existen otros, como los económicos, de género y de calidad de la atención, que influyen de manera preponderante para que esta búsqueda sea exitosa. Algunos de estos factores son compartidos por varones y mujeres; otros afectan únicamente a las últimas.

Los factores que comparten varones y mujeres son los asociados a la explicación de la enfermedad, donde no se encontraron diferencias por género. Es a partir del inicio de la búsqueda de atención, el diagnóstico y la continuidad o abandono del tratamiento donde se observaron las diferencias.

Las diferencias de género en salud influyen en la mortalidad o el retraso del tratamiento, convirtiéndose en un problema estructural, donde es importante la posición de las mujeres y el sistema en el cual están siendo tratadas (Mckinlay, 1996). Lo anterior puede aplicarse también a los casos de abandono de un tratamiento antifímico cuando influyen las construcciones sociales de género.

Características socialmente deseables en las mujeres, como pasividad, dependencia y obediencia, pueden afectarlas al grado de, prácticamente, anularlas como seres humanos, no atreviéndose a protestar cuando se afecta su integridad o, inclusive, su vida. Esto último se refleja en el testimonio que se

presentó para ejemplificar la causa de abandono del tratamiento, además de ser ellas quienes contribuyen con más casos de abandono en esta población.

Resulta claro que la salud de las mujeres de la región de la Sierra Santa Marta es afectada por las construcciones sociales de género. A la pregunta que se hace Ravelo (1995: 203) acerca de si será únicamente la salud reproductiva la que hace la diferencia en la salud genérica o existen otras áreas de la salud donde encontramos esta diferencia, tendríamos que contestar que dicha diferencia se refleja también en una enfermedad común a varones y mujeres, como es la tuberculosis.

Bibliografía

ÁLVAREZ-Gordillo, Guadalupe, José E. Dorantes-Jiménez, 1998, "Tratamiento acortado estrictamente supervisado para tuberculosis pulmonar", en *Salud Pública de México*, vol. 40(3).

BUSTAMANTE-Montes *et al.*, 1996, "Características sociodemográficas de personas que murieron por tuberculosis pulmonar en Veracruz, México, 1993", en *Salud Pública de México*, vol. 38(5).

FARMER, P., 1997, "Social scientists and the new tuberculosis", en *Social Sciences Medicine*, vol. 44(3).

FARMER, Paul *et al.*, 1997, "Poverty, inequality and drug resistance: meeting community needs", in *Series in Health and Social Justice*, vol. 3(5).

GENDER and Health Group, 1999, *Guidelines for the analysis of Gender and health*, Liverpool School of Tropical Medicine and Department for International Development, Reino Unido.

GÓMEZ Gómez, Elsa, 1993, "El enfoque de género aplicado a la salud", en *Género, mujer y salud en las Américas*, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica, núm. 541:x-xx, Washington.

HOLMES CB. *et al.*, 1998, "A review of sex differences in the epidemiology of tuberculosis", in *Int. J. Tuberc Lung Dis.*, 2:96-104.

HUDELSON, P. 1996, "Gender differentials in tuberculosis: the role of socioeconomic and cultural factors", in *Tuber Lung Disease*, october, 77(5).

INSTITUTO MEXICANO del SEGURO SOCIAL-SOLIDARIDAD, 1998 y 1999, *Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis*, archivos estadísticos, Coordinación IMSS Solidaridad Zona II, Coatzacoalcos, Veracruz, México.

INSTITUTO NACIONAL de ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA e INFORMÁTICA, 1992, *Veracruz. Resultados Definitivos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990*, México.

INSTITUTO NACIONAL de ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA e INFORMÁTICA, 1996, Veracruz. *Conteo de Población y Vivienda, 1995*, Resultados definitivos, Tabulados Básicos, México.

MATAMALA, María Isabel, 1995, "Hay que fortalecer la condición de las mujeres en equidad con los hombres", en *Revista Mujer-Salud*, 3-4.

McKEOWN, Thomas. 1982. *El papel de la medicina. ¿Sueño, espejismo o némesis?*, Siglo XXI Editores, México.

McKEOWN, Thomas y C. R. Iowe, 1986, *Introducción a la medicina social*, Siglo XXI Editores, México.

McKINLAY, John B., 1996, "Some contributions from the social system to gender inequalities in heart disease", in *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 37 (march):1-26.

MÜNCH Galindo, Guido, 1994, *Etnología del istmo veracruzano*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

OKOJIE, Christiana, 1994, "Gender inequalities of health in the third world", in *Social Sciences Medicine*, vol.39 (9).

RAVELO, Patricia, 1995, "Género y salud femenina: una revisión de las investigaciones en México", en Soledad González Montes (comp.) *Las mujeres y la salud. México*. El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de las Mujeres.

ROJAS Soriano, Raúl, 1982, *Capitalismo y enfermedad*, Folios Ediciones, México.

RUBEL, A. y L. Garro, 1992, "Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis", in *Public Health Report*, 107.

SECRETARÍA de SALUD, 1995, *Norma oficial mexicana para la prevención y control de la tuberculosis en atención primaria a la salud*, NOM-006-SSA2-1993, Diario Oficial de la Federación publicado el 26 de enero de 1995, México.

SECRETARÍA de SALUD, 1998 y 1999, *Archivos estadísticos del Programa de Control y Prevención de la Tuberculosis*, jurisdicción sanitaria núm. XI, Coatzacoalcos, Veracruz México.

SECRETARÍA de SALUD, 1998, *Boletín mensual de salud pública. Concentrado anual 1998*, jurisdicción sanitaria núm. XI, Coatzacoalcos, Veracruz México.

SECRETARÍA de SALUD, Subsecretaría de Coordinación y Desarrollo. Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, 1992, *Manual de técnicas y procedimientos de laboratorio en tuberculosis*, Publicación técnica del INDRE, núm. 20.

TURATI, Marcela, 1998, "Definen por regiones combate a la pobreza", en *Reforma*, 21 de septiembre de 1998.

VÁZQUEZ García, Verónica, 2001, *¿Quién cosecha lo sembrado? Relaciones de género en un área natural protegida mexicana*, Plaza y Valdés y Colegio de Posgraduados, México.

VLASSOFF, Carol, 1994, "Gender inequalities in health in the third world: uncharted ground", en *Social Sciences Medicine*, vol 39 (9).

Tuberculosis en la Sierra Santa Marta, Veracruz: un análisis desde la... /E. Montero...

VLASSOFF, Carol y Leonore Manderson, 1998, "Incorporating gender in the anthropology of infectious diseases", en *Tropical Medicine and International Health*, 3(12).

WEIS, Stephen *et al.*, 1994, "The effect of directly observed therapy on the rates of drug resistance and relapse in tuberculosis", in *The new England journal of medicine*, 330(17).